

Questions-réponses sur les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclus par les réseaux de santé

Pourquoi conclure un CPOM ?

Les réseaux de santé doivent désormais conclure un CPOM avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de pouvoir bénéficier d'un financement au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Sécurité des Soins (FIQCS). Ce CPOM se substitue aux anciennes conventions de financement conclues avec les Missions Régionales de Santé.

A titre d'information, les établissements de santé, centres de santé, pôles de santé et maisons de santé sont également tenus de conclure des CPOM.

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](#) précise notamment son contenu, sa durée, ses modalités d'évaluation et les sanctions encourues en cas d'inexécution des engagements prévus au CPOM.

Le [décret n°2010-1027 du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la coordination des soins \(FIQCS\)](#) et au financement des réseaux de santé comporte également certaines informations relatifs aux CPOM.

Un CPOM peut-il être conclu avec plusieurs ARS ?

Oui, un CPOM unique peut être conclu notamment par un réseau qui couvrirait le territoire de plusieurs ARS.

Quel est le contenu du CPOM conclu par un réseau de santé ?

Le CPOM a vocation à déterminer précisément les conditions du financement accordé au titre du FIQCS et les critères de qualité au regard desquels l'évaluation du réseau s'effectuera.

En pratique et en tenant compte de la localisation dans le territoire de santé, le CPOM du réseau doit déterminer :

1° Les principales orientations de son projet de santé (compte tenu des objectifs du projet régional de santé dont ceux inscrits dans le programme pluriannuel régional de gestion du risque) ;

2° Les conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure ainsi que ses engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire de santé en vue d'améliorer le parcours de soins des patients ;

ainsi que ses engagements en termes de :

3° Accès aux soins, continuité des soins et service rendu au patient ;

4° Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

5° Efficience de son organisation et d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue ;

6° Développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées (et, le cas échéant, les activités de télémédecine qu'il développe).

Le CPOM fixe les contreparties financières associées à ses engagements contractuels.

Quel est le contenu des annexes au CPOM ?

Le CPOM comporte en annexe :

- la décision de financement du réseau prise par le Directeur général de l'ARS ;
- le projet de santé du réseau ;
- la liste des accords et des autres contrats en cours de validité signés par le réseau avec l'ARS;
- les accords financiers signés par le réseau avec d'autres organismes que l'ARS.

Quelle est la durée du CPOM ?

Le CPOM est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il peut faire l'objet d'une révision par avenant en cours d'exécution du contrat.

Quelles sont les sanctions encourues en cas de non-respect des engagements prévus dans les CPOM ?

L'ARS veille au suivi et au respect des engagements définis dans les CPOM.

En cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat, le directeur général de l'ARS adresse au réseau cocontractant, une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements.

Le réseau peut alors présenter des observations écrites ou orales dans ce délai d'un mois. En fonction des réponses fournies par le réseau, ce délai d'un mois pour prendre les mesures nécessaires peut être renouvelé pour une durée d'un mois.

Si, au terme de ce délai (1 ou 2 mois selon les cas), l'inexécution des engagements n'a pas été valablement justifiée, le directeur général de l'ARS peut résilier le CPOM et donc :

- récupérer tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre ;
- annuler les financements prévus.

La mise en œuvre des CPOM est-elle évaluée ?

Le CPOM fixe les modalités d'évaluation de la mise en œuvre des objectifs et engagements et prévoit notamment les indicateurs nécessaires à cette évaluation.

Les résultats de cette évaluation sont inclus dans :

- un rapport annuel d'étape ;
- le rapport final joint à la demande de renouvellement du CPOM adressé à l'ARS.

Outre les éléments d'évaluation, le bilan financier et les documents comptables s'y rapportant, le rapport annuel d'activité du réseau transmis au financeur doit désormais également préciser les résultats obtenus au regard du CPOM conclu avec l'ARS.

Par ailleurs, l'ARS consulte au moins une fois par an la fédération régionale des professionnels de santé libéraux sur les orientations et l'évaluation des CPOM.