



MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-direction de l'organisation
du système de soins

Sous direction des affaires financières

Sous-direction de la qualité et du fonctionnement
des établissements de santé

Dossier suivi par :

Mme Laurence NIVET

Tél. : 01.40.56.47.45

Télécopie : 01.40.56.41.89

Messagerie : laurence.nivet@sante.gouv.fr

M. Bruno CAMPAGNE

Tél. : 01.40.56.53.97

Télécopie : 01.40.56.41.89

Messagerie : bruno.campagne@sante.gouv.fr

A Paris, le 15 SEP. 2006

033624

Le Ministre de la santé et des
solidarités

à

Mesdames et Messieurs les
Directeurs d'Agence Régionale
de l'hospitalisation

Objet : Eléments de méthode pour la négociation et la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Après une importante phase de concertation entre les différents partenaires, le projet de décret relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) a été transmis pour avis au Conseil d'Etat en juin 2006.

Ce texte devrait être adopté et publié à l'automne. Toutefois la mise en œuvre de ce nouveau dispositif est fortement contrainte par le temps. La loi (article 43-IV de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006) prévoit en effet que les objectifs quantifiés doivent être inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen avant le 31 mars 2007.

Certains d'entre vous ont déjà entamé des négociations avec les titulaires d'autorisations et notamment les établissements de santé.

La présente note a pour objet de vous apporter quelques éléments de réflexion quant à la méthodologie d'élaboration de ces contrats.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de l'hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins

Jean CASTEX

Eléments de méthode pour la négociation et la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Plan de la note

I.	Présentation du projet de décret et modèle de contrat.....	3
II.	Dispositions communes à plusieurs co-contractants.....	3
III.	Dispositions financières et activités de soins.....	4
III.1.	Dispositions relatives aux missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	4
III.2.	Dispositions relatives à certaines activités de soins identifiées par contrat	4
III.3.	Dispositions financières relatives aux établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.....	4
III.4.	Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en volume	5
III.4.1.	Transparence de la procédure de répartition des objectifs quantifiés au niveau des territoires de santé : une approche globale des OQOS par territoire	5
III.4.2.	Des objectifs quantifiés par établissement	5
IV.	Qualité, sécurité des soins et efficience du fonctionnement des établissements.....	6
IV.1.	Qualité des soins.....	6
IV.1.1.	Les activités transversales.....	6
IV.1.2.	La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins	6
IV.1.3.	Les engagements pris dans le cadre de l'accréditation - certification	6
IV.2.	Sécurité des soins.....	6
IV.2.1.	La gestion des risques.....	6
IV.2.2.	La coordination des vigilances.....	6
IV.2.3.	La lutte contre les infections nosocomiales	6
IV.2.4.	La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.....	7
IV.3.	Efficience.....	7
IV.3.1.	La mise en œuvre des réformes.....	7
IV.3.2.	Le développement des outils de gestion	7
IV.3.3.	La recherche de marges de manœuvre en matière d'achats hospitaliers	7
V.	Gestion du contrat et suivi des engagements contractuels	7
V.1.	La cohérence nécessaire entre les objectifs du contrat Etat-ARH et les objectifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	7
V.2.	Le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à travers la revue annuelle de contrat et les indicateurs de suivi.....	7
V.3.	La publicité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.....	8

Eléments de méthode pour la négociation et la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

La présente note a pour objet de vous apporter quelques éléments de réflexion quant à la méthodologie d'élaboration de ces contrats. Elle sera articulée autour de cinq points principaux :

- présentation du projet de décret et modèle de contrat,
- dispositions communes à plusieurs co-contractants,
- dispositions financières et activités de soins : missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC), dispositions financières relatives aux unités de soins intensifs, de surveillance continue et aux unités de surveillance continue pédiatriques, méthodologie de détermination et de répartition des objectifs quantifiés de l'offre de soins en volume,
- qualité, sécurité des soins et efficience du fonctionnement des établissements,
- gestion et suivi du contrat.

I. Présentation du projet de décret et modèle de contrat

Le projet de décret concerne l'ensemble des titulaires d'autorisation, y compris donc les laboratoires de biologie autorisés au titre de l'aide médicale à la procréation et du diagnostic prénatal et les cabinets de radiologie autorisés au titre des équipements matériels lourds, et non plus les seuls établissements de santé. Il définit, pour ces derniers, un même cadre réglementaire, qu'ils soient publics ou privés.

Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 4 septembre 2003 (ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation), le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conclu entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et les titulaires d'autorisation porte sur l'ensemble des champs stratégique, financier, de gestion et de qualité et sécurité des soins.

Sur le fond, le contrat est construit autour de trois axes. Le premier concerne les orientations stratégiques de l'établissement ou du titulaire de l'autorisation, et notamment ses missions d'intérêt général et ses orientations en termes d'activités de soins, concrétisées dans la déclinaison des objectifs quantifiés de l'offre de soins du territoire de santé. Le deuxième axe est centré sur la qualité et la sécurité des soins, qui doivent être mises en œuvre dans le cadre d'un processus continu d'amélioration et d'évaluation. Enfin, le troisième axe concerne les engagements de la structure en matière de service rendu aux patients, d'efficience de fonctionnement et de rigueur de gestion.

Le projet de texte prévoit également un dispositif de sanctions comprenant d'une part un mécanisme de suspension de tout ou partie des clauses du contrat et d'autre part des pénalités financières. De plus, la déclinaison des objectifs quantifiés de l'offre de soins dans le contrat en permet un suivi précis et annuel.

A la différence du texte réglementaire précédent, il n'y a pas de contrat type annexé aux dispositions réglementaires. Toutefois, afin de vous aider dans les négociations que vous allez entreprendre, vous pourrez utilement vous reporter aux travaux méthodologiques menés par l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne discutés notamment avec les ARH d'Ile de France, de Rhône-Alpes et la DHOS. Le modèle de contrat ainsi établi n'est nullement obligatoire mais il constitue un outil de travail qui peut vous permettre de gagner du temps lors de vos négociations avec les établissements.

II. Dispositions communes à plusieurs co-contractants

La réforme de la planification a notamment pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients par une meilleure répartition de l'offre de soins. Pour ce faire, il importe de développer les synergies et les coopérations entre établissements.

Le SROS prévoit, dans son annexe, les coopérations et recompositions nécessaires à sa réalisation. Ces objectifs ont vocation à se décliner dans le CPOM. Ainsi, si le projet de décret précise que chaque titulaire signe un contrat, ce dernier peut comporter des stipulations communes à plusieurs titulaires afin de mettre en œuvre une organisation concertée et une coopération renforcée des titulaires d'autorisation conformément aux orientations que les projets médicaux de territoire (PMT) auront retenues.

Cette modalité contractuelle partagée vise à développer les synergies et les coopérations entre établissements afin notamment de mettre en place des filières de prise en charge : par exemple, les urgences, la gériatrie ou la prise en charge des enfants et des adolescents. Elle permet ainsi d'assurer un partage des ressources : soit par des équipes communes, soit par des équipements partagés –blocs opératoires, locaux communs–, soit en utilisant des outils juridiques tel que le groupement de coopération sanitaire et d'organiser la permanence des soins entre établissements à l'échelle des territoires de santé.

Elle doit permettre également de réaliser la mise en œuvre des restructurations et rapprochements décidés entre deux ou plusieurs établissements : mutualisation et redéploiement des moyens, regroupement de services sur un même site et éventuellement fermetures de services...

Toutefois, si certaines stipulations peuvent être communes, leur mise en œuvre et la responsabilité qui en découle relèvent de chaque établissement.

III. Dispositions financières et activités de soins

III.1. Dispositions relatives aux missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)

L'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale précise que les missions d'intérêt général et les engagements contractuels pouvant ouvrir droit à un financement par la dotation MIGAC doivent être mentionnés au CPOM. La liste de ces missions figure dans l'arrêté du 12 avril 2005 modifié par celui du 5 mars 2006 pris sur le fondement du décret n°2005-336 du 8 avril 2005.

Si la liste des MIG est une référence incontournable dans le cadre de vos négociations avec les établissements, elle n'ouvre pas automatiquement droit à financement sur une simple base déclarative des établissements, vous disposez d'un réel pouvoir d'appréciation de la liste des missions retenues pour un établissement donné et du montant alloué pour chacune d'entre elles. Vous pouvez procéder à des redéploiements intra et inter-établissements et abonder les crédits affectés aux missions d'intérêt général à partir de votre enveloppe de contractualisation.

C'est dans le cadre d'un avenant au CPOM que doivent donc être définis les missions d'intérêt général et les engagements contractuels pris par l'établissement (article L.162-22-14 CSS). Cet avenant peut être complété par toute information permettant d'apprécier l'accomplissement de chaque mission : moyens humains, indicateur de suivi et d'évaluation...

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est compétent pour fixer par arrêté, pour chaque mission d'intérêt général ou engagement contractuel, le montant de la participation financière allouée aux établissements de santé au titre de la dotation MIGAC (article R.162-42-4 CSS).

III.2. Dispositions relatives à certaines activités de soins identifiées par contrat

Le contrat identifie les unités de soins intensifs, de surveillance continue et les unités de surveillance continue pédiatriques répondant aux dispositions figurant au schéma régional d'organisation sanitaire relatives à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue, dont disposent le titulaire du contrat. Cette inscription dans le contrat est particulièrement importante ; en effet, c'est elle qui conditionnera la facturation des suppléments liés à ces activités.

Il identifie également les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. Cette identification permet la facturation des GHS adaptés à l'environnement dans lequel sont pris en charge des patients.

III.3. Dispositions financières relatives aux établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

Le CPOM est, selon le champ des activités concernées, un instrument tarifaire à titre pérenne ou transitoire, pour les établissements de santé mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Pour les établissements relevant du champ MCO, leurs coefficients de transition sont fixés dans un avenant tarifaire au CPOM pendant la période transitoire de mise en œuvre de la tarification à l'activité, ainsi que le prévoit le IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée.

Pour les établissements relevant du champ SSR/PSY, leurs tarifs de prestations sont fixés dans le cadre d'un avenant au CPOM, conformément aux dispositions de l'article L.162-22-5 du code de la sécurité sociale.

III.4. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)

Les implantations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds sont régies en premier lieu par l'autorisation sur la base du SROS. Il est utile qu'elles soient rappelées dans le CPOM dans la perspective où s'y rattachent des objectifs en terme d'accessibilité, de permanence des soins ou de coopérations.

S'agissant des objectifs quantifiés de l'offre de soins en volume, ceux ci ne sont pas couverts par l'autorisation, leur détermination est un des volets fondamentaux de la réforme de la planification. Il est indispensable d'assurer la transparence la plus large possible dans l'organisation de leur définition par titulaire d'autorisation à l'échelle régionale ainsi qu'à celle du territoire de santé.

A cet effet, s'agissant du niveau régional, il vous appartient de prendre tout contact avec les élus et les fédérations de votre région afin de leur présenter la méthode et le calendrier de répartition des objectifs quantifiés.

Cette démarche de transparence s'appliquera également au suivi régulier de la réalisation des objectifs quantifiés.

III.4.1. Transparence de la procédure de répartition des objectifs quantifiés au niveau des territoires de santé : une approche globale des OQOS par territoire

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) ont été fixés par territoire de santé dans le cadre du SROS.

Il est souhaitable d'associer le plus en amont possible, les conférences sanitaires au dispositif de contractualisation et notamment à la préparation de la répartition des objectifs quantifiés prévus par le SROS.

Dans le cadre de ces dernières et notamment au travers de la préparation du projet médical de territoire, une analyse stratégique collective pourra être conduite afin d'élaborer une première grille de répartition des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Cette transparence est particulièrement nécessaire compte tenu des enjeux que représentent les objectifs quantifiés en termes de régulation de l'activité à la fois pour le SROS et pour les établissements eux-mêmes.

Cette démarche contribue à ce que la répartition des OQOS entre établissements s'intègre dans un projet partagé de territoire et permet aux établissements de santé de s'impliquer dans une démarche de réflexion sur leur positionnement et sur les éventuelles complémentarités qu'ils pourraient développer.

III.4.2. Des objectifs quantifiés par établissement

Après une première phase de réflexion au niveau des conférences sanitaires de territoire, débute la phase des négociations avec les établissements de santé.

Pour certaines activités limitativement énumérées, le CPOM fixe, soit par un minimum et un maximum, soit par une évolution (en indiquant la valeur de référence initiale), les objectifs quantifiés applicables aux activités de soins pour lesquels une autorisation a été délivrée.

Il vous est possible d'apporter des précisions à ces objectifs quantifiés. Vous pourrez fixer les missions des titulaires d'autorisation qui correspondent aux matières obligatoires inscrites dans les SROS et préciser les organisation et les structures que le titulaire développe, dans le cadre des filières notamment.

Ces précisions peuvent également porter sur certaines formes de prises en charges ou spécialités médicales. Il est possible, par exemple, de décliner plus finement l'offre de soins au regard des besoins, par exemple, si un établissement est autorisé à exercer l'activité de soins de chirurgie, il peut être utile de préciser que son activité s'orientera vers de la chirurgie ambulatoire plutôt que vers de l'hospitalisation à temps complet, vers de la chirurgie générale plutôt que vers des spécialités chirurgicales.

Par ailleurs, le projet de décret précise que vous pouvez inscrire dans le contrat des conditions de mise en œuvre des objectifs quantifiés. Il peut s'agir de la mise en place d'un échancier de mise en œuvre ou de montée en charge de l'activité de soins ou de l'équipement matériel lourd. Cette option vous permet ainsi de prendre en compte le démarrage d'une activité nouvelle et d'organiser de façon pluriannuelle la réalisation des objectifs quantifiés.

La négociation sur le niveau du volume d'objectifs quantifiés peut être liée aux conditions de mise en œuvre de l'activité. La détermination du volume accordé à un établissement peut ainsi être motivée

par des considérations de qualité telles que l'engagement de mettre en place une permanence des soins dans une activité de soins donnée, l'implication dans une procédure d'amélioration continue de la qualité : référentiels qualité, référentiels de bonnes pratiques, existence de compétences spécifiques...

Il peut également s'agir de la mise en œuvre des coopérations éventuellement nécessaires ou des opérations inscrites à l'annexe du schéma d'organisation sanitaire.

Enfin, il convient dans le cadre de la discussion contractuelle de disposer d'une visibilité sur l'évolution pluriannuelle des OQOS de l'établissement et de fixer les OQOS applicables à chaque année d'exécution du contrat. Cette évolution doit être cohérente avec les évolutions annuelles des OQOS par territoire déjà inscrites dans les SROS

Un échéancier de fixation des OQOS sur la période de déroulement du contrat permettra ainsi de disposer de cette visibilité.

IV. Qualité, sécurité des soins et efficience du fonctionnement des établissements

Les contrats doivent permettre aux établissements de santé de développer une politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion coordonnée des risques. Dans les deux cas il conviendra, quand ils existent, d'utiliser des indicateurs de mesure de la qualité validés au niveau national à l'instar du tableau de bord des infections nosocomiales. Par ailleurs ces contrats sont l'occasion de mettre en évidence la recherche d'efficience par les établissements.

IV.1. Qualité des soins

Les contrats doivent faire apparaître un certain nombre d'éléments en matière de qualité des soins :

IV.1.1. Les activités transversales

Les contrats d'objectifs et de moyens pourront se référer dans la mesure du possible aux différents *plans nationaux* de santé publique, notamment au plan 2006-2010 pour la lutte contre la douleur, au PNNS (programme national nutrition santé) en matière de nutrition, et au plan de qualité de vie des patients atteints de maladie chronique, en particulier le volet à venir consacré à l'éducation thérapeutique du patient.

Les contrats d'objectifs et de moyens devront également se situer en cohérence avec les *réflexions régionales* des PRSP (plans régionaux de santé publique) et des SREPS (schémas régionaux d'éducation pour la santé).

IV.1.2. La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins

Les contrats doivent faire apparaître, d'une part la nature et l'état d'avancement du dispositif adopté par la commission médicale d'établissement pour l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins concernés par le processus de certification, d'autre part le programme d'évaluation concernant l'ensemble des médecins de l'établissement de santé. Dans les deux cas les actions et échéanciers de la démarche devront apparaître.

IV.1.3. Les engagements pris dans le cadre de l'accréditation - certification

Les engagements pris par l'établissement suite aux visites d'accréditation – certification constituent également des éléments de suivi.

IV.2. Sécurité des soins

IV.2.1. La gestion des risques

La contractualisation Etat – ARH prévoit dans le 2^{ème} objectif national le développement d'une gestion coordonnée des risques dans les établissements de santé. Un programme de gestion des risques comporte les éléments suivants : existence d'un gestionnaire de risques identifié dans chaque établissement, élaboration d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques validé par les instances de l'établissement.

IV.2.2. La coordination des vigilances

Un dispositif de coordination des vigilances doit exister dans l'établissement de santé.

IV.2.3. La lutte contre les infections nosocomiales

Celle-ci doit se traduire au moins par un programme identifié de lutte contre les infections nosocomiales se référant au programme national 2005 – 2008, le déploiement de tableaux de bord

dans l'établissement et l'existence d'une démarche de la part de l'établissement afin d'améliorer les résultats de ses indicateurs, en particulier son score "ICALIN".

IV.2.4. La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

Le contrat doit faire apparaître les mesures mises en place par l'établissement de santé, en particulier en matière d'informatisation, pour sécuriser le circuit du médicament. Les engagements que les établissements sont amenés à prendre figurent par ailleurs dans le contrat de bon usage du médicament (CBUM) pour les établissements délivrant des médicaments en sus de la liste T2A (décret 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au CBUM, aux produits et aux prestations mentionnés à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale).

IV.3. Efficience

En cohérence avec les 3^{ème} et 4^{ème} objectifs nationaux de la contractualisation Etat – ARH les contrats d'objectifs et de moyens doivent permettre de suivre les progrès des établissements en termes d'efficience. Plusieurs items devront être suivis :

IV.3.1. La mise en œuvre des réformes

La gouvernance et les efforts d'optimisation de l'organisation et de la gestion internes des établissements de santé amènent à suivre des indicateurs de performance et à les rapporter à des valeurs cibles.

Pour ce qui est de l'efficience des pratiques hospitalières (5^{ème} objectif national de la contractualisation Etat – ARH), les accords locaux d'amélioration des pratiques hospitalières, de même que les accords d'initiative locale, en particulier ceux concernant les transports, seront suivis avec une attention particulière.

IV.3.2. Le développement des outils de gestion

Il est attendu des établissements de santé un développement de la comptabilité analytique médicalisée opérationnelle, de l'analyse de gestion, de l'utilisation des banques de données disponibles et du benchmarking, ainsi que les outils développés à l'occasion des chantiers de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers dans une logique de diffusion des bonnes pratiques.

IV.3.3. La recherche de marges de manœuvre en matière d'achats hospitaliers

Dans le cadre du chantier des achats hospitaliers il est attendu des établissements un effort de rationalisation et d'organisation de leurs fonctions achats. Cet effort doit être évalué également à l'occasion de la contractualisation entre l'établissement et l'ARH.

V. Gestion du contrat et suivi des engagements contractuels

La gestion du contrat et le suivi des engagements contractuels constituent des phases particulièrement importantes. Vous trouverez, ci-après, quelques éléments de réflexion sur ces thèmes.

V.1. La cohérence nécessaire entre les objectifs du contrat Etat-ARH et les objectifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont en effet des leviers essentiels de la mise en œuvre de vos engagements dans le cadre des contrats que vous signez avec l'Etat. Autant que possible, les objectifs des CPOM seront cohérents avec les objectifs des contrats Etat-ARH.

V.2. Le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à travers la revue annuelle de contrat et les indicateurs de suivi

Le projet de décret prévoit un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final à l'issue du contrat pluriannuel. Ces procédures peuvent n'être qu'écrites mais il sera utile de les compléter par une procédure de revue annuelle de contrat où vos services rencontreront les établissements afin de procéder à un point d'étape sur la réalisation du contrat.

Le contrat doit donc déterminer des indicateurs de suivi qui permettront son évaluation notamment lors de la procédure de renouvellement. Il convient que ces indicateurs soient, autant que possible, des indicateurs de suivi référencés au plan national, c'est à dire des indicateurs définis par la HAS, indicateurs du tableau de bord "Prodige" ou indicateurs portés au contrat Etat-ARH. Ces indicateurs doivent permettre permettant d'alimenter les données des tableaux de bord nationaux (HAS, PQE, Prodige).

Vous pouvez également vous reporter utilement aux travaux méthodologiques de l'ARH Rhône-Alpes portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

V.3.La publicité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Afin de poursuivre la démarche de transparence initiée lors de l'élaboration de la méthode et du calendrier de répartition des objectifs quantifiés, je vous invite à rédiger (conformément aux dispositions de l'article R.6121-5 du code de la santé publique) un tableau de synthèse de l'ensemble des objectifs quantifiés négociés avec les établissements d'un même territoire. Ce document pourra être présenté aux conférences sanitaires et communiqué à toute personne qui en fera la demande.

Enfin, le Comité régional de l'organisation sanitaire reçoit, au moins une fois par an, une information sur les CPOM pour la mise en œuvre du SROS (conformément aux dispositions des articles L.6121-9 et R.6122-9 du code de la santé publique).