

Circulaire DH/EO n° 97-22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé

13/01/1997

La présente circulaire a pour objet de rappeler le cadre général dans lequel s'inscrivent les contrats d'objectifs et de moyens visés par les articles L. 710-16 et L. 710-16-1 du code de la santé publique, et de fixer quelques axes destinés à faciliter leur élaboration, leur conclusion et le suivi de leur réalisation. Toutefois la circulaire n'a nullement vocation à standardiser le contenu des contrats, qui doivent, par nature, être négociés au cas par cas et pouvoir comporter des clauses innovantes ou spécifiques. Pour l'essentiel, les conseils méthodologiques formulés trouvent leur origine dans l'analyse des contrats élaborés sous l'empire de l'article L. 712-4 aujourd'hui abrogé.

I. - LE CADRE GENERAL

A. - LES PRINCIPES

A l'interface des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des projets d'établissement approuvés, le contrat résulte de la confrontation entre une approche planificatrice, dont le schéma est la traduction, et les objectifs de chaque établissement de santé exprimés dans leur projet d'établissement. Le contrat est construit à partir des orientations stratégiques de l'établissement et s'inscrit dans une politique d'adaptation du dispositif de l'offre hospitalière, à travers les opérations de restructuration et de correction des inégalités de ressources entre les établissements. Le contrat fixe les actions dont les partenaires conviennent pour atteindre ces objectifs. Celles-ci portent sur tous les domaines énumérés par l'ordonnance, car le contrat ne pourra être un instrument de pilotage et d'accompagnement valide que s'il intègre l'ensemble des dimensions organisationnelles, sanitaires, humaines et financières sur lesquelles il conviendra d'agir pour conduire les évolutions recherchées.

Par ailleurs, l'impérieuse nécessité de procéder à des ajustements budgétaires entre régions et entre établissements conduit à faire du contrat une des formules privilégiées d'accompagnement de cette démarche. Celle-ci trouve son assise dans les dispositions de l'article L. 174-1-1 nouveau du code de la sécurité sociale, qui donnent un caractère limitatif aux dotations régionales et visent à corriger les inégalités de moyens. L'autorité compétente pour arrêter les budgets hospitaliers dispose ainsi d'une base juridique forte pour reconsidérer la dotation budgétaire de chaque établissement.

Une des novations essentielles de la démarche contractuelle est, sans conteste, son caractère pluriannuel, les contrats étant conclus pour trois à cinq ans. La pluriannualité des contrats permet, sans s'affranchir des règles relatives à l'annualité budgétaire, d'organiser les évolutions indispensables dans une approche à moyen terme et de prévoir les étapes du changement en les replaçant dans un cadre clair et cohérent.

Cette démarche contractuelle doit permettre d'amplifier l'effort de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie tout en permettant une allocation différenciée et modulée des moyens pour une plus grande efficacité de l'ensemble du dispositif hospitalier.

Cependant, le contrat d'objectifs et de moyens ne remet en question aucune des procédures financières et de planification. Les autorisations mentionnées à l'article L. 712-8 du code de la santé publique restent soumises aux dispositions qui leur sont propres.

B. - LE CADRE JURIDIQUE

Les articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2 du code de la santé publique (article 8 de l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée) instituent un nouveau dispositif juridique de contractualisation, qui se substitue aux contrats tripartites inscrits à l'ancien article L. 712-4. Ces dispositions sont d'application immédiate en ce qui concerne les seuls articles L. 710-16 et L. 710-16-1 nouveaux du code de la santé publique, le préfet de région exerçant la compétence dans ce domaine jusqu'au transfert effectif des compétences aux agences régionales de l'hospitalisation.

Les procédures et les contenus des contrats différeront selon la catégorie juridique de l'établissement et le mode de tarification qui lui est applicable.

1. Les établissements de santé privés actuellement conventionnés

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dheo-n-97-22-du-13-janvier-1997-relative-aux-contrats-dobjectifs-et-de-moyens-avec-les-etablissements-de-sante/>

Les établissements de santé privés, dont le financement est régulé dans le cadre du contrat tripartite national et de l'objectif quantifié national et relevant aujourd'hui d'un conventionnement avec l'assurance maladie, ainsi que les établissements de santé privés, actuellement financés par prix de journée préfectoral, qui entreront dans le champ conventionnel à partir du 1er janvier 1997 par application des articles 24 et 25 de l'ordonnance susvisée, contracteront avec l'agence dans les conditions prévues à l'article L. 710-16-2 du code.

Le projet de décret d'application relatif à ces dispositions est actuellement en cours d'élaboration. C'est sur cette base que sera établi un contrat type, dont l'ordonnance a prévu qu'il serait annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale qui doit être conclu entre l'Etat, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'au moins une organisation représentative de l'hospitalisation privée.

Les agences régionales d'hospitalisation disposeront d'un délai de dix-huit mois à dater de leur création, et au plus tard jusqu'au 1er janvier 1999, pour conclure les contrats d'objectifs et de moyens avec chaque établissement de santé privé. Pendant la période transitoire, les conventions conclues en vertu de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale resteront applicables et pourront être modifiées par voie d'avenants.

Des instructions particulières seront données après la parution du décret et la signature du contrat tripartite national pour la contractualisation avec les établissements relevant de ce champ.

1.1. Les établissements de santé sous dotation globale

Les autres établissements de santé sont éligibles aux dispositions de l'article L. 710-16-1 du code de la santé publique. Il s'agit des établissements de santé publics et des établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, ainsi que des établissements de santé privés à but non lucratif (y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire) relevant anciennement du système du prix de journée préfectoral qui auront opté pour le financement par dotation globale selon les modalités prévues par l'article 25 de l'ordonnance.

II. - L'ELABORATION DU CONTRAT

A. - L'INITIATIVE

Progressivement, tous les établissements de santé devront conclure un contrat d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation. Toutefois la généralisation de cette démarche, qui requiert un travail de dialogue et d'échange tant interne qu'externe, ne pourra se faire d'emblée. Il appartiendra à l'agence régionale de l'hospitalisation de conduire ce processus, en rappelant que le pouvoir d'initiative peut tout aussi bien relever de l'agence régionale de l'hospitalisation que des établissements de santé.

Le directeur de l'agence et sa commission exécutive auront à apprécier les priorités qui guideront l'élaboration de leur calendrier dans le cadre de leur programme de travail. Il convient néanmoins de privilégier la contractualisation avec les établissements dont les coûts doivent être réduits afin d'amorcer un redéploiement financier au sein d'une région, ainsi que ceux dont l'adaptation s'avère urgente au regard des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire.

Le SROS permet d'identifier les établissements dont la restructuration est prioritaire, notamment au regard d'enjeux de sécurité, d'amélioration de la qualité des soins et de la répartition géographique des installations.

Une telle démarche ne peut logiquement être engagée que si l'ensemble des acteurs d'un établissement de santé ont procédé, en interne, à une réflexion approfondie de son positionnement au regard du SROS, de ses forces et faiblesses, de sa situation budgétaire, et de l'optimisation de sa gestion. Cette préparation interne est d'autant plus indispensable qu'elle sous-tend l'itération constante et la dynamique qui existeront à terme entre contractualisation externe et contractualisation interne pour les établissements de santé publics.

Rappelons, enfin, que l'ordonnance a explicitement prévu que seuls les établissements dont les projets d'établissement ont été approuvés, pourront être éligibles à la contractualisation. Toutefois, pour les établissements dont le projet d'établissement n'est pas encore approuvé, il peut, dans certains cas, être utile d'établir un protocole d'accord pour définir les caractéristiques d'une opération qui ne peut être différée, mais qui, par son ampleur, justifie qu'en soient fixées les limites sur les points essentiels : objectifs de capacité au terme de l'opération, orientations médicales retenues, cadrage financier, délais. La conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens n'interviendra alors que concomitamment ou postérieurement à l'approbation du projet d'établissement.

B. - LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

L'ensemble des analyses doit déboucher sur une identification des atouts et des faiblesses de l'établissement. Cela nécessite d'en rechercher les causes dans tous les domaines, notamment architectural, humain, organisationnel, financier, historique.

La conclusion du contrat passe nécessairement par une phase liminaire de description portant sur la situation de l'établissement et son environnement, et par une hiérarchisation des éléments repérés. Sans cet accord minimal entre les partenaires sur le diagnostic et ses causes, l'étape ultérieure, consistant à proposer des pistes de solution, risquerait de n'être qu'un vain exercice de style, sans chances réelles d'aboutir.

L'annexe n° 1 énumère une série d'éléments susceptibles d'aider à la formulation du diagnostic.

C. - LA CONCERTATION

Le contrat retrace les engagements des deux partenaires et est, à ce titre, un exercice commun dès sa phase préparatoire. Il suppose une démarche de concertation interne à l'établissement et de concertation entre le directeur de l'établissement et l'agence. Cette concertation peut être l'occasion de favoriser la mise en oeuvre d'autres outils prévus par l'ordonnance, tels que les centres de responsabilité.

Il est essentiel que le corps médical soit étroitement associé à l'élaboration du contrat. La participation du président de la commission médicale est d'ailleurs explicitement prévue par l'ordonnance et, dans les établissements de santé publics, il est entendu par le conseil d'administration lors de la délibération.

Durant la phase d'élaboration du contrat, il importe que toutes les instances représentatives, notamment la commission de soins infirmiers, soient tenues informées de l'état d'avancement des travaux, et il est souhaitable que l'ensemble des équipes bénéficient d'informations à ce sujet et soient mobilisées pour formuler des propositions, en s'appuyant notamment sur le projet d'établissement.

D. - LES CONSULTATIONS

Le contrat d'objectifs et de moyens est soumis aux instances consultatives de l'établissement : commission médicale d'établissement (article L. 714-16) ou commission médicale (article L. 715-8), et au comité technique d'établissement (article L. 714-18).

Par ailleurs, l'article L. 710-20, 3 du code de la santé publique prévoit que la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation délibère sur les contrats après avis des organismes d'assurance maladie intéressés. Il conviendra, pour cela, de consulter les instances délibérantes des organismes membres de la commission exécutive.

E. - LA CONCLUSION DU CONTRAT

Le contrat est signé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après délibération de la commission exécutive, et par le directeur de l'établissement de santé, après délibération du conseil d'administration. Il est également contresigné, pour autant que de besoin, par les tiers appelés au contrat, conformément aux procédures qui leur sont propres.

III. - LE CONTENU ET LA FORME DU CONTRAT

A. - CONTENU

Il importe que le contrat d'objectifs et de moyens aborde dans leur ensemble chacun des domaines énumérés par l'article L. 710-16-1 du code de la santé publique : orientations stratégiques de l'établissement et conditions de leur mise en oeuvre, objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, dispositions relatives à la gestion des ressources humaines, objectifs de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé, délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation, participation aux réseaux de soins, communautés d'établissements et aux actions de coopération, éléments financiers.

L'annexe n° 2 donne des indications utiles pour préciser le contenu des contrats.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dheo-n-97-22-du-13-janvier-1997-relative-aux-contrats-dobjectifs-et-de-moyens-avec-les-etablissements-de-sante/>

B. - FORME

La notion de contrat type, qui présenterait le risque de standardiser les contenus, irait à l'encontre même de l'ambition annoncée et de la démarche entreprise.

Si la forme du contrat n'est pas prédéterminée, elle revêt cependant une grande importance car elle doit permettre la compréhension et donc la réalisation des engagements pris. Parce que le contrat devient un véritable instrument de pilotage, il importe que les cocontractants explicitent clairement les objectifs et les actions auxquels ils s'obligent. A cet effet, il peut être utile de compléter le document contractuel par des annexes qui viendront préciser les modalités pratiques de mise en oeuvre.

Par ailleurs, le contrat devra s'appuyer sur des indicateurs observables et mesurables qui permettront d'en suivre l'exécution et d'établir des bilans intermédiaires. Ces bilans peuvent conduire à des inflexions budgétaires, positives ou négatives, ou, le cas échéant, au terme du contrat, à des sanctions pour inexécution.

Des précisions sont données, à titre d'exemple, en annexe n° 3.

IV. - LA MISE EN OEUVRE DES DISPOSITIONS DE L'ORDONNANCE

L'importance qui s'attache à la qualité de la mise en oeuvre de cette politique de contractualisation, véritable levier pour conduire l'adaptation du tissu hospitalier, me conduit à prévoir un suivi de la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens. Vous recevrez ultérieurement le cadre nécessaire à la remontée d'informations. Une communication annuelle permettra de connaître le rythme de progression de cette démarche et la nature des actions retenues.

Références : Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; Articles L. 710-16, L. 710-16-1, L. 710-16-2 et L. 710-20 du code de la santé publique ; Article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ; Circulaire DH n° 96-466 du 18 juillet 1996 relative à la mise en oeuvre de l'ordonnance précitée.

ANNEXES

ANNEXE I

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

Les travaux préparatoires à l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire et les constats établis pour l'élaboration du projet d'établissement constituent des premiers éléments d'aide au diagnostic. Ils doivent être actualisés et, éventuellement, complétés. En particulier, les informations issues du PMSI permettront de dresser le profil d'activité de court séjour des établissements et, le cas échéant, de faire apparaître les dominantes en termes d'activité, ainsi que les carences de représentation de certaines disciplines. Ces informations contribueront à donner la mesure de la pertinence des projets proposés par les établissements, et de leur cohérence avec le SROS. Par ailleurs, le rapprochement des données médicales et des données budgétaires permettra de situer chaque établissement, relativement aux autres établissements de la région, et par comparaison aux données nationales.

On pourra également s'appuyer sur des études spécifiques sur l'établissement, ou sur son environnement : données démographiques, sociologiques, épidémiologiques, attractivité des établissements, données prospectives de l'aménagement du territoire, carte sanitaire, offre de soins libérale médicale et paramédicale, projets des autres établissements.

Ces approches pourront à leur tour être enrichies par la prise en compte d'autres dimensions de la qualité : l'accessibilité, la pertinence de l'hospitalisation et des actes par rapport aux recommandations de pratiques professionnelles, la gestion des risques, l'optimisation du plateau technique, la prise en compte des missions de santé publique (participation à des programmes de santé, éducation pour la santé, animation de réseaux, etc.).

Le manuel pour un diagnostic des établissements de santé, publié en février 1996 par l'ENSP, peut utilement guider vos travaux dans ce domaine. De même les systèmes d'information et les outils d'analyse élaborés par les services de la Caisse nationale d'assurance maladie, et notamment le service médical, constituent des instruments d'enrichissement de la connaissance de l'activité et des moyens des services : méthode d'analyse du fonctionnement des cliniques, résultat des enquêtes du groupe d'animation et d'impulsion national (GAIN), études d'adéquation. Enfin, le guide d'organisation de l'accès des agences régionales de l'hospitalisation aux systèmes d'information de leurs membres qui vous a été remis,

vous permet de disposer de l'inventaire et de la description des outils d'information de l'Etat et de l'assurance maladie sur les établissements de santé et sur leur environnement.

ANNEXE II

LE CONTENU DU CONTRAT

I. - LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Le contrat énonce les objectifs d'évolution de l'établissement dans le temps, en termes d'activité, d'organisation interne, de gestion, et de coopération. En cohérence avec les objectifs du SROS, il s'agit, à travers les thèmes abordés, de poursuivre la politique de restructuration hospitalière dans ses aspects quantitatifs et qualitatifs : ajustement des capacités d'accueil aux besoins recensés, suppression des activités redondantes ou inutiles, conversion vers des activités déficitaires, notamment médico-sociales, concentration des plateaux techniques, optimisation des moyens par des recherches de complémentarités ou des actions de coopération. Au sein de l'établissement, l'efficience sera recherchée par l'amélioration de l'organisation, et une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Une attention particulière sera portée à certaines opérations : réorganisation des urgences et mise en réseau, sécurité de la naissance, réorganisation de plateaux techniques, conversion, restructuration des hôpitaux psychiatriques, amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

II. - LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

Plus que jamais, le développement de la qualité doit être une préoccupation majeure des établissements publics et privés. Plusieurs dispositions de l'ordonnance n° 96-1346 du 24 avril 1996 visent à amplifier les démarches de qualité au travers de l'accréditation et de l'évaluation. Les contrats d'objectifs et de moyens doivent prendre toute leur place dans la réussite de ce processus. Pour cela, chaque établissement énoncera les différentes dimensions de la qualité des soins qui constituent ses priorités au regard des engagements pris contractuellement sur divers aspects de son fonctionnement : sécurité, efficacité, caractère approprié en référence aux recommandations de pratiques professionnelles, continuité, accessibilité, efficience, satisfaction du patient. Le contrat retiendra, pour chacune des dimensions, des indicateurs observables et mesurables, qui permettront le suivi dans le temps et les comparaisons interétablissements.

Un guide des indicateurs utilisables, établi à partir d'une étude présentant les pratiques d'autres pays, vous sera adressé ultérieurement. A terme, ces indicateurs pourront utilement être enrichis ou validés par l'ANAES.

Par ailleurs, les établissements de santé ont également une obligation d'évaluation interne de la qualité et de l'efficience des soins qu'ils délivrent. A ce titre, ils procèdent à l'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et des actions concourant à une prise en charge globale du malade. Cette évaluation peut constituer la phase de préparation pour un établissement qui va s'engager dans une démarche d'accréditation. Le contrat pourra énoncer les objectifs que l'établissement se fixe dans ces domaines, et les méthodes qu'il souhaite retenir.

Des actions pourraient utilement privilégier la lutte contre la iatrogénie, notamment liée aux médicaments, aux explorations invasives, et aux affections nosocomiales. Les établissements peuvent aussi choisir de s'engager sur les modalités d'enquêtes de satisfaction des usagers.

III. - LA MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS ADOPTEES PAR LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE

L'hôpital contribue, dans son champ de compétences, à mettre en oeuvre la politique de santé définie par les pouvoirs publics.

Le contrat pourra décliner, à ce titre, des actions correspondant à des priorités nationales ciblées sur :

- des populations : amélioration de la santé des plus démunis, périnatalité, santé des jeunes ;
- des pathologies : sida, cancérologie ;
- des comportements d'addiction : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie ;
- ou des risques spécifiques : prévention des accidents de la route, des suicides, du saturnisme.

De même, il énoncera les actions et moyens consacrés par l'établissement à la mise en oeuvre des priorités retenues par la conférence régionale de santé et des programmes régionaux de santé dont la coordination est assurée par le préfet de région.

IV. - LE DELAI DE MISE EN OEUVRE DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Les établissements disposent d'un délai maximum de cinq ans, c'est à dire jusqu'au 24 avril 2001, pour s'engager dans la procédure d'accréditation prévue par l'article L. 710-5 du code de la santé publique. Le contrat fixe le délai dans lequel l'établissement s'engagera dans cette procédure, étant entendu qu'il conviendra de veiller à un étalement dans le temps des demandes d'accréditation. Cet étalement est de la responsabilité de l'agence régionale de l'hospitalisation, et devra être établi en étroite liaison avec l'ANAES dès qu'elle sera opérationnelle.

V. - LA PARTICIPATION AUX RESEAUX DE SOINS, AUX COMMUNAUTES D'ETABLISSEMENTS DE SANTE, ET AUX ACTIONS DE COOPERATION

Le contrat pourra faire état, sans que cela préjuge formellement des agréments futurs, des projets de réseaux de soins et de communautés d'établissements dans lesquels l'établissement souhaite s'engager.

Dans ce cas, le contrat mentionne les thèmes et les partenaires du réseau de soins ou de la communauté à constituer, et les diligences de l'établissement :

- études de faisabilité à effectuer ;
- moyens à consacrer ;
- délais de réalisation.

Il énonce également les dispositions prises ou à prendre par l'établissement pour favoriser son insertion dans des réseaux de soins et des communautés déjà constitués.

VI. - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le personnel constitue la première richesse des établissements, mais aussi le principal poste des dépenses hospitalières. La réalisation des objectifs posés par les contrats dépendra, en conséquence, très largement de sa qualification, de sa mobilisation et de ses capacités d'adaptation.

Pour cette raison, il est essentiel d'opter pour une démarche très participative tant pour l'élaboration des contrats que pour leur mise en oeuvre, leur suivi et leur évaluation.

Lors des discussions préparatoires à l'élaboration des contrats, l'impact du choix des objectifs sur les personnels devra être particulièrement étudié. Les directions hospitalières devront s'engager sur les méthodes qui seront retenues pour susciter une réflexion collective visant à rationaliser l'organisation et le fonctionnement des services, à utiliser au mieux les ressources sans remettre en cause la qualité des soins.

1° Des indications seront données sur les résultats susceptibles d'être atteints en termes d'ajustement des effectifs et de leur répartition par des efforts de productivité, par une meilleure organisation - notamment au niveau de la chaîne de soins.

2° Les moyens humains, à renforcer où à redéployer, en application des engagements contractuels, feront l'objet d'une estimation par catégories professionnelles.

3° Les directions d'établissement préciseront les mesures d'accompagnement qu'elles mettront en place pour parvenir à ces modifications de leurs structures d'emploi :

- nature et importance des recrutements ;
- redéploiements internes et externes ;
- actions de qualification ou de conversion.

Pour cela, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), adaptée au contexte de l'établissement public de santé sera à développer ou à mettre en place. Outil de pilotage pour l'établissement public de santé, elle doit aussi permettre au directeur d'agence d'avoir, au niveau régional, des informations indispensables pour accompagner les restructurations (cf. Guide méthodologique et outils de GPEC, source : direction des hôpitaux) ;

4° Le contrat s'articulera autant que de besoin avec le plan pluriannuel des formations, établi en cohérence avec les axes stratégiques de la politique de l'établissement. Par ailleurs, le volet 'promotion professionnelle' apportera au directeur d'agence les éléments nécessaires pour réguler les flux d'entrée dans les écoles paramédicales relevant de la région.

5° De même, le contrat pourra fort opportunément aborder l'amélioration des conditions et des relations de travail afin

d'assurer la pérennité de la politique nationale menée dans ce domaine depuis plusieurs années.

En s'engageant ainsi très nettement sur le moyen terme, les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements cocontractants démontreront qu'il est nécessaire d'anticiper les mutations du dispositif hospitalier et de prévoir leur accompagnement social.

VII. - LES ELEMENTS FINANCIERS DU CONTRAT

Le contrat d'objectifs et de moyens doit avoir un contenu financier. Il doit prévoir les moyens financiers nécessaires à la réalisation des objectifs de l'établissement sur l'ensemble de sa durée. Il permet d'organiser une adaptation progressive, programmée et graduée de ces moyens aux besoins et à l'activité réels de chaque établissement.

Les moyens financiers devront être cohérents avec les choix stratégiques de l'établissement. Ils tiendront notamment compte des opérations de restructurations retenues, des actions menées en lien avec les programmes régionaux de santé, et de celles liées à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les moyens engagés devront également être compatibles avec le niveau de la dotation régionale limitative dont dispose l'agence et avec les orientations budgétaires arrêtées par la commission exécutive, notamment en termes de réduction des inégalités. Dans cet esprit, les informations issues du PMSI, et notamment l'analyse des écarts constatés entre la valeur du point ISA de l'établissement et la valeur moyenne régionale et nationale, permettront, entre autres sources d'information, de procéder à des comparaisons entre les établissements, et de déterminer le niveau des corrections nécessaires.

Les budgets annuels des établissements seront fixés en tenant compte des éléments financiers du contrat. L'agence et la direction de l'établissement devront convenir librement du mode d'évolution des budgets annuels en fonction des objectifs du contrat et des spécificités de chaque établissement :

- pour les établissements qui sont engagés dans des opérations de restructuration, les éléments financiers du contrat doivent apporter le maximum de visibilité et fixer, dans la mesure du possible, les évolutions budgétaires, pour la durée du contrat, permettant la réalisation des adaptations retenues par celui-ci ;
- pour certains établissements, l'indispensable réduction des coûts pourra conduire à une minoration programmée des budgets annuels, exprimés en montants, sur l'ensemble de la durée du contrat, cohérente avec les priorités de l'établissement.

Dans ces deux hypothèses, il va de soi que de tels choix de programmation pluriannuelle ne peuvent concerner qu'un petit nombre d'établissements par région :

- pour d'autres établissements, le contrat peut prévoir des mécanismes d'évolution des budgets qui tiennent compte du respect par l'établissement des engagements souscrits dans le cadre du contrat par nature de dépenses, tant en fonctionnement qu'en investissement. Par exemple, des fourchettes peuvent être négociées pour plusieurs années, le budget se positionnant ensuite dans la fourchette en fonction des réalisations de l'établissement ;
- pour ces derniers comme pour d'autres établissements, l'évolution des budgets annuels pourra être fixée par référence à des indicateurs budgétaires définis par l'agence au niveau régional, notamment par catégories d'établissements, ou par référence à la dotation régionale limitative de la région.

La conformité des budgets annuels aux objectifs du contrat sera analysée dans le cadre du rapport annuel d'étape qui sera rédigé par la direction de l'établissement et transmis à l'agence. Ce rapport devra prévoir les clauses spécifiques de réajustement financier qui pourront intervenir en fonction du degré de mise en oeuvre des objectifs du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat du fait de l'établissement, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation tient compte de cette carence dans l'exercice de ses compétences budgétaires.

L'élaboration de clauses financières accroissant la visibilité des gestionnaires constitue un point fort de la démarche contractuelle. Elle doit déboucher, à terme, sur un plan de financement pluriannuel pour chaque établissement.

ANNEXE III LA FORME DU CONTRAT

Il convient de rappeler quelques règles de contenu et de forme qui garantiront la précision et la clarté du contrat, et qui en faciliteront le suivi et l'évaluation finale. Ces règles ne sont toutefois pas impératives, et l'objectif consistant à engager dès la première année une proportion importante des établissements dans une démarche contractuelle peut conduire à des

documents d'ampleur inégale.

1° L'introduction d'un préambule explicitant les motifs qui ont conduit les partenaires à sélectionner les domaines et actions prévus dans le contrat peut utilement éclairer les diverses clauses contractuelles et renforcer leur impact. Il pourra s'agir de présenter les forces et les faiblesses de l'établissement à partir de l'analyse interne de son activité et de son fonctionnement. Cette approche, complétée par l'analyse de l'environnement, permettra de démontrer la cohérence des objectifs et actions visés au contrat avec les objectifs du SROS et du projet d'établissement.

2° L'objet du contrat, selon son importance, pourrait figurer dans le corps du contrat ou en pièces contractuelles annexées au contrat.

Il paraît important que les objectifs essentiels puissent être déclinés en sous-objectifs et plans d'actions, avec la production à l'échelon le plus fin des éléments suivants :

- une analyse de l'existant, débouchant sur un diagnostic préalable ;
- un objectif défini, chiffré et concret ;
- les éléments financiers ;
- le délai de réalisation ;
- les indicateurs précis permettant de mesurer, dans le délai indiqué, l'impact des actions entreprises.

3° Le plan de financement, présenté synthétiquement à partir des éléments financiers de chaque fiche-action.

4° Les clauses non détachables du contrat : bien que la nature bipartite du contrat soit clairement énoncée dans l'ordonnance, des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses. Il peut s'agir d'actions visant à réorganiser l'offre de soins dans une zone sanitaire donnée, dès lors qu'elles impliquent des mises en réseaux ou des coopérations entre plusieurs établissements de santé, ou entre les établissements de santé et le secteur ambulatoire.

Il peut également s'agir d'actions portant sur la gestion et l'organisation interne d'un établissement, touchant au secteur de la recherche ou de l'enseignement. Ces accords, à caractère subsidiaire, mais rendant possible la réalisation d'un ou plusieurs engagements de l'établissement, seront retracés dans le contrat, dont ils constituent une clause non détachable. Les tiers contractants intéressés sont appelés à contresigner ces clauses.

5° Les modalités de suivi, de coordination et d'évaluation : rôle et mode de fonctionnement du comité de pilotage, modalités de l'évaluation, indicateurs de suivi et d'ajustements éventuels du contrat, rapports intermédiaires et rapport final.

6° Les dispositions relatives à l'évolution du contrat : clause de révision de certains éléments financiers du contrat, notamment pour ajuster les dispositions financières du contrat avec les dotations limitatives régionales.

7° Les clauses de résiliation et les sanctions : Le contrat doit préciser, dès sa signature, le dispositif de sanctions auquel s'expose l'établissement en cas d'inexécution totale ou partielle des clauses du contrat du fait de sa responsabilité. Ces sanctions s'appliqueront à l'échéance du contrat, après qu'aient été analysés les résultats consignés dans le rapport final que doit produire l'établissement, et constatés le non-respect par l'établissement de ses engagements contractuels.

Elles sont à distinguer des réajustements ne revêtant pas le caractère de sanctions qui pourront intervenir en cours de contrat, notamment pour prendre en compte les résultats de l'évaluation périodique figurant dans le rapport annuel d'étape. Ces adaptations, qui pourront prendre la forme d'avenant, ne devront pas remettre fondamentalement en cause l'économie générale du contrat, mais constituer simplement des réajustements de calendrier et d'échelonnement des opérations retenues, voire d'engagement de moyens.

Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, Direction des hôpitaux, Bureau EO.

Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs chargés de la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation (pour information).

Texte non paru au Journal officiel.