

**CONTRAT  
PLURIANNUEL  
D'OBJECTIFS  
ET DE MOYENS**

**20<sup>19</sup><sub>23</sub>**



**CPOM des établissements de santé  
et autres titulaires d'autorisations  
d'activités de soins et équipements matériels lourds**

**GUIDE D'ÉLABORATION  
ET DE SUIVI**



## Sommaire

PRÉAMBULE.....	3
LE CADRAGE GÉNÉRAL .....	5
LES STRUCTURES CONCERNÉES ET LA QUALITÉ DES SIGNATAIRES .....	5
PARTIE I - LE PÉRIMÈTRE ET LA STRUCTURATION DU CONTRAT.....	7
1. Les dispositions générales .....	7
2. Le socle du contrat (annexe 1).....	7
3. Les annexes du contrat (annexes 2 à 6) .....	8
a. Structures des annexes .....	8
b. Les objectifs précisés dans les annexes « Orientations stratégiques » et « Coopérations territoriales ».....	10
c. Les indicateurs de suivi des objectifs .....	11
4. L'articulation du CPOM avec les autres engagements de l'établissement.....	13
a. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).....	13
b. Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et les plans de retour à l'équilibre financier (PREF) .....	13
c. Les CPOM médico-sociaux .....	13
d. Les contrats locaux de santé (CLS) .....	13
e. Le projet d'établissement et les projets territoriaux de santé.....	15
PARTIE II - LA DÉMARCHÉ D'ÉLABORATION ET DE SUIVI DES CPOM .....	16
1. Le diagnostic partagé et la négociation .....	16
a. La phase de diagnostic partagé.....	16
b. Le rapport de diagnostic par structure .....	16
2. La phase de négociation .....	19
3. L'approbation du projet de contrat et sa signature .....	20
a. La validation du projet de contrat.....	20
b. La signature du contrat .....	20
c. La publicité du contrat .....	21
4. Le suivi, la révision et le renouvellement du contrat.....	21
a. Le suivi et l'évaluation.....	21
b. La révision du contrat à tout moment .....	22
c. Le renouvellement du contrat .....	23
5. Le respect du contrat .....	23
a. La résiliation du contrat .....	23
b. La procédure en cas d'inexécution partielle ou totale.....	23
c. La procédure en cas de manquement grave.....	23
PARTIE III - L'ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE CONTRACTUALISATION SANITAIRE 2019-2023 ..	24
1. Le pilotage et la mise en œuvre de la campagne .....	24
2. Calendrier de la campagne .....	24
3. Les étapes clés .....	26
4. Calendrier prévisionnel de la campagne de contractualisation sanitaire 2019-2023 .....	28
5. L'outil partagé de la contractualisation 2019-2023 : e-CARS.....	30
6. Les supports de référence .....	30
7. Les documents types contractuels .....	30
GLOSSAIRES .....	31
ANNEXES.....	32



## PRÉAMBULE

### LE CPOM, OUTIL DE DECLINAISON DES ORIENTATIONS REGIONALES

A la suite de la publication du Projet Régional de Santé (PRS) Occitanie le 3 août 2018, l'ARS dispose de cinq ans pour en décliner les orientations stratégiques.

Le PRS Occitanie 2018-2022 est composé d'un Cadre d'Orientation Stratégique (COS) qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS pour 10 ans et les résultats attendus, et d'un Schéma Régional de Santé (SRS) sur 5 ans qui fixe les objectifs opérationnels déclinés du COS.

L'atteinte de ces objectifs nécessite que l'ARS entretienne avec les acteurs de santé de la région un dialogue de gestion fondé sur un plan d'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 offrent ainsi aux acteurs la visibilité nécessaire à la définition de leur stratégie et à l'efficacité de leur pilotage interne.

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) constituent l'outil privilégié de ce dialogue, notamment avec les établissements de santé et les titulaires d'autorisation d'activités de soin et d'Équipements Matériels Lourds (EML), sujet du présent guide.

### LES ENJEUX DE LA GENERATION DES CPOM SANITAIRES « 2019-2023 »

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

- **La transformation de l'offre de soins territoriale.** Les contrats définissent 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, du PRAPS ( Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies) et enfin du SIOS (Schéma Interrégional d'Organisation des Soins Inter Région) Sud Méditerranée Corse Provence-Alpes-Côte-D'azur Languedoc- Roussillon 2014-2018 ainsi que du SIOS Aquitaine-Limousin- Midi Pyrénées 2007-2012, SIOS qui demeurent opposables en 2019.
- **L'amélioration de la performance des établissements :** qualité du service rendu, efficience économique, optimisation de la gestion des ressources humaines.

### DES PRINCIPES DIRECTEURS QUI INTEGRENT LES ENSEIGNEMENTS DU BILAN DE LA CAMPAGNE CPOM 2013-2018 :

Le bilan de la campagne CPOM 2013-2018 a fait apparaître que la démarche générale de contractualisation a été insuffisamment partagée et que si elle a été perçue comme un temps d'échanges important, en revanche la procédure a été lourde et chronophage. Enfin, la procédure de suivi et de revue des contrats n'a jamais été appliquée.

C'est pourquoi l'ARS Occitanie a fait le choix pour cette nouvelle campagne d'un CPOM :

- **Plus stratégique** (principales transformations de l'offre de soins des établissements de santé en lien avec les orientations nationales et régionales envisagées à 5 ans), qui redonne du sens et de la lisibilité au contrat comme outil de pilotage et de dialogue de gestion.
- **Plus synthétique** (resserré sur un nombre limité d'orientations prioritaires)
- **Plus simple et évaluable, régulièrement revu**, par la mise en place d'un processus effectif de suivi des contrats afin de réaffirmer le bien-fondé et l'intérêt de la contractualisation.



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

Pour l'ARS Occitanie, il importe de :

- Assurer la **mise en œuvre opérationnelle et le suivi** des orientations stratégiques de l'ARS définies dans le PRS,
- Réguler et recomposer l'offre de soins, au profit **d'une organisation territoriale** de plus grande qualité,
- Soutenir le **dialogue de gestion continu** avec les acteurs de santé,
- Mieux **connaître les particularités de chaque structure** et faire valoir les atouts de l'offre de soins.

### OBJECTIFS ET CONTENU DU GUIDE METHODOLOGIQUE REGIONAL

Ce guide méthodologique se propose de fournir aux contractants et négociateurs (ARS comme établissement de santé et/ou titulaires d'autorisations) des éléments méthodologiques afin de mener la négociation des CPOM 2019-2023 :

- le périmètre et la structuration du contrat sera définie en première partie;
- l'élaboration du contrat en seconde partie;
- une présentation de l'organisation du dispositif de contractualisation arrêtée par l'ARS en troisième partie;
- enfin en annexe vous trouverez les trames types de chaque élément composant le CPOM 2019-2023 sous forme de document de travail.

La méthodologie régionale présentée dans ce guide a été partagée avec la participation des représentants des établissements de santé et autres titulaires d'autorisations (FHF, FHP, CLCC, URIOPSS, FNEHAD, G4).



## LE CADRAGE GÉNÉRAL

### LES FINALITES DU CONTRAT

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

Le CPOM doit ainsi permettre :

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

## LES STRUCTURES CONCERNÉES ET LA QUALITÉ DES SIGNATAIRES

### Les structures concernées

- Les établissements de santé quel que soit leur statut (public, privé, ESPIC)
- Les Groupements de Coopérations Sanitaires (GCS) titulaires d'une autorisation
- Les titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds :
  - les cabinets et centres de radiologie et/ou radiothérapie autorisés à détenir l'un des équipements matériels lourds mentionné à l'article R.6122-26 du code de la santé publique.
  - Les laboratoires de biologie médicale titulaires d'une autorisation d'assistance médicale à la procréation ou de diagnostic prénatal

La nouvelle campagne de contractualisation 2019-2023 concerne **371 établissements autorisés en activité de soins et EML** :

	Nombre de CPOM à renouveler en 2018	Nombre de CPOM à créer en 2018
CPOM établissements pluriactivités	125	0
CPOM établissements monoactivité :	211	37
<i>dont EML</i>	62	11
<i>dont AMP DPN</i>	2	9
<i>dont HAD</i>	8	1
<i>dont SSR</i>	87	4
<i>dont Psychiatrie</i>	38	0
<i>dont IRC</i>	5	5
<i>dont Cancer</i>	1	5
<i>dont Médecine</i>	3	0
<i>dont Chirurgie</i>	2	1
<i>dont Soins longue durée (SLD)</i>	1	1



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

### ↳ L'établissement de santé cocontractant de l'ARS :

Le représentant légal de l'établissement de santé est compétent pour signer le CPOM avec l'ARS.

### ↳ Les autres titulaires d'autorisations :

Le titulaire de l'autorisation peut être une personne physique ou morale. Selon l'article L 6122-3 du CSP, il peut s'agir :

- d'un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- d'une personne morale dont l'objet porte sur l'exploitation, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale.

### ↳ Le cas des GCS/GIE :

Le contrat doit être signé par l'administrateur du GCS/GIE après délibération de l'Assemblée Générale du GCS/GIE.

### ↳ Le cas des GHT :

Les GHT, dépourvus de personnalité morale, ne sont pas signataires d'un CPOM ; chaque membre doit signer un contrat en cohérence avec le projet médical partagé du GHT.

Dans le cas de l'exploitation de plusieurs établissements de santé par une personne juridique unique, seule **l'entité juridique** qui exploite l'ensemble de ces établissements **a qualité pour conclure le CPOM.**



## PARTIE I - LE PÉRIMÈTRE ET LA STRUCTURATION DU CONTRAT

### 1. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le contenu du CPOM est défini notamment par le décret du 4 octobre 2010 (articles D 6114-2 et D 6114-3 du CSP). Il établit la liste des thématiques pouvant figurer dans le contrat. Il n'établit pas de distinction par type de structure ou par statut d'établissement, une grande marge de manœuvre est donc laissée aux ARS.

Le CPOM 2019-2023 est constitué d'un socle contractuel, qui comporte les clauses générales du contrat, accompagné d'annexes dans lesquelles figurent les engagements et obligations de l'établissement.

### 2. LE SOCLE DU CONTRAT ([ANNEXE 1](#))

Le socle du contrat rappelle les fondements du contrat (articles régissant la vie du contrat), à savoir :

- Les parties au contrat
- L'objet du contrat
- Les principaux engagements retenus (orientations stratégiques du PRS)
- Les moyens dédiés
- Le suivi du contrat
- La révision du contrat
- La résiliation et les sanctions
- La durée du contrat

Cette partie du contrat, très courte et dont le contenu est identique pour tous les cocontractants (quel que soit le type de structure concernée), a vocation à s'appliquer sur toute la durée du CPOM, soit pendant 5 ans.

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

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

#### Distinction entre le socle commun et les objectifs négociés

Les objectifs que la structure peut prendre sur telle ou telle annexe du contrat, doivent être distingués ici de l'inscription obligatoire au socle du CPOM des éléments réglementaires indispensables au fonctionnement de la structure.



### 3. LES ANNEXES DU CONTRAT ([ANNEXES 2 À 6](#))

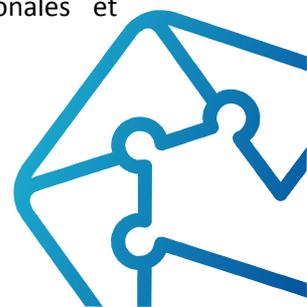
Les annexes fixent les objectifs stratégiques et opérationnels retenus et les indicateurs de suivi. Elles serviront de base pour le suivi du contrat et garantissent le caractère opérationnel du CPOM. Leur modification se fera par le biais d'avenants.

Les engagements et obligations fixés à l'établissement figureront dans les annexes suivantes :

	Etablissements Mono-activité	Etablissements Pluriactivités	Mono activité privé Titulaires d'EML ou Laboratoires de biologie autorisés en AMP/DPN
Annexe - Orientations stratégiques	x	x	X
Annexe - Coopérations territoriales	x	x	x
Annexe - Reconnaissances contractuelles	Si applicable	Si applicable	
Annexe - Permanence des soins	Si applicable	Si applicable	
Annexe - Financements	Si applicable	x	Si applicable

#### a. Structures des annexes

- ❖ **Orientations stratégiques ([annexe 2 du présent guide](#))** : L'optimisation des parcours de santé est un enjeu majeur du PRS. Les objectifs de l'établissement seront déclinés dans cette annexe afin d'assurer une visibilité des engagements mutuels par parcours, activités ou thématiques de soins ou d'EML.
- ❖ **Coopérations territoriales ([annexe 3](#))** : Le PRS impose une contribution active des établissements de santé et titulaires d'autorisations à la mise en œuvre du PRS sur les territoires de santé, un renforcement des mutualisations en réponse aux enjeux de démographie médicale et une exigence de coordination des acteurs dans le cadre d'une offre graduée de soins et de santé. Cette annexe est donc destinée à impulser des actions territoriales spécifiques au regard des besoins exprimés et identifiés dans le PRS.
- ❖ **Reconnaissances contractuelles ([annexe 4](#))** : La reconnaissance dite « contractuelle » est une activité de soins non soumise au régime des autorisations encadrée par l'ARS dans le cadre des CPOM, conditionnant l'accès à des financements spécifiques. Toute modification se fera par voie d'avenant au CPOM. L'annexe définit :
  - La liste des reconnaissances contractuelles effectives
  - La capacité identifiée et les caractéristiques des unités concernées,
  - La réglementation pour les reconnaissances contractuelles nationales et régionales
  - Les modalités d'évaluation prévue
  - Les modalités de demande de reconnaissance contractuelle



- Les modalités de financement



- ❖ **Financements (annexe 5)** : Eu égard au droit communautaire, au code de la santé publique (article L.6114-2) et au code de la sécurité sociale (article L.162-22-13), l'attribution de certains types de crédits aux établissements de santé est subordonnée à la signature d'un engagement contractuel.
- ❖ **Permanence des soins (annexe 6)** : La permanence des soins décrit la prise en charge des nouveaux patients au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins, en lien avec les urgences. Cette mission inscrite en annexe du CPOM a pour objectif de couvrir des besoins déterminés dans le cadre du PRS. Cette annexe précise en outre les modalités d'organisation de cette permanence des soins (spécialité, nombre et type de permanences des soins ...).

## b. Les objectifs précisés dans les annexes « Orientations stratégiques » et « Cooperations territoriales »

### ↳ Enjeux :

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

### ↳ Format :

- Le choix a été fait d'un format-cadre, applicable à toutes les annexes du CPOM pour en faciliter l'enregistrement, l'analyse, le suivi et le transfert dans le système d'information national e-CARS.
- Chaque objectif doit être rattaché à un numéro FINESS (entité juridique ou site géographique). Les contractants ont la possibilité de détailler les engagements par site géographique dans le cas d'une entité juridique ayant plusieurs sites.
- N = année de la date d'effet du contrat.
- Un objectif au CPOM se définit par une ligne avec l'ensemble des champs présentés dans le tableau suivant :

Objectifs stratégiques fixé à la structure	Objectifs opérationnels	Indicateur(s) de suivi	Valeur et année de référence	Valeur cible				
				n+1	n+2	n+3	n+4	n+5

### ↳ Spécificités des objectifs :

- Ils doivent porter sur les axes stratégiques prioritaires du PRS.
- Ils ne doivent pas être redondants avec la réglementation ou d'autres contrats.
- A chaque objectif doit correspondre au moins un indicateur de suivi.
- Les valeurs-cibles, négociables, peuvent être ajustées sur la durée du contrat.



- **Nombre** : Le principe retenu est de **limiter le nombre d'objectifs**, de façon à n'inscrire au CPOM que les priorités stratégiques retenues à l'issue de la négociation, qui pourront alors faire l'objet d'un véritable suivi et ainsi éviter les écueils de la contractualisation 2013-2018 (peu de priorisation, peu de suivi...). En fonction de la typologie de l'établissement, un nombre maximum d'objectifs a été arrêté par l'ARS Occitanie :

Typologie des établissements	Annexe Orientations stratégiques	Annexe Coopérations territoriales
	Nb d'objectifs stratégiques maximum	
Les soins ultraspecialisés dans des plateaux techniques de pointe (CHU et CLCC)	25	10
Les hôpitaux chargés des soins spécialisés (ex chirurgie ou services de maternité)	20	5
Pour les hôpitaux chargés du soin de proximité (médecine générale, gériatrie, soins de suite)	10	5
Les mono activités EML/AMP DPN	5	2

### c. Les indicateurs de suivi des objectifs

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

#### ➤ Enjeux :

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

- **Format** : Comme pour les objectifs, un format-cadre a été retenu pour définir les indicateurs de suivi.

- **Nature** : Les indicateurs génériques sont proposés et définis par l'ARS Occitanie. Se référer aux annexes de ce guide.

Les indicateurs spécifiquement définis par les cocontractants dans le cadre des négociations doivent être limités et retenus avec précaution de sorte à respecter les critères de qualité d'usage :

- **Quantification** : l'indicateur doit autant que possible prendre une valeur chiffrée. Néanmoins dans le cas des CPOM, il pourra prendre des valeurs telles que "oui/non" si elles se réfèrent à la réalisation d'actions bien définies.
- **Accessibilité** : la source d'information doit être identifiée précisément (déclaration de la structure, base de référence...)
- **Exhaustivité** : l'indicateur doit autant que possible être une représentation complète de l'objectif ou de l'avancement de l'action.
- **Objectivité** : être exempt de conventions de calcul pouvant faire l'objet de débat.
- **Simplicité** : être facile à interpréter.

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

- **Nombre** : Un indicateur par objectif opérationnel.



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



## 4. L'ARTICULATION DU CPOM AVEC LES AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT

Les ARS et les établissements peuvent conclure des engagements contractuels de manière séparée du CPOM.

### a. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

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

Le CAQES est composé :

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

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

### b. Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et les plans de retour à l'équilibre financier (PREF)

En Occitanie, **l'ARS a signé des contrats de retour à l'équilibre financier.** Les modalités de retour à l'équilibre financier doivent figurer dans le CPOM en vertu de l'article L 6143-3 du CSP. Elles seront donc transposées dans l'annexe correspondante du CPOM : annexe « financements ».

### c. Les CPOM médico-sociaux

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

### d. Les contrats locaux de santé (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Les contrats locaux de santé signés par l'ARS Occitanie sont généralement multipartites, et dans certains cas les établissements de santé y sont associés.





#### e. Le projet d'établissement et les projets territoriaux de santé

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

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

Le CPOM doit également être en cohérence avec les projets territoriaux de santé dans lesquels les établissements et titulaires d'autorisation sont engagés (projet médo-soignant partagé des groupements hospitaliers de territoire, projet territoriaux de santé mentale...).



## PARTIE II - LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION ET DE SUIVI DES CPOM

### 1. LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ ET LA NÉGOCIATION

Au lancement de chaque campagne, il est communiqué à chaque structure le nom d'un interlocuteur unique ARS qui sera chargé de coordonner les différentes phases.

#### a. La phase de diagnostic partagé

Lors de campagne 2019-2023, les établissements n'ayant pas encore fait l'objet d'une négociation devront élaborer un diagnostic partagé entre la structure et l'ARS. Pour ceux qui ont déjà signé des CPOM, le bilan allégé du CPOM 2013-2018 sera le point de départ pour une nouvelle négociation en vue du renouvellement du CPOM.

#### Objectif de la phase de diagnostic

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

- ↳ Partager les enjeux stratégiques des contractants
- ↳ Justifier des engagements proposés à la négociation

#### Plusieurs niveaux de préparation

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

##### → Le diagnostic régional et territorial (ARS) :

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

##### → Le diagnostic par structure (établissement + ARS) :

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

#### b. Le rapport de diagnostic par structure

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

L'ARS Occitanie fournit en amont une trame de rapport. Ce support est à compléter par chaque structure (autodiagnostic) avant transmission à l'ARS. L'ARS inscrira ensuite ses éventuelles propres analyses ou appréciations du diagnostic proposé par la structure avant d'entrer en phase de négociation avec celle-ci.

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



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

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

### La priorisation des objectifs

Compte-tenu de l'étendue des thèmes pouvant faire l'objet d'objectifs contractuels, l'enjeu consiste à parvenir à une priorisation forte des problématiques de chaque structure qui seront suivies sur 5 ans. Ainsi, l'ARS Occitanie propose de retenir la logique d'analyse suivante :



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

### 1. Annexe « Orientations stratégiques »

Analyser les perspectives d'évolution de l'offre de soins au regard du PRS :

- L'établissement peut-il contribuer à couvrir un besoin non couvert en matière d'offre de soins?
- L'établissement peut-il contribuer à améliorer un parcours de santé?
- L'établissement peut-il contribuer à développer les alternatives à l'hospitalisation complète?
- ✓ *Si OUI, alors privilégier des objectifs à ce niveau, sinon continuer*

### 2. Annexe « Coopérations territoriales »

Analyser les perspectives d'évolution de coopération territoriale au regard du PRS:

- L'établissement peut-il s'inscrire dans des projets de coopérations restructurants ?
- ✓ *Si OUI, alors privilégier des objectifs à ce niveau, sinon continuer*

### 3. Annexe: Reconnaissances contractuelles

Cette annexe présente la liste des reconnaissances contractuelles effectives. Toute modification de l'activité soumise à une reconnaissance contractuelle se fera par voie d'avenant au CPOM.

Il s'agit ici d'analyser les perspectives d'évolution de l'offre de soins au regard du PRS :

- L'établissement peut-il contribuer à couvrir un besoin non couvert en matière d'offre de soins?
- L'établissement peut-il contribuer à améliorer un parcours de santé?



- ✓ *Si OUI, alors étudier les possibilités de candidature de l'établissement pour une reconnaissance contractuelle, sinon continuer*



#### 4. Annexe « Financements »

Analyser la « santé » de la structure et donc sa pérennité en l'état :

- L'établissement est-il dans une situation financière à risque ?
- Rencontre-t-il des difficultés majeures sur le plan de la sécurité des soins?
- ✓ *Si OUI, alors privilégier des engagements à ce niveau, sinon continuer*

#### 5. Annexe « Permanence des soins »

Cette annexe définit les modalités d'organisation territoriale de la Permanence des soins en établissement de santé, notamment les lignes qui sont mutualisées et/ou lignes alternées. Toute modification d'organisation de la permanence des soins d'un établissement se fera par voie d'avenant au CPOM.

## 2. LA PHASE DE NÉGOCIATION

Sur la base du diagnostic partagé, la phase de négociation peut être engagée. L'objectif de cette phase est d'aboutir à un accord sur des engagements réalistes permettant d'inscrire la stratégie de chaque structure dans la déclinaison du PRS.

La négociation porte sur les orientations principales de la structure à mettre en œuvre sur les cinq prochaines années.

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

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

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



### 3. L'APPROBATION DU PROJET DE CONTRAT ET SA SIGNATURE

#### a. La validation du projet de contrat

Après approbation du contenu, le rapport de diagnostic constituant le projet de contrat est repris sur l'outil e-CARS par l'interlocuteur ARS chargé de l'élaboration du document définitif. Une fois finalisé, l'établissement pourra disposer du CPOM dans sa version définitive sur e-CARS afin de l'imprimer en 3 exemplaires pour signature.

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

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

Pour les établissements de santé privés, la consultation par le représentant légal de l'établissement de la conférence médicale, avant toute signature du CPOM ou d'un avenant à celui-ci, est obligatoire et l'avis de la conférence médicale doit être joint à tout projet de CPOM ou d'avenant transmis au directeur de l'ARS. (Voir l'article L.6161-2 du CSP tel que modifié par l'article 9 de l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010.)

**En région Occitanie, l'ARS attachera une attention particulière à ce que, quel que soit le statut de l'établissement, la Commission Médicale d'Établissement (CME) soit consultée pour tout engagement impliquant le corps médical ou ayant un impact sur l'organisation des soins.**

#### b. La signature du contrat

Le socle et chacune des annexes du CPOM sont signés en 3 exemplaires originaux chacun dans l'ordre suivant :

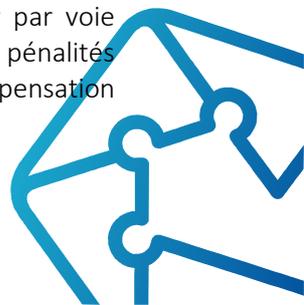
1. Le représentant légal de l'établissement ou du titulaire de l'autorisation ;
2. Puis le Directeur Général de l'ARS Occitanie, ou par délégation, son représentant.

Une fois signé en 3 exemplaires originaux par l'établissement, les éléments contractuels (socle, annexes ou avenants), ainsi que les avis d'instances requis, doivent être transmis par mail et par courrier à :

- Par mail : [ARS-OC-DOSA-AUTORISATIONS-CONTRACTUALISATION@ARS.SANTE.FR](mailto:ARS-OC-DOSA-AUTORISATIONS-CONTRACTUALISATION@ARS.SANTE.FR)
- Par courrier :  
Agence Régionale de Santé Occitanie  
Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie  
Pôle Soins Hospitalier - CPOM  
26-28 Parc club du Millénaire, 1 025, rue Henri Becquerel, CS 30001  
34067 Montpellier Cedex 2

L'équipe régionale de la campagne de contractualisation sera en charge de transmettre le contrat contresigné par l'ARS et d'en archiver une copie dans e-Cars.

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



### Situation des établissements hors contrat :

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

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

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

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

### c. La publicité du contrat

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

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

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

## 4. LE SUIVI, LA RÉVISION ET LE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

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

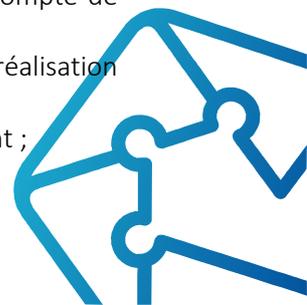
Pour permettre un dialogue de gestion efficace entre l'ARS et la structure titulaire du contrat, il est nécessaire de formaliser un bilan régulier.

### a. Le suivi et l'évaluation

#### 1) Une revue formelle régulière sur un nombre limité de contrats

A 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 du cocontractant, 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 ;
- pour prendre en compte les évolutions d'objectifs ;
- pour modifier les reconnaissances contractuelles.

Conformément à l'article D6114-8 du code de la santé publique, l'évaluation de la réalisation des objectifs quantifiés prévu dans le contrat est conduite par le directeur général de l'ARS. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans un rapport annuel d'étape qui fera l'objet d'une réunion d'échanges entre l'ARS et l'établissement ou le titulaire de l'autorisation afin de mettre en place les actions à mener.

En région Occitanie, en accord entre l'Agence Régionale de Santé et les représentants des établissements concernés, les revues de contrat pourront être tenues annuellement ou à un rythme différent, mais ne pouvant être inférieur à trois rencontres sur la période du CPOM, ou autant que de besoin, soit à la demande de l'établissement, soit à la demande de l'Agence Régionale de Santé. En fonction des évolutions opérées ou à venir du système d'information national spécifique, cette revue des contrats sera mise en œuvre avec e-CARS.

## 2) 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 suivant une trame type élaborée par l'ARS via le système d'information e-CARS.

### b. La révision du contrat à tout moment

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

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

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du cocontractant, 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 les obligations qui découlent de l'habilitation au service public hospitalier pour les établissements concernés ;
- pour prendre en compte les évolutions d'objectifs ;
- pour modifier les reconnaissances contractuelles.

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



### c. Le renouvellement du contrat

Conformément à l'article L.6114-1 du code de la Santé Publique, il revient à l'établissement de déposer auprès de l'ARS une demande de renouvellement de leur CPOM par courrier, un an avant leur échéance. L'ARS est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

## 5. LE RESPECT DU CONTRAT

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

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

#### a. La résiliation du contrat

Conformément à l'article R. 6114-9 du code de la santé publique, lorsqu'il est constaté un manquement grave de la structure titulaire du contrat à ses obligations contractuelles, l'ARS lui adresse une mise en demeure motivée de prendre les mesures correctrices nécessaires dans un délai d'un mois. La structure peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai.

Compte tenu des éléments de réponse donnés par le titulaire du contrat, ce délai d'un mois prévu au premier alinéa peut être renouvelé une fois pour la même durée. Si au terme de ce dernier délai, la structure n'a pas fourni de nouveaux éléments ou procédé à des actions correctrices mettant fin au manquement constaté, l'ARS peut résilier le contrat.

#### b. La procédure en cas d'inexécution partielle ou totale

Conformément à l'article R. 6114-10 du code de la santé publique, en cas d'inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat, l'ARS adresse à la structure titulaire du contrat une mise en demeure motivée de présenter, dans un délai d'un mois, les justifications de l'inexécution et les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai.

Compte tenu des éléments de réponse donnés par le titulaire du contrat, le délai d'un mois prévu au premier alinéa peut être renouvelé une fois pour la même durée. Si au terme de ce dernier délai, l'inexécution partielle ou totale des engagements n'a pas été valablement justifiée, l'ARS fixe la pénalité. La pénalité financière est proportionnée à la gravité du manquement constaté et ne peut 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.

#### c. La procédure en cas de manquement grave

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



## PARTIE III - L'ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE CONTRACTUALISATION SANITAIRE 2019-2023

### 1. LE PILOTAGE ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE

L'ARS Occitanie a fait le choix d'établir un pilotage de la démarche contractualisation autour de 3 fonctions :

- ↳ Fonction de pilotage régional de la démarche :
  - **Composition** : Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, Responsable du pôle Soins Hospitaliers, Responsable de l'unité Offre de Soins, Responsable du service Autorisations-Contractualisation, cadres référents contractualisation, gestionnaire autorisations-contractualisation.
  - **Missions** :
    - Élaboration du cadre méthodologique régionale de la campagne CPOM
    - Coordination régionale tout au long de la campagne
    - Soutien technique aux interlocuteurs ARS et établissements pour la gestion de l'outil e-CARS
- ↳ Fonction d'appui et d'expertise au siège de l'ARS, et au sein des délégations départementales :  
Un interlocuteur ARS sera nommé et chargé de coordonner les différentes phases avec la structure concernée :
  - Il sera le responsable de la démarche de contractualisation avec les établissements dont il est le référent,
  - Il est l'interlocuteur de l'établissement dans la démarche
  - Il analyse les documents transmis par l'établissement (bilan CPOM,...)
  - Il anime la démarche de contractualisation et de dialogue avec l'établissement
- ↳ Fonction d'appui et d'expertise au sein des établissements de santé : l'interlocuteur désigné par l'établissement pour négocier le CPOM de son établissement.
  - Il assure ou délègue en tout ou partie la réalisation du diagnostic et des négociations.
  - Il sollicite toute personne concernée par la démarche au sein de sa structure et coordonne leurs contributions.
  - Il transmet au référent ARS les informations nécessaires ou utiles à l'avancement de la démarche.
  - Il s'assure de la signature du contrat.

### 2. CALENDRIER DE LA CAMPAGNE

L'ARS Occitanie a fait le choix de signer le socle du CPOM avant le 31 décembre 2018, les précédents CPOM arrivant à échéance à cette date. Les annexes du CPOM peuvent être signées après la signature du contrat socle, et en tout état de cause un an après la publication du PRS. Le CPOM prendra effet à compter du 01 janvier 2019 jusqu'au 31 décembre 2023.

Afin de mettre en cohérence les différents calendriers réglementaires s'imposant aux établissements et à l'ARS, l'élaboration des CPOM sera mise en œuvre en deux périodes :

- ↳ 1<sup>ère</sup> période Octobre – Décembre 2018 : le socle du CPOM sera transmis pour signature par les deux parties, l'établissement et l'ARS, avant le 31 décembre 2018. Les annexes « Permanence des soins » et « Financements » seront transmises à l'établissement pour négociation.



- ↳ 2<sup>ème</sup> période Janvier - Août 2019 : Les trois dernières annexes du CPOM seront négociées, finalisées et signées par les deux parties avant le 3 août 2019.



### 3. LES ÉTAPES CLÉS

Le processus de contractualisation débutera le 15 octobre 2018, et se déroulera en 4 étapes :

**1<sup>ère</sup> étape (15 octobre 2018) :** Transmission et signature du socle par l'établissement **à retourner à l'ARS au plus tard le 30 novembre 2018** ; Finalisation avec l'ARS au plus tard le 31 décembre 2018. Le socle n'incluant que les dispositions réglementaires, il n'appelle pas de période de négociation. Son contenu a, par ailleurs, été validé par le groupe de travail.

**2<sup>ème</sup> étape (entre le 15 octobre 2018 et le 30 avril 2019) :** Autodiagnostic de l'établissement ou du titulaire d'autorisation et propositions d'objectifs ou de modalités d'organisation en fonction des annexes applicables à l'établissement.

L'objectif de la phase d'autodiagnostic consiste pour l'établissement à proposer les priorités d'évolution de son activité et de son fonctionnement pour les cinq prochaines années.

Cet autodiagnostic reposera sur :

- Un bilan des coopérations territoriales existantes ou en cours de constitution
- Un bilan des objectifs retenus dans les annexes « orientations stratégiques » et « coopérations »
- Un bilan des modalités de mise en œuvre de la permanence des soins (si applicable)
- Un bilan des reconnaissances contractuelles (si applicable)

Cette phase d'autodiagnostic a débuté avec la transmission par les établissements des bilans allégés d'exécution des CPOM 2013-2018 au 31 décembre 2017. Elle sera finalisée au regard des nouveaux objectifs et modalités d'organisation définis dans la nouvelle génération des CPOM 2019-2023.

Pour les annexes « Permanence des soins » et « Financements », cette étape sera réalisée à partir du 15 octobre 2018. Pour les autres annexes, cette étape sera réalisée au 1<sup>er</sup> trimestre 2019.

**3<sup>ème</sup> étape (2<sup>ème</sup> trimestre 2019) :** Analyse des propositions et dialogue contradictoire

L'analyse des propositions et le dialogue contradictoire seront fondés sur les résultats de l'autodiagnostic. Pour faciliter ces échanges, un interlocuteur sera désigné à l'Agence Régionale de Santé et au sein de votre établissement durant toute la démarche de contractualisation.

**4<sup>ème</sup> étape (au plus tard le 3 août 2019) :** Finalisation du contrat

Après la phase de dialogue contradictoire entre les parties signataires du CPOM, les engagements **sont déclinés, par les négociateurs, dans les annexes du contrat** (annexes opposables).

La finalisation du contrat comprend la rédaction et la signature du contrat par la directrice générale de l'ARS et le représentant légal de l'établissement.

Important :

- **Pour les annexes « Permanence des soins » et « Financements », les étapes 2 à 4 seront mises en œuvre à partir du 15 octobre 2018. Pour les autres annexes, l'étape 2 débutera au 1<sup>er</sup> trimestre 2019.**
- Les étapes et le calendrier sont les mêmes, que l'établissement soit dans une procédure de négociation initiale ou d'évaluation suivi d'un renouvellement de son contrat :

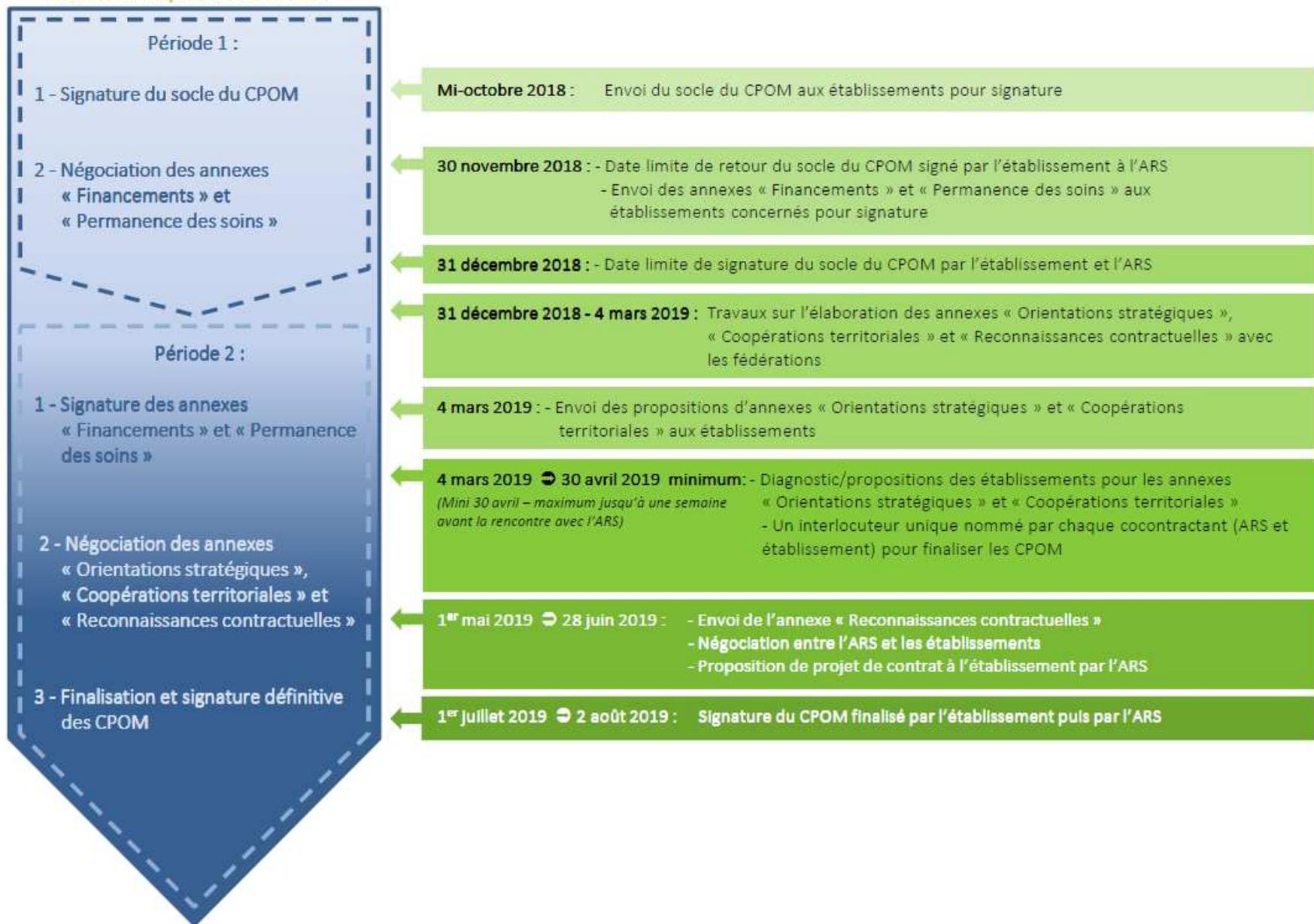
Pour plus de précisions, se référer au calendrier prévisionnel de la campagne CPOM 2019-2023 annexé à ce guide.



## 4. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE LA CAMPAGNE DE CONTRACTUALISATION SANITAIRE 2019-2023



3 août 2018 : publication du PRS



3 août 2019 : Fin de la campagne de contractualisation 2019-2023



## 5. L'OUTIL PARTAGÉ DE LA CONTRACTUALISATION 2019-2023 : E-CARS

Dans le cadre de cette nouvelle campagne de contractualisation, les établissements pourront engager le processus de contractualisation via l'outil informatique e-CARS, un outil simplifié et accessible gratuitement sur internet (« zone Extranet e-CARS »). Les établissements pourront, s'ils le souhaitent, utiliser l'outil e-CARS, notamment pour :

- ↳ Consulter les documents de référence régionaux, et les documents finaux (contrats, avenants)
- ↳ Interagir avec l'ARS tout au long du processus de contractualisation

Cette procédure dématérialisée permet de fluidifier et de sécuriser les relations entre l'ARS et les établissements de santé en évitant, notamment, des échanges de documents volumineux.

Pour se faire, chaque utilisateur ARS et établissement recevra des codes d'accès spécifiques par mail (identifiant et mot de passe). Un guide d'utilisation leur sera également transmis dès le lancement de la campagne.

## 6. LES SUPPORTS DE RÉFÉRENCE

Les supports de référence sont transmis en documents annexés à ce guide et mis à disposition sur le site internet de l'ARS et sur e-CARS.

En annexe de ce guide, vous trouverez les trames types de chaque élément composant le CPOM 2019-2023, socle et annexes, sous forme de document de travail. Les éléments contractuels finalisés vous seront communiqués au fur et à mesure de leur validation et seront accompagnés de fiche méthodologique explicative qui vous accompagneront tout au long de la campagne.

## 7. LES DOCUMENTS TYPES CONTRACTUELS

La trame du socle du CPOM, ainsi que les trames des annexes du CPOM, sous forme de documents types, sont transmis pour information en documents annexés à ce guide.



## GLOSSAIRES

française

AMP DPN :	Assistance Médicale à la Procréation / Diagnostic Prénatal	GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
ARS :	Agence Régionale de Santé	GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation	GIE :	Groupement d'Intérêt Économique
CAQOS :	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins	HAD :	Hospitalisation à Domicile
CBU :	Contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations	HAS :	Haute Autorité de Santé
CLCC :	Centre de Lutte Contre le Cancer	IPAQSS :	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
CLS :	Contrat Local de Santé	IRC :	Insuffisance Rénale Chronique
CME :	Commission Médicale d'Établissement	LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
COS :	Cadre d'Orientations Stratégiques	PHEV :	Prescriptions hospitalières exécutées en ville
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PRE ou PREF :	Plans de retour à l'équilibre financier
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	PRS :	Projet Régional de Santé
CREF :	Contrat de retour à l'équilibre financier	SRS :	Schéma Régional de Santé
CSP :	Code de la Santé Publique	SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
CTE :	Comité Technique d'Établissement	URIOPSS :	Union Régionale Organismes Privés Sanitaires Sociaux
e-CARS :	Système d'Information pour la Contractualisation avec les ARS		
EML :	Équipement Matériel Lourd		
ESPIC :	Établissement de santé privé d'intérêt collectif		
FHF :	Fédération Hospitalière de France		
FHP :	Fédération de l'Hospitalisation Privée		
FINESS :	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux		
FNEHAD :	Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile		
G4 :	Conseil professionnel de la radiologie		



## ANNEXES

ANNEXE 1 : SOCLE TYPE DU CPOM 2019-2023

ANNEXE 2 : ANNEXE TYPE « ORIENTATIONS STRATÉGIQUES » DU CPOM 2019-2023

ANNEXE 3 : ANNEXE TYPE « COOPÉRATIONS TERRITORIALES » DU CPOM 2019-2023

ANNEXE 4 : ANNEXE TYPE « RECONNAISSANCES CONTRACTUELLES » DU CPOM 2019-2023

ANNEXE 5 : ANNEXE TYPE « FINANCEMENTS » DU CPOM 2019-2023

ANNEXE 6 : ANNEXE TYPE « PERMANENCE DES SOINS » DU CPOM 2019-2023



## Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2023

### ENTRE :

#### L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

située : 26-28 Parc Club Millénaire –1025 Rue Henri Becquerel 34067 MONTPELLIER

représentée par : Madame Monique CAVALIER, Directrice Générale

Ci-après désignée « l'Agence Régionale de Santé »,

### ET :

L'établissement de santé /  
Titulaire d'autorisation

adresse

code postal

commune

N° FINESS

Représenté par son directeur général dûment mandaté,

Ci-après désigné « l'établissement »,

Pour le ou les établissements suivants :

Entité Géographique (FINESS ET)	Raison sociale de l'ET





**Vu** la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

**Vu** le Code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6112-1 à 3, L. 6143-3, L. 6152-3, L.6161-5, L. 6114-1 à L. 6114-5, D. 6114-1 à D. 6114-8 et R. 6114-9 et R. 6114-10 ;

**Vu** le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

**Vu** le 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 ;

**Vu** le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées - Mme Monique Cavalier ;

**Vu** le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;

**Vu** le décret n° 2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif aux établissements de santé assurant le service public hospitalier ;

**Vu** l'arrêté de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie n°2018-2789 portant adoption du Projet Régional de Santé 2 en date du 3 août 2018, publié au recueil des actes administratifs n°R76-2018-112 le 3 août 2018 ;

**Vu** la circulaire N°DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

**Vu** la circulaire DGOS/R5 no 2011-315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation

**Vu** la circulaire DGOS/R5 no 2013-57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général

**Vu** le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2018 ;

Il est convenu ce qui suit,



## **Préambule**

---

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

Le projet régional de santé est composé d'un cadre d'orientation stratégique (COS) sur 10 ans qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus, et d'un schéma régional de santé (SRS) sur 5 ans qui fixe les objectifs opérationnels déclinés du COS.

L'atteinte de ces objectifs nécessite que l'Agence Régionale de Santé entretienne avec l'établissement un dialogue régulier avec un plan d'action précis, portant sur leur positionnement dans l'offre de soins territoriale ainsi que sur les principaux axes d'amélioration de leur performance. Ce dialogue de gestion se construit par le biais du présent contrat.

## **Titre 1. L'objet du contrat**

---

### **Article 1- Les fondements du contrat**

Le présent contrat permet la déclinaison opérationnelle, par objectifs et par actions négociés entre les parties, des orientations du projet régional de santé (PRS) et notamment du schéma régional de santé. Il tient compte du projet territorial de santé, du projet d'établissement et du projet médical partagé s'ils existent. Il est négocié dans le respect du principe d'autonomie de l'établissement. Il précise les obligations respectives de chacun des cocontractants.

Le contrat est constitué d'un socle contractuel, objet du présent document, qui comporte les clauses générales du contrat, accompagné d'annexes visées à l'article 10.

### **Article 2 – Le contenu du contrat**

En application des engagements de l'Agence Régionale de Santé, déclinés dans le Cadre d'Orientation Stratégique du Projet Régional de Santé au regard de la stratégie nationale de santé, le présent contrat s'attachera à développer les objectifs généraux suivants :

Objectif n°1 : Développer le repérage, le dépistage et l'accompagnement précoces

Objectif n°2 : Accompagner la personne pour lui permettre d'être acteur de sa santé

Objectif n°3 : Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations

Objectif n°4 : Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées, de la bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, notamment la e-santé

Objectif n°5 : Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements

Les parties s'engagent en outre sur l'amélioration de la fluidité des parcours prioritaires du Projet Régional de Santé suivants :

Axe n°1 : Vieillesse

Axe n°2 : Cancer

Axe n°3 : Handicap

Axe n°4 : Mère-enfant

Axe n°5 : Santé mentale



### **Article 3 - Les moyens dédiés à la réalisation du Contrat**

Le présent contrat a vocation à contractualiser les financements octroyés à l'établissement et pilotés par l'Agence Régionale de Santé sur les dotations Fonds d'Intervention Régionale, Dotations Annuelles Financières, Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés et Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, soit donc les dotations déléguées en sus des éventuels produits de la tarification.

Une annexe est prévue à cet effet, mentionnant à la date de signature du CPOM les montants alloués sur la dernière base reconductible validée par l'ARS et/ou les tarifs attribués aux établissements sous Objectif Quantifié National pour les activités de soins de Suite et de Réadaptation et psychiatrie.

Elle est révisée par voie d'avenants dans lesquels seront mentionnés les montants attribués, les objectifs et, le cas échéant, les indicateurs d'évaluation.

## **Titre 2. La mise en œuvre du contrat**

---

### **Article 4 - Le suivi du contrat**

#### **Article 4.1 – La revue de contrat**

Le présent contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la revue réunissant l'Agence Régionale de Santé et l'établissement.

En accord entre l'Agence Régionale de Santé et l'établissement, les revues de contrat pourront être tenues annuellement ou à un rythme différent, mais ne pouvant être inférieur à trois rencontres sur la période du CPOM, ou autant que de besoin, soit à la demande de l'établissement, soit à la demande de l'Agence Régionale de Santé.

La revue de contrat a pour objet :

- L'évaluation de la réalisation des objectifs quantifiés prévue dans le contrat, sur la base notamment des résultats des indicateurs.
- l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir ;
- la définition des éventuels avenants prévus à l'article 6 ;
- la détermination des sanctions prévues à l'article 8.

Conformément à l'article D6114-8 du code de la santé publique, l'évaluation de la réalisation des objectifs quantifiés prévu dans le contrat est conduite par le directeur général de l'ARS. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans un rapport annuel d'étape qui fera l'objet d'une réunion d'échanges entre l'Agence Régionale de Santé et l'établissement ou le titulaire de l'autorisation afin de mettre en place les actions à mener.

#### **Article 4.2 - 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 5 - La plateforme dématérialisée**

Le présent contrat fait l'objet d'une procédure de suivi dématérialisée. Cette procédure permet aux établissements qui le souhaitent, via la plateforme dématérialisée :

- de consulter les documents de référence régionaux, et ses documents finaux (contrats, avenants),
- de participer au processus de contractualisation.





## **Article 6 - La révision du contrat**

A la demande de l'établissement ou de l'Agence Régionale de Santé, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant, notamment :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du cocontractant, 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'Agence Régionale de Santé destiné à la réalisation des orientations du contrat ;
- pour modifier les obligations qui découlent de l'habilitation au service public hospitalier pour les établissements concernés ;
- pour prendre en compte les évolutions d'objectifs ;
- pour modifier les reconnaissances contractuelles.

La révision du contrat fait l'objet d'un échange contradictoire préalable entre les deux contractants.

## **Article 7 - Le renouvellement du contrat**

Conformément à l'article L.6114-8 du code de la santé publique, il revient à l'établissement de déposer auprès de l'Agence Régionale de Santé une demande de renouvellement de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par courrier, un an avant leur échéance. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

## **Article 8 - Les sanctions en cas d'inexécution totale ou partielle des engagements**

Conformément à l'article R. 6114-10 du code de la santé publique, en cas d'inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat, l'Agence Régionale de Santé adresse à la structure titulaire du contrat une mise en demeure motivée de présenter, dans un délai d'un mois, les justifications de l'inexécution et les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai.

Compte tenu des éléments de réponse donnés par le titulaire du contrat, le délai d'un mois prévu au premier alinéa peut être renouvelé une fois pour la même durée. Si au terme de ce dernier délai, l'inexécution partielle ou totale des engagements n'a pas été valablement justifiée, l'Agence Régionale de Santé fixe la pénalité. La pénalité financière est proportionnée à la gravité du manquement constaté et ne peut 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.

## **Article 9 - La résiliation du contrat en cas de manquement grave**

Conformément à l'article R. 6114-9 du code de la santé publique, lorsqu'il est constaté un manquement grave de la structure titulaire du contrat à ses obligations contractuelles, l'Agence Régionale de Santé lui adresse une mise en demeure motivée de prendre les mesures correctrices nécessaires dans un délai d'un mois. La structure peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai.

Compte tenu des éléments de réponse donnés par le titulaire du contrat, ce délai d'un mois prévu au premier alinéa peut être renouvelé une fois pour la même durée. Si au terme de ce dernier délai, la structure n'a pas fourni de nouveaux éléments ou procédé à des actions correctrices mettant fin au manquement constaté, l'Agence Régionale de Santé peut résilier le contrat.



## **Article 10 – La durée du contrat et son entrée en vigueur**

Le contrat est conclu pour une durée de 5 ans.

Il prendra effet à compter du 01 janvier 2019 jusqu'au 31 décembre 2023.

Les annexes du présent contrat peuvent être signées après la signature du contrat socle, et en tout état de cause un an après la publication du Projet Régional de Santé 2.

Elles prendront effet à leur date de signature, et au plus tard le 3 août 2019, jusqu'au 31 décembre 2023.

Les engagements et obligations fixés à l'établissement figurent dans les annexes suivantes :

	<b>Etablissements Mono-activité</b>	<b>Etablissements Pluriactivité</b>	<b>Titulaires d'EML/ laboratoires de biologie autorisés en AMP/DPN</b>
<b>Annexe - Orientations stratégiques</b>	x	x	x
<b>Annexe - Coopérations</b>	x	x	x
<b>Annexe - Reconnaissances contractuelles</b>	Si applicable	x	
<b>Annexe - Permanence des soins</b>	Si applicable	x	
<b>Annexe - Financière (si applicable)</b>	x	x	Si applicable

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

La Directrice Générale  
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Monique CAVALIER

La personne physique  
ou la personne morale gestionnaire  
de l'établissement  
(cachet de l'établissement, nom du  
signataire ET signature)



## ANNEXE 2 : ANNEXE TYPE « ORIENTATIONS STRATÉGIQUES » DU CPOM 2019-2023



## ANNEXE 1: LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT AU REGARD DU PRS

L'optimisation des parcours de santé est un enjeu majeur du PRS. Il impose une contribution active des établissements de santé à la mise en oeuvre du PRS sur les territoires, un renforcement des mutualisations en réponse aux enjeux de démographie médicale, de qualité et d'efficience et une exigence de coordination des acteurs (professionnels de santé de premier recours, associations) dans le cadre d'une offre graduée de soins et de santé. Les objectifs de cette annexe seront déclinés dans les CPOM des différents partenaires de la coopération afin d'assurer une visibilité des engagements mutuels. L'ARS en assure le pilotage dans sa mission d'animation et de coordination des politiques territoriales assurée par les délégations territoriales, en lien avec les partenaires concourant à des politiques favorables à la santé (collectivités territoriales, services de l'Etat...).

Diagnostic : Contexte, situation de l'établissement au XX/XX/2019

# Document de travail

Propositions retenues au contrat : évolutions à 5 ans envisagées

# En cours de finalisation

Les objectifs opérationnels et leurs modalités de suivi sont déclinés comme suit :

Parcours, Thématiques, Activités	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible nationale (si existante)	Cible régionale	Cible établissement					Source d'information pour recueillir l'indicateur	
						Valeur initiale	Valeur cible					
							2018	2019	2020	2021		2022

Fait à Montpellier, le .....

Le représentant légal de l'établissement  
(cachet de l'établissement, nom du signataire  
et signature)

La Directrice Générale  
de L'Agence Régionale de Santé  
Occitanie



## ANNEXE 3 : ANNEXE TYPE « COOPÉRATIONS TERRITORIALES » DU CPOM 2019-2023

### ANNEXE 2 : COOPERATION TERRITORIALE

Le PRS impose une contribution active des établissements de santé et titulaires d'autorisations à la mise en œuvre du PRS sur les territoires de santé, un renforcement des mutualisations en réponse aux enjeux de démographie médicale et une exigence de coordination des acteurs dans le cadre d'une offre graduée de soins et de santé. Cette annexe est donc destinée à impulser des actions territoriales spécifiques au regard des besoins exprimés et identifiés dans le PRS.

#### Diagnostic : Contexte, situation de l'établissement au 01/01/2019

Parcours, Thématiques, Activités	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Calendrier	Valeur cible régional	Valeur cible à 5 ans pour l'établissement	Source d'information pour recueillir l'indicateur	Outil pour la mise en œuvre
<h1>Document de travail</h1>								

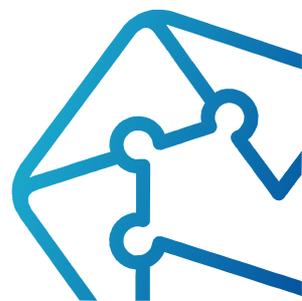
#### Observations de l'établissement

# En cours de finalisation

Fait à Montpellier, le

**Le représentant légal de l'établissement**  
(cachet de l'établissement, nom du signataire et signature)

**La Directrice Générale**  
**de L'Agence Régionale de Santé**  
**Occitanie**



ANNEXE 4 : ANNEXE TYPE « RECONNAISSANCES CONTRACTUELLES » DU CPOM 2019-2023

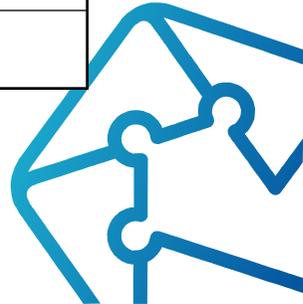


**ANNEXE 3 : LES ACTIVITES SOUMISES A RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE**

La reconnaissance dite « contractuelle » est une activité de soins non soumis au régime des autorisations encadrée par l'ARS dans le cadre des CPOM, conditionnant l'accès à des financements spécifiques. Toute modification se fera par voie d'avenant au CPOM.

Nature de l'activité	ET implantation	Implantations	Capacité identifiée (lits)	Date d'effet de la reconnaissance	Modalité de financement	Cadre réglementaire et Conditions techniques de fonctionnement	Modalité d'évaluation	Modalités de demande de création ou de modification capacitaire des RC	Observations, précisions attendues
<b>Reconnaitances contractuelles nationales</b>									
Unité d'addictologie pour la prise en charge des sevrages complexes									
Soins intensifs	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
Surveillance continue	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
	Préciser service ou spécialité								
Lits identifiés de soins palliatifs	MCO								
	SSR								
Unités de soins palliatifs									
Unités de soins palliatifs à vocation régionale									
Equipes mobiles de soins palliatifs									

Document de travail  
En cours de finalisation



Reconnaitances contractuelles régionales									
Prise en charge des personnes âgées	Court séjour gériatrique								
	Equipe mobile de gériatrie								
	Consultations mémoire								
	Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique								
	Centre mémoire de ressource et de recherche								
	Consultations gériatriques avancées								
	Unité d'hébergement renforcée (UHR)								
Psychiatrie et santé mentale	CMP de psychiatrie infanto-juvénile								
	CMP de psychiatrie générale								
	Géronto-psychiatrie								
	Unité de crise en HC								
Unités Cognitivo Comportementales									
Plateaux techniques spécialisés (accès direct H24)	Polytraumatismes graves et complexes multiples								
	Traumatismes crânio-cérébraux et médullaires								
	Chirurgie complexe de la main								
	Neurovasculaire								
	Cardiologie interventionnelle								
	Grands brûlés								
Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires	Post-réanimation								
Prise en charge des EVC									

**Document de travail**  
**En cours de finalisation**

Observations,

Fait à Montpellier, le

Le représentant légal de l'établissement  
(cachet de l'établissement, nom du signataire  
et signature)

La Directrice Générale  
de L'Agence Régionale de Santé  
Occitanie



**CONTRAT  
PLURIANNUEL  
D'OBJECTIFS  
ET DE MOYENS**

**20<sup>19</sup><sub>23</sub>**



**ANNEXE FINANCIERE ET/OU TARIFAIRE  
AU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS  
ET DE MOYENS  
ÉTABLISSEMENT X A X**



## **Article 1- Dotations MIGAC pour les activités de soins MCO et SSR et DAF pour les activités de SSR, Psychiatrie et USLD**

Composition de la base reconductible à la date du XXXXXX :

Tableau

**A supprimer pour les établissements n'ayant pas de bases reconductibles**

Cette base est amenée à évoluer au fur et à mesure des différentes notifications de crédits pérennes et/ou non pérennes.

Les dotations sont fixées par arrêté.

Les indicateurs et/ou objectifs liés à ces dotations seront fixés par le biais d'un avenant à cette annexe.

## **Article 2 – Subventions FMESPP**

L'attribution de ces subventions se fait par le biais d'un arrêté au gré des différentes circulaires.

Le versement de ces fonds par la Caisse des Dépôts et Consignations est conditionné à la conclusion d'un avenant à cette annexe dans lequel des indicateurs et/ou objectifs seront également indiqués.

La déchéance de cette subvention interviendra si, dans un délai de 3 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la notification de cette subvention, l'établissement n'a pas transmis à la Caisse des Dépôts et Consignations les pièces justificatives permettant le déblocage des fonds.

## **Article 3 – Subventions FIR**

L'attribution de ces subventions se fait par le biais d'un arrêté ou d'une décision de financement.

Il existe différentes modalités de versement : mensualité, versement unique ou en fonction de pièces justificatives.

Le versement est également conditionné à la conclusion d'un avenant à cette annexe dans lequel des indicateurs et/ou objectifs seront également indiqués.

Pour les subventions attribuées sous réserve de la transmission de pièces justificatives, la déchéance interviendra dans un délai de 3 ans à compter de la date de notification des crédits.

## **Article 4 – Tarifs de prestations pour les établissements sous OQN ayant une activité de soins de SSR et/ou de Psychiatrie**

Liste des tarifs par discipline et par prestation à la date du XXXXXX :

Tableau

**Les tarifs évoluant chaque année je vous propose de supprimer la partie tableau de cet article**

Les tarifs sont fixés par arrêté et sont applicables sous réserve de la conclusion d'un avenant à cette annexe.

Fait à XXXXX, le XXXXXX

La directrice générale  
de l'agence régionale de santé Occitanie

Monique CAVALIER

La personne physique  
ou la personne morale gestionnaire  
de l'établissement de santé  
(ou titulaire de l'autorisation)



**ANNEXE : Permanence des soins en établissements de santé**

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

Le schéma de la Permanence des soins en établissement de santé, adopté le 3 août 2018 dans le cadre du Projet Régional de Santé Occitanie 2018-2022, a identifié, par territoire de santé et par spécialités, l'organisation médicale retenue qui s'inscrit dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes.

La permanence des soins, mission de service public, décrit la prise en charge des nouveaux patients au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins, en lien avec les urgences.

Selon la réglementation (article L. 6112-2 du Code de Santé Publique), la permanence des soins doit être assurée :

- un accueil adapté ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente ;
- l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du 1 de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale ;

Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

L'établissement qui assure la Permanence Des Soins devra respecter les engagements pris dans le cadre du cahier des charges régional relatif à la permanence des soins joint à la présente annexe.

Les textes de référence nationaux sur la Permanence Des Soins sont :

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (Article L6112-3 du Code de la Santé Publique) et précisée par le décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif au service public hospitalier
- Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier
- Article R 6111- 49 du Code de la santé publique relatif à la permanence des soins et aux modalités de financement
- Arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux dans les établissements publics de santé et arrêté du 12 juillet 2010 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins (indemnité de déplacement)
- Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé

**2. Périmètre de la mission**

La mission consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins, en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après midi, dimanches et jours fériés.

La Permanence Des Soins englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées (liste ci-dessous dans le tableau relatif au périmètre).

Les différentes modalités de permanence des soins peuvent être: garde, astreinte opérationnelle et astreinte de sécurité.

Il est précisé dans le tableau ci-dessous l'organisation pour répondre à la Permanence Des Soins dans la spécialité concernée: lignes mutualisées, lignes alternées,...

Document de travail  
En cours de finalisation



Spécialités	Nombre de G ou A			Préciser le cas échéant la modalité de partage de la ligne PDS	Compléments d'information
	Garde	Astreinte Opérationnelle	Astreinte de sécurité	mutualisée / alternée	
Anesthésie adulte et maternité					
Anesthésie pédiatrique					
Biologie					
Caissons Hyperbare					
Cardiologie / affections					
Cardiologie interventionnelle					
Chirurgie cardiaque					
Chirurgie maxillo-faciale					
Chirurgie orthopédique					
Chirurgie pédiatrique					
Chirurgie thoracique					
Chirurgie urologique					
Chirurgie vasculaire					
Chirurgie viscérale et digestive					
Gastro-entérologie					
Grands Brûlés					
Gynécologie obstétrique					
Hématologie-clinique					
Maladies infectieuses					
Néphro-dialyse					
Neurochirurgie					
Neurologie					
Neuro-radiologie-interventionnelle					
Ophtalmologie					
ORL					
Pédiatrie (en lien avec la maternité)					
Pédiatrie néonatalogie					
Pneumologie					
Radiologie et imagerie médicale					
Réanimation adulte					
Réanimation néonatale					
Réanimation pédiatrique					
Soins Intensifs Cardologiques					
Soins intensifs gastro-entérologiques					
Soins intensifs pneumologiques					

Document de travail



### 3. Modalités de calcul de la compensation financière

<b>Critères de compensation</b> <b>(secteur public et établissements privés à but non lucratif)</b>	<p>Le paiement des lignes de gardes et d'astreintes effectuées au titre de la permanence des soins s'effectue sur la base des dispositions de l'arrêté ministériel du 15 juin 2016 :</p> <p><b>- pour une garde :</b></p> <p>* nuit, dimanche, jour férié : ..... 267,82 €</p> <p>* samedi après midi : ..... 133,90 €</p> <p><b>- pour une astreinte opérationnelle :</b></p> <p>* nuit, dimanche ou jour férié : ..... 42,64 €</p> <p>* samedi après midi : ..... 21,30 €</p> <p>* une indemnité forfaitaire au titre du déplacement pour chaque période (source : arrêté du 12 juillet 2010) : ..... 65,41 €</p> <p><b>- pour une astreinte de sécurité :</b></p> <p>* nuit, dimanche, jour férié : ..... 30,91 €</p> <p>* samedi après midi : ..... 15,47 €</p> <p>* indemnité de déplacement hebdomadaire pour le samedi après-midi (source : arrêté du 12 juillet 2010) : ..... 65,41 €</p>
<b>Critères de compensation</b> <b>(établissements privés à but lucratif)</b>	<p>Indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins en Astreintes Opérationnelles et Astreintes de Sécurité selon les montants et les références suivants :</p> <p>Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :</p> <p>Montant pour :</p> <p>– une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : ..... 229,00 € ;</p> <p>– une période de garde assurée le samedi après-midi : ..... 150,00 €.</p> <p>Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :</p> <p>Montant pour :</p> <p>– une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : ..... 150,00 € ;</p> <p>– une période d'astreinte assurée le samedi après-midi : ..... 100,00 €.</p>
<b>Evaluation</b>	<p>L'établissement devra suivre mensuellement dans un tableau de bord sur les spécialités pour lesquelles il reçoit un financement au titre de la Permanence des Soins en Astreintes Opérationnelles et Astreintes de sécurité :</p> <p>- le nombre d'appels téléphoniques,</p> <p>- le nombre de déplacements</p> <p>en distinguant l'activité de semaine et de week-end (y compris jours fériés).</p>
<b>Montant annuel indicatif</b>	<p>Le montant est fixé par arrêté, révisable chaque année, Il fait l'objet d'un avenant à l'annexe financière au Contrat d'Objectifs et de Moyens.</p>

Document de travail

En cours de finalisation

Fait à Montpellier, le .....

**Le représentant légal de l'établissement**  
(cachet de l'établissement, nom du signataire  
et signature)

**La Directrice Générale**  
de L'Agence Régionale de Santé  
Occitanie

