

**GUIDE METHODOLOGIQUE DE SUIVI
DES CONTRATS PLURIANNUELS
D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
EN ILE-DE-FRANCE**

I – LE CADRE GENERAL

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens « nouvelle formule », tels que définis aux articles L 6114-1 à L 6114-4 du code de la santé Publique issus de l'ordonnance du 4 septembre 2003 ont été négociés et conclus entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et chaque titulaire d'autorisation dans le cadre fixé par le décret du 2 novembre 2006¹

Ces contrats définissent les orientations stratégiques de l'établissement, déclinent ses activités de soins, fixent des objectifs quantifiés en volume pour certaines activités de soins, des objectifs relatifs à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité, de suivi financier et identifient certaines prises en charge spécifiques.

Ces contrats ont été signés le 31 mars 2007 et leur durée de validité est de 5 ans, sauf pour les établissements :

- qui ont connu, dans l'année précédant la signature du contrat, des dysfonctionnements ayant amené l'agence à prendre un acte administratif à leur encontre,
- ou dont le nouveau gestionnaire est inconnu des services de l'agence et pour lesquels la durée de validité du contrat a été fixée à 3 ans.

Un **lien plus étroit entre les contrats et le régime des autorisations** est désormais établi notamment puisque les objectifs quantifiés liés à une autorisation d'activité ou d'équipement matériel lourd figurent dans les contrats et sont suivis au même titre que les autres éléments contractuels.

Les objectifs quantifiés en volume d'activité, fixés dans les annexes 2 du contrat pour les activités de soins qui sont soumises à cette quantification, ont été déterminés selon les nomenclatures de référence fixées par l'arrêté du 8 juin 2005, rappelées pour mémoire dans le tableau ci-après.

RAPPEL

La quantification en volumes d'activité concerne les activités de soins suivantes :

- *Médecine (nombre de séjours),*
- *Chirurgie (nombre de séjours),*
- *Psychiatrie (nombre de journées, nombre de places de jour, de nuit),*
- *Soins de suite (nombre de journées et de venues),*
- *Rééducation et réadaptation fonctionnelles (nombre de journées et de venues),*
- *Soins de longue durée² (nombre de journées et de venues),*
- *Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie et activités interventionnelles, par voie endovasculaire, en neuroradiologie³ (nombre d'actes),*
- *Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (nombre de patients).*

¹ Décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (articles D.6114-1 à D.6114-9 et R.6114-10 à R.6114-13 du code de la santé publique)

² En attente de la redéfinition de ces unités en cours sur le plan national, qui fera par la suite l'objet d'une déclinaison régionale

³ S'agissant d'une part, des activités interventionnelles en cardiologie, la parution de nouveaux textes va conduire à réviser le SROS III ; d'autre part, le schéma des activités interventionnelles en neuroradiologie est à réaliser dans une échéance prochaine.

Définis par le SROS de manière globale pour le territoire retenu, ces objectifs ont été déclinés pour chaque autorisation. Ils sont exprimés par un minimum et un maximum, en application des dispositions du décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 et de l'arrêté du 8 juin 2005.

Après la signature de cette première vague de contrats, il convient d'envisager leur suivi, ce qui rend nécessaire :

- **la définition d'une procédure de revue annuelle des contrats** à partir des indicateurs de suivi prévus dans les différentes annexes, sachant que ces modalités de suivi sont susceptibles d'évoluer en fonction de la publication d'indicateurs officiels spécifiques aux différentes activités de soins et de la parution des nouveaux textes pouvant conduire à la révision du SROS,
- **l'élaboration d'une méthodologie de révision des contrats**, notamment en cas de délivrance de nouvelles autorisations, de demande de modifications concernant les objectifs quantifiés, de reconnaissance de nouvelles activités ou prises en charge ou pour tout autre motif.

II – LA REVUE ANNUELLE DES CONTRATS

Selon l'article D 6114-9 du CSP, institué par le décret du 2 Novembre 2006, « *la réalisation des objectifs et des engagements est évaluée en utilisant les indicateurs de suivi et de résultat prévus au contrat parmi ceux fixés au plan national ainsi que ceux mentionnés à l'article R. 6122-24. Les résultats de cette évaluation sont inclus dans le rapport annuel d'étape et le rapport final prévus au huitième alinéa de l'article L. 6114-1* ».

Ces indicateurs seront recueillis et analysés chaque année au niveau :

- des établissements de santé ou détenteurs d'une autorisation,
- des départements, par les équipes de l'agence,
- de la région, par les référents désignés par thématique.

L'évaluation du contrat s'effectuera également sur le respect des engagements pris par les établissements, qu'il s'agisse des engagements généraux comme des engagements spécifiques proposés à l'issue de la négociation.

Les fiches de suivi annuel (partie II des annexes) seront complétées par les établissements sur Net Survey, selon des modalités restant à définir.

Le contenu actuel des fiches annuelles de suivi fera l'objet d'un examen au niveau régional. Dans l'hypothèse où certains engagements généraux n'auraient pas fait l'objet de la définition d'un indicateur, l'agence déterminera ces indicateurs qui complèteront la fiche de suivi.

II-1 - Les objectifs de la revue annuelle

- Assurer annuellement un suivi du contrat sur la base des engagements retenus dans les annexes 1, 2, 3 de chaque établissement et des remontées annuelles de données (OQ en volume pour la médecine, la chirurgie, le SSR, la psychiatrie et engagements généraux et spécifiques propres à chaque annexe du contrat) et dans les annexes financières (MIG, AC, plan d'actions financier).
- Favoriser entre l'agence et les établissements la poursuite du dialogue de gestion et de suivi déjà engagé lors des négociations des contrats ; ce dialogue portera sur les différentes thématiques contractuelles.
- Permettre un suivi de la mise en œuvre des objectifs du SROS.

II-2 - Le pilotage régional de la procédure

Le Comité Technique Régional (CTR-CPOM), au cours de ses réunions régulières, assure le pilotage de la procédure de suivi des contrats. Sa composition⁴ est élargie à des représentants des DDASS, au chargé de mission responsable du contrôle de gestion et des systèmes d'information ainsi qu'au responsable de la cellule financière régionale de l'agence.

Le CTR se chargera de l'organisation des réunions du **Comité Régional des CPOM**, instance de concertation, associant les fédérations hospitalières publiques et privées.

II-3 - Les outils à mettre en place

Net Survey (outil national)

La fiche annuelle de suivi établie pour chaque annexe du contrat, sera déposée sur Net Survey, dès que l'outil sera opérationnel, puis remplie par l'établissement. Ces fiches permettent :

- le suivi des OQOS par annexe,
- le suivi des engagements généraux : les indicateurs sont définis au niveau régional pour chaque annexe,
- le suivi des engagements spécifiques : l'établissement propose un indicateur correspondant à son engagement.

ARHGOS (outil régional)

L'outil ARHGOS permet de suivre les autorisations, les reconnaissances contractuelles d'activité et les objectifs quantifiés en volume (comparaison des Objectifs Quantifiés du SROS et des Objectifs Quantifiés négociés dans le contrat et ses avenants).

OUTIL SPECIFIQUE DE PILOTAGE DES CONTRATS (outil régional)

Cet outil est en cours d'élaboration, il doit permettre le suivi global des contrats (OQOS réalisés, indicateurs, y compris financiers). Il doit alimenter le dialogue de gestion et de suivi.

⁴ Initialement, le CTR CPOM était composé de membres de l'agence à l'échelon régional (équipe ARH, Service Médical Régional, CRAMIF, DRASSIF).

II-4 - La procédure

La procédure s'articule, dans le cadre d'un dialogue de gestion et de suivi, autour de quatre temps :

- remontées des données des établissements,
- analyse des données par les négociateurs et le CCD,
- dialogue de gestion avec les établissements,
- bilan départemental puis régional.

Elle associe le niveau départemental et le niveau régional.

II-4-1 Le suivi départemental des CPOM par le Comité de Coordination Départemental :

Le suivi départemental des CPOM est assuré dans le cadre du CCD, ce qui permet d'avoir une **vision globale** de l'ensemble de l'offre de soins du département, du secteur public comme du secteur privé, à l'exception des cabinets libéraux d'imagerie, des centres de radiothérapie et des laboratoires d'AMP/DPN qui ont fait l'objet de contrats allégés et qui continueront à être suivis au niveau régional.

Ce suivi sera plus particulièrement réalisé par les négociateurs des contrats dont la liste sera mise à jour (fin octobre de chaque année par la DDASS en relation avec l'assurance maladie). Cette liste sera disponible sur PARHTAGE.

II-4-2 Les quatre temps de la procédure :

1) Remontée des données au premier trimestre, à partir des fiches annuelles qui seront déposées sur Net Survey :

- collecte des données selon les modalités adoptées lors des négociations, le plus généralement par la **DDASS** pour les établissements publics, PSPH, PNL et par la **CRAMIF** pour les cliniques privées, à partir des fiches de suivi des annexes et retraitement des données PMSI.
- il s'agit de faire remonter au cours du premier trimestre de l'année n les données de l'année n-1.

2) Analyse globale des données, deuxième trimestre, en relation avec l'analyse des EPRD et selon le même calendrier, et rédaction de la lettre d'observation :

- analyse de l'ensemble des données de mise en œuvre du CPOM par les négociateurs avec le chargé de mission ARH territorial (évolution des objectifs quantifiés, des engagements des annexes, des missions d'intérêt général et de la situation budgétaire et financière); cette analyse s'intègre dans une analyse plus globale de l'établissement,
- détermination d'une liste restreinte d'établissements nécessitant une rencontre (établissements dits « sensibles » posant des problèmes particuliers et/ou présentant des projets restructurants) et validation de cette liste par le directeur de la DDASS et par le Comité Technique Régional ; ces établissements seront avisés par courrier du DARH,

- rédaction d'une lettre d'observation pour tous les établissements, y compris ceux figurant sur la liste restreinte précitée, à la signature du DARH. Cette lettre est établie par le négociateur, en liaison avec le CCD,
- examen par le négociateur, en liaison avec le CCD, des réponses des établissements (la réponse de l'établissement doit être établie dans le mois qui suit la réception de la lettre d'observation).
- information du Comité Régional des CPOM.

3) Dialogue de gestion et de suivi global, troisième trimestre et début quatrième trimestre :

- établissements sélectionnés, deux possibilités :
 - soit rencontre pilotée par le DARH avec des représentants du CCD,
 - soit rencontre pilotée par le DDASS avec des représentants du CCD
- autres établissements : rencontre éventuelle avec les négociateurs en fonction des situations.

REMARQUES : Le suivi des CPOM est une démarche partagée entre les différents acteurs de la région. La qualité du retour d'information conditionne celle des échanges et des propositions d'amélioration continue.

4) Bilans, fin du quatrième trimestre :

- bilan territorial et départemental élaboré par le CCD,
- suivi et évaluation du bilan départemental par les chargés de mission de l'agence ou autres référents concernés par les thématiques des annexes,
- suivi et évaluation financière par la cellule régionale de l'agence,
- suivi par le CTR de l'avancée de la démarche,
- réalisation du bilan régional soumis au Comité Régional des CPOM.

II-4-3 La procédure de suivi des contrats dits « allégés » :

Ces contrats concernent :

- les cabinets de radiologie libéraux,
- les centres de radiothérapie libéraux,
- les laboratoires privés exerçant une activité d'AMP/DPN,
- les sociétés non gestionnaires d'établissement de santé (4), titulaires d'une autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle obtenue par transmutation d'un appareil d'angiographie numérisée.

Le suivi de ces contrats n'est pas assuré au niveau départemental mais par les correspondants régionaux qui ont été chargés de leur négociation (DRASSIF, ERSM ou CRAMIF).

La procédure est identique à celle prévue pour les autres contrats :

- remontées des données des structures (sur NET SURVEY),
- analyse des données par les correspondants régionaux,
- concertation éventuelle avec les structures,
- bilan à intégrer dans le bilan départemental élaboré par le CCD ainsi que dans le bilan régional.

II-5 - Le calendrier

1) Remontée des données :

- **4^{ème} trimestre n-1** : mise en ligne par l'ARH sur Net Survey des fiches annuelles de suivi par établissement (DDASS pour les établissements ex-DG et CRAMIF pour les autres).
- **31 mars année n** :
 - remontée des données n-1 par les établissements,
 - retraitement des données PMSI n-1 par la CRAMIF pour le suivi des OQOS dans le cadre de l'outil spécifique de pilotage des contrats à mettre en place.

2) Analyse des données :

- **1^{er} avril – 30 Juin année n** :
 - analyse des données et comparaison des OQOS par le négociateur en liaison avec le CCD, en relation avec l'analyse des EPRD (pour les établissements ex-DG),
 - rédaction des lettres d'observations aux établissements, (DDASS pour les établissements ex-DG et CRAMIF pour les autres),
 - sélection des établissements à inscrire sur la liste restreinte.

3) Dialogue de gestion et de suivi :

- **1^{er} juillet – 15 septembre année n** :
 - Dialogue de gestion et de suivi entre les établissements sélectionnés et le DARH.

4) Bilan et échanges :

- **15 septembre 15 octobre année n** : rédaction du bilan territorial et départemental,
- **15 octobre année n** : dépôt par le CCD sur PARHTAGE du bilan territorial et départemental,
- **15 octobre 30 octobre année n** : analyse des données selon les thématiques par les référents régionaux et évaluation,
- **15 novembre année n** : rédaction par le CTR du bilan régional des contrats,
- **30 novembre année n** : examen du bilan par le comité régional des CPOM,
- **décembre année n** : approbation du bilan par la COMEX,
- **décembre année n** : alimentation de l'outil à créer pour suivre les OQOS-réalisés en n-1.

Ce calendrier est présenté en ANNEXE 1

II - 6 Cas particulier de l'IRC

L'Insuffisance rénale chronique a fait l'objet d'engagements contractuels avant la conclusion des CPOM.

Le suivi annuel sera réalisé selon la même procédure que pour les annexes « activités de soins ».

A l'occasion de la révision à venir des OQOS pour l'IRC, ces engagements seront intégrés dans le CPOM sous forme d'une annexe 2-22.

III- LA REVISION DES CONTRATS

III-1 La quantification des nouvelles autorisations accordées sur la base de l'annexe au SROS III

Les objectifs quantifiés en volume correspondant aux nouvelles autorisations délivrées après le 31 mars 2007 seront fixés, par voie d'avenant, au plus tard 3 mois après la délivrance de l'autorisation.

A défaut, ces objectifs seront fixés directement dans l'autorisation après décision de la commission exécutive⁵

Un **avenant « type »** destiné à modifier le contrat initial **est mis en ligne sur PARHTAGE (ci-joint en annexe 2)**. Il est à adapter en fonction des situations.

La procédure de signature de cet avenant après une nouvelle autorisation est la suivante :

- **dans le mois suivant** la décision de la COMEX, sur la base des OQOS indiqués dans le rapport au CROS (cf encadré p. 12 « Dossier CROS), la procédure en vue de la signature de l'avenant est engagée, par la DDASS (établissements publics ex-DG), par la CRAMIF (cliniques privées). Un dispositif d'alerte sera mis en place dans l'outil ARHGOS pour activer ce processus.
- le directeur de la DDASS concernée est informé du déclenchement de la procédure.
- l'avenant finalisé, accompagné de **l'annexe 2 « activité de soins »** correspondant aux objectifs quantifiés **paraphée** par les parties, est signé par le gestionnaire puis le DARH, **dans les trois mois** après notification de la décision de la COMEX.

Remarque : l'annexe 2 ne prendra effet qu'à compter de la mise en œuvre de l'autorisation, après l'avis favorable donné à la demande de conformité. C'est à ce moment là qu'elle sera complétée dans ses parties « engagements » et « caractéristiques ».

Il n'y a plus lieu de faire signer la liste « récapitulatif des annexes au contrat » mise en place pour la procédure initiale de contractualisation.

- la saisie des objectifs quantifiés dans l'outil ARHGOS est effectuée par la DDASS ou la CRAMIF.
- **En cas d'échec de la négociation, au plus tard trois mois après la notification de la décision, la DDASS ou la CRAMIF saisit la COMEX afin que les objectifs quantifiés soient inscrits dans l'autorisation.**
- Dans ce dernier cas la saisie des objectifs quantifiés dans l'outil ARHGOS est effectuée par la DRASSIF.

⁵ Article L 6114-2 du code de la santé publique alinéa 5 : « les contrats **fixent** le cas échéant par avenant, **les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée** et en définissent les conditions de mise en œuvre, **au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés** ainsi que les pénalités applicables en cas de non respect de ces objectifs **dans l'autorisation mentionnée à l'article L 6122-1 »**

VISITES DE CONFORMITE:

La fixation des OQOS dans les 3 mois de la délivrance de l'autorisation, conformément aux obligations réglementaires, n'ouvre pas droit à la mise en œuvre de l'autorisation tant que la visite de conformité n'a pas été effectuée ; l'établissement dispose toujours de 3 ans pour mettre en œuvre son autorisation⁶.

REMARQUE : pour les autorisations ne donnant pas lieu à fixation d'objectifs quantifiés en volume (gynécologie obstétrique par exemple), l'annexe correspondante est complétée lors de la mise en œuvre des autorisations, suite à la visite de conformité.

RAPPEL

AUTORISATIONS

La publication du SROS III le 31 mars 2006 a rendu applicable les dispositions de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

A compter de cette date, la nature de toutes les autorisations est désormais celle d'une autorisation pour une « activité de soins » ou pour un « équipement matériel lourd » les autorisations anciennes de « disciplines » ayant été « transmutes »⁷.

Les autorisations accordées antérieurement pour des « installations » (lits, places, appareils) qui servaient à l'exercice de ce qui est maintenant une activité de soins selon l'article R 6122-25 du code de la santé publique sont réputées autorisation pour cette activité - pour sa durée en cours-.

Cette autorisation demeure éventuellement spécifique : alternatives (définies à l'article R 6121-4 du code de la santé publique).

Exemples :

- l'autorisation pour des lits de médecine devient une autorisation d'activité de soins de médecine,
- l'autorisation pour des places de chirurgie ambulatoire devient une autorisation d'activité de soins de chirurgie exercée sous forme d'alternative en structure de chirurgie ambulatoire définie à l'article R 6121-4 du CSP.

⁶ Article L 6122-11 du code de la santé publique : « toute autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. L'autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'activité, de la structure ou de l'équipement dont la réalisation, la mise en œuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans »

⁷ Circulaire n°DHOS/O4/2005 du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation.

Par la transmutation l'établissement est titulaire d'une autorisation d'activité de soins, et par l'effet de la suppression de la carte sanitaire les comptes en lits (ou places) disparaissent.

Les demandes d'autorisation s'expriment désormais en termes d'activité de soins.

OBJECTIFS QUANTIFIES

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire – dont l'objet était de déterminer la nature et l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population – au profit d'une annexe du SROS obligatoire précisant les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins et par équipement matériel lourd.

Ces objectifs quantifiés sont exprimés⁸ en nombre d'implantations assurant une activité de soins déterminée, et en volume pour certaines activités :

- activité de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète = nombre de séjours,
- activité de médecine en hospitalisation à temps partiel de jour ou de chirurgie ambulatoire = nombre de séjours de moins de 1 jour et de séances,
- activité de psychiatrie = nombre de journées d'hospitalisation complète, nombre de places d'hospitalisation de jour et de nuit,
- activité de soins de suite, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et activité de soins de longue durée = nombre de journées et de venues,
- activités interventionnelles sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie = nombre d'actes,
- activité d'insuffisance rénale chronique = nombre de patients

La fixation des objectifs quantifiés ressort prioritairement du contrat ; ce n'est qu'en l'absence d'accord contractuel qu'elle ressort de l'autorisation.⁹

Un lien étroit est désormais établi par les textes entre les contrats et le régime des autorisations.

DOSSIERS CROS

Les demandes déposées devant le CROS en vue de l'obtention d'une autorisation d'activité de soins doivent s'exprimer en termes d'activité de soins et ne plus mentionner des capacités (lits et/ou places), la quantification, qui se traduit désormais en objectifs quantifiés (séjours, venues...), ressortant de la signature d'un contrat ou d'un avenant au contrat.

TOUTEFOIS lors de l'étude d'une demande pour une activité entrant dans le champ des objectifs quantifiés en volumes, le rapporteur sera amené (Partie 3 du rapport CROS « type » : « Analyse de la demande ») à examiner les « propositions d'engagements du promoteur sur l'objectif quantifié en volume ».

⁸ Arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L 6121-2 du CSP.
Article D 6121-7 du code de la santé publique

⁹ Article D 6114-7 du code de la santé publique : « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe... les objectifs quantifiés relatifs aux activités de soins et aux équipements matériels lourds autorisés.... »

Cet examen va au-delà d'un constat des propositions du promoteur puisque la mise en œuvre de l'autorisation éventuellement consentie – pour une activité de soins soumise à objectifs quantifiés en volumes - s'accompagnera de l'octroi d'objectifs quantifiés.

Il paraîtrait inconséquent de donner un avis favorable à une demande d'autorisation que le promoteur ne pourrait mettre en œuvre pour défaut ou insuffisance d'objectifs quantifiés potentiellement négociables.

L'avis donné par le rapporteur demeurera un avis favorable ou défavorable à une autorisation d'activité de soins mais la partie 3 « Analyse de la demande » et la conclusion mentionneront les objectifs quantifiés estimés compatibles avec le projet du promoteur - et avec le bilan des objectifs quantifiés en volumes publié antérieurement à l'ouverture de la fenêtre pour l'activité concernée par la demande -.

Il est par conséquent indispensable que le rapporteur s'assure de l'accord du promoteur sur le volume des OQOS de façon à ce que, dans le délai de 3 mois après la décision de la COMEX, l'engagement contractuel puisse être signé. A défaut, les OQOS seront intégrés dans la décision.

Compte tenu de ces éléments et afin de faciliter le suivi, **il apparaît vivement souhaitable** que le rapporteur au CROS qui aura étudié la demande et rencontré le promoteur et la personne chargée par la suite de la négociation puissent être les mêmes. Dans le cas contraire, il conviendra qu'elles soient en lien direct.

III-2 Les demandes de modifications des volumes d'activités fixés dans le contrat

Toute demande de modification en volume des objectifs quantifiés antérieurement négociés sera examinée **lors de la revue annuelle du contrat** de l'établissement (et uniquement à ce moment là) et fera l'objet de la signature d'un avenant au contrat.

La procédure, en relation avec la procédure fixée au chapitre précédent pour la revue annuelle des contrats, se déroulera de la manière suivante :

- formulation de la demande par l'établissement à l'occasion de la remontée des données,
- examen lors de la rencontre avec l'établissement dans le cadre du dialogue de gestion prévu pour la revue annuelle des contrats,
- avis du comité de coordination départemental,
- validation de l'avis par le CTR,
- réponse dans le cadre de la lettre d'observation prévue pour la revue annuelle des contrats et passage devant la COMEX,
- signature éventuelle de l'avenant modificatif,
- saisie des objectifs quantifiés dans l'outil ARHGOS, effectuée par la DDASS ou la CRAMIF.

Un dossier de demande « type » sera proposé et mis en ligne sur PARHTAGE.

EXTENSION D'ACTIVITES ET VERIFICATION DES NORMES :

La notion de visite de conformité est attachée à la mise en œuvre de l'autorisation visée à l'article L 6122-1 du code de la santé publique, elle n'est pas applicable pour les extensions d'une activité déjà autorisée et dont le volume est fixé contractuellement ; ces extensions doivent néanmoins respecter les normes de fonctionnement.

En l'absence de texte instituant un « deuxième type de visite » pour les modifications introduites par contrat, il est proposé que **la vérification du respect des normes de fonctionnement** soit prévue dans l'annexe concernée.

Cette vérification prendra la forme d'une **visite de contrôle effectuée, comme les visites de conformité, par** «un médecin inspecteur de santé publique ou tout autre représentant qualifié de l'agence régionale de l'hospitalisation accompagné d'un médecin-conseil de l'un des régimes d'assurance maladie»¹⁰.

Pour la mise en œuvre de cette extension, une visite de contrôle est effectuée sur demande de l'établissement.

¹⁰ Article D 6122-37 du code de la santé publique 1^{er} alinéa « La visite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L 6122-4 a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations. Elle est effectuée par un médecin inspecteur de santé publique ou tout autre représentant qualifié de l'agence régionale de l'hospitalisation accompagné d'un médecin conseil de l'un des régimes d'assurance maladie »

III-3 Les demandes concernant la reconnaissance d'activités non soumises à autorisation et l'identification de prises en charge spécifiques

Le contrat comporte, non seulement une annexe par activités de soins ou équipements matériels lourds soumis à autorisation, fixant le cas échéant des OQOS et, dans tous les cas, des engagements concernant la mise en œuvre de l'autorisation, mais également une annexe pour chaque activité ou prise en charge soumise, de par la réglementation, à reconnaissance contractuelle, ainsi qu'une annexe par prise en charge spécifique.

Activités soumises à reconnaissance contractuelle

Le contrat doit identifier les unités de soins intensifs (en hématologie, en neurologie, en cardiologie) et de surveillance continue (article D.6114-6 CSP), ainsi que les lits de soins palliatifs. Cette reconnaissance contractuelle ouvre droit aux tarifications spécifiques. Sont donc concernées les annexes 2 suivantes :

- 2-10-1 USIC
- 2-12 Soins Palliatifs
- 2-13 Unité de soins intensifs (hors USIC et unité neuro vasculaire)
- 2-14 Unité de surveillance continue non rattachée à une unité de réanimation

Prises en charge particulières

Le contrat comporte également des annexes portant sur la prise en charge de populations particulières ou de pathologies spécifiques ainsi que sur des modes de prise en charge alternatifs. Ces annexes visent à mettre en œuvre les objectifs du SROS sur ces thèmes. Sont concernées les annexes :

- 2-15 Prise en charge des personnes âgées
- 2-16-1 Accidents vasculaires cérébraux dans les établissements ayant une USINV et une UNV
- 2-16-2 Accidents vasculaires cérébraux dans les établissements accueillant les urgences sans USINV et avec UNV
- 2-17 Blessés médullaires
- 2-18-1 Traumatisés crâniens graves (centre de référence)
- 2-18-2 Traumatisés crâniens graves (centre de proximité)
- 2-19 Pédiatrie (enfants-adolescents)
- 2-20 HAD (modalité alternative à l'hospitalisation spécifique)¹¹
- 2-21 IVG

¹¹ Cas particulier de L'HAD qui n'est pas une activité de soins soumise à autorisation au sens de l'article R 6122-25 du code de la santé publique mais une forme d'alternative à l'hospitalisation soumise à autorisation (articles L 6122-1 et R 6121-4 du code de la santé publique)

DISPOSITIONS PARTICULIERES POUR LA RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE DES UNITES DE SURVEILLANCE CONTINUE DANS LES CLINIQUES PRIVEES

La reconnaissance contractuelle des unités de surveillance continue dans les cliniques privées a été différée dans l'attente du cahier des charges établi au plan national et de la définition nationale du type de malades pris en charge dans ces unités.

Une exception a été faite à cette règle pour les cliniques qui ont obtenu une autorisation d'activité de réanimation et pour lesquelles la reconnaissance de la surveillance continue (obligatoirement attachée à l'activité de réanimation) s'est effectuée transitoirement, dans le cadre de la procédure contractuelle échue le 31 mars 2007, sur la base du minimum défini par la circulaire DHOS du 27 août 2003 relative aux établissements pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

Ces dispositions particulières impliquent **qu'aucune nouvelle demande** n'a lieu d'être effectuée, ni reçue, dans le cadre d'une révision des contrats tant que le cahier des charges prévu au niveau national n'est pas paru.

Pour les autres activités non soumises à autorisation et/ou prises en charge spécifiques, **la procédure** pour les demandes de reconnaissance ou d'extension d'une capacité existante est la suivante :

- l'établissement informe le DARH par courrier. Cette demande doit être motivée et accompagnée de données d'activité permettant d'en apprécier l'opportunité, notamment par rapport au SROS. **Un dossier « type » sera élaboré et disponible sur PARHTAGE,**
- transmission de la demande au(x) chef(s) de projet thématique(s) et au CCD qui émettent un avis,
- soumission pour avis du CTR et information du DARH,
- information du CRC des CPOM, avis éventuel,
- décision de la COMEX sur la reconnaissance contractuelle,
- signature éventuelle de l'avenant modificatif.

Compte tenu du nombre de thématiques concernées, les demandes seront examinées selon un **calendrier fixé au niveau régional** pour chacune d'entre elles. Ce calendrier sera communiqué sur PARHTAGE **au début de chaque année**, à l'attention des établissements.

- la réponse régionale sera transmise aux établissements, par la DDASS pour les établissements ex-DG et par la CRAMIF pour les autres qui assureront par ailleurs :
 - la conclusion d'un avenant au contrat (avec négociation de l'annexe correspondante),
 - « l'alimentation » de l'outil ARHGOS.

Le calendrier de cette procédure est présenté en ANNEXE 3.

RECONNAISSANCES D'ACTIVITES ET VERIFICATION DES NORMES :

La notion de visite de conformité est attachée à la mise en œuvre de l'autorisation visée à l'article L 6122-1 du code de la santé publique, elle n'est pas applicable pour les reconnaissances contractuelles, qui doivent toutefois répondre à des conditions de fonctionnement réglementaires – et/ou contractuelles –

En l'absence de texte instituant un « deuxième type de visite » pour les activités reconnues dans le cadre contractuel et soumises à des conditions de fonctionnement, il est proposé que **l'annexe au contrat prévoit la vérification des conditions de fonctionnement.**

Cette vérification prendra la forme d'une **visite de contrôle effectuée, comme pour les visites de conformité, par** : «un médecin inspecteur de santé publique ou tout autre représentant qualifié de l'agence régionale de l'hospitalisation accompagné d'un médecin-conseil de l'un des régimes d'assurance maladie»¹².

Cette visite de contrôle, qui ouvre droit à la reconnaissance tarifaire de l'activité, est effectuée à la demande de l'établissement lorsqu'il estime que les conditions techniques de fonctionnement correspondantes sont respectées.

¹² Article D 6122-37 du code de la santé publique 1^{er} alinéa « La visite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L 6122-4 a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations. Elle est effectuée par un médecin inspecteur de santé publique ou tout autre représentant qualifié de l'agence régionale de l'hospitalisation accompagné d'un médecin conseil de l'un des régimes d'assurance maladie »

III-4 Révision du contrat liée à la caducité d'autorisations, ou à la suppression d'activités non soumises à autorisations

La caducité constatée par le directeur de l'agence fait l'objet d'une information à l'établissement et d'une modification du contrat (modification de la « liste des annexes » et suppression de l'annexe de l'activité de soins concernée).

A la demande de l'établissement, du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou lors de la revue annuelle du contrat, une activité de soins non soumise à autorisation et ayant fait l'objet d'une annexe au contrat peut être retirée, après avis des chefs de projet thématiques.

III-4-1 Suppression d'activités reconnues contractuellement à la demande de l'établissement

- L'établissement informe le DARH de sa demande par courrier motivé,
- transmission du courrier au(x) chef(s) de projet thématique(s) et au CCD qui émettent un avis,
- soumission pour avis du CTR et information du DARH,
- information du CRC des CPOM,
- information de la COMEX,
- signature de l'avenant modificatif au contrat enregistrant la suppression de l'annexe.

III-4-2 Suppression d'activités reconnues contractuellement à la demande du DARH

- Le DARH peut prendre, en cas de manquement aux lois et règlements ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients, une mesure de suspension de la reconnaissance contractuelle, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L 6122-13 du code de la santé publique,
- la décision éventuelle de retrait de la reconnaissance contractuelle est prise par la COMEX,
- information des différentes instances concernées,
- signature de l'avenant modificatif au contrat enregistrant la suppression de l'annexe.

III-4-3 Suppression d'activités reconnues contractuellement lors de la revue annuelle des contrats

A la demande de l'établissement ou du DARH, la suppression d'une activité de soin reconnue contractuellement, intervenant lors de la revue annuelle des contrats fait également l'objet :

- d'une information au(x) chef(s) de projet thématique(s) et au CCD qui émettent un avis,
- d'une information du CTR et du CRC des CPOM,
- d'une information de la COMEX,
- de la signature de l'avenant modificatif au contrat enregistrant la suppression de l'annexe.

L'outil ARHGOS est modifié en conséquence (retrait de l'autorisation, de la reconnaissance et, s'il y a lieu, retrait des objectifs quantifiés en volume).

Le responsable de ces modifications est, selon le statut de l'établissement, la DDASS ou la CRAMIF.

III-5 Changement de titulaire des autorisations

Cette situation concerne plus particulièrement les cliniques privées, avec les changements de sociétés gestionnaires ; outre la procédure de confirmation d'autorisation suite à cession, la nouvelle société doit demander la conclusion d'un nouveau contrat avec l'ARH ; ce contrat est de toute façon indispensable pour que l'application du tiers payant soit maintenue et que le nouveau gestionnaire puisse facturer ses prestations à l'assurance maladie.

Le CPOM est maintenu tel que signé initialement ; toutefois si la cession ne porte pas sur toutes les autorisations, les annexes sont revues en conséquence.

En pratique, pour ne pas entraîner de rupture de prise en charge pour les assurés sociaux (dispense d'avance des frais), la nouvelle société doit s'engager à respecter les termes du contrat conclu avec la précédente société et à déposer sa demande de confirmation des autorisations suite à la cession. La CPAM est avisée de l'engagement pris. Lorsque les autorisations sont confirmées par la COMEX, un nouveau contrat est établi.

Dans cette hypothèse, l'outil ARHGOS est modifié en conséquence. Le responsable de ces modifications est, selon le statut de l'établissement, la DDASS ou la CRAMIF.

IV– LE RENOUELEMENT DES CONTRATS

La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation 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.¹³

Le rapport final est adressé au plus tard 6 mois avant l'échéance du contrat.

Les contrats dits « allégés » sont renouvelés selon les mêmes modalités que celles retenues pour la contractualisation soit :

- Pour les cabinets de radiologie libéraux, la DRASSIF, Madame Geneviève ANTOINE,
- Pour les centres de radiothérapie libéraux, la DRASSIF, Madame Geneviève ANTOINE,
- Pour les laboratoires privés exerçant une activité d'AMP/DPN, l'ERSM, Madame le docteur ASTIER,
- Pour les sociétés non gestionnaires d'établissement de santé (4), titulaires d'une autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle obtenue par transmutation d'un appareil d'angiographie numérisée, l'ERSM, Madame le docteur TORRE.

Ils sont déposés sur PARHTAGE par le correspondant au niveau régional.

¹³ Article L 6114-1 du code de la santé publique