

DIR/N° 081/IV/2005

HOPITAL LOCAL DE PRADES

\*\*\*\*\*

ARRETE COMPLETANT LES ARRETES DU  
05 JANVIER 2004 ET DU 10 FEVRIER 2004  
FIXANT LA LISTE DES MEDECINS AUTORISES  
A DISPENSER DES SOINS DE COURTE DUREE  
EN MEDECINE ET DE LONGUE DUREE

Affaire suivie par :  
M. LAMARD

\*\*\*\*\*

☎ : 04.68.81.78.54  
Fax : 04 68 81 78 87

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE  
L'HOSPITALISATION LANGUEDOC-ROUSSILLON

- VU Le décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et modifiant le Code de la Santé Publique ;
- VU L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;
- VU Le décret n° 97-144 du 14 février 1997 pris en application de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et modifiant le Code de la Santé Publique ;
- VU Le Code de la Santé Publique, Livre VII, articles R 711-6-9 et R 711-6-10 relatifs à l'activité dans les hôpitaux locaux ;
- VU L'arrêté de Madame le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation DIR/N° 005/I/2004 du 5 janvier 2004 rectifié par l'arrêté DIR/N° 038/II/2004 du 10 février 2004 fixant la liste des médecins autorisés à exercer leur art à l'Hôpital Local de PRADES pour une durée de CINQ ANS ;
- VU L'avis de la Commission Médicale d'Etablissement du 20 octobre 2004 ;
- VU La délibération n° 2005/03 du Conseil d'Administration de l'Hôpital en date du 27 janvier 2005 ;
- SUR Proposition du Conseil d'Administration ;

072

**ARRETE**

Article 1<sup>er</sup> : L'arrêté DIR n° 005/I/2004 du 05 janvier 2004 rectifié par l'arrêté DIR N° 038/II/2004 du 10 février est complété comme suit :

Les articles 1 – 2 -3 et 4 sont sans changement.

Article 5 : En application de l'article R 711-6-18 modifié par le décret n° 97-144 du 14 février 1997 Monsieur le Docteur DELCOR Yves est désigné médecin responsable de la coordination des activités médicales, de l'organisation de la permanence médicale, de jour comme de nuit, et de la mise en œuvre de l'évaluation des soins.

Article 6 : Madame. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le Président du Conseil d'Administration et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin des Actes Administratifs de la Préfecture de Région et au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture des Pyrénées-Orientales.

MONTPELLIER, le **15 AVR. 2005**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE  
L'HOSPITALISATION DU LANGUEDOC-ROUSSILLON

Copie certifiée conforme à  
l'original présenté.

Perpignan, le **21 AVR. 2005**.....



L'inspecteur  
de l'Action Sanitaire et  
Sociale

M. LAMARD



**DOTATION DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX  
RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON**

**Décision conjointe de financement n°20  
du 18 avril 2005**

**Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon,**

Vu les articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;  
Vu l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;  
Vu le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux ;  
Vu le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé ;  
Vu l'arrêté ministériel du 25 février 2004 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2004 ;  
Vu la circulaire MIN/DHOS//DSS//CNAMTS n° 610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé ;  
Vu la circulaire inter-régimes n° 175/2002 du 30 décembre 2002 ;  
Vu la convention conclue le 27 novembre 2002 entre le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et son avenant du 31 mars 2003 ;

Considérant la demande de financement déposée par l'association médicale du Vallespir auprès du guichet unique le 4 juin 2004 ;

**Décident :**

**ARTICLE 1 :**

Un financement est attribué dans le cadre de la Dotation de Développement des Réseaux au réseau de prise en charge des soins non programmés en Vallespir, sis Route de San Pluget, 66 400 CERET et représenté par Madame Jocelyne DALIGAUX-BARBIER, Présidente de l'association.

Numéro d'identification du réseau : 960910156

Thème du réseau : Permanence des soins et urgences en zone rurale isolée

Zone géographique : zones de Amélie les Bains, Prats de Mollo, Saint Laurent de Cerdans, Céret et Fourques

074

## **ARTICLE 2 :**

Le montant total du financement accordé est de 350 000 euros pour l'année 2005.

Le financement est versé au réseau sous forme d'un forfait global décliné en tant que de besoin en sous-forfaits. Les versements seront effectués sous réserve de la disponibilité des crédits.

## **ARTICLE 3 :**

Les modalités de versement du forfait global ainsi que les conditions de suivi et d'évaluation du réseau sont prévues à l'annexe jointe.

La caisse d'assurance maladie des Pyrénées Orientales est chargée d'effectuer les versements. Elle est destinataire de la présente décision, pour sa mise en œuvre après signature d'une convention de financement entre son directeur, son agent comptable et le promoteur du réseau.

## **ARTICLE 4 :**

Les directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou tout autre mandataire de leur choix, pourront procéder ou faire procéder à tout moment à un contrôle sur pièces et sur place et à une vérification de l'utilisation du financement attribué, tant en ce qui concerne la réalisation des objectifs que la destination des fonds.

## **ARTICLE 5 :**

En cas de non respect des engagements souscrits par le promoteur, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM peuvent prendre une décision conjointe de suspension des versements, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et précisant les motifs. A compter de la notification de la suspension, le réseau disposera d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

A défaut de régularisation dans le délai imparti, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM auront la faculté de décider conjointement le retrait de la décision de financement, par lettre recommandée avec accusé de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

## **ARTICLE 6 :**

La présente décision prend effet à la date de sa conclusion et prendra fin le 31 décembre 2005. Un rapport d'évaluation sera remis par le réseau aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM à cette date.

075

Toute modification des conditions ou des modalités d'exécution de la présente décision définie d'un commun accord entre les parties fera l'objet d'une décision modificative.

**ARTICLE 7 :**

La présente décision ainsi que ses éventuelles décisions modificatives seront publiées au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région, d'une part, et de la Préfecture du département dans lequel se situe le siège du réseau.

Fait à Montpellier en trois exemplaires le 18 avril 2005



**Dominique Létocart**  
Le Directeur de l'URCAM



**Catherine Dardé**  
Le Directeur de l'ARH

**Annexe**

Modalités de versement du forfait global et conditions de suivi et d'évaluation du réseau.

076

## **DOTATION DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON**

### **Annexe à la décision conjointe de financement n°20 du 18 avril 2005**

~

#### **Modalités de versement du forfait global Conditions de suivi et d'évaluation du réseau**

##### **ARTICLE 1 : DESCRIPTIF DU FINANCEMENT ATTRIBUÉ AU TITRE DE LA DDR**

La Dotation de Développement des Réseaux intervient pour le financement du réseau de prise en charge des soins non programmés en Vallespir pour un montant maximum de 350 000,00 € pour l'année 2005.

Le nombre prévisionnel de patients pris en charge dans le réseau est de 5 000 pour l'année 2005.

##### **ARTICLE 2 : MODALITÉS DE VERSEMENT DU FINANCEMENT**

Le montant total du financement accordé au titre de la DDR est de 350 000,00 euros pour l'année 2005.

Le forfait global sera versé en 4 fois selon les modalités suivantes :

- **Un premier versement de 105 000 euros** sera effectué dès la conclusion de la convention entre la caisse pivot et le réseau. Il correspond à un acompte de 70 000 euros et à un fonds de roulement de 35 000 euros.
- **Un deuxième versement de 105 000 euros** sera effectué sur demande écrite du promoteur et sur justification de consommation de l'acompte de 70 000 euros.
- **Un troisième versement de 105 000 euros** sera effectué sur demande écrite du promoteur et sur justification de consommation du versement précédent de 70 000 euros.
- **Le versement du solde de la dotation annuelle soit 35 000 euros** sera effectué sur demande écrite du promoteur et sur remise à la caisse pivot, le 10 décembre 2005 au plus tard, d'un état récapitulatif des dépenses totales effectuées et engagées en 2005 (justification de consommation du versement précédent de 70 000 euros et du fonds de roulement).

Le réseau a jusqu'au 31 décembre 2005 pour réaliser les dépenses d'investissement.

077

### **ARTICLE 3 : DÉTAIL DES DÉROGATIONS ACCORDÉES**

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'assurance maladie au titre des dispositions visées par l'article L 162-45 du CSS.

#### **Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - Soins :**

- Type de professionnel de santé : médecin généraliste coordinateur au service d'accueil des soins non programmés
- Nature de la dérogation : forfait de garde et de coordination du réseau
- Montant unitaire : 110 € par 24 heures
- Modalité de versement : mensuellement par le réseau, sur la base du nombre de gardes effectivement réalisées
- Conditions d'interruption du versement : révision du forfait lorsque les négociations conventionnelles auront abouti
- Nombre prévisionnel de professionnels concernés par la dérogation : trois
- Nombre prévisionnel de dérogations versées : 365 par an

### **ARTICLE 4 : ENGAGEMENTS DU RÉSEAU**

Le promoteur du réseau, bénéficiaire du financement, s'engage à :

- fonctionner dans le respect des dispositions prévues dans la convention constitutive, la charte du réseau et le document d'information aux patients,
- faire signer la charte du réseau et la convention constitutive par les professionnels et les établissements de santé exerçant dans le cadre du réseau ainsi que les autres membres participant à titre régulier au réseau,
- respecter les obligations et modalités prévues pour les versements successifs, l'établissement des rapports d'activité et d'évaluation,
- contribuer, en liaison avec les services de l'Etat et de l'assurance maladie, à tirer un bilan détaillé de l'activité du réseau,
- accorder un accès libre aux services habilités par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM ou au mandataire de leur choix pour procéder à toute vérification administrative, juridique ou comptable relative aux sommes versées,
- accorder un accès libre aux services médicaux de l'assurance maladie, qui interviennent notamment dans la vérification du respect des critères d'inclusion dans le réseau,
- soumettre sans délai aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM toute modification juridique, administrative ou statutaire du réseau ou de son promoteur,
- tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises,
- se tenir à jour de ses obligations et/ou cotisations sociales, fiscales et parafiscales,
- fournir à l'ARH et à l'URCAM le récépissé de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, en cas de traitements informatisés de données nominatives ; à ne pas effectuer les traitements avant l'expiration du délai de 2 mois à compter du récépissé et à fournir les observations de la CNIL dans ce délai,

078

« Guichet des Réseaux » - URCAM Languedoc-Roussillon, 515 chemin du Mas de Rochet, 34174 Castelnau-le-Lez Cedex  
Pour contacter l'URCAM : 04 67 02 92 50 / Pour contacter l'ARH : 04 67 99 86 40 / [urcam-lr.azassurance-maladie.fr](http://urcam-lr.azassurance-maladie.fr)

- autoriser l'ARH et l'URCAM à mettre en ligne sur leurs sites internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du réseau et le cas échéant créer des liens entre leurs sites et les coordonnées internet du réseau. Le promoteur disposera d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent (article 34 de la Loi Informatique et Libertés). Pour l'exercer, il devra s'adresser aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

La mise en œuvre et le respect de chacun de ces engagements sont considérés par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM comme conditions substantielles de l'octroi de la dotation.

## **ARTICLE 5 : MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU RÉSEAU POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES PATIENTS**

### Modalités d'inclusion des patients :

- respect des critères médico-sociaux d'inclusion : soins non programmés
- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la charte de qualité du réseau
- adhésion au document d'information à destination des patients

### Modalités d'exclusion des patients :

- exclusion liée au non respect des critères médico-sociaux
- refus volontaire de prise en charge par le réseau (possible à tout moment)

### Modalités d'adhésion des professionnels :

- adhésion à la charte de qualité du réseau
- prise en charge d'un patient inclus dans le réseau

### Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la charte qualité ou à la sortie du patient
- départ volontaire

## **ARTICLE 6 : MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION**

Chaque année, au plus tard le 31 mars, le réseau financé par la dotation de développement des réseaux transmet un **rapport d'activité** dans lequel il s'attache à montrer, **à partir de la tenue de tableaux de bord**, la réalité de son fonctionnement (patients pris en charge, professionnels et établissements de santé concernés...). Il fait état de l'appréciation, par le réseau, de l'intérêt médical, social et économique du système mis en place ainsi que de la qualité des procédures d'évaluation mises en place et de leur suivi. Enfin, il présente une première analyse annuelle des résultats obtenus au regard des résultats attendus.

Le rapport d'activité présente par ailleurs le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du réseau. Il retrace, le cas échéant, la part des dépenses consacrée aux rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et aux dérogations accordées.

L'analyse du rapport par l'ARH et l'URCAM permet notamment d'ajuster le montant des financements attribués en fonction de l'état du développement du réseau et des résultats budgétaires dans la limite du montant de la dotation régionale disponible.

**Un rapport d'évaluation sera impérativement remis par le réseau aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM en décembre 2005.** Au-delà des rapports d'activité précédents, il analyse le bilan des actions menées selon des critères de performance fixés a priori (indicateurs d'évaluation) : il conclue sur les causes des écarts éventuellement constatés et sur l'apport des actions du réseau au regard de l'offre de soins préexistante. Enfin, le rapport d'évaluation final retrace l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

L'ARH et l'URCAM analysent ce rapport afin de procéder à une évaluation de l'apport du réseau et des conditions de sa pérennité.

**Les indicateurs de suivi d'activité et d'évaluation finale** fixés par le réseau sont les suivants :

1. **Indicateurs de suivi** (voir tableau de bord joint)
2. **Indicateurs d'évaluation** (voir méthodologie prévisionnelle et fiche jointes).

#### **ARTICLE 7 : CONDITIONS DE MODIFICATION DES CLAUSES DE FINANCEMENT**

Si en cours d'année, les éléments contenus dans le rapport de suivi des dépenses communiqué par la caisse pivot font apparaître un décalage important avec les informations figurant dans le budget prévisionnel, un réexamen des clauses de financement pourra intervenir et donner lieu à une décision modificative.

En cas de décision de financement pluriannuelle, le budget prévisionnel de chaque nouvelle année devra être réexaminé. Au vu de ce document et du rapport d'activité annuel (année N-1) fourni à l'ARH et à l'URCAM **par le réseau**, les clauses de financement pourront être également revues et donner lieu à un ajustement, à la baisse comme à la hausse, du montant des versements pour l'année N.

Un versement supérieur à celui initialement prévu pour une année donnée ne pourra donner lieu à un montant cumulé des versements annuels supérieur à celui initialement prévu. Il sera par ailleurs conditionné par les disponibilités pour l'année de la dotation régionale de développement des réseaux.

Les ajustements éventuels feront nécessairement l'objet d'une décision conjointe de financement modificative.

## **8. EVALUATION DU RESEAU**

### **8.1 Acteurs de l'évaluation**

La mise en place d'un groupe chargé du suivi et de l'évaluation sera recherchée. Il précisera les modalités de mise en œuvre de l'évaluation sur la base des principes évoqués ci-après.

### **8.2 Modalités de l'évaluation**

La première année de mise en œuvre du réseau, l'évaluation sera réalisée par semestre, au-delà elle sera réalisée annuellement.

### **8.3 Domaines à évaluer**

L'évaluation de la plus value de santé apportée à la population sera évaluée au travers d'enquête ponctuelle de satisfaction réalisée auprès des patients.

L'évaluation de la structure se fera au moyen de la fiche « résumé de passage » au Centre.

L'évaluation de la satisfaction des professionnels sera réalisée au moyen d'enquête ponctuelle.

### **8.4 Analyse de l'évaluation et de la dimension économique**

Il semble difficile au réseau d'accéder aux informations économiques lui permettant de mesurer les économies réalisées, même si cela semble opportun en terme de transports sanitaires par exemple.

## ITEMS MINIMUM A RELEVER

Les résultats indiqués dans la colonne 2004 sont des exemples

Résultats	Exercice 2004	Exercice 2005	Exercice 2006
Nombre de passages	7 000		
	Retour à domicile après soins : 80,5%		
Orientation du patient	Hospitalisation : 17%		
	Transfert vers un autre établissement : 2%		
	Décès : 0,1%		
	Parti avant la prise en charge : 0,4%		
Type de pathologie	Orthopédie : ~30%		
	Polymédecine : ~20%		
	Chirurgie : ~20%		
	Pneumocardiologie : ~10%		
	Psychiatrie : ~2%		
Moyens de transport à l'arrivée	Moyens propres : 83,5%		
	Ambulance privée : 8,2%		
	Pompiers : 7,1%		
	Police : 1,2%		
Financement	Total DDR sur 3 ans : 962 126,5 €		
	Investissement total : 179 860 €		
	Fonctionnement : ~ 290 000 €/an		
Analyse	Rémunération de la garde des médecins sur place : 170 € / jour de garde		
	Impact sur les structures hospitalières : évolution totale N/N-1		

## 6. RESULTATS OPERATIONNELS ATTENDUS ET SUIVI DU RESEAU

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Outils à créer	Echéancier de ces actions	Indicateurs de suivi de ces objectifs, services et actions
<b>OBJECTIFS MEDICAUX ET MEDICO-SOCIAUX</b>				
Optimiser la prise en charge des soins non programmés	Pérenniser l'existence de Centre médicalisé de prise en charge		Nécessaire à l'effectivité du réseau	Assurer le « recrutement » des médecins généralistes nécessaires
<b>OBJECTIFS ECONOMIQUES</b>				
Mise en places de moyens	Recrutement de personnel	Acquisition de matériels	Préalablement à l'effectivité du réseau	Justificatifs
<b>OBJECTIFS ORGANISATIONNELS</b>				
Améliorer la circulation de l'information entre les acteurs	Réalisation de campagne d'affichage, d'informations		Avant et pendant	
Améliorer l'information des usagers	Réalisation de campagne d'affichage, d'informations		Avant et pendant	
<b>OBJECTIFS QUALITE</b>				
Améliorer par la médicalisation la qualité de la prise en charge	Promouvoir la formation des médecins généralistes à l'urgence		En routine	Séances de formation au sein de Centre autorisés

**ANNEXE 2: RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS EN VALLESPİR**  
**BUDGET PRÉVISIONNEL 2005 DÉTAILLÉ**  
**DÉCISION CONJOINTE DE FINANCEMENT N°20 DU 18 AVRIL 2005**

	Montant en euros			Financiers et taux de financement	
	2005			Financiers	Taux (%)
<b>EQUIPEMENT<sup>1</sup></b>	<b>48 176</b>			<b>DDR</b>	
Achats d'équipements informatiques	2 741				
Matériel de bureau, mobilier	6 470				
Matériel médical	38 965				
Amortissement					

	1 824			DDR	
<b>SYSTEME D'INFORMATION<sup>1</sup></b>	<b>1 824</b>			<b>DDR</b>	
Coût de production ou d'acquisition de logiciels	1 824				
Frais d'hébergement sur serveurs					
Frais de sous-traitance (location et maintenance informatique...)					
Coûts annexes					

	259 850			DDR	
<b>FONCTIONNEMENT</b>	<b>259 850</b>			<b>DDR</b>	
Charges de personnels salariés					
Vacations hors professionnels de santé libéraux (psychologue, assistante sociale...) ( <i>à détailler</i> )					
Honoraires hors professionnels de santé libéraux					
Prestations extérieures (sous-traitance) : mise à disposition de personnels salariés de la clinique du Vallespir					
Personnel infirmier (2 ETP)	70 196			DDR	
Personnel aide-soignant (3 ETP)	78 051			DDR	
Loyers					
Frais de secrétariat					
Forfait global frais généraux (fournitures, postes, EDF, maintenance, assurances, loyers, entretien, taxes, ...)	49 210			DDR	
Consommables médicaux du CAPS	62 393			DDR	
Frais de déplacement					
Missions					
Frais de réunions					
Conférences					
Séminaires					

<b>FORMATION</b>					
Coût pédagogique					
Indemnisation des professionnels					
Frais de déplacement et d'hébergement					
Locaux					
Matériel nécessaire à la formation					
Sous-traitance					

<sup>1</sup> Préciser amortissement ou investissement

<b>EVALUATION</b>					
Frais de sous-traitance					
Suivi interne					

<b>ETUDES ET RECHERCHE</b>					
Frais de sous-traitance : frais de dossier					

<b>REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - HORS SOINS</b>					
Forfaits de garde et de coordination du réseau :					
Indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation					
Indemnisation pour l'élaboration de référentiels					
Indemnisation pour la participation à un groupe de travail					
Indemnisation pour le remplissage du dossier médical et/ou carnet de suivi					
Autres (Astreintes)					

<b>REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - SOINS</b>	<b>40 150</b>			<b>DDR</b>	
Majorations d'actes					
Actes de prévention					
Actes de soins hors nomenclature					
Autres (forfait de gardes)	40 150			DDR	

<b>DEROGATIONS POUR LES PATIENTS</b>					
Exonération du ticket modérateur					
Forfait majoration TIPS					
Forfait hors TIPS					
Autres					

<b>COMMUNICATION</b>					
Imprimerie					
Frais postaux					

<b>TOTAL INVESTISSEMENT</b>	<b>50 000</b>			<b>DDR</b>	
<b>TOTAL FONCTIONNEMENT</b>	<b>300 000</b>			<b>DDR</b>	
<b>TOTAL FINANCEMENT DDR</b>	<b>350 000</b>			<b>DDR</b>	