# GUIDE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION ET DE SUIVI D'UN CPOM

# SUR LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

## PREAMBULE

### 1.1. Le contexte d'élaboration de ce guide

La démarche de contractualisation est l'un des outils majeurs à dispositions des acteurs du champ médico-social et de l'Agence Régionale de Santé pour atteindre les objectifs de qualité et d'efficience afin de :

- S'assurer de la qualité des accompagnements et des soins au sein des établissements et services médico-sociaux ;
- S'assurer du développement du management par la qualité (démarche d'évaluation, plan d'amélioration de la qualité, gestion des risques) au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables ;
- Accompagner l'adaptation du secteur afin de favoriser des parcours coordonnés sur le territoire de santé et de déployer progressivement un modèle plus intégré ;
- Contribuer à la performance des établissements et services, conformément aux objectifs fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé :
  - améliorer l'état de santé de la population,
  - répondre aux attentes des personnes,
  - s'assurer d'un financement équitable

### 1.2. Précisions sur l'objet de ce guide

Le présent guide méthodologique définit les modalités d'élaboration et de suivi d'un CPOM. Il vise à aider les organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux dans l'élaboration du contrat.

Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Le temps imparti et le volume des contrats à négocier militent pour une procédure standardisée rapide et efficace qui consistera dans la mesure du possible en " des allers  retours" documentaires ente les établissements et l'équipe de négociation jalonnés au maximum de deux  rencontres.

# 1. LE PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION ET SES ELEMENTS CONSTITUTIFS

## 1.1. Le cadre législatif et réglementaire

La possibilité de passer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux ne revêt pas un caractère obligatoire. Pourtant, la signature d'un tel contrat est expressément prévue par l'ordonnance du 1° décembre 2005, qui a complété l'article L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Par la suite plusieurs textes dont des circulaires sont venus apporter des explications sur ce sujet :

- Le Code de l'Action Sociale et des Familles et ses articles :
  - L.313-11 du CASF,
  - L.312-7 du code de l'action sociale et des familles
  - R.314.39 à R 314.43 ainsi que le nouvel article R.314-43-1,
  - R.312-194-1 et suivant du même code,
- Loi HPST du 21 juillet 2009
- Circulaire N°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006, relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements
- Circulaire N°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens

La loi HPST du 21 juillet 2009 a consacré le principe de la démarche de contractualisation article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles prévoit que sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Cet article est complété par l'article L313-12-2 qui consacre l'élargissement de l'objet des contrats et les rend obligatoires au-delà d'un certain seuil : il souligne ainsi que les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, non publié à ce jour, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification..Ce seuil sera défini par un décret, non paru à ce jour.

## 1.2. La cible

1.2.1. Qui est concerné ?

Toute personne morale gestionnaire ayant conclu un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens telle que :

- Une association,
- Un ensemble d'établissements privés commerciaux géré par la même personne morale,
- Des établissements publics,
- Un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale :

Deux situations sont dans ce cas à distinguer :

- GSCMS non gestionnaire d'autorisations : l'étude d'un CPOM se fera prioritairement sur la base d'un socle commun portant sur des objectifs transversaux aux établissements et services membres du groupement, avec des annexes par établissements et services
- GSCMS gestionnaire d'autorisations : le CPOM sera conclu avec le GCSMS, sans annexes par établissements et services

1.2.2. Le périmètre

Le CPOM concerne l'ensemble des établissements et services gérés par une même association gestionnaire, dans la mesure où ceux-ci sont tarifés par l'ARS (assurance maladie et Etat). En cas de tarification conjointe, la collaboration des Conseils Généraux sera recherchée dans la mesure du possible

## 1.3. Les délais

La contractualisation se déroule sur toute l'année, contrairement à la campagne de dialogue de gestion qui se déroule du mois de mai au mois d'octobre de l'année N+1.

# 2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CPOM

**Objet du CPOM**

Le CPOM sera élaboré conjointement à partir d'un diagnostic partagé, des résultats du dialogue de fin de gestion pour les organismes gestionnaires en situation de renouvellement de contrat, de la prise en compte des résultats de l'évaluation externe, des indicateurs de qualité et d'efficience, ainsi que ceux issus des comptes administratifs et le cas échéant du suivi des inspections.

L'objectif est d'aboutir à définir et négocier des objectifs stratégiques et opérationnels déterminés selon les points forts et les points faibles de la structure concernée, mesurés à l'aune de :

1- l'engagement de l'organisme gestionnaire et de l'ESMS dans une dynamique structurée d'amélioration continue de la qualité,
2- l'inscription de l'ESMS dans une démarche de coordination des parcours sur le territoire de santé,
3- la capacité du co – contractant à mettre en œuvre une organisation efficiente garantissant la bonne utilisation des crédits alloués.
Ces objectifs opérationnels devront être assortis d'indicateurs de suivi pertinents et peu nombreux construits par l'organisme gestionnaire lui-même et reconnus par l'ARS.

## TITRE I DIAGNOSTIC PARTAGE :

Le diagnostic partagé, est construit sur la base d'un travail élaboré par les professionnels de l'association, alimenté par le rapport de l'évaluation interne, les résultats et recommandations de l'évaluation externe, le plan d'amélioration continue de la qualité, et constitue une étape préalable à la fixation d'objectifs. Cette étape conditionne autant l'observation et l'analyse des thématiques saillantes du CPOM, en lien avec les axes forts du projet régional de santé, que la fixation des objectifs stratégiques et opérationnels et d'indicateurs pertinents et peu nombreux.

Ce diagnostic est renseigné à l'aide de la grille d'aide d'élaboration du diagnostic comprenant les questions clés issues des priorités portées par le Projet Régional de Santé :

- **L'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager** : continuité de l'accompagnement et des soins, personnalisation de l'accompagnement, effectivité des droits des usagers, gestion des risques, mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- **L'adaptation des établissements et services au parcours des personnes en situation de handicap** : adéquation des prestations proposées aux profils, à l'âge, aux souhaits et aux besoins des personnes, positionnement des structures dans le parcours, accès aux lieux d'activités de droit commun, mise en place d'un partenariat pertinent favorisant la coordination des parcours sans rupture et contribuant au déploiement progressif d'un modèle intégré, actions de prévention et d'éducation à la santé y compris environnementale, organisation de l'accès aux soins courant et spécialisés ;
- **L'amélioration de l'efficience de gestion et de gouvernance** : pilotage de l'activité médico-social et contrôle de gestion, optimisation de l'activité des structures, des fonctions support, organisation d'un système d'information, politique de gestion des ressources humaines et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, adéquation missions – moyens, équilibre financier et budgétaire, gestion efficiente des ressources

L'établissement doit ainsi souligner les faits marquants, analyser les résultats de l'année N, et expliciter les perspectives pour les années N+1 à N+5.

## TITRE II OBJECTIFS PLURIANNUELS

Le CPOM doit se fixer des objectifs à atteindre par la définition d'axes stratégiques et leur déclinaison en objectifs opérationnels.

### 1. Thèmes couverts

Les thèmes couverts doivent découler des thématiques saillantes mises en exergue par le dialogue de fin de gestion et/ou le diagnostic partagé. Ils doivent être déterminés en cohérence avec le plan d'action qualité issu de l'évaluation des activités et des prestations délivrées.
Ils déclinent les axes d'amélioration sur 5 ans sur les priorités définies dans le diagnostic.

Ces objectifs devront être formalisés selon une « fiche objectif » harmonisée, présente en annexe au CPOM, et détaillant :

- Le contexte : Cadre législatif et réglementaire, orientations nationales, régionales et départementales
- La problématique : situation des situations des structures au regard du contexte et du diagnostic
- Les enjeux : la finalité recherchée à travers l'objectif avec identification des risques
- Les actions : plan d'actions permettant d'atteindre l'objectif
- Les modalités de mise en œuvre : pilotage de l'action, partenaires associés et résultats attendus
- Le calendrier de mise en œuvre
- Les moyens à mettre en œuvre
- Les indicateurs de suivi de l'action

**2. Indicateurs**

Les indicateurs doivent permettre de mesurer l'atteinte des objectifs définis dans le CPOM. Il convient donc de s'assurer de leur pertinence par rapport à l'objectif fixé.

Il existe 5 types d'indicateurs :

- Les indicateurs de moyens : ces indicateurs permettent de mesurer les moyens mis en œuvre pour atteindre l'objectif.
- Les indicateurs de résultats / ces indicateurs supposent la définition préalable de résultats, car ils en mesurent l'atteinte.
- Les indicateurs de processus : ces indicateurs permettent de mesurer l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif.
- Les indicateurs sentinelles : ces indicateurs sont des indicateurs d'alerte mis en place en cas d'événements graves et inattendus dont la survenance doit déclencher la recherche d'une explication.
- Les indicateurs de satisfaction

## TITRE III : MOYENS FINANCIERS PERMETTANT D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS

**Autorisation de prélèvement de frais de siège de l'association sur la période du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

L'autorisation de prélèvement de frais de siège sera intégrée dans le contrat après instruction du selon le cadre défini par la note de cadrage régionale.

**Détermination de la dotation globale commune de référence**

Le budget de référence ne comporte pas les résultats comptables des exercices antérieurs.
Il est établi à partir de la capacité autorisée des établissements et services à la date de signature du contrat.
Il permet [conserver uniquement la mention utile en fonction de l'objet du contrat] :

- d'assurer une reconduction, actualisée chaque année selon les règles définies infra, de ressources allouées lors de l'exercice de l'année N-1,
- de garantir la prise en charge, sur plusieurs années, des surcoûts résultant du programme d'investissement ou de la restructuration de l'établissement ou du service X, selon les modalités définies ci-après,
- d'étager sur plusieurs années l'alignement des ressources de l'établissement ou du service sur celles des équipements comparables, selon les modalités ci-après définies
- de mettre en œuvre un programme de réduction des écarts, à la suite d'une procédure engagée sur le fondement de l'article R.314-33, selon les modalités ci-après définies

**Modalités de prise en charge des surcoûts résultant du programme d'investissement ou de la restructuration de l'établissement ou du service X**

**Le principe à retenir est celui de l'intégration des surcoûts résultants du programme d'investissement ou de la restructuration dans le cadre de la dotation globale commune de référence limitative**

Un tableau prévisionnel des investissements sur la durée du contrat devra être annexé au CPOM, dès lors 'aucun surcoût n'est envisagé sur la DGC de référence

Un PPI sera sollicité, pour approbation, et transmis à la Direction de l'Accompagnement et des Soins.

- en cas d'incompatibilité du programme avec la dotation globale commune référence (surcoûts prévisionnels)
- en cas de projet d'humanisation et de construction

**Modalités d'affectation des résultats budgétaires**

Si les établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire présentent un excédent égal ou supérieur à 1 % de la masse budgétaire, une analyse des excédents sera faite lors du dialogue de gestion.

L'affectation des excédents sera négociée au-delà du seuil correspondant à 1% de la masse budgétaire.

Sauf engagement spécifique dans le cadre d'un avenant au CPOM, les recettes correspondant à l'accueil des jeunes en situation d'amendement Creton avec orientation vers des établissements et services sous la compétence des Conseils généraux sont reprises.

De même, l'organisme gestionnaire, partie prenante du présent contrat, est tenu de respecter l'équilibre budgétaire. C'est pourquoi, tout éventuel déficit devra être financé sur la réserve de compensation. Dans l'éventualité d'un déficit structurel, un plan de retour à l'équilibre devra être proposé en dialogue de gestion ou lors du renouvellement de contrat.

## TITRE IV : MODALITES DE SUIVI DU CONTRAT

Le suivi du présent contrat aura lieu dans le cadre d'un dialogue de gestion annuel organisé selon la note de cadrage régionale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Afin de faciliter le dialogue, l'organisme gestionnaire devra renseigner les indicateurs du tableau de bord de pilotage partagé et les indicateurs qualité.

## TITRE V : DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

### 1. Dénonciation

En cas de non respect, par l'une des parties, d'un ou des engagements contenus dans le CPOM, ce dernier pourra être dénoncé par l'une d'elles.

La partie, ayant l'initiative de la dénonciation, saisira l'autre par lettre recommandée.

Dans ce cas, cette décision devra être formalisée par lettre recommandée avec accusé de réception et respecter un préavis de six mois.

En cas de dénonciation du présent contrat par l'une ou l'autre des parties, il est prévu de revenir à la procédure contradictoire d'élaboration annuelle des budgets.