

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau coopérations et contractualisations

Circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

NOR : ETSH1201025C

Validée par le CNP le 16 décembre 2011. – Visa CNP 2011-311.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente circulaire présente le guide destiné à accompagner les ARS dans l'élaboration des nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Mots clés : contractualisation – établissements de santé – marge de manœuvre régionale.

Références :

Code de la santé publique : articles L. 6114-1 et suivants ;

Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.

Annexe : guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).

Vous trouverez en annexe le guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dans sa version finale.

Ce guide, qui a pour objet d'apporter des éléments de méthodologie pour élaborer les nouveaux contrats, rappelle :

- le rôle du CPOM dans la déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques régionales ;
- le périmètre et le champ du CPOM ;
- l'objet et le contenu de ce contrat ;
- les méthodes de sélection des objectifs et des indicateurs permettant le suivi et l'évaluation ;
- un modèle de contrat.

Des fiches pratiques sont rédigées. Elles permettent d'apporter des éléments concrets quant aux objectifs à contractualiser par thématique et aux indicateurs à sélectionner pour en évaluer la réalisation.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe à vos services ainsi qu'aux établissements de santé et autres titulaires d'autorisations. Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact, le cas échéant, avec le bureau coopérations et contractualisations (dgos-PF3@sante.gouv.fr).

Avec le souhait que ce guide puisse vous être utile dans le dialogue de gestion transparent à conduire avec les établissements.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR

ANNEXE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉLABORATION DES CPOM ARS-ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET TITULAIRES D'AUTORISATION

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Le CPOM : outil de déclinaison du PRS

Les enjeux de la nouvelle génération de CPOM

Principes directeurs et contenu du guide méthodologique

PARTIE 1. – ENJEUX ET FINALITÉS DE LA CONTRACTUALISATION

A. – LES BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA CONTRACTUALISATION

1. La mise en œuvre opérationnelle des orientations régionales

1.1. *La déclinaison des schémas*

1.2. *La déclinaison des programmes*

1.3. *L'articulation avec le CPOM État-ARS*

2. Le CPOM, outil d'un dialogue de gestion efficace

2.1. *Le principe : la centralité du CPOM dans les relations contractuelles entre ARS et établissements*

2.2. *Les modalités d'articulation du CPOM avec les autres contrats*

2.3. *Un appui au pilotage stratégique des établissements*

3. Un support pour le pilotage des activités

4. La sécurisation juridique des financements

B. – LES ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES

1. Enseignements des CPOM 2007-2012

2. Les principes d'action pour les CPOM 2012-2017

PARTIE 2. – LA DÉMARCHE DE CONTRACTUALISATION

A. – PRÉPARER ET NÉGOCIER LE CONTRAT

1. La gestion de la transition vers les nouveaux contrats

2. Le diagnostic partagé et la négociation

3. La signature

B. – SUIVRE ET FAIRE VIVRE LE CONTRAT

1. Le suivi

2. La révision

3. Le respect du contrat

4. Le système d'information de gestion des CPOM

PARTIE 3. – LE PÉRIMÈTRE ET LA STRUCTURATION DU CPOM

A. – LE PÉRIMÈTRE DU CONTRAT

1. Les structures concernées

2. Le contenu du CPOM

2.1. *Les dispositions générales*

2.2. *Les dispositions particulières*

B. – PROPOSITION DE STRUCTURATION DU CPOM

1. Propositions relatives au plan général du contrat

2. Propositions relatives au plan du socle contractuel

3. Propositions relatives au plan des annexes

PARTIE 4. – LES FICHES PRATIQUES

A. – STRUCTURATION DES FICHES

1. Contenu des fiches pratiques

2. Les indicateurs

B. – SOMMAIRE DES FICHES PRATIQUES

Fiche pratique S1

Fiche pratique S2

Fiche pratique S3

Fiche pratique S4

Fiche pratique S5

Fiche pratique S6

Fiche pratique A1

Fiche pratique A2

Fiche pratique A3

Fiche pratique A4

Annexe I. – Proposition de modèle type de CPOM

Annexe II. – Tableau des indicateurs à analyser en priorité pour le diagnostic

Annexe III. – Thèmes et objectifs complémentaires à disposition des ARS et des établissements

Annexe IV. – Portée juridique du CPOM

Annexe V. – Articulation entre les différents types de contrats

INTRODUCTION

Le CPOM : outil de déclinaison du PRS

Le CPOM : support du dialogue entre les ARS et les acteurs de l'offre de soins

Au terme du processus d'élaboration du projet régional de santé (PRS), les agences régionales de santé (ARS) disposeront de cinq ans pour décliner leurs orientations dans les territoires de santé. L'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et médico-social participeront à la mise en œuvre de ce projet.

L'atteinte de ces objectifs nécessite que les ARS entretiennent avec ces acteurs un dialogue de gestion fondé sur un plan d'actions 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 offriront 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. C'est pour cette raison que la loi HPST en a étendu le périmètre à de nouveaux acteurs. Désormais, la démarche concerne, dans le champ de compétence des ARS :

- les établissements de santé et tous les titulaires d'autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd, pour lesquels les CPOM sont obligatoires ;
- les autres services de santé (réseaux, centres, maisons de santé) pour lesquels le CPOM est obligatoire s'il existe un financement de l'ARS ;
- les établissements médico-sociaux qui ont décidé de signer un CPOM, le contrat n'étant obligatoire qu'à partir d'un seuil qui n'a pour l'heure pas été fixé.

Une contractualisation modulée

Le présent guide porte uniquement sur les établissements de santé et les titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipement matériel lourd pour lesquels la contractualisation avec les ARS, nonobstant les évolutions introduites par la loi HPST, présentera de nombreux éléments de continuité. Il est préconisé de retenir un contenu et une méthode de contractualisation adaptés à chaque type de structure.

Les recommandations relatives à la contractualisation avec les structures du secteur ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) et les réseaux de santé feront l'objet de guides séparés. Ce choix est en cohérence avec la structuration de la base juridique de la contractualisation. Ainsi, le décret du 4 octobre 2010 distingue le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé de celui à appliquer aux services de santé du champ ambulatoire.

Un objectif de convergence du contenu des contrats devra être poursuivi afin d'en faciliter le suivi tout au long des cinq années. Pour autant, une modulation pourra être envisagée pour tenir compte des différences de nature entre les structures (établissements, GCS, cabinets libéraux) et du statut entre établissements (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif). Le présent guide apporte les précisions nécessaires sur ce point.

Les liens étroits avec le SROS-PRS

Les établissements de santé ont vocation à participer à la déclinaison de l'ensemble des volets du PRS. Ainsi, les CPOM pourront opportunément traiter des modalités de l'articulation entre l'offre hospitalière et l'offre médico-sociale ainsi que de la participation des établissements aux actions de prévention. Toutefois, ils seront au principal l'outil de déclinaison des orientations du schéma régional de l'organisation des soins (SROS-PRS). Le guide de la contractualisation s'articule donc étroitement avec celui relatif à l'élaboration du SROS-PRS.

Les enjeux de la nouvelle génération de CPOM

De manière générale, il est attendu des nouveaux CPOM qu'ils constituent un levier pour :

- la transformation de l'offre de soins territoriale. Les contrats définiront 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 PRS. Dans ce domaine, le présent guide n'apporte pas d'éléments supplémentaires s'agissant des priorités de structuration de l'offre de soins. Il revient désormais aux ARS et aux établissements de définir le contenu de leurs engagements respectifs, notamment avec l'aide du guide méthodologique du SROS-PRS et de l'ensemble des documents que celui-ci cite en référence ;
- l'amélioration de la performance des établissements. Le contexte macro-économique, marqué par une forte contrainte, invite les acteurs de l'offre de soins à faire évoluer leur fonctionnement en vue d'assurer l'amélioration continue du service rendu aux usagers et l'efficacité de la dépense publique. Les CPOM devront définir les orientations des établissements dans les trois dimensions de la performance : qualité du service rendu ; efficacité économique ; optimisation de la gestion des ressources humaines.

Les enjeux de la démarche de contractualisation se situent également au plan méthodologique. Afin de garantir l'efficacité des contrats, leur contenu devra se concentrer sur les évolutions les plus structurantes envisagées pour les cinq années à venir afin d'en faire un document synthétique et stratégique mobilisable autant dans la gestion interne des établissements que pour la régulation régionale. Leur contenu devrait également être évaluable, c'est-à-dire rassembler des orientations et des indicateurs en nombre limité et pouvant faire l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation annuelle. Enfin, compte tenu de la charge que représentera cette démarche de contractualisation pour les équipes des ARS et pour celles des établissements, leur élaboration ainsi que leur suivi devront être aussi standardisés que possible.

Principes directeurs et contenu du guide méthodologique

Le présent guide fournit des éléments essentiels afin d'atteindre les objectifs ci-dessus. Il s'articule autour des orientations suivantes :

- l'objet principal des recommandations qu'il contient a trait à la démarche de contractualisation elle-même, c'est-à-dire aux modalités de négociation, de structuration et de suivi des contrats. Le choix des orientations stratégiques et des plans d'actions figurant dans chaque CPOM relève de la négociation locale. Il s'inscrira dans le cadre législatif et réglementaire relatif au CPOM et s'appuiera sur les documents d'orientation régionaux adoptés dans le cadre du PRS. En conséquence, le guide ne contient pas d'instruction nouvelle visant à déterminer le contenu des CPOM ;
- il a néanmoins été jugé utile de mettre à la disposition des ARS des fiches pratiques contenant des propositions d'objectifs et d'indicateurs pouvant être directement mobilisés dans le cadre de la négociation. Ces fiches ont un caractère indicatif et portent, notamment, sur le volet performance des CPOM ;
- les indicateurs proposés sont en nombre limité et sont mobilisables dans des systèmes d'information existants, notamment HospiDiag et PLATINES. Le guide ne génère donc pas de besoin spécifique en termes de collecte de données.

*
* *

En référence à ces principes, le présent guide fournit :

- des recommandations sur les principaux enjeux de la démarche de contractualisation (partie 1) ;
- des outils pour la négociation et le suivi des contrats (partie 2) ;
- une structuration du contrat (partie 3) ;
- des fiches pratiques en vue de la négociation (partie 4) ;
- un CPOM type directement mobilisable par les ARS (annexe I).

Il est précisé que, par mesure de simplification, le terme « établissements » est utilisé dans le guide à la place de la formule « établissements de santé et titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipement matériel lourd ». Les modalités de modulation de la démarche de contractualisation en fonction des types de structure figurent en partie 3.

PREMIÈRE PARTIE

Enjeux et finalités de la contractualisation

A. – LES BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA CONTRACTUALISATION

1. La mise en œuvre opérationnelle des orientations régionales

Les contrats passés avec les établissements doivent être conçus comme un levier en vue de la concrétisation des orientations définies par les ARS, notamment dans le cadre du PRS. À ce titre, leur articulation avec chacun des documents stratégiques doit être précisément définie afin d'assurer une subsidiarité claire entre le contenu des axes de portée régionale et celui des CPOM.

En effet, les contrats n'ont pas vocation à traiter, pour chaque établissement, et de manière exhaustive, de l'ensemble des orientations régionales. Ils déterminent de manière précise et synthétique les principales transformations envisagées dans l'activité et le fonctionnement des établissements pour contribuer à l'atteinte des objectifs fixés au titre de l'organisation et de la performance de l'offre territoriale.

1.1. La déclinaison des schémas

La loi HPST a établi un lien direct entre les orientations stratégiques contenues dans les CPOM et le PRS. Elle a par ailleurs souligné que le schéma régional de l'organisation des soins constituait le document de référence pour leur élaboration (voir la rédaction de l'article L. 6114-2 du CSP).

En conséquence, le contenu des CPOM doit être en priorité orienté vers la déclinaison à l'échelle des établissements du contenu du SROS-PRS, c'est-à-dire des évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité.

Si l'essentiel du contenu des CPOM se situera dans le secteur sanitaire, cette nouvelle génération de contrats devra décliner, au niveau des établissements, l'objectif général de transversalité et d'articulation avec le secteur médico-social et la prévention. À ce titre, les documents devront :

- traiter de manière précise les complémentarités et les coopérations envisagées par chaque établissement avec les autres acteurs de l'offre de soins du territoire (établissements de santé, mais aussi établissements et services médico-sociaux, structures et professionnels de santé libéraux) ;
- définir les engagements de l'établissement en matière de prévention lorsque son action est déterminante pour la déclinaison du schéma régional de prévention ;
- définir les conditions de l'articulation de l'activité de l'établissement avec les orientations en matière d'organisation médico-sociale.

Les propositions figurant dans le présent guide, notamment la construction des annexes (troisième partie), ont pour objectif d'assurer une prise en compte de l'ensemble de ces enjeux de décloisonnement dans les nouveaux contrats.

1.2. La déclinaison des programmes

Les programmes sont conçus comme des modalités spécifiques d'application des trois schémas. À ce titre, ils constituent un niveau de programmation intermédiaire entre les schémas et les contrats. Il conviendra de définir précisément l'articulation des nouveaux CPOM avec ces documents en distinguant, notamment, les enjeux propres à chaque programme :

Le programme régional de gestion du risque (GDR)

La loi HPST a prévu la signature d'un contrat État-UNCAM fixant pour quatre ans les objectifs de gestion du risque relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé. L'atteinte de ces objectifs de gestion du risque doit permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

L'instruction du 9 juillet 2010 a identifié dix priorités de gestion du risque, dont un grand nombre concerne directement les établissements de santé. Ces priorités sont :

- les transports sanitaires ;
- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- l'imagerie médicale ;
- les médicaments et dispositifs médicaux sur liste en sus ;
- les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV) ;
- les SSR ;

- la permanence des soins ambulatoire et les urgences ;
- l'efficacité des EHPAD ;
- la prescription dans les EHPAD.

Ces priorités nationales sont déclinées au niveau régional au sein du programme pluriannuel régional de gestion du risque. Ce programme, piloté par l'ARS avec le concours des organismes locaux d'assurance maladie, comprend également des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

La déclinaison opérationnelle, au niveau des établissements de santé, du programme régional de gestion du risque prend principalement deux formes :

- l'accompagnement et, le cas échéant, la définition d'objectifs précis pour les établissements de santé ciblés par l'ARS sur la base d'indicateurs définis au niveau national ;
- pour certaines actions (transports sanitaires, liste en sus, PHMEV), ces objectifs font l'objet d'une contractualisation spécifique entre l'ARS et l'établissement ciblé, sur la base d'un contrat type national. Ces contrats, lorsqu'ils existent, pourront être annexés au CPOM ou listés parmi les contrats signés par l'établissement (*cf. infra*).

Le CPOM est un des principaux vecteurs de mise en œuvre de la politique régionale en matière de gestion du risque. Son contenu devra tenir compte des engagements et objectifs déclinés dans le programme régional de gestion du risque et dans les SROS. Certaines priorités nationales feront l'objet d'une déclinaison systématique dans les annexes au CPOM, c'est le cas, tout particulièrement, de la chirurgie ambulatoire.

De manière plus générale, les indicateurs GDR doivent servir au dialogue de gestion, et notamment au diagnostic préalable destiné à identifier les thématiques sur lesquelles l'établissement a des marges de progrès. Ce sont ces thématiques qui feront l'objet d'une contractualisation et seront insérées au sein des différentes annexes thématiques, notamment au sein de l'annexe « PRS ».

Les contrats locaux de santé (CLS)

À l'égard du CPOM, le CLS constitue un document d'orientation. Les établissements de santé peuvent y participer en tant que partenaires, en vue de s'engager dans la mise en œuvre de certaines actions ou la mise à disposition de ressources.

Dans le cas de l'association des offreurs de soins, et notamment des établissements de santé en tant que partenaires du CLS, il convient d'organiser un renvoi au CLS dans le contrat spécifique engageant la structure (CPOM, convention, contrat de bonnes pratiques, contrat de performance...) dans le but de préciser la nature de son engagement.

Ainsi, les engagements de l'établissement au titre du CLS pourront être déclinés dans le CPOM, soit au moyen d'un avenant au contrat, soit lors de l'élaboration initiale du contrat : les engagements au titre du CLS pourront être insérés dans l'annexe « PRS » ou dans l'annexe « Développer les coopérations territoriales », en fonction de la nature des engagements contractualisés.

Le programme régional de télémédecine (PRT)

Les CPOM passés avec les établissements porteurs d'un projet de télémédecine seront un outil de mise en œuvre des grandes orientations arrêtées dans le programme. À ce titre, ils doivent être conçus comme un levier pour le déploiement des usages de ce nouveau mode d'exercice de la médecine.

Il convient toutefois de noter que la contractualisation en matière de télémédecine dépasse la fixation d'objectifs stratégiques. Elle a également été conçue comme un dispositif de mise en conformité de l'activité de télémédecine avec les prescriptions fixées au plan national (décret du 19 octobre 2010). En conséquence, le contenu du CPOM devra tenir compte de ces deux objectifs : contribution du projet à l'évolution de l'offre de soins territoriale (aspects stratégiques) ; description des conditions de réalisation de l'activité (contrôle de conformité).

Les préconisations relatives à la contractualisation dans le domaine de la télémédecine seront transmises aux ARS début 2012.

1.3. L'articulation avec le CPOM État-ARS

Le contenu du CPOM État-ARS étant, en toute logique, d'ores et déjà pris en compte dans le PRS, l'alignement stratégique avec les CPOM ARS-établissements devrait être assuré. Toutefois, les engagements pris par les ARS dans le cadre des contrats passés avec l'État ne sauraient constituer une référence systématique lors de la négociation avec les établissements. En effet, tous les objectifs n'ont pas vocation à s'appliquer à chacun des établissements, notamment pour ceux qui atteignent déjà les cibles.

Il convient par ailleurs d'éviter d'utiliser les contrats avec les établissements comme un outil de suivi des CPOM État-ARS. Ce suivi peut être assuré *via* un système d'information *ad hoc* sans que les objectifs et les indicateurs fassent l'objet d'une contractualisation.

Il conviendra toutefois d'assurer une convergence méthodologique sur les indicateurs.

2. Le CPOM, outil d'un dialogue de gestion efficace

2.1. Le principe : la centralité du CPOM dans les relations contractuelles entre l'ARS et les établissements

Il est attendu des CPOM qu'ils constituent le support principal du dialogue entre l'établissement et l'ARS. À ce titre, leur élaboration devrait viser à garantir une visibilité pluriannuelle sur les axes prioritaires et les objectifs cibles de l'établissement. La précision du contenu est également un facteur favorable pour le pilotage interne de l'établissement.

Afin d'atteindre cet objectif, il est préconisé d'intégrer la totalité des engagements contractuels des établissements dans les CPOM. Ce principe permet en effet :

- de faciliter le montage de la revue annuelle de contrat ;
- d'assurer une cohérence entre les multiples supports contractuels existants (voir annexe V) ;
- de rendre plus aisée la construction du système d'information de gestion des CPOM.

2.2. Les modalités d'articulation du CPOM avec les autres contrats

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 de celui du CPOM. 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. À ce titre, les modalités d'articulation suivantes sont préconisées :

Pour le contrat de bon usage du médicament et des produits et prestations (CBUMPP)

Le CBUMPP est un contrat distinct du CPOM car son socle contractuel n'est pas transposable (contrat tripartite ARS-assurance maladie-établissement, sanctions spécifiques). Son régime est défini par les articles D.162-9 et suivants du CSS.

Pour autant, afin d'assurer une articulation entre les deux contrats, il peut être opportun de faire une référence au CBUMPP dans l'annexe « Améliorer la qualité et la sécurité des soins » et d'assurer le suivi du CBUMPP dans le cadre de la revue annuelle de contrat. Le contrat figure à l'annexe informative sur les engagements de l'établissement.

Pour le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)

D'une durée de trois ans maximum, il détermine les axes d'économies et d'amélioration de l'organisation et de la gestion adoptés en vue d'un retour à l'équilibre gradué. Le CREF ayant un impact potentiel sur l'ensemble des objectifs contractualisés dans le CPOM, il fait l'objet d'un avenant au CPOM qui vient préciser ou modifier le contenu initial du contrat. Le CREF peut toutefois continuer à avoir son existence propre, notamment en raison des clauses spécifiques qu'il comporte (durée, modalités de suivi).

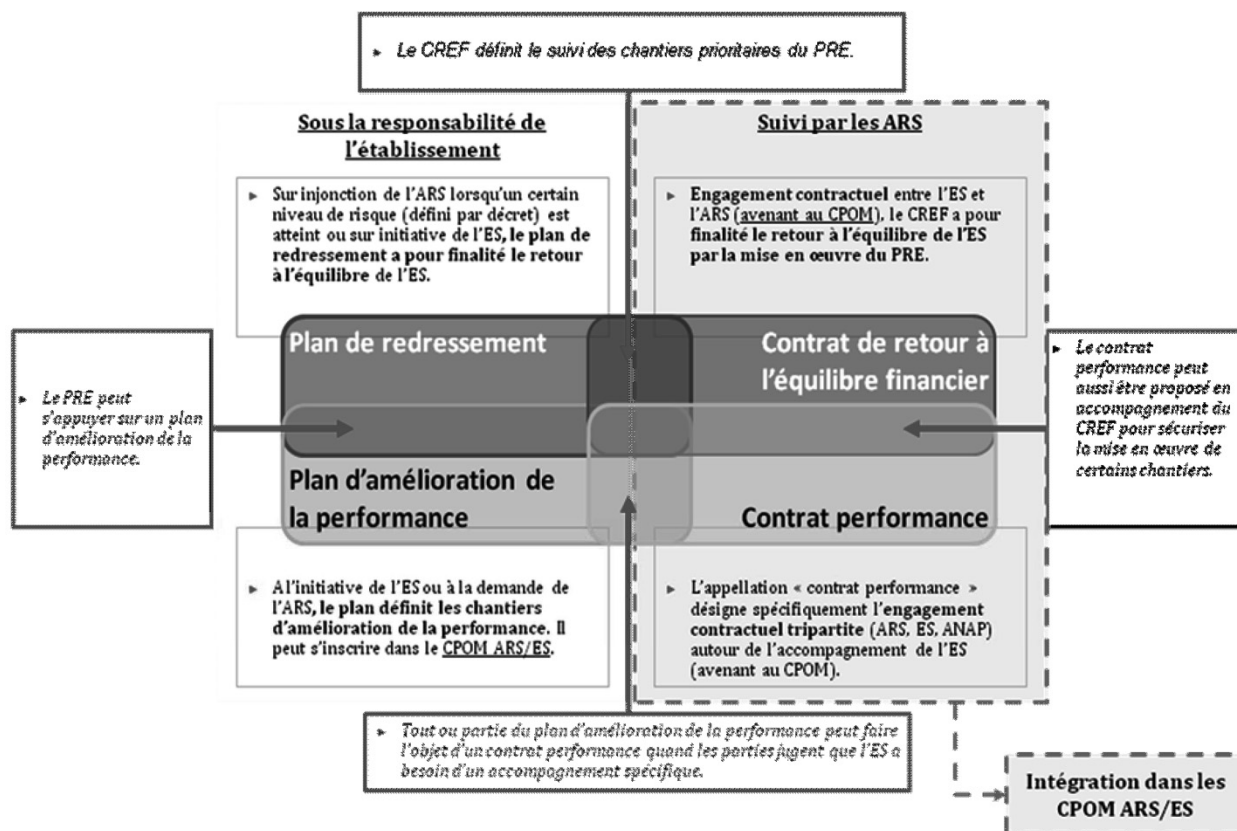
Afin d'assurer une concordance entre les deux documents, il est préconisé :

- lorsque le CREF préexiste au CPOM, de transposer son contenu dans les annexes correspondantes du CPOM ;
- lorsque le CREF est adopté postérieurement au CPOM, d'indiquer pour chaque mesure l'annexe du CPOM que le CREF vient modifier.

Pour le contrat de performance

Les engagements pris par l'établissement dans le cadre du contrat de performance couvrent un éventail large de thématiques relatives au fonctionnement et au positionnement de l'établissement. Il viendra ainsi préciser, compléter ou modifier les objectifs stratégiques que l'établissement s'est fixé dans les différentes annexes (« Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », « Optimisation des processus », « Optimisation de la politique des ressources humaines »).

À ce titre, ces engagements peuvent être intégrés au CPOM par voie d'avenant lorsque la signature du contrat de performance est postérieure à celle du CPOM, par transposition dans les annexes du CPOM lorsqu'il lui préexiste. Le contrat continue toutefois à avoir son existence propre, notamment en raison du fait qu'il est tripartite (ANAP, ARS, établissement) et des clauses spécifiques qu'il comporte (durée, modalités de suivi).



Pour le « CPOM médico-social »

Un mode de contractualisation propre à chaque champ, hospitalier, médico-social et ambulatoire est prévu afin de tenir compte de leurs spécificités.

Ainsi, la signature d'un CPOM ne revêt pas en principe de caractère obligatoire pour les établissements médico-sociaux. Toutefois, depuis la loi HPST, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté font l'objet d'un contrat signé avec leur personne morale gestionnaire. Il comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge. Cet arrêté n'a pas été publié (art. L. 313-12-2 du CASF). Le CPOM médico-social, plus resserré que le CPOM sanitaire, contient des aspects relatifs à l'activité des établissements médico-sociaux, l'organisation ou la restructuration de l'offre, la qualité, la partie financière.

Pour autant, les modalités de l'articulation entre les deux types de contractualisation doivent être définies, notamment pour les établissements de santé gestionnaires de services et d'établissements médico-sociaux.

En l'état actuel de la réglementation, l'établissement qui souhaiterait conclure un « CPOM médico-social » devrait le faire en sus du « CPOM sanitaire », compte tenu des différences importantes de nature entre les deux formes de contractualisation. Dans ce cas, il conviendra d'assurer une convergence entre les objectifs des deux contrats, notamment pour ce qui concerne le parcours des patients au sein de l'établissement (filière gériatrique par exemple).

Pour les autres engagements

Le décret du 4 octobre 2010 prévoit l'inscription en annexe au contrat, pour information, de la liste des accords et des autres contrats en cours de validité signés avec l'ARS. Pourront aussi y être listés, par souci de traçabilité, l'ensemble des documents dont la teneur n'a pas vocation à modifier le contenu du CPOM : CPOM médico-social ; CAQCS ; contrat performance ; contrat télémédecine ; CREF...

2.3. Un appui au pilotage stratégique des établissements

Un outil de gouvernance des établissements

Le CPOM constitue également un outil de référence pour le pilotage interne de l'établissement. Son contenu devrait offrir aux chefs d'établissement la lisibilité nécessaire au management des ressources humaines et financières. Les annexes aux CPOM constituent à ce titre une référence opérationnelle permettant de définir la trajectoire d'évolution de l'activité et du fonctionnement de l'établissement.

Pour les établissements publics, les orientations stratégiques du CPOM doivent trouver leur traduction dans la démarche de contractualisation interne fondée sur les contrats de pôle.

Une référence pour l'actualisation du projet médical

Au moment de la négociation du CPOM, les établissements se situent à des stades différents de maturité de leur projet stratégique interne. Pour les établissements publics, le projet médical, s'il préexiste, constituera une référence pour la négociation du CPOM. Pour autant, son contenu devra être mis en cohérence avec le SROS et le CPOM, dès lors que des évolutions substantielles auront été prévues.

À ce titre, la phase de conception du CPOM peut constituer, pour l'ensemble des établissements, l'occasion d'une mise à plat des axes stratégiques, notamment par l'intermédiaire de l'autodiagnostic préalable, préconisé dans le présent guide, et la définition des axes de transformation souhaitable de l'offre de soins.

C'est sur la base de l'autodiagnostic réalisé par l'établissement que celui-ci pourra élaborer un projet de contrat qui sera soumis à l'ARS et fera l'objet d'une négociation. L'établissement prend ainsi l'initiative de la démarche de contractualisation.

Références sur l'articulation entre projet d'établissement-projet médical - SROS-CPOM pour les établissements publics de santé :

Article L. 6113-2 du CSP : projet d'établissement-SROS ;

Article L. 6143-7-3 du CSP : projet médical-CPOM.

3. Un support pour le pilotage des activités

Dans le cadre du SROS-PRS une nouvelle démarche de pilotage des volumes d'activité des établissements de soins a été mise en place. Les enjeux et les outils sont présentés dans le guide méthodologique sur l'analyse des taux de recours et le pilotage de l'activité des établissements de santé. Les CPOM permettront la déclinaison au niveau des établissements de cette méthode de pilotage par l'accès aux soins et la pertinence des soins.

C'est en effet dans le contrat que seront définis :

- des indicateurs de pilotage sur les volumes par grandes activités qui constituent la déclinaison des cibles par territoire. Ces indicateurs non opposables portent sur les activités autorisées ;
- des objectifs contractuels ciblés plus fins (en volume de séjours/actes pour certaines prises en charge) et ciblés sur les « atypiques » constatées au cas par cas sur le territoire de santé dans le cadre de la démarche d'analyse conduite par l'ARS.

Le suivi de ces objectifs pluriannuels sera réalisé dans le cadre du dialogue de gestion, notamment la revue annuelle de contrat.

Par ailleurs, le CPOM peut être le support pour la fixation :

- le cas échéant, d'objectifs associés à la délivrance ou au renouvellement d'autorisation des activités de soins et/ou des équipements matériels lourds. La délivrance ou le renouvellement d'une autorisation peut en effet être accompagnée d'objectifs opérationnels complémentaires résultant du SROS (par exemple : coopérations, continuité des soins, mission de service public, PDSSES, renforcement d'une équipe de soins). Voir fiche pratique A1 « Autorisations et indicateurs de pilotage de l'activité » ;
- d'engagements spécifiques relatifs à la conduite des missions de service public ;
- des activités soumises à reconnaissance contractuelle.

Le présent guide propose de regrouper dans un groupe d'annexes intitulé « Annexes activité » ces différents volets du pilotage de l'activité.

4. La sécurisation juridique des financements

Sur le plan financier, le CPOM constitue le support des éléments concourant à la transparence exigée par le droit communautaire au titre des aides d'État.

Si l'article 107 du traité sur l'Union européenne interdit les « aides d'État » dans le domaine économique, l'article 106 admet les compensations des missions de service public comme moyen d'assurer l'exercice de la mission d'intérêt général par exception à l'application du droit de la concurrence dans le marché commun.

La Commission européenne définit les « services d'intérêt économique général » (SIEG) comme des « activités de service marchand remplissant des missions d'intérêt général et soumises de ce fait par les États membres à des obligations spécifiques de service public ».

Le domaine de l'offre de soins en relève puisqu'il s'agit d'une activité économique dévolue par un acte de la puissance publique. L'attribution qui est faite de missions de service public est le témoignage de son caractère d'intérêt général, conformément au raisonnement qui sous-tend la conception de la Cour de justice de l'Union européenne.

L'arrêt Altmark, rendu le 24 juillet 2003 par la Cour de justice de l'Union européenne, confirme que le droit communautaire accepte ces subventions aux services d'intérêt économique général, mais en les soumettant à quatre conditions de transparence pour qu'elles échappent à la qualification d'aides d'État et ne soient pas soumises à la déclaration préalable auprès des institutions européennes.

1. Les obligations de service public doivent être clairement définies.
 2. La compensation doit être préalablement calculée de façon objective et transparente, afin d'éviter qu'elle comporte un avantage économique susceptible de favoriser l'entreprise bénéficiaire par rapport à des entreprises concurrentes.
 3. La compensation ne saurait dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public en tenant compte des recettes ainsi que d'un bénéfice raisonnable relatif à l'exécution de ces obligations.
 4. Enfin, lorsque le choix de l'entreprise n'est pas effectué dans le cadre d'une procédure de marché public permettant de sélectionner le candidat capable de fournir ces services au coût économiquement le plus avantageux (le « mieux-disant ») pour la collectivité, le niveau de la compensation nécessaire doit être déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne, bien gérée et adéquatement équipée en moyens de transport, aurait encouru pour exécuter ces obligations.
- Le CPOM conclu entre une ARS et un établissement de santé, correspond à cette notion de mandat (reconnaissance de la mission, précision de son étendue et de ses conditions de fonctionnement) et répond à l'exigence communautaire. Il est donc une garantie pour la sécurité juridique de l'attribution des crédits assimilés à des subventions (FMESPP, MIG, AC et FIQCS...).
- Le présent guide propose un dispositif de prise en compte de cette question dans une annexe dédiée (voir fiche pratique « Le financement »).

B. – LES ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES

1. Enseignements des CPOM 2007-2012

Dans le cadre de la préparation de la loi HPST, un bilan de la contractualisation a été élaboré avec l'appui du conseil général des établissements de santé (CGES). Les insuffisances suivantes avaient été mises en évidence :

- la phase préparatoire (diagnostic), pourtant essentielle pour l'efficacité du dispositif, était insuffisamment investie par les acteurs. En conséquence, les négociateurs ne sont pas parvenus à hiérarchiser les objectifs et les indicateurs ni à établir un lien suffisant avec les documents d'orientation (projets d'établissement et SROS notamment). La portée interne et externe des CPOM s'en est trouvée réduite ;
- l'efficacité de la phase de négociation a été atténuée en raison de la recherche d'exhaustivité dans la fixation des objectifs ;
- en conséquence, le suivi et l'évaluation ont représenté une charge trop importante pour être menés de manière efficiente.

Les limites identifiées peuvent être synthétisées comme suit :

	PHASE préparatoire	NÉGOCIATION	SUIVI	ÉVALUATION
Bilan global	Phase insuffisamment aboutie	Lourdeur qui complique la négociation	Absence d'un véritable suivi	Évaluation partielle et complexe
Difficultés rencontrées	Difficulté à identifier et à prioriser les objectifs stratégiques à décliner dans les contrats	Inflation des sujets à prendre en compte à la demande du niveau national	Trop d'objectifs opérationnels déclinant les priorités stratégiques	Charge de travail trop importante
	Indicateurs indéterminés ou non adaptés	Volonté d'exhaustivité du contrat	Peu ou pas d'indicateurs associés	Objectifs insuffisamment précis
		Cadre trop rigide du CPOM	Difficulté à agréger les données	Pas d'harmonisation entre les contrats : difficulté de comparaison
				Peu de précisions dans les contrats sur les incitations/sanctions

2. Les principes d'action pour les CPOM 2012-2017

La rénovation de la démarche de contractualisation devrait être conduite autour des objectifs suivants :

	PHASE préparatoire	NÉGOCIATION	SUIVI	ÉVALUATION
Solutions proposées	Mieux analyser la situation de l'établissement	Faire des contrats modulables et adaptés à la situation des établissements	Proposition d'une base d'indicateurs normalisés pour suivre les objectifs des contrats	Comparaison efficace entre établissements appuyée sur la normalisation des indicateurs

	PHASE préparatoire	NÉGOCIATION	SUIVI	ÉVALUATION
	Clarifier les éléments à contractualiser	Rendre le contrat opérationnel	Inciter au suivi des indicateurs choisis	
	Mieux prioriser les objectifs	Définir des priorités partagées		Renforcer la rigueur de la démarche contractuelle
	Choisir des indicateurs pertinents et en nombre limité	Accord sur les indicateurs		

Les préconisations méthodologiques formulées dans le présent guide tendent vers la réalisation de ces objectifs. Il s'agira, en s'inspirant des solutions proposées, de rendre les contrats plus opérationnels. À cette fin, pour chaque étape de la démarche de contractualisation, le guide formule des recommandations.

DEUXIÈME PARTIE

La démarche de contractualisation

A. – PRÉPARER ET NÉGOCIER LE CONTRAT

1. La gestion de la transition vers les nouveaux contrats

La prorogation des CPOM en vigueur

L'article 35 de la loi du 10 août 2011 a mis en cohérence les calendriers d'adoption des documents stratégiques régionaux et de renouvellement des CPOM. Les ARS ont désormais la possibilité de proroger les CPOM en vigueur et disposent ainsi d'un délai supplémentaire pour l'adoption des nouveaux contrats.

La plupart des CPOM arrivant à échéance au 31 mars 2012, il est recommandé, lorsque l'ARS ne l'a pas déjà fait, de proroger par voie d'avenant ces contrats avant leur terme pour une durée pouvant aller jusqu'à six mois après la date d'adoption du PRS. Cette période de prorogation glissante introduit de la souplesse dans la gestion du calendrier et garantit aux ARS de disposer d'un délai de négociation de six mois une fois leurs orientations arrêtées. Ainsi, selon le calendrier prévisionnel national, si une ARS adopte son PRS en décembre 2011, elle pourra proroger les CPOM jusqu'au 30 juin 2012.

La signature de l'ensemble des contrats dans un délai de six mois permettra à l'ARS de finaliser le dispositif de mise en œuvre du PRS et aux établissements de disposer de la visibilité nécessaire à leur pilotage stratégique.

La procédure dite « de renouvellement »

Par ailleurs, la procédure dite « de renouvellement » de ces CPOM est transitoirement réduite : les établissements doivent formaliser leur demande de renouvellement six mois (au lieu d'un an) avant l'échéance du contrat en cours. En pratique, cette demande devrait intervenir en décembre 2011 ou janvier 2012. Il est néanmoins possible qu'elle ait déjà été effectuée au titre des CPOM non encore prorogés. Dans ce cas il n'est pas utile de la déclencher une seconde fois. Il est opportun d'engager cette procédure au plus vite, le cas échéant par anticipation du délai de six mois, afin d'augmenter la période utile d'élaboration des CPOM.

Il est par ailleurs préconisé d'utiliser cette procédure comme un point de liaison entre l'ancien contrat et le nouveau. Ainsi il pourrait être proposé aux établissements de joindre au rapport final d'exécution du CPOM, produit au moment de la demande de renouvellement, un diagnostic sur la situation médico-économique de l'établissement ainsi qu'une proposition d'axes stratégiques à l'aide du CPOM type joint en annexe. Cela aurait l'avantage de projeter l'établissement vers la nouvelle contractualisation et de constituer une proposition de base pour la négociation. Ainsi, ce travail préalable pourrait être engagé dès décembre 2011.

Le délai de quatre mois dont dispose réglementairement l'ARS pour répondre à cette demande de renouvellement peut être utilisé pour l'analyse des propositions formulées par l'établissement dans le cadre de son autodiagnostic et engager le dialogue contradictoire. Les deux mois restants peuvent être utilisés pour ajuster le contenu du CPOM.

Calendrier possible pour l'élaboration des nouveaux CPOM

ÉTAPE	CONTENU	ÉCHÉANCE	RESPONSABLE	COMMENTAIRE
1.	Demande de renouvellement	Six mois au plus tard avant l'échéance du CPOM	Établissement	Cette demande de renouvellement est accompagnée d'un autodiagnostic et d'une première trame de contrat sur la base du contrat type.
2.	Analyse des propositions et dialogue contradictoire	Entre six mois et deux mois avant l'échéance du CPOM	ARS puis ARS-établissement	Cette période comprend des échanges avec l'établissement (analyse contradictoire) et, au maximum deux mois avant la date de signature du contrat, la réponse de l'ARS à la demande de renouvellement.
3.	Finalisation du contrat	Entre deux mois et la date de signature du contrat	ARS	Cette période comprend la rédaction du document final. Les échanges avec l'établissement se poursuivent si nécessaire.

2. Le diagnostic partagé et la négociation

Cadrage régional de la démarche

Sur la base des éléments du présent guide, il est préconisé d'organiser une période d'appropriation des éléments méthodologiques en vue de l'élaboration des nouveaux contrats.

Cette phase pourrait associer les fédérations des établissements afin que soient fixés conjointement :

- le calendrier d'élaboration des CPOM ;
- les éléments relatifs à la contractualisation régionale.

L'autoévaluation de l'établissement

L'objectif de la phase de diagnostic est pour l'établissement de proposer les priorités d'évolution de son activité et de son fonctionnement pour les cinq prochaines années. A ce titre, l'initiative du diagnostic peut relever de l'établissement lui-même.

Ce diagnostic ayant vocation à être discuté avec l'ARS, des lignes directrices ainsi qu'un cadre partagé pourraient être proposés à l'ensemble des établissements. En effet, l'ARS pourrait diffuser en amont les axes stratégiques qu'elle souhaite suivre. Cela fournirait des orientations aux établissements pour l'élaboration du projet de CPOM sur la base :

- des principaux axes du PRS ;
- des modalités d'inscription des établissements dans leur territoire ;
- des éléments de méthodologie souhaités concernant la réalisation de l'autodiagnostic et la rédaction de la V0 du CPOM.

L'autodiagnostic mené par l'établissement peut contenir :

- une analyse du positionnement de l'établissement au regard des orientations du PRS, et notamment de son annexe territoriale ;
- un bilan des coopérations territoriales existantes ou en cours de constitution ;
- une synthèse sur la performance de l'établissement (qualité-sécurité, situation budgétaire et financière, bilan social). Le contenu de cette synthèse est à adapter en fonction du statut de l'établissement.

Les documents suivants peuvent être mobilisés :

- le PRS et le projet médical ;
- le bilan de la précédente contractualisation (notamment le rapport d'exécution et les rapports des revues annuelles) ;
- les indicateurs proposés dans le présent guide (voir les fiches pratiques et les annexes II et III) ;
- l'ensemble des indicateurs de l'outil HospiDiag ;
- l'ensemble des indicateurs de la plate-forme Platines ;
- la carte d'identité qualité-disponible sur QUALHAS et reprenant les résultats des indicateurs généralisés ;
- la synthèse des résultats sur les indicateurs relatifs aux infections nosocomiales ;
- le rapport de certification de la HAS ;
- le bilan social de l'établissement ;
- le contrat type fourni dans le présent guide.

Cette liste est à adapter en fonction du type et du statut de l'établissement.

Sur la base de ce diagnostic, une première trame de CPOM peut être élaborée par l'établissement.

Le CPOM est un document bilatéral signé entre l'établissement et l'ARS. Néanmoins, l'ARS doit s'assurer du positionnement de l'établissement sur son territoire. Cette cohérence territoriale s'appuie sur le diagnostic partagé, préalable à la préparation et à la signature du contrat, et constitue un point de vigilance lors des revues annuelles de contrat.

La gestion de la démarche de négociation

L'analyse contradictoire, fondée sur les résultats de l'autodiagnostic, peut être ainsi engagée. Les modalités de conduite de la négociation avec l'ensemble des établissements durant la période de six mois sont à définir par chaque ARS (et pourront être fixées en amont du lancement de la démarche de contractualisation).

Quelle que soit l'organisation choisie, il pourrait convenir de mettre en place les trois fonctions suivantes : une fonction de pilotage général de la démarche (appui méthodologique et suivi du projet global) ; une fonction d'appui-métier (expertise sur les projets d'annexe des projets de contrat) ; une fonction d'animation territoriale (dialogue avec l'établissement).

3. La signature

La procédure de signature et la durée du contrat

Le CPOM est conclu pour une durée maximale de cinq ans à compter de sa signature. Il est opportun de retenir cette période quinquennale qui permet d'établir un rythme équivalent à celui du PRS. Sauf cas exceptionnel, il ne paraît pas souhaitable de contractualiser pour une durée plus courte. Cela aurait pour effet de limiter la visibilité recherchée.

Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public (MSP), le contrat est obligatoirement signé pour une durée de cinq ans :

- l'attribution d'une mission de service public pendant la mise en œuvre du contrat porte la durée totale du contrat à cinq ans, à compter de la signature initiale du contrat et non de l'avenant d'attribution de la mission de service public. Si le contrat est de cinq ans, la durée du contrat restant à couvrir n'est pas modifiée (art. L. 6114-1 du CSP) ;
- dans le cas où une mission de service public est retirée d'un CPOM en cours d'exécution, les cocontractants ont la possibilité de négocier et de réviser la clause de durée du contrat et de ramener l'exécution de ce dernier à une durée inférieure à cinq ans.

La signature du CPOM est un acte juridique qui engage les parties sur l'ensemble du document. Le CPOM est signé par :

- le directeur général de l'ARS ;
- le représentant légal de l'établissement. Pour les établissements publics, le contrat est établi en concertation avec le directoire de l'établissement, lequel se prononce donc de fait sur son contenu. Si les textes ne prévoient pas que le conseil de surveillance délibère sur le CPOM, il est néanmoins préconisé d'assurer son information régulière sur l'avancement de la négociation et de disposer d'un avis sur la version finale avant signature.

La procédure en cas d'absence de signature

À défaut de signature du contrat dans le délai de six mois après l'adoption du PRS, le directeur de l'ARS dispose de la possibilité de fixer, par voie d'arrêté, un socle d'engagements de l'établissement. Cet arrêté porte sur les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 du CSP et les obligations relatives aux missions de service public assignées ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière (art. L. 6114-2 du CSP).

Les contrats doivent être signés (ou révisés) au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou de l'attribution d'une mission de service public, ce qui doit s'interpréter comme devant intervenir dans les six mois suivant la notification de l'autorisation. Sous réserve que les délais prévus soient respectés par l'ARS, cette disposition permet de mettre en adéquation les obligations contractuelles avec les autorisations accordées.

Si l'établissement refuse de signer les avenants au contrat, élaborés à la suite de l'attribution ou de la modification d'une autorisation, le directeur général de l'ARS prend un arrêté modificatif portant sur l'autorisation d'activité. Il est nécessaire de prendre en compte le risque contentieux induit par la prise d'un acte administratif unilatéral.

Références sur les compétences en matière de signature :

- Articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du CSP ;
- Article L. 6143-7 du CSP ;
- Article L. 6143-7-3 du CSP.

B. – SUIVRE ET FAIRE VIVRE LE CONTRAT

1. Le suivi

Placé au cœur du dialogue de gestion, le suivi du contrat est effectué en permanence dans le cadre du dialogue de gestion entre l'ARS et l'établissement. Pour autant, il paraît nécessaire de formaliser un bilan régulier.

Ce bilan se fonde sur la procédure réglementaire de transmission du rapport annuel d'étape. Il est préconisé de l'organiser sous la forme d'une revue annuelle de contrat. Celle-ci permet de :

- dresser le bilan de l'exécution du contrat en $n-1$;
- définir les perspectives pour l'année n ;
- définir les éventuels avenants au contrat ;
- de façon exceptionnelle, définir les sanctions pour non-exécution du contrat.

Afin de ne pas multiplier les temps d'évaluation, cette revue tient également lieu de bilan annuel :

- des indicateurs de pilotage de l'activité ;
- de l'exercice des missions de service public ;
- du CBUMPP ;
- du CREF, sans préjudice des points périodiques de suivi de l'exploitation de l'établissement en vue du redressement financier ;
- du contrat quadriennal passé avec l'université, mentionné à l'article L. 711-1 du code de l'éducation ;
- des contrats listés en annexe informative, ou joints au CPOM, sans préjudice des dispositifs spécifiques qui pourraient être mis en œuvre dans ces contrats.

Afin de garantir une approche territoriale de cette évaluation, des réunions spécifiques peuvent être organisées pour suivre les engagements pris par les établissements concernant les coopérations. Cette revue réunit autour de l'annexe coopération territoriale, les établissements parties à un projet de coopération.

Les principes d'organisation de cette revue peuvent être les suivants :

- constituer des délégations restreintes pour la réunion annuelle afin de placer les échanges à un niveau stratégique ;
- fonder l'analyse contradictoire sur un rapport annuel d'étape produit par l'établissement. Celui-ci peut comprendre :
 - une analyse sur le positionnement stratégique de l'établissement dans son territoire et sur sa performance interne ;
 - un bilan de la réalisation des actions prévues en $n-1$, fondé sur les indicateurs inscrits au contrat ;
 - des propositions d'avenant, le cas échéant ;
- assurer la traçabilité des échanges par la production d'une lettre d'observation réalisée par l'ARS comprenant :
 - le compte rendu de la revue ;
 - les avenants, le cas échéant ;
 - les observations de l'ARS.

Il peut être pertinent d'assurer une synthèse régionale de l'état de la contractualisation et de l'état de réalisation des objectifs fixés.

Au sein de la CRSA, la commission spécialisée de l'organisation des soins est informée au moins une fois par an sur les CPOM.

2. La révision

Les CPOM doivent être conçus comme des documents évolutifs. Leur modification peut être envisagée à échéance régulière (notamment au moment de la revue annuelle de contrat) afin de prendre en compte des modifications substantielles (modification du SROS, évolution de l'offre de soins sur le territoire, modification du périmètre d'activité, engagement de nouvelles coopérations, évolution significative de la situation budgétaire) intervenues dans l'environnement ou dans le fonctionnement interne de l'établissement.

La révision peut intervenir à l'initiative des deux parties par voie d'avenant. Celui-ci est adopté dans les mêmes conditions que le contrat lui-même. Afin de garantir la lisibilité du CPOM, il est conseillé d'assurer la consolidation régulière par intégration des avenants dans le texte d'origine. Le système d'information de gestion des CPOM en cours d'élaboration permettra cette opération.

Il existe une procédure particulière de révision dans le cadre d'un plan de redressement d'un établissement demandé par le directeur général de l'ARS. Les modalités de retour à l'équilibre doivent figurer dans le CPOM en vertu de l'article L. 6143-3 du CSP.

3. Le respect du contrat

La démarche de contractualisation du CPOM porte 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 des pénalités graduelles prévues au contrat, dans le respect d'une procédure contradictoire.

La détermination des pénalités

Les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues. L'article L. 6114-1 du CSP précise que les contrats déterminent les pénalités applicables. 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 de santé ou par le titulaire de l'autorisation, des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

Les textes n'établissent pas de distinction entre les différents engagements pris dans le CPOM. Il revient aux cocontractants de définir en amont, au moment de la signature du contrat, le régime des pénalités applicables dans les limites de ce cadre réglementaire. Il peut être envisagé d'identifier dans le contrat les engagements prioritairement visés par ce régime de sanctions.

La procédure en cas d'inexécution partielle ou totale

Cette procédure est décrite à l'article R. 6114-10 du CSP. Plusieurs éléments doivent être mis en évidence :

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

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).

4. Le système d'information de gestion des CPOM

La réussite de la démarche de contractualisation est conditionnée par l'automatisation de la gestion des contrats. En conséquence, le déploiement d'un système d'information permettant de réduire la charge de manipulation des documents est un point clé pour les ARS. Ce système devrait prendre en compte les différentes phases de la démarche : préparation, négociation, révision, évaluation.

C'est l'objectif du « projet gestion des contrats » placé sous la maîtrise d'ouvrage du secrétariat général des ministères des affaires sociales. La maîtrise d'ouvrage opérationnelle a été déléguée à la région Rhône-Alpes, qui en assure l'animation et le pilotage. Les ARS Île-de-France, Picardie, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire, d'une part, ainsi que la DGOS et la DGCS, d'autre part, sont associées à ce chantier.

Dans la perspective de construction d'un système d'information cible de gestion des contrats gérés par une ARS, le ministère a décidé de découper le projet en deux volets :

- un volet de conception-réalisation d'une maquette du SI cible ;
- un volet de réalisation du SI cible et déploiement à l'échelon national.

TROISIÈME PARTIE

Le périmètre et la structuration du CPOM

A. – LE PÉRIMÈTRE DU CONTRAT

1. Les structures concernées

Deux catégories de structures sont concernées par la démarche de contractualisation traitée dans le présent guide :

- les établissements de santé, quel que soit leur statut ;
- les titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipement matériel lourd : centres indépendants de radiothérapie ; USLD ; laboratoires de biologie médicale ; cabinets de radiologie.

D'autres structures peuvent être appelées au contrat par les deux parties signataires. Il s'agit des organismes concourant aux soins, des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Cette contractualisation peut porter sur tout ou partie des clauses du CPOM. En conséquence, la structure appelée au contrat signera soit le CPOM dans son intégralité, soit les annexes qui la concernent.

2. Le contenu du CPOM

2.1. Les dispositions générales

Le contenu des CPOM est défini par le décret du 4 octobre 2010 (art. D. 6114-2 et D. 6114-3 du CSP). Il établit la liste des thématiques devant figurer dans le contrat. Il n'établit pas de distinction par type de structure ou par statut de l'établissement. Une grande marge de manœuvre est donc laissée aux ARS quant au contenu des CPOM. À ce titre, le contrat type proposé en annexe du présent guide permet de prendre en compte l'ensemble de ces thématiques.

Pour autant, s'agissant des contrats ayant vocation à décliner les axes prioritaires inclus dans les autres documents d'orientation régionaux, la sélection d'un « noyau dur » d'objectifs quantifiables est préconisée. Cette sélection se fera également en fonction de la situation de l'établissement décrite dans le cadre du diagnostic préalable.

2.2. Les dispositions particulières

L'objectif général est d'assurer une convergence du contenu des CPOM. Néanmoins, il sera opportun, afin d'assurer la pertinence de la démarche, de l'adapter *a minima* à certaines spécificités. Certaines sont visées par les textes, d'autres sont préconisées dans le présent guide.

Adaptation de la démarche en fonction du type de structure

Les particularités suivantes devront être traitées dans les CPOM :

Pour les GCS :

Le GCS érigé en établissement de santé, le GCS de moyens titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd et le GCS de moyens bénéficiant d'une dotation de financement au titre des MIGAC doivent signer un CPOM.

En revanche, les GCS de moyens non titulaires d'une autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd ne sont pas soumis à cette obligation. Le contrat est signé par le directeur de l'ARS et l'administrateur du GCS, après délibération de l'assemblée générale, conformément à l'article R. 6133-21 du CSP. Il convient d'adapter le contenu du CPOM aux enjeux propres à l'objet du GCS :

- le GCS érigé en établissement de santé disposera d'un CPOM dont les axes stratégiques seront similaires à un CPOM conclu par un établissement de santé ;
- le GCS de moyens titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd conclura un contrat qui portera uniquement sur cette autorisation et ses conditions de mise en œuvre. Il pourra être décidé d'y adjoindre toute annexe qui sera jugée utile au pilotage stratégique de la structure ;
- le GCS de moyens qui perçoit des MIGAC est tenu de signer un « engagement contractuel spécifique » afin de percevoir une dotation MIGAC ;

- dans les autres cas, il n'est pas nécessaire d'établir un contrat *ad hoc* pour le GCS. Certains engagements des établissements membres découlent de leur participation au GCS. Ceux-ci étant identiques, ils figurent donc dans l'annexe coopération territoriale, intégrée au CPOM de chaque établissement partie au GCS. Ainsi ce document transversal réunit les engagements qui relèvent de leur participation au GCS (voir fiche pratique « Coopération territoriale »).

Pour les autres titulaires d'autorisation :

Hormis les établissements de santé, les autorisations peuvent être accordées à toute personne morale dont les statuts permettent son exploitation. Cela recouvre donc, en plus des GCS, les groupements d'intérêt économique (GIE), les laboratoires d'analyse médicale et les cabinets de radiologie.

Leur CPOM devra porter sur les autorisations et leurs conditions de mise en œuvre. Il s'agit donc d'un contrat *a minima*, qui impose des conditions à l'exécution d'une activité ou à l'utilisation d'un équipement et suit les modalités d'application. Il est préconisé d'y adjoindre toute annexe jugée utile au pilotage stratégique de la structure.

Adaptation de la démarche en fonction du statut de l'établissement de santé

Pour les établissements privés sous OQN :

Le CPOM fixe le montant de certains tarifs de prestations (SSR, psychiatrie).

Par ailleurs, les fiches pratiques précisent le périmètre d'application des différentes annexes au CPOM.

Le volet enseignement, recherche, innovation

Le présent guide ne contient pas de fiche pratique portant sur ce volet. En effet, une réflexion est engagée sur la refonte des conventions hospitalo-universitaires. Au terme de ce travail, les ARS et les établissements concernés (CHU, CLCC et autres établissements impliqués dans ces missions) pourront faire évoluer le contenu des CPOM afin de prendre en compte cette dimension.

L'hospitalisation à domicile (HAD)

Le présent guide ne contient pas de fiche pratique portant sur la HAD. Il renvoie au guide pour l'élaboration des SROS-PRS. Cette activité pourra être prise en compte dans l'annexe « Orientations stratégiques » ou dans l'annexe « Coopération territoriale », pour les établissements disposant d'une activité de HAD comme pour les établissements n'en disposant pas mais en situation de prescripteur. Pour les établissements de HAD, le CPOM sera construit selon le schéma décrit dans la quatrième partie, paragraphe B, du présent guide.

Le positionnement particulier de la HAD dans l'offre de soins est constitutif des deux volets de la définition d'objectifs en matière de développement du recours à la HAD :

- d'une part, en tant qu'établissements de santé, les établissements de HAD pourront porter dans leurs contrats des objectifs propres, en lien avec les enjeux du territoire concerné ;
- d'autre part, en tant qu'activité prescrite, la HAD pourra trouver dans les CPOM des établissements de santé avec hébergement, ainsi que dans ceux que pourront signer les EHPAD et les structures d'exercice coordonné du secteur ambulatoire un point d'ancrage de son développement, assurant une meilleure organisation des parcours des patients pour les deux situations dans lesquelles elle est amenée à intervenir : l'évitement et le raccourcissement de l'hospitalisation conventionnelle.

Les objectifs de la contractualisation peuvent être les suivants :

- anticiper et organiser de façon précoce le relais d'une hospitalisation complète dès lors qu'une prise en charge en HAD est possible ;
- organiser la prévention des rechutes et des retours vers l'hospitalisation à temps complet pour certains patients chroniques du secteur ambulatoire ou accompagnés par les services médico-sociaux ;
- favoriser le développement de la HAD en EHPAD pour éviter les hospitalisations complètes et les passages aux urgences évitables aux personnes âgées hébergées dans ces établissements ;
- évaluer l'impact de la HAD en termes de substitution d'activité.

Les indicateurs relatifs à la HAD (pour les établissements de HAD comme pour les établissements prescripteurs) figurent en annexe III du présent guide.

Le volet culturel

Les établissements de santé peuvent mettre en place *via* leur CPOM une politique culturelle. Il s'agit, notamment en concertation avec leur commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU), des actions de sensibilisation sur la douleur à l'égard des professionnels de santé et des usagers, en utilisant toutes formes d'expression artistiques, telles que des expositions de peintures, de dessins et de photographies, de pièces de théâtre, la littérature, les arts plastiques, la musique, etc. Ces actions peuvent être renouvelées au moins tous les deux ans par les établissements de santé, avec des thématiques différentes.

B. – PROPOSITION DE STRUCTURATION DU CPOM

Compte tenu des contraintes de temps qui s'imposeront aux ARS pour l'élaboration des contrats, le présent guide propose un plan général du contrat (1), un socle contractuel (2) ainsi qu'un plan des annexes (3) qui pourront être directement utilisables. Les ARS qui le souhaitent pourront adopter une autre configuration et modifier le contenu des annexes.

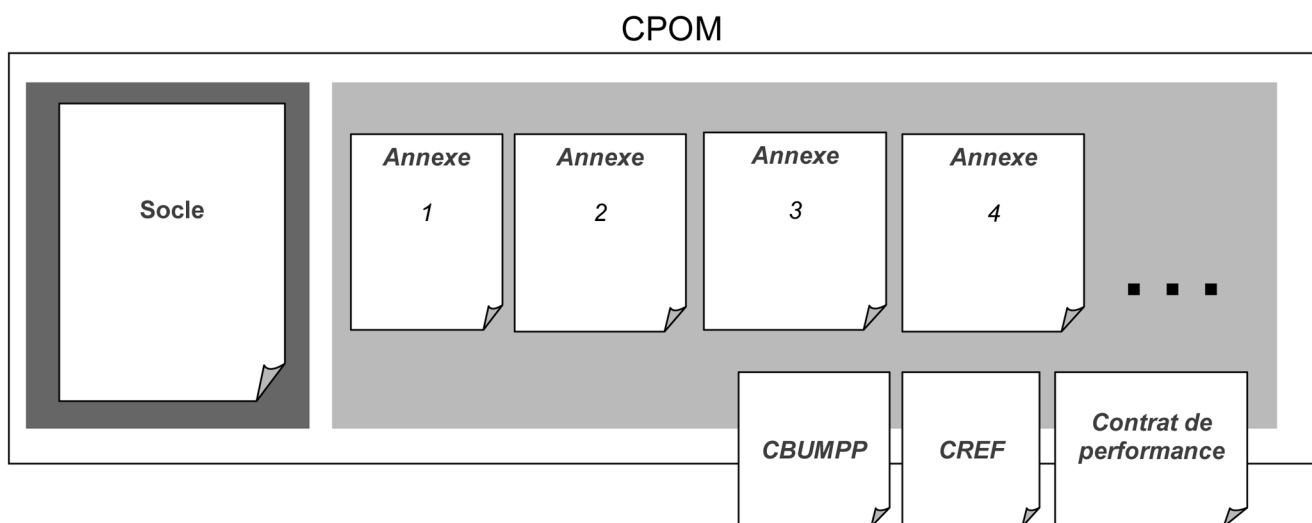
Une certaine unité dans la structure des CPOM est néanmoins opportune :

- au plan régional, pour assurer la comparabilité des contrats et en faciliter le suivi ;
- au plan national, comme préalable à la construction d'un système d'information de gestion des CPOM.

1. Propositions relatives au plan général du contrat

Il est préconisé de retenir une structuration en deux parties distinctes :

- le socle contractuel, qui comporte les clauses générales du contrat. Cette partie est très courte et a vocation à s'appliquer sur les cinq années du CPOM ;
- les annexes du contrat, qui décrivent les objectifs retenus et les indicateurs. Ces annexes constituent la base du suivi du contrat et peuvent évoluer sur la période de contractualisation : leur modification se fera par le biais d'avenants.



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 ;
- faciliter la construction d'un système d'information de gestion des contrats.

2. Propositions relatives au plan du socle contractuel

Le guide propose un modèle type de contrat présentant la structuration ainsi que le contenu du socle contractuel (voir annexe I du guide).

3. Propositions relatives au plan des annexes

Les annexes ont pour objectif de garantir le caractère opérationnel du contrat. Elles déclinent les objectifs et les indicateurs chiffrés associés et constituent la base du suivi du contrat.

La structuration des annexes vise à balayer l'ensemble du champ de la contractualisation (positionnement dans l'offre de soins et performance de l'établissement). Il est proposé de distinguer deux groupes d'annexes, qui répondent à des finalités différentes :

- les annexes « Orientations stratégiques », qui décrivent les transformations que l'établissement s'engage à réaliser dans la période contractuelle. Leur contenu résulte directement de la négociation et porte à la fois sur le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins territoriale (dimension externe) et sur la qualité de son fonctionnement (dimension interne) ;
- les annexes « Autorisations et pilotage de l'activité », qui comprennent l'ensemble des engagements pris par l'établissement découlant d'autorisations d'activité de soins ou de missions de service public et ceux pris en contrepartie d'allocations de ressources financières. Ces annexes posent le cadre réglementaire de l'activité, leur contenu étant en lien direct avec celui des annexes « orientations stratégiques ».

LES ANNEXES « ORIENTATIONS STRATÉGIQUES »

- Annexe I. – Orientations stratégiques au regard du PRS
- Annexe II. – Développer les coopérations territoriales
- Annexe III. – Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Annexe IV. – Développer la chirurgie ambulatoire
- Annexe V. – Faire progresser le pilotage interne de l'établissement
- Annexe VI. – Optimiser la politique des ressources humaines

LES ANNEXES « AUTORISATIONS ET PILOTAGE DE L'ACTIVITÉ »

- Annexe VII. – Les autorisations et les indicateurs de pilotage de l'activité
- Annexe VIII. – Le financement
- Annexe IX. – Les missions de service public
- Annexe X. – Les reconnaissances contractuelles

L'ANNEXE NON OPPOSABLE

- Annexe XI. – Rappel des engagements contractuels de l'établissement hors CPOM

QUATRIÈME PARTIE

Les fiches pratiques

A. – STRUCTURATION DES FICHES

Les fiches ont pour objet d'apporter aux ARS et aux établissements un appui dans la rédaction des annexes du CPOM. Leur contenu ne revêt pas de caractère impératif. Il constitue une « banque » d'objectifs et d'indicateurs élaborés par les experts nationaux des différentes thématiques.

1. Contenu des fiches pratiques

Chaque fiche « Orientations stratégiques » comporte deux parties :

- une partie « enjeux », qui permet de resituer la négociation dans un contexte plus général. Il rappelle les grands objectifs poursuivis par la politique publique conduite dans le domaine faisant l'objet de la contractualisation ;
- une partie « objectifs et indicateurs » définit les grandes orientations du contrat, avec des objectifs pour chaque thématique et des indicateurs associés. La contractualisation par les ARS et les établissements permet de fixer les grands axes stratégiques choisis ainsi que de satisfaire au contenu du décret du 4 octobre 2010. L'ARS pourra sélectionner un à deux indicateurs par thématique prioritaire, parmi les objectifs et indicateurs proposés dans ce guide. Il est à noter que l'harmonisation des CPOM sur ce noyau dur d'indicateurs facilitera la comparaison des contrats au niveau régional.

Pour les fiches « Activité », chacune poursuivant un objectif spécifique, leur structuration n'est pas standardisée.

2. Les indicateurs

Afin de garantir l'opérationnalité du CPOM, il est préconisé de n'inscrire au contrat que les indicateurs déjà disponibles dans un système d'information existant. Dans cette perspective, les indicateurs proposés dans les fiches pratiques « orientations stratégiques » sont issus, pour l'essentiel, d'outils existants tels que HospiDiag ou PLATINES. Ils seront ainsi disponibles au moment de l'élaboration des CPOM et de chaque revue annuelle. Leur utilisation ne nécessitera pas de retraitement de la part des ARS. Toutefois, un travail de fixation de la cible et de la trajectoire à suivre par chaque établissement devra être conduit au niveau local.

Dans le cas où les indicateurs retenus n'auraient pas de source dans un système d'information, les établissements devront remonter les données nécessaires lors de l'autodiagnostic préalable ou dans le rapport annuel d'exécution du CPOM.

Il est également souhaitable que les indicateurs choisis par les ARS dans l'annexe « Orientations stratégiques au regard du PRS » et qui ne font pas l'objet de préconisations dans le présent guide soient aisément mobilisables. À ce titre, il convient de se référer aux indicateurs figurant notamment au guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS ainsi qu'à ceux choisis dans le cadre du CPOM État-ARS.

Le nombre d'indicateurs proposés dans les fiches pratiques est de 51 (voir synthèse en annexe II du guide). Il s'agit de ceux qu'il convient d'analyser en premier lieu dans le cadre du diagnostic. L'annexe III met à la disposition des ARS et des établissements des thèmes complémentaires, qui pourront être utilisés pour affiner ce diagnostic. D'autres indicateurs pourront être éventuellement mobilisés, qu'ils soient proposés par l'établissement ou, par l'ARS, dès lors qu'ils sont disponibles et fiables.

Tous ces indicateurs n'ont pas vocation à être repris dans leur intégralité dans les contrats. Le choix des indicateurs relèvera de la négociation. La liste des indicateurs proposés est à adapter au type d'établissement. Une limitation du nombre d'indicateurs à 20-25 dans le CPOM paraît souhaitable, afin de garantir le suivi en vue de la revue annuelle de contrat. La répartition des indicateurs entre les annexes devra être équilibrée.

B. – SOMMAIRE DES FICHES PRATIQUES

Les fiches permettant l'élaboration des annexes « Orientations stratégiques »

Fiche pratique S1. Orientations stratégiques au regard du PRS.

Fiche pratique S2. Développer les coopérations territoriales.

Fiche pratique S3. Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Fiche pratique S4. Développer la chirurgie ambulatoire.

Fiche pratique S5. Faire progresser le pilotage interne de l'établissement.

Fiche pratique S6. Optimiser la politique des ressources humaines.

Les fiches permettant l'élaboration des annexes « Autorisations et pilotage de l'activité »

Fiche pratique A1. Les autorisations et les indicateurs de pilotage de l'activité.

Fiche pratique A2. Le financement.

Fiche pratique A3. Les missions de service public et missions d'intérêt général.

Fiche pratique A4. Les reconnaissances contractuelles.

**Tableau de synthèse d'applicabilité des fiches pratiques
et des annexes afférentes**

FICHE PRATIQUE	APPLICABILITÉ
Fiche pratique S1. Orientations stratégiques au regard du PRS.	Tous les établissements de santé.
Fiche pratique S2. Développer les coopérations territoriales.	Tous les établissements de santé.
Fiche pratique S3. Améliorer la qualité et la sécurité des soins.	Tous les établissements de santé.
Fiche pratique S4. Développer la chirurgie ambulatoire.	Tous les établissements de santé titulaires d'autorisation de chirurgie.
Fiche pratique S5. Faire progresser le pilotage interne de l'établissement.	Les établissements publics de santé. Les ESPIC pour partie (voir le détail dans la fiche). Tous les établissements de santé pour la partie relative aux systèmes d'information.
Fiche pratique S6. Optimiser la politique des ressources humaines.	Établissements publics de santé.
Fiche pratique A1. Les autorisations et les indicateurs de pilotage de l'activité.	Tous les établissements de santé.
Fiche pratique A2. Le financement.	Tous les établissements de santé.
Fiche pratique A3. Les missions de service public et missions d'intérêt général.	Tous les établissements de santé.
Fiche pratique A4. Les reconnaissances contractuelles	Tous les établissements de santé.

Fiche pratique S1

L'annexe I « Orientations stratégiques PRS »

1. Enjeux

Cette annexe constitue le cœur du contrat. Son objectif est de situer l'établissement dans son environnement territorial (ou régional/interrégional, en fonction du niveau de recours), en articulation avec les orientations du PRS.

Elle est modulable en fonction des axes stratégiques fixés par chacune des ARS dans son PRS. Il convient d'y faire figurer les axes prioritaires du PRS qui interagissent avec le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins territoriale.

Le contenu de cette annexe est déterminé en référence aux schémas et aux programmes adoptés par l'ARS. En conséquence, l'appui national à la rédaction de cette annexe est principalement réalisé dans le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS (recommandations, indicateurs).

2. Objectifs et indicateurs

Cette annexe est synthétique. Le choix de quelques orientations prioritaires traduites en objectifs opérationnels est recommandé, tout en évitant de balayer de manière exhaustive les différents champs de l'activité de l'établissement. Cette annexe s'articule avec l'ensemble des annexes « Activités » qui viennent la compléter.

Le but de cette annexe est également de replacer l'établissement dans toutes les dimensions de son environnement (hospitalière, ambulatoire et médico-sociale). Il s'agit en effet de traduire de façon opérationnelle le décloisonnement de l'offre de soins recherché dans le cadre du PRS, en y intégrant, le cas échéant, des objectifs relatifs à la santé publique et à la prévention.

Pour la mise en œuvre des orientations choisies, il conviendrait de renvoyer aux autres annexes qui portent sur les leviers d'action (notamment les coopérations). C'est autour de cette annexe que s'articule et s'appuie l'ensemble des annexes du CPOM.

À titre d'illustration, les thématiques suivantes peuvent notamment être traitées dans cette annexe :

- la place de l'établissement dans la gradation des soins et les engagements correspondants sur la base du SROS : l'annexe PRS peut rappeler (*cf.* Guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS, p. 25-27 notamment), le positionnement de l'établissement ou du titulaire d'autorisation, dans la gradation des soins. Exemple : offre de proximité, plateau technique infra-régional/régional/interrégional...);
- les liens avec les autres acteurs de l'offre de soins dans un objectif d'amélioration du parcours de soins des patients. L'annexe PRS fait notamment le lien entre l'établissement et les soins de ville. L'enjeu est de rappeler, sur la base du SROS comme du SIOS, les objectifs visant à structurer les « filières de soins » ;
- les recompositions issues des orientations du SROS-PRS et impactant l'établissement ;
- les objectifs issus de la mise en œuvre des plans de santé publique ;
- la mise en œuvre par l'établissement, ou le titulaire d'autorisation, des objectifs prioritaires du programme régional de gestion du risque ;
- les orientations stratégiques des titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd (EML) hors établissement de santé. Sur la base du SROS-PRS, le CPOM peut identifier les orientations stratégiques relatives au parc d'EML, puis renvoyer à l'annexe sur les autorisations les modalités techniques associées.

Fiche pratique S2

L'annexe II « Développer les coopérations territoriales »

1. Enjeux

L'ouverture des établissements de santé sur les territoires constitue un des enjeux majeurs pour l'offre de soins. D'une part, il s'agit de renforcer les mutualisations entre les établissements de santé, afin de répondre aux enjeux de démographie médicale, d'efficacité et de qualité de soins. D'autre part, il convient de déterminer précisément la place respective des différents offreurs de soins d'un territoire pour assurer la transparence des parcours des patients et construire une offre graduée.

Il est préconisé d'identifier dans une annexe dédiée les principales actions envisagées par l'établissement sur ces deux plans. Afin de renforcer son caractère opérationnel, les partenaires de la coopération peuvent être appelés au contrat et être signataires de cette annexe. Il s'agira ainsi d'un document entérinant des actions de coopération entre structures, du même champ ou non. Ce document sera donc la formalisation d'un travail mené en amont de la coopération des offreurs de soins entre eux. Cette annexe cosignée sera intégrée au CPOM de tous les établissements partenaires.

Le CPOM n'a pas de portée juridique pour les signataires « extérieurs », mais cette formule permet de rompre la relation bilatérale propre au CPOM et d'assurer une visibilité des engagements mutuels pris par les différents acteurs d'un territoire sous le pilotage de l'ARS. Dans le cas où cette formule ne serait pas retenue, il conviendra d'assurer une transposition exacte du contenu des CPOM des différentes parties à la coopération, notamment pour ce qui concerne les coopérations entre les établissements de santé.

Cette annexe est destinée à impulser des actions territoriales spécifiques au regard des besoins exprimés et identifiés dans le PRS. A ce titre, l'ARS et l'établissement peuvent choisir de l'intégrer à l'annexe PRS, s'ils le souhaitent.

2. Objectifs et indicateurs

Cette annexe n'a pas vocation à être exhaustive mais à fixer des objectifs en vue de la réalisation d'actions de coopération prioritaires sur un territoire. Elle est le lieu de déclinaison des projets médicaux communs entre les acteurs et visant à structurer l'offre de soins dans le territoire. Les modes de coopération peuvent être :

- organiques (GCS par exemple). Dans ce cas, l'annexe définit les principales étapes de la conduite du projet de coopération ;
- non organiques (organisation de filières, modalités d'articulation entre les structures de HAD et les établissements prescripteurs, décloisonnement entre les secteurs : partenariats entre établissement de santé et EHPAD, par exemple).

Les objectifs devraient être fixés de manière stratégique afin que les outils (GCS, CHT, filière) ne prévalent pas sur les finalités de la coopération. Il est donc préconisé d'élaborer le contenu de cette annexe en plusieurs étapes :

- expression de la problématique identifiée sur le territoire et des besoins de la population, pour déterminer les actions pertinentes à mettre en œuvre et les structures à mobiliser. Cette étape est réalisée en référence au SROS-PRS et, le cas échéant, aux programmes territoriaux et aux contrats locaux de santé (objectifs stratégiques) ;
- définition des objectifs partagés et des bénéfices attendus (amélioration de la qualité de l'offre de soins, optimisation de l'utilisation des ressources médicales...) (objectifs opérationnels) ;
- définition des acteurs et des engagements mutuels (Processus) ;
- définition des engagements relatifs à la gestion des projets de coopération (GCS, CHT, filière, etc.) (outils) ;

Le présent guide ne propose pas d'indicateurs. Ceux-ci devant être déterminés en fonction des objectifs poursuivis par chacune des coopérations.

La structure de cette annexe est proposée en annexe I au présent guide.

Fiche pratique S3

L'annexe III « Améliorer la qualité et la sécurité des soins »

1. Enjeux

La qualité des soins est la première attente des usagers et du grand public à l'égard du système de santé. Si la France reste globalement bien classée à cet égard, dans les différentes enquêtes nationales ou internationales, la médiation des accidents graves et les résultats d'études scientifiques mettent en évidence les progrès encore à réaliser.

L'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS), initialement réalisée en 2004, a été reconduite en 2009. Cette enquête fournit une estimation de la fréquence et de la nature des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins survenant en cours d'hospitalisation ou causant une hospitalisation. Il en ressort que près de 50 % des EIG recensés sont évitables (48,1 % du total des EIG recensés) et que 2,6 % des séjours hospitaliers ont pour origine un EIG évitable (survenu en soins de ville ou en établissement de santé). L'enquête fournit des estimations selon trois types d'« exposition » : EIG associés à une « procédure » (actes invasifs) ; EIG associés aux produits de santé ; EIG infectieux associés aux soins.

Les deux études ENEIS, tout comme leurs équivalents étrangers, mettent en évidence des dysfonctionnements dans la communication et l'organisation de soins parmi les facteurs de risque contributifs et latents.

Gérer et prévenir le risque iatrogène en établissement de santé exige, au-delà du seul respect de la réglementation, d'améliorer les organisations en prenant en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de soins, ainsi que l'environnement hospitalier dans toutes ses dimensions. La démarche de certification des établissements permet, à travers de nombreux critères de son référentiel, une évaluation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité (critère 1e), du développement de la culture de la sécurité des soins dans les établissements de santé (critère 1g) et de nombreuses procédures et prises en charge.

Les indicateurs nationaux et régionaux sont des outils indispensables pour évaluer les résultats, les écarts et les progrès. Ils sont donc essentiels à la priorisation des actions. L'objectif de l'annexe « qualité et sécurité des soins » est d'accompagner les établissements de santé dans une démarche organisée et évaluée d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en articulation étroite avec la procédure de certification conduite par la HAS.

Cette annexe n'a pas vocation à l'exhaustivité. Elle contient des objectifs en nombre limité et choisis en fonction :

- du diagnostic établi sur la situation de l'établissement à l'aide des indicateurs proposés dans le présent guide (indicateurs socles fixés dans la présente fiche et indicateurs complémentaires figurant en annexe III) ;
- du contenu du rapport de certification établi par la HAS ;
- des priorités régionales établies, le cas échéant, par l'ARS.

2. Objectifs et indicateurs

2.1. Management de la qualité et de la sécurité des soins

Désignation d'un coordonateur de la gestion des risques associés aux soins :

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010.

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 8 b de la certification.

Pourcentage de contrats de pôles contenant des objectifs en termes de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôle :

Cet indicateur est recueilli dans le cadre de l'enquête sur la gouvernance des établissements de santé (pilote DGOS/PF1).

Cet indicateur ne concerne que les établissements publics.

2.2. Amélioration de la qualité des soins

La collecte de ces indicateurs repose sur celle mise en œuvre dans le cadre des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé (HAS) et le ministère de l'emploi, du travail et de la santé, réalisée annuellement et diffusée sur la plateforme d'informations sur les établissements de santé : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>.

Indicateurs de qualité issus du dossier patient
visant à améliorer la coordination et la continuité des soins.

Tenue du dossier patient (TDP) :

Le dossier du patient favorise la coordination des soins. Outil de partage des informations, il est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 14 a de la certification sur la gestion du dossier patient.

Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) :

Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins.

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 24 a de la certification sur la sortie du patient.

Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) :

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (art. L. 1110-5 du CSP).

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 12 a de la certification sur la prise en charge de la douleur.

Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) :

Le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du programme national nutrition-santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'indice de masse corporelle.

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 19 b de la certification sur les troubles de l'état nutritionnel.

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (uniquement pour les établissements autorisés à l'activité de cancérologie) :

En 2011, cet indicateur n'est pas encore diffusé sur la plate-forme d'informations sur les établissements de santé.

La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un cancer est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. Cet indicateur répond à l'un des objectifs du plan cancer initié en 2002 : mesure 31 « Faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier ».

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 28 a de la certification relatif à la mise en œuvre de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

Indicateurs de qualité de la prise en charge clinique

Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde (IDM) après la phase aiguë (BASI) :

L'infarctus du myocarde (IDM) constitue une affection fréquente et grave.

La qualité des pratiques de prise en charge de l'IDM apparaît fortement corrélée à la mortalité. De nombreux traitements ont montré leur efficacité pour réduire la mortalité tant à court qu'à long terme et certains auteurs avancent que les hôpitaux identifiés comme présentant de « bonnes pratiques professionnelles » dans ce domaine tendent aussi à présenter des taux de mortalité plus faibles.

Cependant, même si, globalement, le respect des bonnes pratiques en matière de prise en charge de l'IDM peut paraître satisfaisant, il peut masquer d'importantes variations interétablissements et une marge d'amélioration importante au sein de certains établissements.

Des indicateurs généralisés analysent la mise en œuvre, dès la phase hospitalière, de pratique de prévention secondaire de l'insuffisance coronaire après un IDM :

- les prescriptions médicamenteuses à la sortie de l'établissement ;
- la délivrance de conseils hygiéno-diététiques.

En 2012, de nouveaux indicateurs évaluant la prise en charge hospitalière d'un IDM à la phase aiguë seront généralisés.

2.3. Sécurité des soins

La collecte de ces indicateurs repose sur celle mise en œuvre dans le cadre des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé (HAS) et le ministère de l'emploi, du travail et de la santé, réalisée annuellement et diffusée sur la plate-forme d'informations sur les établissements de santé : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>.

Maitriser le risque infectieux et prévenir les infections nosocomiales

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, articulés autour de cinq axes comporte :

Cinq objectifs quantifiés de résultats fondés sur les surveillances coordonnées par le RAISIN ;
Quinze objectifs de moyens et de processus pour les établissements de santé.

Ces objectifs sont les éléments fondateurs du tableau de bord des infections nosocomiales deuxième génération, centrés sur la prévention des infections graves et évitables pour le patient et également pour les professionnels de santé (prévention des infections associées aux soins).

Perspectives d'évolution : les indicateurs sur les IN vont évoluer entre 2011 et 2013.

Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) :

Ce premier indicateur du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements de santé à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.

Perspectives d'évolution : en 2012, ICALIN évolue vers ICALIN 2.

Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques 2 (ICSHA2) :

La consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon. L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multirésistantes.

Score agrégé :

Cet indicateur simplifie et synthétise en un score unique les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN : indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales ; ICATB : indice composite de bon usage des antibiotiques ; SURVISO : réalisation de la surveillance des infections du site opératoire ; ICSHA2 : indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques).

Perspectives d'évolution : le score agrégé évoluera en fonction des nouveaux indicateurs V2.

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 8g de la certification relatif à la maîtrise du risque infectieux.

Indice triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) :

En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur risque de diffusion au sein de l'hôpital et dans la communauté et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

Prise en charge de l'opéré

Tenue du dossier d'anesthésie (DAN) :

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré, per et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique.

Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique et évalue la tenue du dossier d'anesthésie des patients.

Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 26 a de la certification relatif à l'organisation du bloc opératoire (cf. *infra*).

Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) :

Si, en France, le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (0,80 pour 100 interventions chez les patients sans risque spécifique, données ISO issues du réseau d'alerte de signalement des infections nosocomiales [RAISIN] 2007), ces infections sont toutefois au troisième rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière l'enquête nationale de prévalence. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.

Perspectives d'évolution : en 2012, SURVISO évolue vers un indicateur composite ICACHIR.

Prise en charge de l'accouchée

Indicateur : prévention des hémorragies du post-partum lors de l'accouchement et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat :

L'hémorragie du post-partum (HPP) est l'une des complications obstétricales les plus redoutées. Des enquêtes réalisées par des experts sur les morts maternelles liées à l'HPP ont montré le caractère évitable de certains de ces décès.

Les indicateurs généralisés pour ce thème sont centrés sur deux aspects de la prise en charge :

- le suivi de l'accouchement ;
- la qualité de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat.

Perspectives d'évolution : cet indicateur sera généralisé en 2012.

Références

Amélioration de la qualité des soins

Article 5 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique.

Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la CME des établissements de santé publics.

Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la CME des établissements de santé privés.

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et sa circulaire d'accompagnement.

Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Instruction DGOS/PF2 n° 2011-211 du 6 juin 2011 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Sécurité

Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Circulaire DGOS/PF2 n° 2011/150 du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_150_190411.pdf.

Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_272_260809-2.pdf.

Manuel de certification V2010 :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037208/manuel-de-certification-v2010-revise-2011.

2.4. Le bon usage du médicament (pour mémoire)

L'objectif du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBUMPP) est d'engager et d'accompagner les établissements de santé dans une démarche de progrès participant à l'amélioration de la qualité des soins. Il allie bon usage et dimension économique pour les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Le CBUMPP figure à l'annexe informative du CPOM et est signé entre le directeur général de l'ARS, l'assurance maladie et le responsable légal de l'établissement.

Ces dispositions seront traitées dans un décret à paraître.

Références

Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du CSS.

Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Instruction DGOS/PF n° 192-2010 du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Manuel de certification V2011 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_713085/les-guides-manuels-supports-a-lire-manuel-de-certification-v2010-revise-2011.

2.5. Les usagers

La loi du 4 mars 2002 a consacré l'évolution du droit français vers la reconnaissance des droits de la personne malade. Cette loi garantit des droits aux usagers tant d'un point de vue individuel (respect de la volonté de la personne, accès à l'information, consentement, accès au dossier médical, réparation des accidents médicaux), que collectif (participation des usagers aux instances de santé).

La défense des droits des patients, le respect de la dignité de la personne malade et la promotion de la place des usagers sont des éléments fondamentaux de notre système de santé. Toutefois, on constate aujourd'hui que les usagers ne connaissent pas suffisamment leurs droits. Il est donc nécessaire de développer des efforts pour informer les patients et usagers.

À ce titre, les établissements ont une responsabilité pour faire progresser la réalité des droits des patients.

Indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (pour mémoire, indicateur en cours de construction).

Références

Article 5 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique.

Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

3. Articulation avec la procédure de certification

La procédure de certification concerne tous les établissements de santé, quel que soit leur statut juridique. Sont également concernés les installations de chirurgie esthétique et les groupements de coopération sanitaire titulaires d'autorisation d'activité.

La certification des établissements de santé est obligatoire et intervient périodiquement tous les quatre ans. La HAS notifie à chacun des établissements de santé la période de la visite les concernant respectivement, quatre ans au plus tard après le début de la dernière visite.

En règle générale, une démarche est organisée par entité juridique. Le périmètre porte alors sur tous les établissements de santé et les sites géographiques rattachés à l'entité juridique.

Tous les établissements de santé ont déjà été évalués une première fois selon la version initiale de la procédure de certification, élaborée en 1999. Tous ont réalisé la deuxième version (« V2 »), lancée en 2005 et réactualisée en 2007. Depuis le 31 décembre 2010, il n'y a plus de visites initiales en V2007. Une troisième version (« V2010 ») est mise en œuvre progressivement depuis janvier 2010 à raison d'environ 650 visites initiales par an.

Chaque ARS est tenue régulièrement informée par la HAS du calendrier des visites et des résultats de son territoire.

Dans le cadre d'une meilleure contextualisation de la démarche, la HAS utilise systématiquement, en amont de la visite, les travaux et résultats disponibles provenant des tutelles régionales. En aval, elle souhaite favoriser la prise en compte des décisions dans le dialogue de gestion entre les établissements de santé et les ARS, notamment dans le cadre des CPOM.

3.1. Le niveau de certification de l'établissement en V2010

Il existe cinq niveaux de certification, qui dépendent du type de décisions prononcées sur les critères qui ont fait l'objet d'investigation en visite.

1. Certification (sans recommandation, ni réserve, ni réserve majeure).
2. Certification avec recommandation(s).
3. Certification avec réserve(s).
4. Décision de surseoir à la certification lorsqu'au moins une réserve majeure a été identifiée dans l'établissement.
5. Décision de non certification.

Dans le cas particulier où la HAS constate qu'un avis défavorable à l'exploitation des locaux (sécurité incendie) est prononcé, elle peut décider de surseoir à la certification au seul motif de cet avis défavorable à l'exploitation des locaux (sécurité incendie). L'ARS en est avertie et la décision est rendue publique sur le site Internet de la HAS.

Cette décision est prononcée quel que soit le niveau de certification précité.

À noter que, dans le cadre de la V2007, une décision de non-certification peut également être prononcée. Cette décision s'applique aux établissements pour lesquels une décision de type 3 a été prononcée après la visite initiale et lorsqu'elle n'a pu être levée après une visite de suivi.

Fiche pratique S4

L'annexe IV « Développer la chirurgie ambulatoire »

1. Enjeux

La chirurgie ambulatoire est une modalité de prise en charge chirurgicale qualifiée et substitutive à l'hospitalisation à temps complet, définie dans le code de la santé publique par les articles R. 6121-4 et D. 6124-301.

Le développement de cette modalité de prise en charge constitue un objectif structurant d'évolution de l'offre de soins de chirurgie inscrit dans le SROS-PRS (objectifs quantifiés du SROS-PRS d'implantation et indicateur de pilotage de l'activité). Il constitue également un enjeu majeur de performance pour les établissements de santé, en termes de qualité et de sécurité de prise en charge des patients, d'efficacité de l'activité de chirurgie et d'amélioration des conditions de travail des personnels. Enfin, l'optimisation du parcours de soins du patient en chirurgie ambulatoire (« chemin clinique ») permet aussi aux acteurs de soins de développer et de s'approprier une démarche organisationnelle pouvant être par la suite appliquée aux autres activités médicales.

La chirurgie ambulatoire a ainsi été classée en 2011 au rang de priorité nationale en matière d'évolution de l'offre de soins pour la période du SROS-PRS sur 2011-2016, et fait partie des dix priorités du programme de gestion du risque (GDR).

L'objectif est de faire de la chirurgie ambulatoire au niveau national la pratique chirurgicale de référence pour l'ensemble des patients éligibles à ce type de prise en charge.

C'est pourquoi le CPOM État-ARS intègre une cible régionale de développement de la chirurgie ambulatoire portant à la fois sur les gestes MSAP, mais aussi sur le taux global de chirurgie ambulatoire. Cette cible est à décliner sur l'ensemble des établissements assurant une activité de chirurgie. Elle doit être approfondie en prenant en compte les spécificités et les orientations des établissements dans le contexte de la région.

2. Objectifs de la contractualisation

Développer la chirurgie ambulatoire dans tout site de chirurgie réalisant de la chirurgie à temps complet, sachant que la chirurgie ambulatoire peut également être développée de façon exclusive.

Substituer la chirurgie à temps complet par la chirurgie ambulatoire, dès lors que celle-ci est éligible.

Assurer une masse critique d'activité suffisante en chirurgie ambulatoire.

Mettre en place un management de la qualité en chirurgie ambulatoire : élaboration de chemins cliniques, de protocoles ; gestion des risques ; mise en place et suivi d'indicateurs.

Conditionner cette activité à la mise en place d'une structure dotée de l'organisation adaptée. Tous les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ont vocation à être admis dans des unités de chirurgie ambulatoire dédiées (UCA). Cette exigence réglementaire (art. D. 6124-301) répond à un souci de sécurité du patient (dont l'accompagnement est particulier par rapport au patient hospitalisé), elle permet par ailleurs d'atteindre un objectif d'équilibre économique. À l'inverse, la pratique de la chirurgie ambulatoire dite « foraine » (au sein d'un service d'hospitalisation à temps complet) doit être interdite, car elle immobilise indûment un lit d'hospitalisation complète et ne permet pas un accompagnement adapté du patient.

Adapter l'organisation du bloc opératoire. Le bloc opératoire pratiquant la chirurgie ambulatoire peut être dédié à cette activité ou partagé avec la chirurgie conventionnelle. Dans ce dernier cas, la programmation opératoire doit être parfaitement organisée, afin que les patients ambulatoires soient pris en charge en permettant la sortie dans des délais adaptés.

Optimiser le fonctionnement de l'UCA (ressources mobilisées au regard de l'activité). Afin de fonctionner de façon efficiente, l'UCA doit s'organiser en fonction de son *case-mix*. Par exemple, compte tenu de la durée des prises en charge, une unité prenant en charge une importante file active d'ophtalmologie pourra accueillir deux à trois patients par jour et par place, ce qui ne sera pas le cas dans d'autres domaines d'activité (chirurgie digestive).

Organiser la continuité des soins à l'issue de la prise en charge de chirurgie ambulatoire. Après sa sortie, le patient ambulatoire doit disposer de moyens de communication (numéro d'appel 24 heures sur 24) et, au besoin, d'accueil permanent, avec une équipe capable de traiter d'éventuelles urgences post-opératoires.

Mutualiser les moyens dédiés à la réalisation d'actes de chirurgie ambulatoire avec ceux qui sont réalisés en médecine et nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale. En effet, la similitude de ces modes de prise en charge peut justifier un accueil commun. Dans ce cas, il est nécessaire que le dimensionnement et l'organisation de l'UCA soient appropriés afin de garantir une gestion optimale des flux ne pénalisant pas la chirurgie ambulatoire.

3. Démarche de la contractualisation

L'évolution de l'offre de chirurgie d'un établissement centrée sur l'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire nécessite plusieurs phases :

3.1. La détermination du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de l'établissement et d'une activité cible au travers d'un diagnostic partagé avec les référents

L'analyse de ce potentiel suppose :

a) La réalisation d'un état des lieux partagé avec l'établissement, comprenant une analyse :

- du besoin de soins du territoire de santé (taux de recours notamment), du positionnement des activités de l'établissement dans l'offre de chirurgie du territoire de santé et du bassin de santé (disciplines, volume, démographie, taux d'attractivité de la chirurgie) ;
- du *case-mix* des activités de chirurgie de l'établissement (disciplines, volumes) ;
- de l'organisation et du fonctionnement de l'activité de chirurgie, des plateaux médico-techniques et des articulations avec certaines activités (consultations, urgences, médecine interventionnelle...);
- des moyens dont dispose l'établissement pour l'activité.

b) L'accompagnement de l'établissement dans l'élaboration de son projet définissant une activité cible envisagée : justification des objectifs retenus au regard de la position de l'établissement dans le SRPS-PRS ; projet médical avec *case-mix* cible ; hypothèses d'activité cible avec la montée en charge prévisionnelle ; organisation envisagée et moyens à mobiliser, calendrier prévisionnel.

Des outils d'analyse des activités chirurgicales sont disponibles *via* des listes d'actes : taux de chirurgie ambulatoire des 17 gestes MSAP ciblant la chirurgie devant être obligatoirement effectuée en ambulatoire sauf inéligibilité ou refus du patient, taux de chirurgie ambulatoire des 18 gestes marqueurs d'HospiDiag. Cependant, le potentiel de développement est à envisager dans son ensemble, sur tout le champ de la chirurgie, en fonction des orientations de l'établissement.

À partir de ce potentiel, peut être définie la cible de développement sur les activités chirurgicales.

3.2. La définition de l'organisation cible de la chirurgie ambulatoire

Cette organisation s'effectue en fonction des activités chirurgicales présentes et envisagées dans le projet médical de l'établissement (*case-mix*).

Cette organisation comprend :

- la prise en compte des autres activités médicales (actes techniques/interventionnels de médecine notamment) qui peuvent également relever d'un séjour dans l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- la mobilisation et l'organisation du plateau médico-technique (bloc opératoire, SSPI, consultations) ;
- l'organisation des personnels soignants et médicaux ;
- la configuration architecturale de l'UCA en fonction du *case-mix* et de l'activité cible ;
- la définition de chemins cliniques.

3.3. Montée en charge progressive de l'organisation de chirurgie ambulatoire et de la transformation du site de chirurgie

La gestion de la phase de transition nécessite d'anticiper la substitution progressive d'activités d'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire, ainsi que des moyens afférents dans un calendrier précis. Il s'agit aussi de coordonner l'ensemble des opérateurs concernés.

3.4. Mise en place du suivi et de l'évaluation

La mise en œuvre d'indicateurs de pilotage de l'activité de chirurgie ambulatoire est indispensable : volume d'activité de chirurgie ambulatoire ; taux de substitution de la chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire ; indicateurs relatifs au fonctionnement de l'UCA, à la qualité et la sécurité des soins, aux conditions de travail des personnels ; indicateurs relatifs à l'équilibre médico-économique de la structure. Cette démarche peut conduire à procéder à des ajustements d'organisation, de moyens en personnels, voire à une configuration architecturale mieux adaptée.

4. Les indicateurs

Indicateur n° 1 : taux de réalisation ambulatoire des gestes MSAP

Il s'agit de mesurer le taux de réalisation ambulatoire des gestes chirurgicaux devant être réalisés en ambulatoire, dont la liste a été établie par l'assurance maladie en concertation avec les sociétés savantes. La cible est définie en fonction de la gamme d'activités chirurgicales de l'établissement et du *case-mix* de l'établissement.

Indicateur n° 2 : taux global de chirurgie ambulatoire

Il s'agit de mesurer le rapport entre les séjours chirurgicaux (avec acte classant opératoire) réalisés en ambulatoire et le nombre total de séjours chirurgicaux. La cible est définie en fonction de la gamme d'activités chirurgicales de l'établissement et de son *case mix* observé et projeté.

Indicateur n° 3 : volume d'activité de chirurgie ambulatoire et volume d'activité de chirurgie en hospitalisation à temps complet

Il s'agit de s'assurer d'une masse critique d'activité suffisante et du caractère substitutif de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie en hospitalisation complète.

Indicateur n° 4 : taux de chirurgie en UCA

Il s'agit de mesurer les séjours des patients pris en charge au sein de l'UCA (UM11 dans le PMSI) par rapport à l'ensemble des séjours des patients en chirurgie ambulatoire. L'opposé de cet indicateur représente la chirurgie ambulatoire « foraine ».

Références

Définition et conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation : articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-306 du CSP :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?oldURL=true&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080116>

Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006080858>

Article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous accord préalable :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2306E900947CCE525BDE58EA6EA79E80.tpdjo10v_2?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000017845650&dateTexte=20110705&categorieLien=id#LEGIARTI000017845650

Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque :

http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32301.pdf

Abécédaire chirurgie ambulatoire : réglementation-organisation pratique : janvier 2009 :

<http://www.sante.gouv.fr/abecedaire-chirurgie-ambulatoire.html>.

Fiche pratique S5

L'annexe V : « Faire progresser le pilotage interne de l'établissement »

Cette annexe regroupe plusieurs objectifs opérationnels, qu'il est recommandé de retenir en les adaptant dans leur contenu à la situation de l'établissement.

Point de vigilance : cette fiche et les indicateurs ci-dessous s'appliquent en priorité aux établissements publics à l'exception de :

- la partie relative aux systèmes d'information pour laquelle tous les établissements de santé et autres titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipement matériel lourd sont concernés ;
- quelques paragraphes signalés qui concernent les ESPIC.

ASSURER LA SOUTENABILITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE ET PATRIMONIALE

1. Enjeux

Les établissements de santé doivent être en mesure d'assurer, de manière pérenne, le financement de leur exploitation courante et les investissements nécessaires à la production de soins de qualité. Les CPOM conclus entre l'État et les ARS comprennent des indicateurs financiers (sur le niveau de résultat et le taux de marge brute) dont il convient de vérifier le respect pour chaque établissement public de santé.

Les établissements qui connaissent des difficultés financières particulières sont engagés dans une démarche de retour à l'équilibre structurel, hors aides. Celle-ci peut se traduire par l'élaboration initiale d'un plan de redressement. Les modalités de retour à l'équilibre sont définies dans un avenant au CPOM de l'établissement, en général sous la forme d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

Les objectifs et indicateurs fixés dans le CPOM sont *a priori* des objectifs globaux, puisque le suivi détaillé des questions financières relève de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP), soumis chaque année à l'approbation de l'ARS.

Il est rappelé qu'il existe six dispositifs permettant aux ARS d'appuyer le retour à l'équilibre :

- plan de redressement (PRE) ;
- contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) ;
- mission d'appui, conseil de l'IGAS ;
- plan d'amélioration de la performance ;
- contrat performance ;
- mise sous administration provisoire.

Leur articulation est présentée dans le schéma en page 8 du présent guide.

2. Objectifs et indicateurs

Situation financière

Deux indicateurs figurant dans le CPOM État-ARS :

- indicateur n° 1 : résultat comptable des ES publics et ESPIC ;
- indicateur n° 2 : taux de marge brute (le CPOM État-ARS fixe un objectif minimal à 6 %).

Des indicateurs relatifs à l'endettement (*à adapter ensuite selon le décret sur la limitation de l'endettement, en cours de rédaction*). À ce stade sont repris les indicateurs figurant dans l'exposé des motifs de la loi HPST :

- indicateur n° 3 : taux d'indépendance financière (cible = < 50 %) ;
- indicateur n° 4 : durée apparente de la dette (cible à définir) ;
- indicateur n° 5 : encours de la dette/total des produits (cible = < 30 %) (indicateur à intégrer dans HospiDiag à terme) ;

Il sera également nécessaire de suivre des indicateurs d'avancement des actions que l'établissement s'engage à mettre en œuvre pour atteindre les résultats financiers contractualisés.

En effet, il est indispensable de définir des actions structurantes qui permettront d'atteindre le retour à l'équilibre pérenne. C'est l'objet du CREF, avenant au CPOM qui décrit les « modalités de retour à l'équilibre ».

Situation patrimoniale

La gestion du patrimoine des établissements de santé doit s'adapter aux évolutions des besoins et des techniques : évolutions des prises en charge (développement de la chirurgie ambulatoire, des hôpitaux de jour, de la télémédecine, des liens avec le médico-social et structures d'aval...) ; croissance des préoccupations environnementales (les établissements de santé sont par exemple de très gros consommateurs d'énergie) ; raréfaction des ressources.

La connaissance du patrimoine hospitalier est un préalable à toute gestion active du patrimoine, quand la qualité de la maintenance dans les bâtiments existants va devenir cruciale dans une période de raréfaction des constructions neuves importantes. C'est la raison pour laquelle un outil d'inventaire du patrimoine sera généralisé à la fin du premier semestre 2012. Cette démarche permettra aux établissements de se comparer et de mettre en œuvre des bonnes pratiques (gestion des surfaces existantes, coût d'entretien et de maintenance, prise en compte des critères environnementaux...) recensées à travers un observatoire.

Références

Finance (EPRD, PGFP) : code de la santé publique, articles L. 6145-1 et suivants, articles R. 6145-1 et suivants ; article 1^{er} de la loi HPST et décret n° 2010-425 pour les ES privés ex-DG.

Plan de redressement, avenant au CPOM décrivant les modalités de retour à l'équilibre financier, déséquilibre financier : articles L. 6143-3, L. 6143-3-1, L. 6143-7, L. 6143-4, D. 6143-39 ; article 1^{er} de la loi HPST et décret n° 2010-425 pour les ES privés ex-DG.

Circulaire DHOS/F2/CNAMTS n° 2009-295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

Hospidiag.

Outils développés par l'ANAP sur la valorisation et la cession du patrimoine.

FAIRE PROGRESSER LE MANAGEMENT ET LES OUTILS DE GESTION

1. Enjeux

Le pilotage et la gestion des établissements s'appuient sur la mise en œuvre d'une stratégie et d'un projet managérial déclinés grâce à des outils de gestion performants.

Au regard des enjeux managériaux et financiers qui s'imposent aux établissements de santé, six axes peuvent être développés dans le cadre des CPOM :

- deux axes relatifs au pilotage interne :
 - la responsabilisation des pôles cliniques et médico-techniques à travers le développement des « délégations de gestion », et en particulier de la délégation de signature du directeur aux chefs de pôles, afin d'engager des dépenses du pôle ;
 - le développement de la comptabilité analytique comme outil de pilotage et d'aide à la décision et à la contractualisation entre la direction et les pôles ;
- quatre axes relatifs à l'efficacité économique, à savoir :
 - la mise en œuvre d'une politique des achats hospitalière ;
 - le développement de la gestion de patrimoine ;
 - la qualité comptable ;
 - l'optimisation de la facturation.

2. Les objectifs et leurs indicateurs

Nouvelle gouvernance et outils de pilotage

La loi HPST a renforcé les pôles d'activité qui deviennent l'échelon de déclinaison des politiques d'établissement et de pilotage opérationnel des activités dans lesquelles les chefs de pôle jouent un rôle essentiel. La contractualisation interne (contrats de pôle) et la délégation de gestion sont les pivots du dialogue de gestion au cours duquel les objectifs, les besoins et les moyens des pôles doivent être discutés. Le rôle des chefs de pôle est essentiel dans ce dialogue, de même que dans l'animation des équipes du pôle et dans la gestion des projets du pôle.

Indicateur à mobiliser : nombre de contrats de pôle signés (en cours de validité-d'exécution)/nombre total de pôles de l'établissement.

Délégation de gestion :

Indicateur n° 1 :

- établissement public de santé dans lequel le directeur a accordé aux chefs de pôle une délégation de signature afin d'engager des dépenses du pôle : oui/non (si « non », pas d'autre question) ;
- pourcentage des dépenses des pôles engagées par les chefs de pôle de l'établissement (par délégation de signature du directeur), par rapport aux dépenses totales de l'établissement (budget H).

Le développement des outils de la comptabilité analytique, leur utilisation dans la gestion interne constituent des enjeux majeurs pour l'optimisation du pilotage médico-économique des pôles et pour le développement du dialogue de gestion.

Indicateur n° 2 :

- pourcentage de pôles cliniques disposant d'un tableau de bord de gestion mensuel ;
- pourcentage de pôles cliniques disposant de comptes de résultat analytique annuel (CREA).

Mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation des achats

L'optimisation des achats hospitaliers constitue un levier majeur de performance et d'efficience pour les établissements :

- les achats représentent un enjeu majeur en termes de qualité des soins. Un bon achat vise d'abord à garantir l'adéquation avec les besoins du prescripteur, ainsi que la qualité des produits et services achetés par l'établissement ;
- l'optimisation des achats sert aussi un objectif de sécurisation des approvisionnements, d'amélioration des conditions de travail et de développement durable et enfin de maîtrise des coûts.

Il existe donc un fort enjeu pour les établissements à mettre en place une dynamique plus poussée de professionnalisation et de valorisation de leur fonction achat. L'objectif est de parvenir à activer l'ensemble des leviers d'optimisation achats (renforcement du dialogue prescripteur-acheteurs et travail sur le juste besoin, gestion dynamique du livret thérapeutique en lien avec les acheteurs, raisonnement en coût complet, activation du marché fournisseur, suivi de l'exécution, massification des achats *via* l'adhésion aux marchés groupés régionaux et/ou nationaux existants...), sur toutes les familles d'achats (y compris les segments médicaux), pour parvenir au niveau des meilleures pratiques.

Le lancement de cette dynamique globale d'optimisation des achats s'appuiera en particulier sur la mise en place ou l'identification d'un responsable achat unique. Il sera en charge, en lien avec l'ensemble des acheteurs de son établissement, et, le cas échéant, en lien avec les porteurs de groupements d'achats auxquels son établissement participe, d'impulser, de coordonner et de valoriser les résultats en termes de qualité et d'économies d'une politique des achats optimisée sur tous les segments dans son établissement.

Dans le cadre du programme PHARE, des outils fonctionnels seront fournis aux établissements, leur permettant de réaliser un premier diagnostic sur la maturité de leur fonction achat, de cartographier leurs dépenses, d'avoir un aperçu des initiatives d'optimisation réussies mises en place par des établissements en pointe, de mieux connaître les formations disponibles, de bénéficier des meilleures pratiques développées en termes de conduite du changement et d'organisation des travaux pour concevoir, mettre en œuvre et piloter un plan d'action achat annuel associant toutes les parties prenantes de l'hôpital.

Cette politique s'inscrit dans la continuité des démarches de mutualisation régionales et nationales.

Indicateur n° 1 : mise en place d'un responsable achat unique

Objectif : s'assurer d'un portage du sujet « optimisation des achats » au sein de l'établissement à la hauteur des enjeux.

Établissements concernés : publics, ESPIC volontaires.

Clés d'analyse possibles : organigramme, fiche de poste, gouvernance achats, liens fonctionnels et hiérarchiques entre le responsable achat unique et les acheteurs, circuit de reporting, outils partagés.

Mode de calcul :

On considérera qu'un établissement a mis en place un responsable achat unique s'il a positionné, formé et responsabilisé un cadre sur le lancement d'actions d'optimisation en matière d'achat sur toutes les catégories de dépenses, y compris sur les dépenses relevant des métiers comme la pharmacie, les dispositifs médicaux, les fournitures de laboratoire, les équipements biomédicaux, les systèmes d'information ou les travaux.

Ce responsable achat devra donc être positionné de manière à :

- être en capacité d'appuyer, d'animer, de suivre et d'évaluer les initiatives d'optimisation déployées par l'ensemble des acheteurs de l'établissement ;
- jouer un rôle de synthèse et de reporting sur les résultats de la politique achats auprès de la direction de l'établissement ;
- pouvoir représenter, avec les acheteurs experts, l'établissement pour mener des initiatives d'optimisations groupées en lien avec d'autres établissements, notamment dans le cadre des groupements de commande.

Indicateur n° 2 : mise en œuvre d'un plan d'action achat annuel quantifié, visant à dégager *a minima* 1 à 2 % de gains achats annuels en 2012 et 3 à 5 % de gains achats annuels à partir de 2013

Objectif : faciliter, piloter et valoriser le lancement d'une dynamique d'optimisation des achats globale, sur tous les segments d'achats, associant toutes les parties prenantes.

Établissements concernés : publics, ESPIC volontaires.

Clés d'analyse possibles : fixation d'un objectif global par la direction de l'établissement, déclinaison en axes de travail précis et en actions opérationnelles par leviers et segments d'achats, identification des porteurs des différentes initiatives, définition d'un calendrier de mise en œuvre, quantification des résultats attendus, formalisation dans un document global partagé avec l'ensemble des parties prenantes et validé par la direction (documents d'orientations stratégiques de l'établissement, projet performance, plan de retour à l'équilibre, documents supports des COMEX...), mise à jour annuelle.

Mode de calcul :

On considérera qu'un établissement a mis en place un plan d'action achat annuel si une démarche d'identification des opportunités d'optimisation des achats a été menée par les acheteurs avec les principaux prescripteurs sur toutes les catégories de dépenses.

Le plan d'action achat annuel comporte typiquement six étapes :

- cartographie des dépenses ;
- identification des catégories les plus influençables et des échéances contraintes ;
- réunion de remue-méninges, avec les prescripteurs par catégorie de dépenses afin d'identifier conjointement des actions de progrès ;
- quantification et priorisation des opportunités de gains (enjeux-efforts) ;
- décision sur les projets à lancer et le calendrier ;
- formalisation du plan d'actions achats, suivi et ajustements.

Au total, les initiatives retenues devront permettre d'obtenir au minimum 1 à 2 % de gains achats en 2012 et 3 à 5 % de gains achats annuels à partir de 2013, sur l'ensemble des dépenses de l'établissement (fonctionnement et investissement).

Le plan d'action achat devra détailler les modalités de mise en œuvre de chaque initiative (porteur de l'action, autres acteurs impliqués, calendrier de mise en œuvre) et les résultats attendus (potentiel de gains économiques, gains de qualité). Il devra être formalisé dans un document, partagé et validé avec l'ensemble des acteurs responsables de la mise en œuvre et avec la direction de l'établissement.

Les modalités de calcul de cet indicateur seront précisées dans un guide sur les achats à paraître.

Indicateur n°3 : bénéficiaire de prix au moins égaux aux prix négociés nationalement sur les six segments suivants : papier, bureautique PC, contrôles réglementaires, solutions d'impression, téléphonie mobile et véhicules

Objectif : s'assurer de bénéficier des prix les plus performants sur six segments d'achats banalisés.
Établissements concernés : publics, ESPIC volontaires.

Clés d'analyse possibles : grille de prix d'achat actuels de l'établissement, comparaison avec les prix offerts par les porteurs de marchés nationaux.

Mode de calcul :

Sur chacun des segments identifiés, l'établissement devra s'être assuré qu'il bénéficie de prix et conditions aussi performants que ceux proposés par l'opérateur porteur de marché d'envergure nationale auquel il pourrait s'adresser (selon les cas, UGAP, Résah IdF ou UniHA). Dans le cas contraire, on attend de l'établissement qu'il lance des démarches pour acheter dès que possible *via* cet opérateur national et bénéficie ainsi de prix et conditions plus performants :

- pour les établissements d'Île-de-France (hors APHP), il s'agira de comparer les prix dont bénéficie l'établissement avec les prix proposés par le groupement Résah IdF ;
- pour les adhérents d'UniHA, il s'agira de comparer les prix dont bénéficie l'établissement avec les prix proposés par le groupement UniHA ;
- pour les autres établissements, il s'agira de comparer les prix dont bénéficie l'établissement avec les prix proposés par l'UGAP.

Indicateur n° 4 : adhésion à six groupements de commandes parmi les segments suivants : médicaments, produits d'incontinence, dispositifs médicaux, linge (habillement), alimentaire, fournitures de bureau, consommables informatiques, produits d'entretien, déchets, maintenance d'équipements non médicaux

Objectif : mettre en œuvre des démarches de regroupement de commandes avec d'autres établissements pour bénéficier de prix plus performants sur certains segments d'achats à fort potentiel de gains.

Établissements concernés : publics, ESPIC volontaires.

Clés d'analyse possibles : recensement des segments sur lesquels l'établissement participe à des groupements de commande, analyse du taux d'adhésion sur ces segments, implication de l'établissement dans l'amélioration de la performance du groupement de commandes.

Mode de calcul :

Sur au moins six des segments identifiés (il pourra s'agir de sous-segments plus précis pour les DM), l'établissement devra être adhérent à des groupements de commandes permettant de massifier les achats entre plusieurs établissements :

- pour les établissements d'Île-de-France (hors APHP), il s'agit d'adhérer aux groupements de commande proposés par le groupement Résah IdF pour les EPS et Sara IdF pour les ESPIC ;
- pour les adhérents d'UniHA, il s'agit d'adhérer aux groupements de commande proposés par le groupement UniHA ;
- pour les autres établissements, il s'agit d'adhérer aux groupements de commande existants dans la région le cas échéant.

Références

Comptabilité analytique

Observatoire de la comptabilité analytique de la DGOS.

Rapport IGAS de la comptabilité analytique : « Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé » : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000171/index.shtml>.

Guide de la « Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles » :

<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/nouvelle-gouvernance-et-comptabilite-analytique-par-poles/>.

Guide de la comptabilité analytique *BO* (à paraître).

Nouvelle gouvernance

Enquête DGOS sur la gouvernance 2011 (à paraître).

Guide ANAP sur les pôles d'excellence de l'ANAP (à paraître).

Achats hospitaliers

Livret fiches bonnes pratiques achats hospitaliers, ANAP :

<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/achats-hospitaliers-demarches-et-pratiques/>.

Kit « Lancement d'une dynamique de professionnalisation et d'optimisation des achats en établissement » produit dans le cadre du plan performance des achats hospitaliers de la DGOS (à paraître).

Facturation-recouvrement

Guide des indicateurs de la facturation et de recouvrement, ANAP : « Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière » :

<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/optimiser-la-chaine-de-facturation-recouvrement-hospitaliere/>.

Outil – Évaluer et optimiser la performance de la chaîne de facturation-recouvrement, ANAP.

Site internet sur le projet FIDES :

<http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html>.

Certification des comptes

Espace du site du ministère sur la certification des comptes :

<http://www.sante.gouv.fr/la-certification-des-comptes-des-etablissements-publics-de-sante.html>.

Espace du site du ministère sur les règles budgétaires et comptables :

<http://www.sante.gouv.fr/regles-budgetaires-et-comptables-des-etablissements-de-sante.html>.

OPTIMISER LES PROCESSUS DE PRODUCTION

1. Enjeux

L'efficacité des processus internes de production est un enjeu pour la qualité des soins et la pérennité financière des établissements de santé sur lesquels des actions de parangonnages et d'optimisation doivent être conduites. Les thèmes recouvrent tous les processus internes des établissements, depuis la production de soins jusqu'à la logistique en passant par les processus administratifs.

Les travaux conduits par l'ANAP dans le domaine et les indicateurs HospiDiag sont les principaux outils qui doivent permettre aux ARS et aux établissements de définir les chantiers prioritaires à conduire.

Exemples de thématiques :

- blocs ;
- urgences ;
- accueil téléphonique ;
- temps médical ;
- temps soignant ;
- gestion des lits ;
- imagerie ;
- laboratoire ;
- pharmacie ;
- restauration ;
- blanchisserie ;
- consultation externe ;
- facturation-recouvrement.

2. Les objectifs et leurs indicateurs

L'objectif prioritaire est la déclinaison, par les établissements titulaires d'une autorisation d'activité de chirurgie, de l'objectif national d'amélioration de la productivité des blocs opératoires, déjà décliné dans le CPOM de chaque ARS.

Cet objectif est suivi à partir de l'indicateur suivant : nombre d'ICR par salle d'intervention chirurgicale.

Chaque région dispose d'une cible à atteindre en nombre d'établissements dont le ratio ICR/salles d'intervention est supérieur à la médiane nationale 2009.

Cet objectif sera prioritaire pour les établissements qui n'atteignent pas la médiane nationale 2008 et qui auront été ciblés par l'ARS dans le cadre du plan d'action mis en place suite à la contractualisation du CPOM de l'ARS.

D'autres indicateurs issus d'HospiDiag peuvent être utilisés afin de fixer à l'établissement des objectifs en termes d'amélioration de la performance, parmi lesquels :

- IP-DMS (décliné en médecine, chirurgie et obstétrique) ;
- nombre de B par technicien ;
- indice de facturation ;
- coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes ;
- coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes ;
- coût du personnel des services médico-techniques rapporté aux recettes ;
- poids des dépenses administratives, logistiques et techniques.

Références

L'ensemble des travaux de l'ANAP dans la rubrique publications : www.anap.fr.

Blocs opératoires

Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et les cliniques, rapport final du chantier approfondissement (2008).

Support de formation du dispositif « Coaching bloc opératoire » (2008).

Évaluer la performance organisationnelle d'un bloc opératoire, photo TROS 2008 (2008).

Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et les cliniques, guide de BPO (2006).

Évaluer la capacité du bloc opératoire à gérer le flux de patients (2006).

Urgences (SAMU-SMUR-service des urgences)

Évaluer l'organisation d'un centre 15 (2008).

Améliorer l'organisation des centres 15 (2008).

Réduire les temps de passage aux urgences, tome 1 (2006).

Réduire les temps de passage aux urgences, tome 2 (2008).

Réduire les temps de passage aux urgences, tome 3 (2008).

Temps médical et soignants

(coupler RH et efficacité sur cette question de l'optimisation du temps médical)

Bibliothèque de cycles de travail (2010).

S'appuyer sur des exemples d'organisation du temps de travail (2010).

Choisir une organisation horaire sur 24 heures (2010).

Dérouler automatiquement le cycle de travail (2010).

Vérifier l'équilibre d'un cycle de travail (2010).

Calculer les effectifs requis par métier au regard des variations d'activité sur une année (2010).

Calculer l'obligation annuelle de travail (OAT) (2010).

La gestion du temps de travail des soignants (guide de BPO) (2009).

Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et les cliniques (rapport final) (2008).

Organisation du temps de travail des médecins, guide de BP (2005).

Gestion des lits

La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques (2008).

Imagerie

Évaluer la maturité organisationnelle d'un service d'imagerie (2010).

Imagerie-scanner/IRM : rapport de *benchmark* (2010).
Appui à l'organisation des services d'imagerie, rapport final du dispositif de déploiement (2009).
Support de formation, dispositif d'appui à l'organisation des services d'imagerie : accompagnement du changement (2008).
Support de formation, dispositif d'appui à l'organisation des services d'imagerie : organisation des services d'imagerie (2008).
Support de formation, dispositif d'appui à l'organisation des services d'imagerie : gestion de projet (2008).
Organisation des services d'imagerie, améliorer la qualité et la sécurité des soins (2007).

Radiothérapie

Support de formation, dispositif d'appui à l'organisation des services d'imagerie : radioprotection (2008).
Organisation de la radiothérapie, BPO, tome 3 (2009).
Organisation de la radiothérapie, BPO, tome 2 (2008).
Organisation de la radiothérapie, BPO, tome 1 (2008).
Organisation de la radiothérapie, formation (2007).
Radioprotection, services utilisant les RX, guide pratique (2008).

Pharmacie-circuit du médicament

Cahier des charges type : le circuit du médicament (2010).
Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et les cliniques (2008).
Informatisation du circuit du médicament et dispositif médical stérile (DMS) : guide méthodologique et scénario de migration (2008).

Restauration

Organisation de la fonction restauration à l'hôpital, tome 1 (2006).
Organisation de la fonction restauration à l'hôpital, tome 2 (2008).

Transport

Améliorer le transport interne de patients dans les hôpitaux et les cliniques (2009).

Entretien et maintenance

Évaluer les coûts d'entretien des locaux hospitaliers (2010).
Évaluer le coût d'entretien des locaux hospitaliers (2010).
Les outils « Horizon maintenance : première approche des processus de maintenance préventive des bâtiments neufs et existants » (2009).
Évaluer la maturité de l'organisation de la maintenance (2009).
Optimiser l'organisation de la maintenance dans les hôpitaux et les cliniques (2009).

Facturation-recouvrement

Suivre le processus de recouvrement des produits hospitaliers sur un échantillon de patients (2009).
Guide des indicateurs de facturation et de recouvrement (2009).
Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière (2008).
Architecture fonctionnelle cible de la facturation dans les établissements de santé MCO publics et privés (2008).
Kit de communication du recouvrement des produits hospitaliers (2008).
Évaluer la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation-recouvrement (2007).
Recouvrement des produits hospitaliers, guide de lecture des rejets de facturation (2007).

Chirurgie ambulatoire

Définition et conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation : articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-306 :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?oldURL=true&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080116>.
Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006080858>.

Article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous accord préalable :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2306E900947CCE525BDE58EA6EA79E80.tpdjo10v_2?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000017845650&dateTexte=20110705&categorieLien=id#LEGIARTI000017845650.

Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque :

http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32301.pdf.

Abécédaire chirurgie ambulatoire : réglementation-organisation pratique : janvier 2009 :

<http://www.sante.gouv.fr/abecedaire-chirurgie-ambulatoire.html>.

3. Le suivi des décisions de certification

Dans le cadre de la procédure de certification V2010, toutes les décisions de certification font l'objet d'un suivi organisé à échéance déterminée dans la décision de certification, suivant trois principales modalités :

- plan(s) d'action ;
- rapport de suivi ;
- visite de suivi.

Il ne s'agit pas d'une nouvelle procédure, mais de la suite de la démarche initiale de certification, à l'exception du cas de la décision de non-certification.

En effet, dans ce cas, la HAS examinera avec le directeur général de l'ARS et le directeur de l'établissement dans quel délai l'établissement peut se mettre en conformité et demander, avant l'expiration du délai de quatre ans suivant la dernière visite de certification, une nouvelle visite de certification.

Au travers du rapport de suivi et de la visite de suivi, l'établissement peut montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et rendre compte des actions mises en œuvre depuis la visite initiale de certification. Si le rapport de suivi engage l'établissement dans la résolution des décisions dont il fait l'objet, la visite de suivi a pour objectif de permettre à la HAS de constater les actions mises en œuvre par l'établissement en vue de lever les décisions dont il fait l'objet.

Le niveau de certification final de l'établissement de santé est consigné dans un additif au rapport de certification.

L'additif au rapport de certification, établi à la suite de la mesure de suivi, fait l'objet de la même procédure d'examen et de recours que le rapport initial et suit également le même processus de diffusion et publication.

Pour les décisions de type recommandation, suite à visite initiale, et les décisions de type recommandation et réserve, suite à modalité de suivi, l'établissement doit faire part à la HAS des actions qu'il s'engage à mettre en œuvre avant la prochaine itération de la procédure au travers d'un « plan d'action » par décision.

Le plan d'action est le document dans lequel l'établissement de santé expose les mesures (en termes d'organisation, structures, ressources) qu'il s'engage à mettre en œuvre et évaluer pour résoudre les dysfonctionnements constatés par la HAS dans le rapport de certification ou additif de certification, les prioriser et les planifier dans le temps avant la prochaine itération.

Chaque plan d'action adressé par l'établissement à la HAS est intégré en tant qu'annexe au rapport de certification V2010 de l'établissement publié sur le site Internet de la HAS ou additif au rapport de certification V2010.

Chaque plan d'action constitue un document d'entrée dans la procédure suivante, qui oblige l'établissement dans les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins à conduire avant la prochaine itération.

L'ARS dispose de ces plans d'actions lors de la transmission par la HAS des rapports de certification V2010 et des additifs aux rapports de certification V2010 et peut définir des objectifs en matière de qualité et sécurité des soins dans les CPOM qui font suite à la procédure de certification et s'appuie concrètement sur le suivi des engagements décrits par l'établissement de santé.

Les plans d'action pourront être pris en compte dans le dialogue de gestion entre les établissements de santé et les ARS sans que cela ne remette en cause leur caractère obligatoire pour l'entrée dans la prochaine procédure de certification.

Références

Manuel de certification V2011 :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_713085/les-guides-manuels-supports-a-lire-manuel-de-certification-v2010-revise-2011.

Procédure de certification publiée au JO.

Aller vers un système d'information cohérent et performant

1. Enjeux

Les systèmes d'information constituent désormais un élément incontournable de la stratégie des établissements et conditionnent la mise en œuvre des projets des structures de soins, que ce soit dans le domaine médical pour assurer la qualité et la continuité des soins, que dans celui de l'organisation générale pour l'efficacité de leurs fonctions de gestion.

Par ailleurs, le partage d'information médicale est un élément clé pour améliorer la coordination des professionnels de santé.

Pour ces raisons, le développement des systèmes d'information en santé constitue, pour les prochaines années, l'une des clés de la modernisation et de la transformation des établissements.

L'objectif de la stratégie hôpital numérique est d'amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité suffisante de leurs systèmes d'information pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires. Pour ce faire, la stratégie se décline en un programme (feuille de route sur cinq ans pour les SIH), qui s'appuie sur différents leviers : un volet relatif à la gouvernance, à la compétence (formation et mutualisation) ; un volet sur le financement ; un volet relatif à l'offre industrielle ; un volet innovation. Le volet financement du programme hôpital numérique n'est pas le mode d'intervention exclusif des ARS pour accompagner les établissements vers le socle commun. La contractualisation doit être un des leviers prépondérants.

2. Les objectifs et leurs indicateurs

2.1. Atteindre le socle prioritaire spécifié dans le cadre du programme hôpital numérique

Indicateur 1 : maîtrise du SI : existence d'un schéma directeur ou plan directeur et d'une gestion de portefeuille de projets.

Indicateur 2 : atteindre l'ensemble des cibles relatives aux prérequis.

Indicateur 3 : pour les domaines fonctionnels sélectionnés par l'ARS, atteindre l'ensemble des indicateurs. Les modalités de remontée de ces indicateurs sont spécifiées dans le « guide d'indicateurs du socle prioritaire du programme hôpital numérique ».

Pour les établissements sélectionnés dans le cadre du volet financement du programme hôpital numérique, les indicateurs seront remontés *via* un dispositif de suivi spécifique.

Indicateur supplémentaire : utilisation de l'application « certification électronique des décès ».

2.2. Alimenter et mettre à jour l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS) dans toutes ses composantes

Indicateur : taux de complétude des données transmises *via* l'oSIS.

Le remplissage et la mise à jour de cet observatoire permettent :

- à chaque établissement d'apprécier sa propre situation en matière de déploiement du système d'information (SIH) et de se situer par rapport à des établissements comparables (selon la catégorie, la région, etc.) ;
- aux agences régionales de santé (ARS) de disposer d'un tableau précis et évolutif de l'état du déploiement des SIH dans leur région susceptible d'orienter les principaux axes d'une politique régionale de développement des systèmes d'information ;
- au ministère en charge de la santé de disposer d'éléments fiables pour fonder les futures politiques publiques de développement des SIH et apprécier la situation française par rapport aux principaux pays comparables (UE, OCDE, États-Unis). La permanence de ce dispositif permet l'appréciation des évolutions tendanciennes.

2.3. Informatiser les urgences et produire des RPU

Indicateurs : les indicateurs sont ceux demandés dans le cadre du suivi de l'informatisation des urgences sur l'observatoire des systèmes d'information de santé (nombre de passages informatisés, logiciel SAU, capacité de production du RPU, transmission du RPU, etc.).

Explication indicateur : l'informatisation des services d'accueil d'urgences dans les établissements de santé constitue un objectif prioritaire qui a été accompagné dans le cadre du « Plan national d'informatisation des urgences ». L'informatisation des urgences concerne à la fois l'informatisation de la partie métier relative à la prise en charge du patient et la transmission dématérialisée des RPU.

Dans le cadre du plan de modernisation des SAMU annoncé dans le guide méthodologique pour l'élaboration des SROS, une modernisation technologique sera initiée par le niveau national avec l'appui de l'ASIP afin d'améliorer les systèmes d'information et de communication des SAMU, ainsi que leurs processus. L'objectif étant de garantir une réponse des SAMU de qualité dans l'ensemble des régions. À ce stade du projet, les éléments susceptibles de faire l'objet d'une contractualisation entre les ARS et les établissements de santé ne sont pas encore définis. Lorsqu'ils le seront une information sera envoyée aux ARS, accompagnée d'une possible modification du guide méthodologique.

Références

Instructions :

- instruction n° DGOS/MSIOS/2010/321 du 1^{er} septembre 2010 relative à l'analyse du déploiement et de l'usage des systèmes d'information hospitaliers dans les établissements de santé ;
- modalités d'attribution de l'enveloppe hôpital numérique.

Manuel :

Guide GMSIH Mission d'assistance à la réalisation (et/ou au suivi) du schéma directeur des systèmes d'information (téléchargeable sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/cahier-des-charges-type-assistance-a-la-realisation-du-schema-directeur-du-systeme-dinforma/>).

Projet OISIS ANAP : guide méthodologique pour la gestion de portefeuille de projets et kit d'outils (téléchargeable sur le site de l'ANAP).

Guide d'indicateurs du programme hôpital numérique : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>.

Fiche pratique S6

L'annexe VI : « Optimiser la politique des ressources humaines »

La présente fiche a pour objet de présenter les indicateurs pouvant faire l'objet d'un suivi annuel et relatifs à la performance de la gestion des ressources humaines, également appelée performance sociale, dans les établissements de santé publics.

1. Enjeux

L'introduction d'indicateurs de gestion des ressources humaines constitue un des axes novateurs de cette nouvelle génération de CPOM. La nécessité de disposer de données fiables et pertinentes a en effet été soulignée avec force par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé le 26 janvier 2011. Cet objectif figure également dans les conclusions du rapport Yahiel/Toupillier relatif à la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé.

Dans ce cadre, plusieurs actions ont été menées par l'échelon national notamment le projet de refonte du bilan social des établissements publics de santé, qui comportera une partie relative au suivi annuel du volet RH du CPOM.

La conduite de ces travaux s'effectue avec la volonté de respecter les quatre principes et objectifs suivants :

- garantir le choix d'indicateurs fiables et pertinents, en nombre réduit, applicables uniquement aux établissements publics ;
- assurer une remontée d'information exhaustive de ces indicateurs (socle commun) pour les établissements publics et privés de manière à préfigurer l'élaboration d'un baromètre social à l'échelon national ;
- donner à la politique de ressources humaines une dimension stratégique et prospective sur chacun de ces cinq axes :
 - gestion de la masse salariale ;
 - gestion du temps et de la disponibilité des ressources humaines ;
 - gestion prévisionnelle des emplois métiers et compétences ;
 - dialogue social ;
 - santé et sécurité au travail ;
- harmoniser dans la mesure du possible les indicateurs et leur méthode de calcul afin de réduire la charge de travail des établissements et permettre les comparaisons.

La présente fiche a donc pour ambition de constituer un support pédagogique détaillant chacun des indicateurs souhaités pour le socle commun, ainsi que des indicateurs facultatifs laissés à la libre appréciation de l'ARS. Les modes de calculs sont précisés (quand ils sont différents du bilan social, sinon il convient de reprendre le même calcul que celui du bilan social) de manière à éviter l'ambiguïté et l'absence possible de comparabilité des données.

Les indicateurs intégrés au socle commun sont déjà, pour cinq d'entre eux, remontés actuellement via les relevés infra-annuel (RIA) dans le cadre du suivi de l'EPRD. D'autres figurent dans des documents actuellement produits par l'établissement : bilan social ; rapport annuel de formation, etc. Enfin, tous seront repris dans le futur bilan social des établissements publics de santé, dont la refonte devrait entrer en vigueur dès 2012.

2. Objectifs et indicateurs

Rappel préalable quant aux notions d'ETP, d'ETR et d'effectif physique :

- effectif équivalent temps plein : un agent à 80 % est compté comme 0,80 ETP ;
- effectif équivalent temps rémunéré (ETR) : ce même agent à 80 % sera compté 0,86 % car c'est le coût qu'il représentera pour la structure ;
- effectif physique : ce même agent à 80 % est compté pour 1.

Important :

- les chiffres sont demandés tous budgets confondus, et non pas pour le seul budget H. En effet, la gestion des ressources humaines d'un établissement s'étend au-delà du seul budget H ;
- pour le personnel médical, l'effectif à prendre en considération est l'effectif total hors internes ;
- pour le personnel non médical, l'effectif à prendre en considération est l'effectif total permanent (titulaires et stagiaires, CDI, CDD permanents) et non permanent (CDD de remplacement de droit public (sont exclus les contrats aidés et contrats d'apprentissage)).

2.1. Gestion de la masse salariale

Objectif 1

Maîtriser et analyser la masse salariale

Indicateur : taux d'évolution de la masse salariale de $n-2$ à n .

Liens avec : RIA, bilan social (mêmes modes de calcul).

Clés d'analyse possibles : restructurations, réorganisations internes, politique de remplacement du personnel et de recrutement, mouvements du personnel, activité des services, évolution du nombre d'heures supplémentaires, et facteurs d'évolution de la masse salariale (GVT, évolutions du point d'indice, mesures catégorielles, évolution des charges patronales).

Mode de calcul du taux d'évolution de l'année n : (montant total brut + charges de la rémunération du personnel (chapitre budgétaire 64 – charges de personnel (comptes 641 à 648 inclus) pour les EPS) de l'année n – montant total brut + charges de la rémunération du personnel de l'année $n - 1$), divisé par le montant brut + charges totales de la rémunération du personnel de l'année $n - 1$, le tout multiplié par 100 ; à réaliser pour les deux années précédentes (taux d'évolution de l'année $n - 1$ par rapport à $n - 2$ et $n - 2$ par rapport à $n - 3$).

Les taux sont à afficher en distinguant selon :

- personnel médical ;
- personnel non médical, titulaire, stagiaire et CDI (CDI seulement pour les établissements autres que EPS) ;
- personnel non médical, CDD et autres ;

Objectif 2

Maîtriser et analyser l'évolution des effectifs

Indicateur : taux d'évolution des effectifs ETPR de $n - 2$ à n .

Liens avec : RIA, bilan social (mêmes modes de calcul).

Clés d'analyse possibles : restructurations, réorganisations internes, politique de remplacement du personnel et de recrutement, mouvements du personnel, activité des services.

Mode de calcul du taux d'évolution de l'année n : (ETP moyens rémunérés de l'année n – ETP moyens rémunérés de l'année $n - 1$), divisé par ETP moyens rémunérés de l'année $n - 1$, $\times 100$; à réaliser pour les deux années précédentes (taux d'évolution de l'année $n - 1$ par rapport à $n - 2$, et $n - 2$ par rapport à $n - 3$).

2.2. Gestion du temps et de la disponibilité des ressources

Objectif 3

Prévenir et réduire l'absentéisme

Indicateur : taux d'absentéisme du personnel.

Affichage des résultats :

- pour le personnel médical ;
- pour le personnel non médical.

Liens avec :

- bilan social (même mode de calcul) ;
- outil Hospidiag (même mode de calcul).

Clé d'analyse possible :

- mise en place d'une politique formalisée de lutte contre l'absentéisme ;
- restructuration des services (fusion et coopérations, mutualisations) ;
- réorganisations internes ;
- évolution de l'activité de l'établissement ;
- climat social.

Mode de calcul : nombre de jours d'absences du personnel (tous motifs, sauf formation) / (ETP moyen sur l'année $n \times 365$), le tout multiplié par 100.

Précision : le nombre d'ETP moyen sur l'année n est calculé de la façon suivante : addition du nombre d'équivalents temps plein à la fin de chaque mois de l'année n , le tout divisé par 12.

Précision sur les motifs : c'est bien un calcul tous motifs, hors absences pour formation (absences listées dans le bilan social sauf les absences pour formation) :

- pour motif médical :
 - maladie ordinaire ;
 - longue maladie/longue durée ;
 - accident du travail ;
 - accident de trajet ;
 - maladie professionnelle ;
 - maladie imputable au service ou à caractère professionnel ;
- pour motif non médical (hors absences pour formation et participation à des congrès, colloques, etc.) :
 - maternité, paternité, adoption ;
 - missions temporaires ;
 - absences non justifiées non récupérées.

Objectif 4

Maîtriser le turn-over du personnel
et favoriser l'attractivité de l'établissement de santé

Indicateur : taux de turn-over du personnel.

Affichage des résultats :

- pour le personnel médical ;
- pour le personnel non médical.

Liens avec :

- bilan social (même mode de calcul) ;
- hospidiag (même mode de calcul).

Clés d'analyse possible : politique de recrutement, politique de remplacements des départs, politique de gestion des contractuels, restructuration et coopérations, réorganisations internes, politique de formation du personnel, évolution de l'activité de l'établissement, climat social.

Mode de calcul : (nombre de départs pendant l'année n) / effectif physique au 1^{er} janvier de l'année $2n+1$, le tout multiplié par 100.

Précision : la notion de départs ne prend en compte que les agents sortants de la structure. Elle ne tient pas compte des mouvements liés aux mobilités internes (mutation interservices, etc.), mais seulement de ceux liés aux sorties externes.

Départs : agents ayant quitté définitivement l'établissement, quel que soit le motif (retraite, fin de contrat, licenciement, disponibilité, détachement, démission, etc.). Les départs en promotion professionnelle, en CLM ou CLD ne doivent pas être comptés dans les départs car l'agent reste en position d'activité ; les agents mis à disposition ne doivent pas non plus être comptabilisés.

Objectif 5

Maîtriser l'évolution des dépenses
consacrées au recrutement de personnels intérimaires

Indicateur : taux d'évolution des dépenses consacrées au recrutement de personnels intérimaires de $n-2$ à n .

Affichage :

- pour le personnel médical ;
- pour le personnel non médical.

Précisions : même mode de calcul que pour le RIA transmis par les établissements.

Liens avec : RIA, bilan social (mêmes modes de calcul).

Clés d'analyse possibles : variation des effectifs, vacances de postes sur des métiers sensibles, à mettre en corrélation avec le taux d'absentéisme, le taux de turn-over et l'évolution de l'activité de l'établissement.

Mode de calcul : (dépense totale brute liée à l'emploi de personnels intérimaires de l'année n (compte 621-1 pour les établissements publics) – dépense totale brute liée à l'emploi de personnels intérimaires de l'année $n-1$), divisé par la dépense totale brute liée à l'emploi de personnels intérimaires de l'année $n-1$, le tout $\times 100$; à réaliser pour les deux années précédentes (taux d'évolution de l'année $n-1$ par rapport à $n-2$ et $n-2$ par rapport à $n-3$).

Objectif 6

Maîtriser les comptes épargne temps
et prendre en compte les évolutions réglementaires à venir

Indicateur : Nombre de jours stockés en compte épargne temps de $n-2$ à n .

Affichage :

- pour le personnel médical ;
- pour le personnel non médical.

Liens avec : RIA, bilan social (mêmes modes de calcul).

Clés d'analyse possibles : nombre de jours pris au cours de l'année n , montant de la provision constituée (suffisante ou non), montant brut de l'indemnisation des CET au cours de l'année n , évolution du nombre d'heures supplémentaires.

Mode de calcul : nombre total de jours stockés (= total cumulé) en comptes épargne temps au 31 décembre de l'année n , $n-1$, $n-2$.

Objectif 7

Mettre en cohérence la gestion des heures supplémentaires
et les besoins des établissements de santé

Indicateur : heures supplémentaires/temps de travail additionnel de $n-2$ à n .

Affichage :

- pour le personnel médical : en plages de temps de travail additionnelles ;
- pour le personnel non médical : en heures supplémentaires.

Liens avec : RIA, bilan social (mêmes modes de calcul).

Clés d'analyse possibles : absentéisme, restructurations, réorganisations internes, politique de remplacement du personnel et de recrutement, mouvements du personnel, ajustement et encadrement réel des heures supplémentaires en fonction de l'activité des services.

Mode de calcul : nombre total d'heures supplémentaires/de demi-journées de plages additionnelles cumulées stockées au 31 décembre de l'année n , $n-1$, $n-2$.

2.3. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Objectif 8

Repérer les effectifs sur les métiers sensibles ou en tension

Indicateur : nombre de métiers repérés comme sensibles ou en tension :

Personnel médical :

- métier n° 1 : (choix de l'établissement) ;
- métier n° 2 : (choix de l'établissement) ;
- métier n° 3 : (choix de l'ARS).

Personnel non médical :

- métier n° 1 : (choix de l'établissement) ;
- métier n° 2 : (choix de l'établissement) ;
- métier n° 3 : (choix de l'ARS).

Affichage : concerne le personnel non médical et le personnel médical.

Lien avec : bilan social.

Clés d'analyse possibles : plan d'action associé à ces métiers (mesures d'attractivité mises en place, politique de recrutement, politique de formation ou de reconversion, pyramides des âges de ces métiers).

2.4. Dialogue social – conflit social

Objectif 9

Repérer les conflits sociaux et analyser la qualité du dialogue social

Indicateur : nombre d'heures ou de demi-journées de grève.

Affichage :

- pour les personnels médicaux : en demi-journées ;
- pour les personnels non médicaux : en heures.

Liens avec : bilan social (même mode de calcul).

Clés d'analyse possible : focus sur les grèves pour mot d'ordre local, projets de restructurations, climat social.

Mode de calcul : nombre total d'heures de grève (suite à un mot d'ordre local et national) pris au cours de l'année n (comptabilisées au 31 décembre de l'année n) divisé par l'effectif physique au 31 décembre de l'année n .

2.5. Santé et sécurité au travail

Objectif 10

Améliorer les conditions de travail

Indicateur : nombre d'accidents de travail au cours de l'année n .

Concerne : personnel médical et non médical.

Lien avec : bilan social (même mode de calcul).

Clé d'analyse : politique de prévention des risques psycho-sociaux au cours de l'année (actions, coût, etc.), mise en œuvre du document unique.

Références :

- répertoire des métiers : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr> ;
- site de l'ANFH : www.anfh.asso.fr ;
- site de l'ANAP : www.anap.fr.

Fiche pratique A1

Autorisations et pilotage de l'activité

1. Enjeux

Cette annexe poursuit plusieurs objectifs :

- définir les objectifs opérationnels de l'établissement se rapportant aux conditions de mise en œuvre des activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML) autorisés ;
- fixer les orientations et objectifs en termes de volume d'activité sur les activités de soins autorisées de l'établissement. Sur ce point, le guide méthodologique relatif au pilotage de l'activité recommande de faire figurer au CPOM d'une part les indicateurs de pilotage par établissement, déclinés des cibles territoriales indiquées dans le SROS, d'autre part des objectifs contractuels ciblés sur des segments d'activité précis recouvrant les enjeux territoriaux identifiés par l'ARS (accès aux soins, pertinence des soins, modes de prise en charge).

2. Objectifs opérationnels pour la mise en œuvre des activités de soins

Le CPOM n'a pas vocation à lister toutes les autorisations. En revanche, lorsque cela revêt une importance particulière, pour certaines autorisations, des objectifs contractuels peuvent être fixés au CPOM. Ces objectifs seraient complémentaires de ceux fixés par les textes législatifs et réglementaires. Ces derniers n'ont pas vocation à être inscrits au CPOM. Il est en effet nécessaire de rappeler que l'autorisation relève d'un régime juridique spécifique. L'octroi d'une autorisation n'est donc pas lié à la signature du contrat, mais uniquement à la publication d'un acte administratif unilatéral.

En conséquence, la délivrance ou le renouvellement d'une autorisation peuvent être accompagnés d'objectifs à atteindre pour la réalisation de l'activité et résultant du SROS (par exemple : coopérations, continuité des soins, mission de service public, PDSSES, renforcement d'une équipe de soins). À noter que l'article D. 6114-3 du CSP fixe diverses conditions particulières pouvant être contractualisées (1). Ces objectifs doivent être fixés dans le CPOM (2).

Les modalités de fixation de ces objectifs sont décrites dans le contrat type proposé en annexe I du présent guide.

3. Indicateurs de pilotage

Dans le cadre des SROS-PRS, les OQOS en volume d'activité du SROS III, opposables à l'établissement de santé, sont remplacés par les indicateurs de pilotage de l'activité, non opposables, destinés à structurer le dialogue de gestion ARS-établissement sur les volumes d'activité. Ces indicateurs doivent être conçus comme des repères dans le suivi de l'activité des établissements.

Les éléments de méthode sont indiqués dans le guide méthodologique relatif au pilotage de l'activité des établissements de santé.

Les orientations en termes de volume d'activité sur les activités de soins autorisées de l'établissement sont traduites par l'intermédiaire des indicateurs de pilotage sur les volumes par grandes activités de soins autorisées.

4. Objectifs contractuels ciblés

Les éléments de méthode sont indiqués dans le guide méthodologique relatif au pilotage de l'activité des établissements de santé.

Les orientations relatives aux activités de soins autorisées peuvent aussi être traduites par l'intermédiaire des objectifs contractuels plus fins (en volume de séjours / actes pour certaines prises en charge) et ciblés sur les « atypies » constatées au cas par cas sur le territoire de santé dans le cadre de la démarche d'analyse conduite par l'ARS.

Exemples :

- engagement d'un établissement à ne pas développer de chirurgie ophtalmologique ou à ne pas augmenter son nombre d'actes interventionnels diagnostics, assorti d'objectifs chiffrés ;

(1) Le cas échéant, sa participation aux réseaux de prise en charge des urgences mentionnées à l'article R. 6123-26 – cf.circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 relative à la prise en charge des urgences.

L'organisation lui permettant de prendre en charge les patients qui lui sont adressés par les structures de médecine d'urgence lorsqu'il est titulaire d'une autorisation de soins de médecine ou de chirurgie ; *nota bene* : y compris en journée, ce qui distingue de la mission de permanence des soins) – circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 relative à la prise en charge des urgences.

Les actions de coopération dans lesquelles il s'engage et les modalités d'exécution de celles qui constituent une condition substantielle de l'autorisation de l'activité de soins ou d'équipement matériel lourd prévue à l'article L. 6122-1 (voir la fiche sur les coopérations).

Sa participation à la prise en charge des patients atteints de cancer dans les conditions prévues par l'article R. 6123-94 (Établissements dits associés pour la poursuite de traitement de la chimiothérapie), et dont les modalités sont précisées par la circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Les objectifs assortis des indicateurs de suivi prévus à l'article R. 6144-2-2 du code de santé publique visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins (voir la fiche relative aux indicateurs qualité).

(2) En effet, l'article R. 6122-34 dispose que la décision de refus d'autorisation ou de renouvellement de l'autorisation peut être prise entre autres lorsque l'appréciation des résultats de l'évaluation fait apparaître que la réalisation des conditions de mise en œuvre de l'activité de soins fixées par le CPOM n'est pas satisfaisante.

- engagement d'un établissement à développer la prise en charge du diabète (population mal couverte), assorti d'objectifs chiffrés ;
- engagement d'un établissement à développer la chirurgie ambulatoire, assorti d'un taux attendu ;
- le respect des circulaires frontière est attendu.

ACTIVITÉ/ mode de prise en charge	CIBLE DE PRODUCTION DE SOINS pour les établissements de santé constituant chaque territoire de santé (cibles du SROS)					CIBLE ÉTABLISSEMENTS									
						Cible de production					Volume réalisé				
	Année <i>n+1</i>	<i>n+2</i>	<i>n+3</i>	<i>n+4</i>	<i>n+5</i>	<i>n+1</i>	<i>n+2</i>	<i>n+3</i>	<i>n+4</i>	<i>n+5</i>	<i>n+1</i>	<i>n+2</i>	<i>n+3</i>	<i>n+4</i>	<i>n+5</i>
Médecine															
Chirurgie ambulatoire															

Bien que les indicateurs de pilotage ne soient pas opposables aux établissements de santé, le contrat peut mentionner qu'une dynamique élevée au regard des cibles indiquées dans le CPOM conduit les deux parties à réaliser une analyse mettant en évidence les causes de l'évolution d'activité. En fonction des résultats de ces analyses, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- les cibles des indicateurs de production peuvent être révisées si la dynamique est estimée justifiée ;
- il peut s'avérer nécessaire, le cas échéant, de prévoir une modification de l'annexe par avenant (orientations stratégiques complémentaires, objectifs contractuels ciblés...).

Fiche pratique A2

Le financement

1. Enjeux

1.1. L'obligation de contractualisation

Eu égard au droit communautaire (1), au code de la santé publique (art. L. 6114-2) et au code de la sécurité sociale (art. L. 162-22-13), l'attribution de certains types de crédits est subordonnée à la signature d'un engagement contractuel.

Les exigences communautaires.

Suite à l'arrêt Altmark de la Cour de justice de l'Union européenne (2), la Commission européenne exige l'existence d'un mandat dans le cadre de l'attribution d'une aide d'État à tout opérateur délégataire d'un service d'intérêt économique général (SIEG) et donc *in fine*, à tout établissement en charge d'une activité de soins, financé par les crédits de l'assurance maladie (3). Dans le cas contraire, l'aide pourrait être considérée comme incompatible avec le Traité. Ce mandat doit indiquer la mission confiée à l'opérateur concernée, ainsi que l'étendue et les conditions générales de fonctionnement du SIEG. La Commission européenne exige également que le mandat ait la forme d'un ou de plusieurs actes officiels ayant une valeur juridique contraignante en droit national. L'arrêté déléguant les crédits n'est donc pas un mandat à proprement parler.

La notion de mandat.

Le CPOM passé entre une ARS et un établissement de santé correspond à cette notion de mandat (reconnaissance de la mission, précision de son étendue et de ses conditions de fonctionnement) et répond à cette exigence communautaire.

L'article L. 162-22-13 du CSS dispose d'ailleurs que les engagements issus du financement des dotations MIG sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'article L. 6114-2 du CSP ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique, notamment pour les GCS de moyens non titulaires d'une autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd percevant des MIGAC.

Il convient pour autant de souligner que même si la reconnaissance de la mission, de son étendue, et les conditions de fonctionnement peuvent s'inscrire dans un engagement contractuel spécifique, la délégation de certains crédits (dotations finançant les MIGAC) est subordonnée à la signature d'un CPOM entre l'établissement et l'ARS (art. L. 162-22-13 CSS) (4).

1.2. L'articulation avec les engagements contractuels spécifiques

Certains engagements contractuels lient l'établissement et l'ARS pour le financement d'une action/mission. Ces engagements, de par leurs liens avec l'annexe financière des CPOM, doivent y être annexés. Par exemple :

- certaines dotations issues du FMESPP font l'objet d'engagements contractuels spécifiques. Pour le volet « ressources humaines », l'obtention d'un financement par ce fonds est subordonné à la production d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail, contrat pouvant porter sur une période pluriannuelle, en cohérence avec le projet d'établissement ou le contrat d'objectifs et de moyens. Dans une optique de cohérence, ce type de contrat doit venir s'annexer au CPOM. Cependant, pour les autres volets financés par le FMESPP, il est préférable que l'attribution de la subvention soit inscrite par avenant au CPOM de l'établissement qui doit rester le cadre contractuel de référence ;
- afin de permettre l'accueil d'internes dans un établissement autre que le centre hospitalier universitaire (CHU) de rattachement, une convention tripartite doit être signée entre ledit établissement d'accueil, le CHU et l'ARS. Cette convention subordonne le versement à l'établissement de la dotation MIG « financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie ». Le CPOM de l'établissement et la convention doivent donc impérativement être liés. Cette convention tripartite doit donc être annexée au CPOM de l'établissement, qui devra intégrer son contenu à chaque révision (5).

1.3. Les différents types de financements à inscrire au contrat

Différents types de financement peuvent ici être abordés (à titre non exhaustif) :

- les dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG) ;
- les dotations d'aide à la contractualisation (AC) ;

(1) Principe général de transparence des délégations issu de la jurisprudence communautaire « Telaustria » – CJCE, 7 décembre 2000, affaire C-324/98, Telaustria et Telefonadress.

(2) Jugement rendu le 24 juillet 2003 dans l'affaire Altmark Trans GmbH et Regierungspräsidium Magdeburg contre nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH (ou plus simplement Arrêt Altmark, affaire 280/00).

(3) Voir l'annexe IV relative à l'application du droit communautaire aux établissements de santé.

(4) Les établissements privés à but lucratif, tels que mentionnés au e de l'article L. 162-22-6, ne sont donc pas éligibles à ces financements.

(5) Arrêté du 24 mai 2011 relatif aux conventions permettant l'accueil d'internes effectuant des stages en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement.

- les crédits issus du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMESPP) ;
- les crédits issus du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;
- les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) ;
- les crédits de la dotation annuelle de financement (DAF).

Les dotations finançant les MIG et les AC font l'objet de guides particuliers :

- guide méthodologique de contractualisation sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (la dernière version date de juin 2008 – une nouvelle version devrait être diffusée début 2012) ;
- guide de délégations des dotations finançant les aides à la contractualisation (mai 2011).

Quant aux crédits issus du FMESPP ou du FIQCS, il convient de se référer aux textes instaurant ces deux vecteurs de financement et, s'agissant du FMESPP, aux circulaires ou lettres de notification des crédits qui précisent leurs modalités d'attribution.

Enfin, les crédits DAF doivent également figurer au contrat. Les ARS sont invitées à s'inspirer des éléments de cadrage proposés notamment au sein des guides sur les MIG et les AC pour consolider juridiquement l'attribution de ces crédits.

2. Les règles à respecter

2.1. Définir des critères objectifs d'attribution

La délégation doit s'effectuer en respectant des règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter toute discrimination. Le choix de l'opérateur, c'est-à-dire de l'établissement bénéficiant de la dotation, ne doit pas avoir pour conséquence de créer une distorsion de concurrence.

Dès lors, le CPOM de l'établissement (puis, par retranscription, l'arrêté de versement) devra définir les critères ayant permis de sélectionner l'établissement allocataire. Ces critères devront être identiques pour chaque établissement placé dans une situation de fait comparable.

Ils devront être confrontés, le cas échéant, à la situation et au projet de l'établissement afin de s'assurer que le choix de l'établissement est pertinent.

2.2. Identifier des engagements en contrepartie de l'aide

Il est indispensable que la délégation de la dotation soit justifiée par des contreparties, c'est-à-dire des objectifs ou des engagements de la part de l'établissement précis et vérifiables. Ils doivent s'inscrire dans le cadre des CPOM.

2.3. Définir des critères de compensation

Il est essentiel que le CPOM (puis par retranscription l'arrêté de versement), précise les paramètres sur la base desquels la compensation est définie.

Cela permet aux juridictions, institutions nationales et, le cas échéant, européennes d'exercer leur contrôle.

Dans la mesure où la méthode choisie permet un calcul transparent et vérifiable de la compensation, les ARS disposent d'un large degré de liberté dans la détermination de ces paramètres, tout en s'assurant que les critères sont non discriminatoires.

Est compatible avec cette notion :

- un modèle de financement national (dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères objectifs, d'activité ou de file active notamment) ;
- un référentiel de moyens valorisés (c'est-à-dire un calibrage de la mission au regard des actions financées à ce titre. Ce référentiel doit être commun à tout établissement. Cela étant, ce référentiel peut être adapté à la structure ou aux missions précises de l'établissement).

En fonction de la finesse du référentiel, il est conseillé aux ARS de se servir de différents outils. Il conviendra d'adapter le référentiel de moyen, notamment s'il manque de finesse.

Par exemple pour les centres de référence dont le référentiel pourrait être le suivant : financement d'une équipe pluridisciplinaire (personnel médical et non médical, notamment du temps de secrétariat) et financement des frais de structures inhérent à la vie du centre.

En premier lieu, les données d'activités permettent de calibrer la dotation. En fonction du volume d'activité, l'équipe mise à disposition par l'établissement est plus ou moins importante.

En second lieu, Il est conseillé aux agences de confronter, dans la mesure du possible, leur financement aux données issues Il convient de préciser que le périmètre de ces outils, RTC et EPRD, est restreint aux établissements publics :

- des retraitements comptables des établissements (RTC) ;
- de leurs états des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) ;
- de leurs comptes financiers.

Cela ne permet pas en soit de dégager des critères précis de calcul du montant de la dotation, mais de déterminer les coûts induits par l'exercice de la mission.

En fonction de ces coûts, on peut en déduire la qualité du calibrage. Cela permet, le cas échéant, de modifier le calibrage et donc, *in fine*, le montant à déléguer.

L'objectif est de pouvoir vérifier annuellement que la dotation est proportionnée et n'est pas venue surcompenser l'action soutenue. Les crédits délégués doivent impérativement être inférieurs ou égaux au montant des surcoûts de cette action (soit les charges nettes qui lui sont imputées) (1).

2.4. Les exigences de non surcompensation

Les ARS sont libres de décider du modèle et du niveau de financement octroyé, aussi longtemps que ce financement n'aboutit pas à créer une surcompensation (financement supérieur aux charges réelles nettes de l'établissement induites par l'accomplissement des missions confiées aux établissements).

En sus, l'évaluation doit montrer la nécessité de maintenir le niveau de financement.

Les règles européennes disposent qu'en cas de surcompensation, l'ARS a une obligation de récupération des sommes déléguées de façon indue, à défaut elle peut être condamnée. *A contrario*, les règles européennes comme nationales n'interdisent pas la sous-compensation ou l'absence de compensation des prestataires même si dans la très grande majorité des cas cela n'apparaîtra pas souhaitable.

Afin de respecter cette exigence, les ARS doivent pouvoir s'assurer, à travers des outils d'analyse comptable, que l'établissement recevant une compensation ne bénéficie pas en réalité d'une surcompensation.

3. Degré d'opposabilité des engagements contractuels

La signature initiale du contrat ne vaut pas engagement au sens budgétaire et comptable pour les financements prévus, même ceux durant la première année. Afin de respecter le principe d'annualité budgétaire, il convient de circonscrire ces engagements à de simples intentions de financement pour les dépenses prévues au cours des différentes années (2).

En tout état de cause, seul l'arrêté de versement délègue juridiquement les crédits. Le CPOM devra indiquer ce montant en précisant clairement son caractère purement indicatif et non reconductible sauf soutien à l'investissement.

4. Annexe et tableau de suivi

Les guides méthodologiques relatifs aux délégations de dotations finançant les MIGAC proposent des modèles types d'annexe financière, reprenant l'ensemble des règles énoncées ci-dessus.

Le document de l'annexe I du présent guide propose un modèle générique pouvant être utilisé pour toute forme de financement. Cette annexe permet d'inscrire dès la signature du CPOM l'ensemble des financements couverts par l'obligation de transparence. Les modifications postérieures sont prises en compte par voie d'avenant.

Références :

Articles L. 162-22-13 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

Art 40 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Art 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 notamment son article 40 modifié (FMESPP).

Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001, modifié, relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Articles L. 221-1-1 et D. 221-2 et suivants du code de la sécurité sociale (FIQCS).

Fiche pratique A3

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

1. Cadrage général

Les missions de service public (MSP) (mentionnées à l'article L. 6112-1 du CSP) constituent des missions spécifiques attribuées à un établissement de santé, par le directeur général de l'ARS, en fonction de besoins évalués territorialement.

Elles sont au nombre de quatorze et recouvrent des champs très divers :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;

(1) Charges directes et indirectes de fonctionnement déduction faite d'autres ressources ou financements obtenus.

(2) La base juridique de ce principe réside en la lecture combinée de l'article L. 162-22-14 CSS disposant que le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé en fonction des orientations prévues dans le cadre de son CPOM et de leur état d'avancement et de l'article R. 162-42-4 CSS disposant que le DG d'ARS arrête le montant annuel de ladite dotation.

- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

1.1. Les objectifs

L'attribution d'une MSP a pour objectif premier de couvrir des besoins déterminés dans le cadre des SROS-PRS.

1.2. Attribution

Elle doit s'effectuer dans le cadre d'une procédure spécifique, propre au code de la santé publique. Pour la mise en œuvre des premiers SROS, les établissements de santé exerçant à la date du 22 juillet 2009 une MSP peuvent être désignés par le directeur général de l'ARS pour assurer cette mission et ce, sans passer par une procédure d'appel à candidatures (dans la limite des besoins définis).

Ce n'est qu'en cas de carences que les MSP doivent être attribuées dans le cadre d'un appel à candidatures.

Le directeur général de l'ARS évaluera la réalisation de la mission et, compte tenu des résultats et des besoins établis par le SROS, pourra renouveler cette attribution que celle-ci soit le fruit d'une reconnaissance ou d'un appel à candidatures.

Il convient de se reporter au guide méthodologique relatif à l'élaboration du SROS (pages 74 et 75) pour davantage de compléments.

2. Enjeux de la contractualisation

2.1. Les obligations associées à l'attribution d'une MSP

Les obligations liées à l'octroi de la MSP sont définies à l'article L. 6112-3 du CSP.

Cet article dispose que l'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

- 1° L'égal accès à des soins de qualité ;
- 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du CSS.

Les garanties mentionnées aux 1° et 3° sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

En d'autres termes, le CPOM (art. D. 6114-4 du CSP) devra donner les garanties concrètes d'accès aux soins, en décrivant pour chacune des missions concernées :

- la manière dont l'établissement s'organise pour accueillir ou orienter les patients accueillis dans le cadre d'une mission de service public, et ce à toute heure ;
- les garanties d'application des tarifs conventionnels. L'établissement devra notamment préciser les garanties qu'il apporte au fait que les médecins exerçant sous forme libérale en son sein déclinent cette obligation. Pour la MSP de PDES, les médecins libéraux pourront utilement être partie prenante au CPOM comme le permet l'article L. 6112-2 du CSP.

Ces garanties concernent uniquement les missions liées à la prise en charge de patients, que l'accueil 24 heures sur 24 soit au cœur de la mission (permanence des soins, aide médicale urgente) ou pas (missions relatives à la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement et les missions relatives aux soins dispensés aux personnes détenues ou retenues, prise en charge des soins palliatifs et à la lutte contre l'exclusion sociale).

2.2. Le financement

L'article L. 6112-2 dispose que le CPOM précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public ainsi que, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

Pour l'ensemble des missions, il convient de se reporter aux modalités de calcul de la compensation financière (voir en ce sens le guide méthodologique relatif à l'élaboration des SROS).

Une annexe au contrat traite spécifiquement des problématiques de financement. Si les modalités de calcul de sa compensation financière sont déjà traitées dans cette annexe, un renvoi est suffisant.

Fiche pratique A4

RECONNAISSANCES CONTRACTUELLES

Les conditions administratives d'autorisation d'activités répondent à des régimes juridiques distincts : si l'activité de réanimation, par exemple, est soumise à autorisation sur le fondement de l'article R. 6122-25 (15°) du CSP, celles de surveillance continue et de soins intensifs en sont dispensées. Elles ont en revanche vocation à faire l'objet d'une reconnaissance dite « contractuelle » par l'ARS dans le cadre des CPOM. Ces reconnaissances conditionnent fréquemment l'accès à des suppléments journaliers ou à des tarifs majorés.

La présente fiche a pour objet de recenser ces activités et de présenter les modalités de contractualisation afférentes.

1. Les unités à recenser

Unité d'addictologie de recours pouvant mettre en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes (1)

La reconnaissance de cette activité doit faire l'objet d'une disposition spécifique dans le CPOM des établissements concernés. Elle est fondée sur un cahier des charges régional, dans lequel plusieurs éléments doivent figurer, notamment :

- la nature de l'activité (détention d'une autorisation d'activité de médecine ou de psychiatrie) ;
- le champ de compétence de l'unité d'addictologie de recours pouvant mettre en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes qui s'étendent à l'ensemble des conduites addictives ;
- les missions : accueillir prioritairement des patients pour lesquels des soins résidentiels complexes ont été prescrits ;
- une inscription dans la filière de soins addictologiques hospitalière ;
- les modalités de prise en charge : les établissements candidats à la reconnaissance d'une unité d'addictologie de recours pouvant mettre en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes devront déjà être engagés dans une démarche de soins en addictologie (2).

Concernant les addictions, il convient de rappeler que le plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011 prévoit que les établissements disposant d'un service d'urgences défini par le décret du 22 mai 2006 sont dotés (directement ou indirectement) d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et d'une consultation d'addictologie. Il convient donc de vérifier que ces éléments soient en place, et le cas échéant en faire un des objectifs du CPOM.

Identification de lits de soins palliatifs au sein des établissements de santé/unité de soins palliatifs

L'article L. 6114-2 du CSP dispose que le CPOM de chaque établissement doit désormais identifier les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définir, pour chacun d'eux, le nombre de référents qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme lits de soins palliatifs.

Les établissements souhaitant valoriser l'activité développée dans leurs services autour des malades en fin de vie doivent déposer une demande de reconnaissance. Celle-ci est examinée par le référent thématique sur la base d'un référentiel d'organisation des soins annexé à la circulaire du 28 mars 2008 de la DHOS (DHOS/02/n° 2008-99) et en référence aux objectifs fixés réglementairement dans le SROS.

La reconnaissance peut avoir une traduction budgétaire. Il s'agit de permettre aux établissements remplissant les critères d'accueil et d'accompagnement des patients nécessitant des soins palliatifs de bénéficier, pour les services MCO, d'un tarif majoré, et pour les services SSR, d'obtenir une reconnaissance de cette activité et, le cas échéant, de percevoir une allocation forfaitaire dont le montant est fixé en fonction de la DAF.

(1) L'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie dispose que la prise en charge des sevrages complexes liés aux conduites addictives bénéficie d'un GHS dédié aux séjours concernés et différencié en fonction de la durée de séjour ainsi qu'à la mobilisation des ressources et des moyens qu'ils nécessitent.

(2) Cela suppose également la prise en compte des recommandations nationales ou des experts dans le domaine (conférence sur les modalités de sevrage ANAES, audition public HAS...).

Unités de soins intensifs cardiologiques/surveillance continue/surveillance continue autonome pédiatrique

L'article D. 6114-5 du CSP dispose que le CPOM identifie les unités de soins intensifs, les unités de surveillance continue mentionnées à l'article R. 6123-38 et les unités de surveillance continue pédiatriques mentionnées à l'article R. 6123-38-7 dont dispose l'établissement.

Cette inscription dans le contrat conditionne la facturation des suppléments liés à ces activités.

Unités neurovasculaire (UNV)

L'UNV assure la prise en charge des patients présentant une pathologie neurovasculaire aiguë compliquée ou non d'AVC ou d'AIT. Ces unités accueillent en permanence 24 heures sur 24, directement dans la mesure du possible, les patients qui relèvent de ses missions. L'UNV assure la totalité de la prise en charge, y compris la thrombolyse. Elle comporte une unité de soins intensifs et des lits subaigus.

La circulaire DHOS/04 n° 2007-108 du 22 mars 2007 relative à la place des UNV dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral rappelle que les modalités de participation de l'établissement à cette filière, et en particulier l'existence d'une UNV, son organisation, ses objectifs et ses moyens figurent au CPOM.

Centres de référence ou correspondant pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires

Les centres de référence ont une mission de coordination, d'expertise, de formation et de recherche ainsi que de prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) les plus complexes en lien avec les correspondants d'autres structures.

Ces centres doivent faire l'objet d'une reconnaissance dans le CPOM (lettre DHOS/E^{2/87} du 15 janvier 2009 sur la reconnaissance interrégionale de centres de référence pour la prise en charge des IOA instruction DGOS/PF2 n° 2010-466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des IOA). Sur la base d'un cahier des charges rédigé par six sociétés savantes en collaboration avec l'association Le Lien (association de patients) et sur l'avis du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), des directives ont été données aux ARS, afin de reconnaître un centre pour chacune des interrégions métropolitaines, et deux en Île-de-France avant le 5 septembre 2008.

Leur reconnaissance répond à la nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes concernées, par le regroupement des compétences des différentes spécialités concernées au sein d'un centre de référence.

Cette reconnaissance permet d'allouer un montant de 112 500 € à chaque centre (circulaire DHOS/F2/F3/DSS/IA n° 2008-386 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé).

Les plateaux techniques hautement spécialisés

Lorsque qu'un patient nécessite une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée dans un très bref délai et que son pronostic vital ou fonctionnel est engagé, il est directement orienté, par le SAMU ou en liaison avec ce dernier, vers le plateau technique adapté à son état, dit « plateau technique hautement spécialisé » (PTHS) dans le respect du principe de libre choix du patient.

L'article R. 6123-32-6 dispose que la participation d'un établissement à ces prises en charge directes est inscrite dans le CPOM. Ce contrat fixe les modalités de cette participation.

2. Modalité et suivi

Dans le cadre de la procédure de reconnaissance contractuelle, les demandes sont à adresser à l'ARS, accompagnées d'un dossier constitué.

Conformément aux préconisations du SROS, ces demandes font l'objet d'une étude, suivie d'une visite destinée à vérifier la mise en œuvre des conditions techniques de fonctionnement réglementaires et posées par le cahier des charges, dans l'optique d'une reconnaissance par l'ARS.

La reconnaissance contractuelle de l'activité sera inscrite par voie d'avenant au CPOM.

Cet avenant fixe :

- la capacité identifiée et les caractéristiques des unités concernées ;
- la date d'effet de la reconnaissance tarifaire ;
- les engagements de l'établissement.

ANNEXE I

PROPOSITION DE MODÈLE TYPE DE CPOM

Le modèle/type de CPOM proposé ci-dessous est susceptible d'adaptation en fonction de l'organisation propre à chaque région.

**Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens
2012-2017**

Entre :

L'Agence régionale de santé de XXXXXXXX

Et :

L'établissement XXXXXXXXXXXX,

Vu les articles L. 6114-1 à L. 6114-5 du code de la santé publique,

Vu les articles D. 6114-1 à D. 6114-8 du code de la santé publique ;

Vu les articles R. 6114-9 et R. 6114-10 du code de la santé publique ;

Vu le projet régional de santé arrêté le XXXXX ;

Vu le schéma régional de l'organisation des soins arrêté le XXXX ;

Vu l'avis du conseil de surveillance en date du XXX (pour les établissements publics de santé le cas échéant) ;

Il a été expressément convenu ce qui suit :

TITRE I^{er}

L'OBJET DU CONTRAT

Article 1^{er}

Les fondements

Le présent contrat permet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations du projet régional de santé, et notamment du schéma régional de l'organisation des soins. Il est négocié dans le respect du principe d'autonomie de l'établissement.

Article 2

Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques retenues au terme de la négociation sont :

Orientation n° 1 :

Orientation n° 2 :

Orientation n° 3 :

Orientation n° 4 :

Orientation n° 5 :

Les modalités de leur réalisation sont déclinées dans les annexes du présent contrat. Ces annexes sont opposables dans les conditions définies à l'article 6.

TITRE II

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 3

Le suivi du contrat

a) Le suivi annuel

Le contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la revue annuelle réunissant :

Pour l'ARS : le directeur général de l'ARS ou son représentant ;

Pour l'établissement : une délégation conduite par le directeur de l'établissement assisté de deux collaborateurs de son choix.

La revue annuelle de contrat a pour objet :

– l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues au contrat à l'année $n-1$;

- l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat ;
- les avancées réalisées sur les annexes informatives, comportant notamment le contrat de bon usage du médicament et, le cas échéant, le contrat de retour à l'équilibre financier ;
- l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir ;
- la définition des éventuels avenants prévus à l'article 4 ;
- la détermination des sanctions prévues à l'article 6.

L'analyse contradictoire est menée sur la base :

- d'un rapport annuel d'étape prévu à l'article D. 6114-8 code de la santé publique produit par l'établissement, au plus tard, un mois avant la réunion et comprenant le bilan de réalisation de la tranche de l'année $n-1$ du contrat et le rapport annuel de mise en œuvre prévu au décret du 24 août 2005 (contrat de bon usage) ;
- d'un rapport réalisé par l'ARS au terme d'une rencontre avec l'établissement, portant notamment sur le bilan des annexes et sur la situation budgétaire et financière.

La revue annuelle fait l'objet d'une lettre d'observations adressée par l'ARS au plus tard un mois après la date de la réunion. L'établissement dispose d'un mois pour présenter ses éventuelles observations.

b) Le rapport final

Conformément à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, l'établissement transmet, un an avant l'échéance du présent contrat et au moment de sa demande de renouvellement, un rapport final d'exécution du contrat.

Article 4

La révision du contrat

À la demande de l'établissement ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de l'établissement, de l'offre de soins régionale et des missions qui lui sont confiées ;
- pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat ;
- pour modifier la liste des missions d'intérêt général confiées à l'établissement ;
- pour modifier la liste des missions de service public confiées à l'établissement.

Article 5

La résiliation du contrat en cas de manquement grave

L'article R. 6114-9 du code de la santé publique détermine les conditions de la résiliation du présent contrat en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations contractuelles.

Article 6

Les sanctions en cas d'inexécution totale ou partielle des engagements

L'article R. 6114-10 du code de la santé publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat.

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 3.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements suivants à l'exception de l'annexe relative aux indicateurs de pilotage de l'activité.

(Il revient aux cocontractants de définir le régime de sanction et les pénalités applicables à chaque annexe et/ou thématique du contrat.)

Article 7

Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat est conclu pour une durée de ... ans.

Il prendra effet à compter du XXXX.

Fait à XXXXX, le XXXXX.

Signatures :

Directeur général de l'ARS

Représentant légal de l'établissement

ANNEXE 1

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES AU REGARD DU PRS

Pour suivre les objectifs contenus dans cette annexe, le tableau de suivi des indicateurs suivant pourra être utilisé :

OBJECTIFS opérationnels	INDICATEURS de suivi	CIBLE nationale	CIBLE régionale	CIBLE ÉTABLISSEMENT										SOURCE d'information (HospiDiag...) + année											
				Valeur initiale	Valeur cible					Résultat															
					Année <i>n</i>	<i>n</i> ₁	<i>n</i> ₂	<i>n</i> ₃	<i>n</i> ₄	<i>n</i> ₅	<i>n</i> ₁	<i>n</i> ₂	<i>n</i> ₃		<i>n</i> ₄	<i>n</i> ₅									

ANNEXE 2

DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS TERRITORIALES

Dans cette annexe, ne sont opposables à l'établissement que les engagements qui le concernent. Les engagements des autres établissements partenaires sont inscrits pour rappel.

OBJECTIFS opérationnels	CALENDRIER	CONTRIBUTION des partenaires (processus de mise en œuvre de la coopération)	OUTIL pour la mise en œuvre	INDICATEUR de suivi

ANNEXE 3

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

OBJECTIFS opérationnels	INDICATEURS de suivi	CIBLE nationale	CIBLE régionale	CIBLE ÉTABLISSEMENT										SOURCE d'information (HospiDiag...) + année											
				Valeur initiale	Valeur cible					Résultat															
					Année <i>n</i>	<i>n</i> ₁	<i>n</i> ₂	<i>n</i> ₃	<i>n</i> ₄	<i>n</i> ₅	<i>n</i> ₁	<i>n</i> ₂	<i>n</i> ₃		<i>n</i> ₄	<i>n</i> ₅									

ANNEXE 8

LE FINANCEMENT

I. – CADRAGE GÉNÉRAL

Dotation déléguée le	Ce n'est pas le CPOM qui attribue en tant que tels les crédits. C'est l'arrêté de versement annuel, postérieur au CPOM, qui a vocation à mentionner le montant délégué pour la réalisation de telle ou telle mission, en se référant au CPOM détaillant l'objet de la mission et l'engagement de l'établissement. Cela étant, il est nécessaire de faire apparaître la date à laquelle cette dotation a commencé à être allouée et, le cas échéant, la date à laquelle cette dotation a vocation à s'éteindre. Cette durée ne peut dépasser la durée du contrat.
Prévision de fin de l'aide	
Évaluation prévue le	Il s'agit de décrire les modalités d'évaluation du respect de ses engagements par l'établissement. Notamment : fournir un bilan annuel de la mission réalisée, ou de l'aide octroyée, avant le 15 février de l'année $n + 1$ (protocoles, études, rapports...).
Montant annuel indicatif	Il convient d'inscrire, au regard des critères de compensation, le montant annuel prévisionnel (à titre purement indicatif) que l'établissement pourra recevoir. Ce montant est révisable chaque année.

II. – BESOINS RÉGIONAUX ET OBJECTIFS

Il convient de souligner le besoin régional ayant motivé cette délégation de crédits et les principaux objectifs de l'établissement.

III. – MODALITÉS DE DÉLÉGATIONS

Si la dotation est la résultante d'un appel à candidatures ou d'une labellisation (nationale/régionale), il est nécessaire de faire apparaître ledit acte.

Le but étant de prouver que l'octroi de la dotation s'est fait à travers une procédure publique et transparente.

IV. – PÉRIMÈTRE DU FINANCEMENT

Périmètre de financement

Définir strictement et précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la dotation.

Critères de compensation

Le calcul du montant de la dotation doit correspondre aux coûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (dont l'octroi de crédits est la résultante).

Il convient donc de faire apparaître, selon la dotation :

- le modèle de financement national (dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères d'activité notamment) ;
- un référentiel de moyens valorisés.

ANNEXE 9

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

1. Cadrage général et éligibilité de l'établissement à la mission

Rappel du contexte local, des modalités de sélection des établissements.

Conformément à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, le présent contrat précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer la mission de service public de ... Ces obligations comprennent le respect des garanties prévues à l'article L. 6112-3 du CSP, dont l'application des tarifs de secteur 1.

2. Rappel du périmètre de la mission

Périmètre de la mission

Exemple pour la PDSSES : il s'agit de décrire quelles sont les spécialités retenues et les modalités prévues par l'établissement pour garantir la permanence médicale (type de ligne : garde, astreinte, demi-garde et demi-astreinte).

3. Modalités de calcul de la compensation financière allouée

Si les modalités de calcul de sa compensation financière sont déjà traitées dans l'annexe sur le financement, le renvoi à cette annexe est suffisant. Sinon cf. détails ci-dessous :

Dotation déléguée le	Ce n'est pas le CPOM qui attribue en tant que tels les crédits. C'est l'arrêté de versement annuel, postérieur au CPOM, qui a vocation à mentionner le montant délégué pour la réalisation de la mission, en se référant au CPOM détaillant l'objet de la mission et l'engagement de l'établissement. Cela étant, il est nécessaire de faire apparaître la date à laquelle cette dotation a commencé à être allouée et, le cas échéant, la date à laquelle cette dotation a vocation à s'éteindre. Cette durée ne peut dépasser la durée du contrat.
Prévision de fin de l'aide	
Évaluation prévue le	Il s'agit de décrire les modalités d'évaluation du respect de ses engagements par l'établissement. Notamment : fournir un bilan annuel de la mission réalisée, ou de l'aide octroyée, avant le 15 février de l'année $n + 1$ (protocoles, études, rapports...).
Montant annuel indicatif	Il convient d'inscrire, au regard des critères de compensation, le montant annuel prévisionnel (à titre purement indicatif) que l'établissement pourra recevoir. Ce montant est révisable chaque année.

Périmètre de financement

Définir strictement et précisément les surcoûts financés à travers la dotation.

Critères de compensation

Le calcul du montant de la dotation doit correspondre à des surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (dont l'octroi de crédits est la résultante).

4. Obligations particulières

Garanties de permanence et de prise en charge

Il s'agit de décrire la manière dont l'établissement met en œuvre la mission, de telle façon que, pour chaque patient, l'accueil, la prise en charge ou la réorientation vers un autre établissement soit garantie.

Garanties d'application des tarifs conventionnels (si prise en charge donnant lieu à facturation)

Il s'agit de donner les garanties d'une application des tarifs conventionnés. *In fine*, l'établissement doit décrire les moyens mis en place visant à contraindre ou garantir que les praticiens appliqueront au sein de leur structure et pour certaines missions ciblées des tarifs conventionnés, sans possibilité de dépassements d'honoraires.

ANNEXE 10

LES RECONNAISSANCES CONTRACTUELLES

Nom de l'unité :

Date d'effet de la reconnaissance :

Rappel des critères définis dans le cahier des charges (conditions d'éligibilité de l'établissement à l'implantation de l'unité).

.....

Capacité identifiée et caractéristiques des unités concernées :

.....

OBJECTIF fixé à l'établissement	ACTIONS	MODALITÉS de mise en œuvre	INDICATEUR	CIBLE RÉGIONALE					CIBLE ÉTABLISSEMENTS										SOURCE d'information
									Valeur cible					Résultat					
				n+1	n+2	n+3	n+4	n+5	n+1	n+2	n+3	n+4	n+5	n+1	n+2	n+3	n+4	n+5	

ANNEXE 11

RAPPEL DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS DE L'ÉTABLISSEMENT HORS CPOM

Pour rappel, cette annexe n'est pas opposable et les engagements contractuels sont mis en annexe du CPOM pour information.

ANNEXE II

TABLEAU DES INDICATEURS À ANALYSER EN PRIORITÉ POUR LE DIAGNOSTIC

Ce tableau est une synthèse des objectifs et des indicateurs contenus dans les fiches pratiques.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	OBJECTIFS THÉMATIQUES	INDICATEURS	SOURCE
Améliorer la qualité et la sécurité des soins	Management de la qualité et de la sécurité des soins	Désignation d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	Rapport de certification
		Pourcentage de contrats de pôles, contenant des objectifs en termes de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôle	Enquête DGOS
	Améliorer la qualité des soins	Tenue du dossier patient (TDP)	Hospi Diag PLATINES
		Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)	Hospi Diag PLATINES
		Évaluation de la douleur (TRD)	Hospi Diag PLATINES
		Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)	Hospi Diag PLATINES
		Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (uniquement pour les établissements autorisés à l'activité de cancérologie)	Hospi Diag PLATINES
		Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde (IDM) après la phase aiguë (score agrégé BASI) et mesures hygiéno-diététiques	PLATINES
	Maîtriser le risque infectieux et prévenir les infections nosocomiales	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)	PLATINES
		Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques 2 (ICSHA2)	PLATINES
		Score agrégé	Hospi Diag PLATINES
		Indice triennal de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM)	PLATINES
		Tenue du dossier d'anesthésie (DAN)	PLATINES
		Indicateur surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)	PLATINES
		Indicateur: prévention des hémorragies du post-partum lors de l'accouchement et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat	PLATINES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	OBJECTIFS THÉMATIQUES	INDICATEURS	SOURCE	
	Promouvoir les droits des patients	Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (à construire)	PLATINES	
	Articuler certification et contractualisation	Niveau de certification de l'établissement	Certification	
Développer la chirurgie ambulatoire		Taux de réalisation ambulatoire des gestes MSAP (« taux plancher »)	CNAMTS	
		Taux global de chirurgie ambulatoire	PMSI ATIH	
		Volume d'activité de chirurgie ambulatoire et volume d'activité de chirurgie en hospitalisation à temps complet	PMSI ATIH	
		Indicateurs de qualité, de sécurité des soins et d'organisation en chirurgie ambulatoire (existants et en cours de réalisation)	En cours de définition	
		Taux de chirurgie en UCA	PMSI ATIH	
Faire progresser le pilotage interne de l'établissement	Assurer la soutenabilité de la situation financière et patrimoniale	Résultat comptable et structurel des ES publics et ESPIC	Hospi Diag	
		Taux de marge brute	Hospi Diag	
		Taux d'indépendance financière	Hospi Diag	
		Durée apparente de la dette	Hospi Diag	
		Encours de la dette/total des produits	Hospi Diag (à terme)	
	Faire progresser le management et les outils de gestion		Nombre de contrats de pôle signés (en cours de validité-d'exécution)/nombre total de pôles de l'établissement	En cours de construction
			Établissement public de santé dans lequel le directeur a accordé aux chefs de pôle une délégation de signature afin d'engager des dépenses du pôle: oui/non (si non pas d'autre question)	En cours de construction
			Pourcentage des dépenses des pôles engagées par les chefs de pôle de l'établissement (par délégation de signature du directeur) par rapport aux dépenses totales de l'établissement (budget H)	En cours de construction
			Pourcentage de pôles cliniques disposant d'un tableau de bord de gestion mensuel	En cours de construction
			Pourcentage de pôles cliniques disposant de comptes de résultat analytique annuel (CREA)	En cours de construction
	Mettre en œuvre une stratégie d'optimisation des achats		Indicateur n° 1: mise en place d'un responsable achat unique	En cours de construction
			Indicateur n° 2: mise en œuvre d'un plan d'actions achat annuel quantifié, visant à dégager <i>a minima</i> 1 à 2 % de gains achats annuels en 2012 et 3 à 5 % de gains achats annuels à partir de 2013	En cours de construction

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	OBJECTIFS THÉMATIQUES	INDICATEURS	SOURCE
		Indicateur n° 3 : bénéficiaire de prix au moins égaux aux prix négociés nationalement sur les six segments suivants : papier, bureautique PC, contrôles réglementaires, solutions d'impression, téléphonie mobile et véhicules	En cours de construction
		Indicateur n° 4 : adhésion à six groupements de commandes parmi les segments suivants : médicaments, produits d'incontinence, dispositifs médicaux, linge (habillement), alimentaire, fournitures de bureau, consommables informatiques, produits d'entretien, déchets, maintenance d'équipements non médicaux.	En cours de construction
	Optimiser les processus de production	Déclinaison de l'objectif national d'amélioration de la productivité des blocs opératoires : nombre d'ICR par salle d'intervention chirurgicale	Hospi Diag
	Aller vers un système d'information cohérent et performant	Atteinte de l'ensemble des prérequis et des indicateurs sur les domaines fonctionnels de son choix	En cours de construction ATIH
		Informatisation des urgences et remontée des RPU	oSIS
		Alimentation et mise à jour de l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS) : taux de complétude des données remontées dans l'oSIS	oSIS
Optimiser la politique des ressources humaines	Gérer la masse salariale	Taux d'évolution de la masse salariale de $n-2$ à n	Bilan social en cours de construction
		Taux d'évolution des effectifs ETPR de $n-2$ à n	Bilan social en cours de construction
	Gérer le temps et la disponibilité des ressources	Taux d'absentéisme du personnel	Hospi Diag
		Taux de <i>turn-over</i> du personnel	Hospi Diag
		Taux d'évolution des dépenses consacrées au recrutement de personnels intérimaires de $n-2$ à n	Bilan social en cours de construction
		Nombre de jours stockés en compte épargne-temps de $n-2$ à n	Bilan social en cours de construction
		Heures supplémentaires/temps de travail additionnel de $n-2$ à n	Bilan social en cours de construction
	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	Nombre de métiers repérés comme sensibles ou en tension	Bilan social en cours de construction
	Dialogue social-conflit social	Nombre d'heures ou de demi-journées de grève	Bilan social en cours de construction

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	OBJECTIFS THÉMATIQUES	INDICATEURS	SOURCE
	Santé et sécurité au travail	Nombre d'accidents de travail au cours de l'année <i>n</i>	Bilan social en cours de construction

ANNEXE III

THÈMES ET OBJECTIFS COMPLÉMENTAIRES À DISPOSITION DES ARS ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Liste d'outils mobilisables pour des besoins ponctuels de diagnostics et de plans d'action. Ils peuvent compléter les indicateurs précédents inclus dans les fiches pratiques.

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
Annexe III: améliorer la qualité et la sécurité des soins	Management de la qualité et de la sécurité des soins	Programme d'action pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (pour les établissements publics)	La CME propose au représentant légal de l'établissement un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi en application de la politique continue de la qualité et la sécurité des soins. Cet indicateur est recueilli annuellement dans le cadre d'une enquête sur la gouvernance des établissements de santé (pilotage DGOS/PF1). Cet indicateur est à analyser en lien avec le critère 8 a de la certification.	Rapport de certification
		Mise en place de retour d'expérience sur la gestion des risques	La gestion des événements indésirables constitue l'approche rétrospective de la gestion des risques (critères 8 e et 8 f de la certification). Les retours d'information doivent être gérés efficacement, car ils représentent une des sources principales d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il peut s'agir d'événements indésirables observés et rapportés par les professionnels ou d'événements indésirables identifiés par une analyse des processus de soins (revue de mortalité-morbidité, audits de dossiers, etc.) ou autres dispositifs (plaintes, enquêtes de satisfaction, etc.). Critères 8 e et 8 f de la certification.	Rapport de certification
		Prise en charge des patients en soins palliatifs	Le décret du 4 octobre 2010 prévoit que le CPOM fixe les conditions de prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs (art. D.6114-3 du CSP). Le déploiement de la démarche palliative implique la mise en place : - au niveau de l'établissement : d'une dynamique de développement des compétences professionnelles et d'une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie et sur le respect de leurs droits, impliquant les instances et acteurs concernés ; - au sein des services : de compétences médicales et soignantes en matière de traitement de la douleur, de soulagement de la souffrance, de mise en œuvre de projets de soins individualisés, de dispositifs de dialogue, de concertation et d'analyse des pratiques professionnelles, qui favorisent une évaluation constante des stratégies de soins envisagées ; - avec les patients et leurs proches : d'une qualité d'information, de communication et de relation de soin. Elles sont notamment indispensables à l'anticipation des prises de décisions en matière de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements. Critère 13 a de la certification.	Rapport de certification

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
		Formation et évaluation des pratiques	L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) fait partie intégrante du « développement professionnel continu », (DPC), qui constitue désormais une obligation pour tous les professionnels de santé : les modalités de sa mise en œuvre seront précisées par décret. Critères 1 f, 28 a et 28 c de la certification.	Rapport de certification
		Pertinence des soins	La pertinence des soins correspond à l'adéquation des soins (actes diagnostiques et thérapeutiques) et des hospitalisations aux besoins des patients. L'analyse de la pertinence évalue la prescription et/ou l'utilisation appropriée des soins et des hospitalisations. Critère 28 b de la certification.	Rapport de certification
	Sécurité des soins	Organisation du bloc opératoire	Au bloc opératoire, le développement d'une culture partagée de la sécurité s'articule autour de la mise en œuvre la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », des revues morbidité-mortalité au bloc opératoire (RMM) et de la gestion des événements indésirables. Critère 26 a de la certification.	Rapport de certification HospiDiag
		Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur : radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie	L'établissement doit identifier ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. Critère 26 b de la certification.	Rapport de certification
	Droits du patient	Système de gestion des plaintes et réclamations	La mise en œuvre d'un système de gestion des réclamations et plaintes contribue à la prise en compte de l'expérience des patients et de leur entourage et concourt à l'amélioration de la qualité du fonctionnement d'un établissement. Critère 9 a de la certification.	Rapport de certification
		Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles. La recommandation de bonne pratique portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation de soins et de sécurité (2004) fait de la liberté d'aller et venir une composante de la liberté individuelle, inhérente à la personne humaine. Cette position est également affirmée dans la circulaire dite « Simone Veil » (n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993).	Rapport de certification

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
			<p>Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a rendu publiques le 18 juin 2009 les recommandations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes hospitalisées sans leur consentement doivent bénéficier de façon rapide et homogène pour l'ensemble de l'établissement d'informations relatives à leurs droits et voies de recours prévues par la loi sous une forme adaptée et accessible ; - la liberté de correspondance des malades hospitalisés sans consentement ne peut être remise en cause, y compris pour répondre à des objectifs de soins et de protection des personnes ; - L'accompagnement des malades hospitalisés sans consentement doit être intégré dans l'organisation des services, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques aussi régulièrement que leur état de santé le permet. Les précautions de sécurité s'appliquant aux personnes détenues ne doivent pas donner lieu à la dispensation de soins distincts et appauvris au sein de l'hôpital et à la suspension des droits mis en œuvre dans l'établissement pénitentiaire. Les droits reconnus aux personnes placées en détention, tels la promenade, les visites par les personnes autorisées et la possibilité de téléphoner pour les condamnés doivent être respectés pendant l'hospitalisation ; - le recours à la contention doit faire l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif au moyen d'un document renseigné de manière complète par chaque unité recevant des patients hospitalisés sans consentement. <p>Critère 10 e de la certification.</p>	
		Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	<p>L'information du patient en établissement de santé n'est pas l'affaire d'un seul professionnel mais doit faire l'objet d'un travail d'équipe et d'une organisation. Cette organisation doit être mise en place pour tous les patients, y compris les patients hospitalisés sans consentement, et prend une dimension particulière en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé.</p> <p>Critère 11 a de la certification.</p>	Rapport de certification
		Consentement et participation du patient	<p>Tout professionnel de santé a l'obligation d'informer le patient « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus » (art. L. 1111-2 du code de la santé publique) afin d'obtenir de lui un consentement « libre et éclairé » à l'acte médical (art. L. 1111-4 du code de la santé publique).</p> <p>Critère 11 b de la certification.</p>	Rapport de certification

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
		Information du patient en cas de dommage lié aux soins	Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou à sa demande expresse. Critère 11 c de la certification.	Rapport de certification
		Accès du patient à son dossier	La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant ; les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP, ainsi qu'un arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et notamment l'accompagnement de cette personne et les recommandations de la HAS de décembre 2005 ont organisé cet accès. Critère 14 b de la certification.	Rapport de certification
Annexe 5: dynamiser la politique des ressources humaines	Gestion des compétences et des flux	Attractivité et fidélisation du personnel infirmier	Concerne : personnel infirmier uniquement. Lien avec : bilan social (même mode de calcul).	
		Turn-over : taux de départs à l'initiative de l'agent	Mode de calcul : nombre de départs au cours de l'année n à l'initiative du salarié, sur effectif physique total au 31 décembre de l'année $n \times 100$. Précisions : on distingue les départs du fait du salarié et les départs du fait de l'institution (non-remplacements, licenciements, etc.) ; il s'agit bien dans le cas présent des départs à l'initiative du salarié, hors départs pour mise à la retraite (démissions, mutations, disponibilités, détachements, fin de contrat à l'initiative du salarié, etc.).	
		Taux de mobilité interne	Objectif : favoriser les mutations internes. Affichage des résultats : - pour le personnel médical ; - pour le personnel non médical. Lien avec : bilan social (même mode de calcul). Clé d'analyse possible : mise en place d'une politique d'aide à la mobilité interne, politique de formation ou de reconversion (bilan de compétences fait par les établissements de santé), projets de restructurations, climat social. Mode de calcul : nombre de mutations internes au cours de l'année n /effectif physique au 1 ^{er} janvier de l'année $n + 1$, le tout multiplié par 100. Précision : on entend par mutations internes l'ensemble des mouvements se traduisant par un changement d'affectation/d'UF ou de fonctions à l'intérieur d'une même UF (promotions professionnelles incluses).	

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
		Évolution du nombre de promotions professionnelles de $n-2$ à n	<p>Affichage : ne concerne que les personnels non médicaux.</p> <p>Lien avec : plan de formation de l'établissement, bilan social (même mode de calcul).</p> <p>Clés d'analyse possibles : politique de formation du personnel, GPEMC, politique de recrutement.</p> <p>Mode de calcul : nombre d'agents ayant démarré un cursus de formation en promotion professionnelle au cours de l'année n, $n-1$, $n-2$.</p> <p>Précision : il s'agit bien des agents partis en promotion professionnelle au cours de l'année de référence, et non pas de l'ensemble des promotions professionnelles en cours pendant la période de référence.</p>	
		Taux de personnel ayant rempli leur obligation de DPC (développement professionnel continu)	<p>Objectif : favoriser les formations professionnelles et le développement professionnel continu.</p> <p>Affichage : - personnel médical ; - personnel non médical.</p> <p>Lien avec : bilan social (même mode de calcul), rapport d'exécution annuel du DPC.</p> <p>Clés d'analyse : politique de formation des personnels médicaux, politique de formation des agents non médicaux, restructuration, politique de reconversion, politique de prévention des risques.</p> <p>Mode de calcul : nombre de personnels ayant rempli leur obligation de DPC (telle qu'elle résulte du plan formalisé de DPC de l'établissement) sur l'année n, rapporté à l'effectif physique total au 31 décembre de l'année n; indiquer le taux pour $n-1$ et $n-2$.</p>	
		Nombre de programmes annuels de DPC mis en place en interne avec des ressources internes	<p>Objectif : favoriser la mise en œuvre du DPC au moyen de ressources internes.</p> <p>Mode de calcul : nombre de programmes pluriannuels de DPC mis en place en interne avec des ressources internes.</p> <p>Précision : les ressources internes peuvent être par exemple la CME ou la CSSIRMT, en dehors de tout appel à un prestataire extérieur.</p> <p>Clés d'analyse possibles : politique de formation du personnel médical.</p>	
		Taux d'internes et de stagiaires accueillis	<p>Objectif : favoriser l'accueil des internes et des stagiaires.</p> <p>Mode de calcul : - nombre d'internes accueillis/effectif médical total (internes compris). - nombre de stagiaires paramédicaux accueillis/effectif total.</p> <p>Clés d'analyse possibles : politique d'accueil des stagiaires, politique de recrutement.</p>	

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
	Nouvelle gouvernance	Nombre de demi-journées cumulées de formation des chefs de pôle à la gouvernance, à la gestion et au management	<p>Mode de calcul : nombre de demi-journées cumulées de formation des chefs de pôle à la gestion depuis juillet 2009 (loi HPST).</p> <p>Précision : le nombre de demi-journées a été préféré au nombre de jours car les formations peuvent se dérouler sur des demi-journées.</p> <p>Affichage : ne concerne que les personnels médicaux chefs de pôle.</p> <p>Lien avec : plan de formation du personnel médical de l'établissement.</p> <p>Clés d'analyse possibles : modalités de mise en place des pôles, politique de formation des chefs de pôle.</p>	
		Pourcentage de chefs de pôle formés à la gouvernance, à la gestion et au management	<p>Mode de calcul : nombre de chefs de pôle formés à la gouvernance, à la gestion et au management depuis juillet 2009 (loi HPST), rapporté au nombre total de chefs de pôles, le tout multiplié par 100.</p> <p>Affichage : ne concerne que les personnels médicaux chefs de pôle.</p> <p>Lien avec : plan de formation du personnel médical de l'établissement.</p> <p>Clés d'analyse possibles : modalités de mise en place des pôles, politique de formation des chefs de pôle.</p>	
		Champs RH délégués aux pôles	<p>Mode de calcul (au 31 décembre de l'année n) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - liste des champs RH délégués et contractualisés avec les pôles ; - nombre et contenu des délégations de signature aux chefs de pôle. <p>Liens avec : rapport d'activité et de gestion de l'établissement.</p> <p>Clés d'analyse possibles : modalités de mise en place des pôles, politique de délégation, politique d'intéressement des pôles.</p>	
	Conditions de travail	Réalisation d'un baromètre social	<p>Objectif : réaliser et suivre les indicateurs du baromètre social.</p> <p>Le baromètre social, aussi appelé météo sociale ou encore veille sociale, est un outil permettant de mesurer le degré de satisfaction au travail des agents et le climat social. Il regroupe divers indicateurs, en nombre limités, qui peuvent être (liste non exhaustive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de jours de grève ; - taux d'absentéisme ; - taux de turn-over ; - taux d'accidents de travail ; - nombre de réunions avec les partenaires sociaux - activité du CHSCT. <p>Le baromètre social s'attachera en outre à suivre l'évolution du taux de satisfaction au travail des agents (détaillé par thématique) (cf. partie III - recommandations).</p> <p>Cet outil peut être un support de dialogue social au niveau local ; il peut également constituer un levier de connaissance de l'établissement par l'ARS.</p> <p>Affichage : peut concerner les personnels non médicaux et médicaux.</p> <p>Résultats à analyser et à mettre en corrélation avec : taux d'absentéisme, taux de turn-over, activité des services, restructurations et réorganisations des services, etc.</p>	

ANNEXE du CPOM concernée	OBJECTIFS thématiques	INDICATEURS proposés	DÉTAILS	SOURCE
		Taux de fréquence des accidents du travail et de trajets (PM et PNM)	<p>Objectif : prévenir et réduire les accidents du travail.</p> <p>Affichage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les personnels médicaux ; - pour les personnels non médicaux. <p>Liens avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan social (même mode de calcul) ; - rapport de la médecine du travail. <p>Clés d'analyse possibles : activité du CHSCT, politique de prévention des risques psycho-sociaux, mise en œuvre du document unique.</p> <p>Mode de calcul : identique à celui du bilan social pour les EPS. (Nombre total d'accidents de travail avec arrêt de travail, multiplié par 10 [puissance 6])/Nombre d'heures travaillées x 100.</p> <p>Précisions : le nombre d'heures travaillées est calculé de la même façon que pour le bilan social = (nombre de jours de présences au travail du personnel médical x 7 h 48) + (nombre de jours de présence au travail du personnel non médical x 7).</p>	
Annexe 1 ou 2: Favoriser le développement de la HAD			<p>Détail des indicateurs :</p> <p>En établissement de santé avec hébergement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indice de performance de la DMS en médecine obstétrique, cancérologie et SSR ; - nombre de sorties faites en HAD par service ou pôle hospitalier ; - nombre d'hospitalisations directes en HAD sans hospitalisation préalable avec hébergement. <p>En établissements médico-sociaux avec hébergement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - taux d'hospitalisation conventionnelle des résidents/usagers ; - taux d'hospitalisation en établissement avec hébergement avec passage aux urgences des résidents/usagers ; - nombre de conventions de partenariats signées avec les services d'HAD de la région. <p>En structure de soins ambulatoires : nombre de prescriptions de prises en charge en hospitalisation à domicile.</p>	

ANNEXE IV

PORTÉE JURIDIQUE DU CPOM

1. Le CPOM, un contrat

Dans sa décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, le Conseil constitutionnel a rejeté les moyens invoqués lors de la saisine parlementaire consécutive à l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, concernant la question de l'atteinte à la liberté contractuelle par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Les requérants arguaient qu'« en l'occurrence, le mécanisme des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des contrats de coopération tel qu'établi par la loi organise une tutelle adossée au principe hiérarchique le plus classique » en y voyant un outil juridique qui ne relèverait en rien d'un contrat. Le juge constitutionnel a estimé au contraire que « les pouvoirs de l'agence régionale de santé ne portent, par eux-mêmes, aucune atteinte à la liberté de contracter de ces établissements ». Le CPOM a donc bien une nature contractuelle.

Toutefois, le CPOM, outil de planification, constitue un contrat particulier. En effet, l'asymétrie des obligations contractuelles et du pouvoir de sanction est souvent relevée. C'est le sens de la réponse de la ministre donnée à l'occasion de l'examen de la loi HPST par le Conseil constitutionnel : « S'ils traduisent bien l'engagement d'une démarche contractuelle, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne sont pas des instruments juridiques revêtant exactement les caractéristiques d'un contrat. Ils constituent plutôt une forme moderne d'allocation des ressources publiques conjointement déterminée entre l'autorité publique et la personne, publique ou privée, chargée de mettre en œuvre la mission qui lui incombe. »

2. Le caractère administratif du CPOM

Selon les critères jurisprudentiels dégagés par le juge administratif pour définir traditionnellement la nature du contrat, le CPOM relève de la catégorie des contrats administratifs.

En premier lieu d'un point de vue organique, une partie au moins en la personne de l'ARS est nécessairement une personne publique. En second lieu l'examen d'un critère matériel alternatif permet de conclure d'abord en la présence de clauses exorbitantes de droit commun (Conseil d'État, 31 décembre 1912, Société des granits porphyroïdes des Vosges) dans le CPOM avec notamment l'existence d'un pouvoir de contrôle et de sanction sur le cocontractant ou encore la possibilité pour l'administration de résilier unilatéralement le contrat. Ce peut être aussi l'existence d'un objet contractuel qui consiste à confier l'exécution même du service public (Conseil d'État, 20 avril 1956, Consorts Grimouard), en l'occurrence le service public de santé, qui permet de conclure du caractère administratif des CPOM.

La cour administrative d'appel de Douai, dans un arrêt du 15 mars 2007 (polyclinique de la Louvière), a considéré en outre que le refus de signer un avenant tarifaire par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation était du ressort de la juridiction administrative.

Il convient enfin de rappeler que le régime juridique des CPOM est désormais largement harmonisé entre établissements publics et privés.

En conséquence de cette analyse, il convient de souligner que la responsabilité de l'ARS peut être engagée en raison du contenu du contrat.

Éclairage sur la communicabilité des CPOM

Les CPOM, dès lors qu'ils sont détenus par l'administration dans le cadre de ses missions de service public, constituent des documents administratifs dont la communication est régie par la loi du 17 juillet 1978. Ils sont donc en principe communicables de plein droit à tout demandeur, sous réserve des situations prévues par l'article 6 de cette loi.

Pour les établissements de santé, l'exception est celle du secret industriel et commercial. Le niveau de communicabilité dépend donc du périmètre d'assujettissement des établissements au secret industriel et commercial.

Des avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) et notamment l'avis n° 20090822 du 16 avril 2009, nous déduisons trois principes :

S'agissant des établissements publics : il n'y a pas d'exception à l'obligation de communicabilité.

La CADA estime qu'en leur qualité de personnes morales de droit public, leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Ce principe s'applique au CPOM mais également au CREF. En conséquence, toutes les dispositions sont communicables y compris les orientations stratégiques, les transformations envisagées, les actions de coopération et bien que ces établissements évoluent dans un contexte de « plus en plus concurrentiel » comme le reconnaît la CADA elle-même.

S'agissant des ESPIC : l'obligation de communicabilité est légèrement atténuée.

La CADA estime que le principe de communicabilité s'applique sous réserve du retrait des passages ne concernant pas leur activité de service public sous réserve toutefois :

- d'une part, de l'occultation préalable des passages qui ne se rapporteraient pas à leur mission de service public ; et
- de ceux dont la communication serait susceptible de porter atteinte au secret en matière commerciale et industrielle (notamment les moyens humains consacrés à chaque activité), conformément au II et au III de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978.

S'agissant des établissements privés à but lucratif : le secret industriel et commercial s'applique.

Il est précisé qu'il n'y a pas à ce jour de jurisprudence permettant de faire état de périmètres de communicabilité certains. De ce fait, il convient de considérer que tous ces documents sont susceptibles de demande de communication par des tiers dont les tribunaux pourraient avoir à connaître.

ANNEXE V

ARTICULATION ENTRE LES DIFFÉRENTS TYPES DE CONTRATS

