

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-110 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise pour l'exercice 2012

N° FINESS (H) : 600 101 984
N° FINESS (usld) : 600 107 478

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 et les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

47

fr

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 6 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAITS

Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés à :

4 729 129 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;
144 989 € pour le forfait annuel relatif à l'activité de prélèvement d'organes ;

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 2 896 034 €, dont :

2 896 034 € au titre de la DAF SSR ;

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à 2 272 006 €.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à 13 404 271 €, dont :

7 960 567 € au titre des missions d'intérêt général,
5 443 704 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1^{er} de l'article L. 1435-8 et du 3^{er} de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à 810 438 €, pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 7 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de région et de la Préfecture de l'Oise.

Article 8 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 - 54035 Nancy Cedex.

Article 9 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Fait à Amiens, le 19 AVR. 2012

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

Céline VIGNE

COPIE CONFORME



Etablissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour de document

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Equipes mobiles de soins palliatifs / EMSP**

Base réglementaire : Ordonnance du 4 septembre 2003
Circulaires N°DHOS02/0205/02098 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont la portée est représentée par la mise en place généralisée de réseaux de soins palliatifs connectés et des équipes mobiles de soins palliatifs
Circulaire N°DHOS02/0205/02095 du 26 mars 2004 relative à l'organisation des soins palliatifs
Plan de santé publique, programme de développement des soins palliatifs 2009-2012 inscrit dans la circulaire N°DGOSR12011/25 du 30 mars 2011 relative à la campagne nationale 2011 des établissements de santé

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement : File active de plus de 400 patients

1 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état
1 ETP psychologue
1 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 493 900 €

2) Base de financement : File active entre 260 et 400 patients

1,5 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
1 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 419 100 €

3) Base de financement : File active de moins de 260 patients

1 ETP personnel médical
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
0,5 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 338 700 €

Etablissements	Base au MIG ou OUM/2012	Mesures acquies 2012		Base Reconnue au 31/03/2012
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Nombre d'interventions totales de l'EMSP assurées au terrain :						
Nombre d'interventions de l'EMSP :						
- en intra-hospitalier :						
- en extra-hospitalier :						
- à domicile :						
Nom des structures où intervient l'EMSP :						
Nombre de patients pris en charge :						
Montant des recettes TVA issues des consultations :						
Autres recettes, à préciser :						
Existe-t-il une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ?						
Et est-elle la dite "observatoire, réseaux" ?						
Existe-t-il une collaboration avec les unités de soins palliatifs ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec les ES ayant des USP ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec une HAD ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec des structures médico sociales ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
Existe-t-il d'autres collaborations ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
L'EMSP intervient-elle au domicile du patient ?						
Ces interventions sont-elles formalisées ?						
Observations, remarques :						

Efficacité dédiés aux Equipes mobiles de soins palliatifs

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Personnel médical (1)						
ETP Psychologue (1)						
ETP infirmier diplômé d'état (1)						
ETP autres personnels (1)						
Charges de personnel des ETP Personnel médical (2)						
Charges de personnel des ETP Psychologue (2)						
Charges de personnel des ETP infirmier (2)						
Charges de personnel des ETP autres personnels (2)						
Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec une unité d'ambulatoire ?						
Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec un réseau (équipes partagées) ?						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur terrain
(2) : Elements alloués : masses salariales correspondantes pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Données d'implémentation de l'EMSP après validation initiale :						
- en hospitalier :						
- dans un autre établissement :						
Nombre de missions de formation continues réalisées au sein de l'établissement :						
- en dehors de l'établissement :						
Autres actions d'accompagnement :						
Observations, remarques :						

Objectifs : Développer la culture de la prise en charge des soins palliatifs au même nombre et dans les établissements médico sociaux.



Etablissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour de document

**CONTRAT PLURIANNUÉL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDSSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.

Périmètre de financement :	La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne pouvant relever du dispositif de PDSSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSSES.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR Pour les établissements de santé privés : - 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDSSES signé par l'établissement.
------------------------------------	---

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
			du 10/01/2012 au 31/03/2012

Evaluation annuelle

Activité	Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDSSES et des crédits y afférant.
-----------------	---

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 0h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

82

82



Etablissement évalué :
Date d'évaluation :
Mise à jour du document :

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
CENTRES DE COORDINATIONS CANCEROLOGIE (3C)**

Base réglementaire : Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
Circulaire DHOS-F-DSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie
Circulaire N° DGOS/R12011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé
Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCA) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22.02.2005

Critères d'éligibilité : C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement. Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financés au titre des MIG soit environ 800 établissements publics et privés.
Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).

Périmètre de financement : La mission du 3C est d'assurer la qualité en cancérologie, pour ce faire il :

- Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'optimisation de la prise en charge des patients atteints de cancer
- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue
- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé
- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. Indicateurs Qualité IPAQSS)
- Recueille et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)
- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches

La dotation MIGAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions.

Critères de compensations : Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisés au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C. In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée à minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut être infirmier, cadre de santé, qualifié, etc.) d'un temps secrétaire et d'un temps de personnel formé à la qualité (il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé pénales du 3C).
Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ces frais peut ainsi se baser sur l'application annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.
Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financés par les tarifs de prestation).

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	MR	
PHSD	1 121 536,00			1 121 536,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage		
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une RCP avant la mise en route du primo traitement (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'une RCP / Nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant une fiche RCP informatisée (Nombre de fiches RCP informatisées / nombre total de dossiers patients enregistrés en RCP)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel que défini dans les recommandations INCA/Ligue contre le cancer (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce / nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre de patient ayant bénéficié d'un PPS au décours de l'annonce du diagnostic / Nombre total de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce)				

Qualité	Remarques	
	2011	2012
Existence d'un programme annuel des actions du 3C		
Remplissage du tableau du bord annuel et transmission au RRC		

Objectifs : Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer.
La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.
Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonnes pratiques, remise du programme personnalisé de soins - PPS - accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).
Le 3C n'a pas vocation à être affecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients

-83-



Etablissement évalué :
Date d'évaluation :
Mise à jour du document :

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
LES UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES**

Base réglementaire : Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
Art L.8112-1, 12°, et R. 8112-14 à R.8112-27 du CSP ;
Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;
Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ;
Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ;
Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale

Critères d'éligibilité : Cette MIG constitue le financement d'une mission de service public (MSP). Son éligibilité est donc liée à l'attribution de la MSP correspondante « Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décrets (12° de l'article L.8112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).
Outre le régime d'attribution des MSP, le critère supplémentaire d'éligibilité est que les UCSA doivent être implantées en milieu pénitentiaire, rattachées à un pôle hospitalier MCO et faisant l'objet d'un protocole au sens de l'article R6112-18 du code de la santé publique : un protocole est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné après avis du conseil de surveillance.

Périmètre de financement : Ne relèvent pas d'un financement au titre de cette MIG les activités d'hospitalisation d'une autre MIG (UHSI - unités hospitalières sécurisées interrégionales) ou d'une autre source de financement (UHSA - unités hospitalières spécialement aménagées).
La dotation MIGAC couvre les surcoûts non financés par d'autres recettes comme les recettes d'activité (tarifs pris en charge par l'assurance maladie, ticket modérateur, forfait journalier).

Critères de compensations : La dotation doit être calculée selon le schéma suivant :

- Nombre de places compris entre 70 et 200 :
1,3 ETP de PH + 4ETP d'IDE + 0,6 ETP de préparateur en pharmacie + 0,8 ETP de secrétaire (hors frais de structure), le forfait de base s'élève à 380 000€.
- En deçà de 70 places :
Un demi-forfait est alloué, soit 190 000€.
- Au-delà de 200 places :
Le forfait de base est « proratisé » à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire.

Le % des frais de structure est fixé à 20%.
Le forfait de base ainsi déterminé est minoré des recettes de titre 2 (estimées à 130€ par place en moyenne - cette somme peut être revue par agence en fonction notamment des données issues des retraitements comptables des établissements).

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	MR	
PHSD	1 121 536,00			1 121 536,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage		
- Nombre de consultations de médecine générale				
- Nombre de consultations de médecine spécialisée				
- Nombre de consultations dentaires				
- Ffê active totale				

Qualité
Utilisation du rapport annuel d'activité détaillé de l'UCSA

Observations, remarques : Peut être mesurée le recrutement effectué et les actions de formation des personnels réalisées (cette MIG est attribuée 6 mois avant le début d'activité)

Objectifs : L'objectif est d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population au travers des consultations et des soins prodigués dans l'unité placée en milieu pénitentiaire.
Sont concernés : la médecine générale, les soins infirmiers, les soins dentaires, les consultations spécialisées, la réalisation d'exams de laboratoire et de radiologie, et la dispensation de médicaments, les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles, ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation de la santé.

-8-



Etablissement évalué
Date d'évaluation :
Mise à jour du document :

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les chambres sécurisées pour détenus**

Base réglementaire : Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
Articles R. 8112-14 à R.8112-27 du CSP
Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;

Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale
Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale
Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

Critères d'éligibilité : Cette MIG constitue le financement d'une mission de service public (MSP). Son éligibilité est donc liée à l'attribution de la MSP correspondante « Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret » (12° de l'article L.8112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).
Outre le régime d'attribution des MSP, le critère supplémentaire d'éligibilité est le respect des cahiers des charges et la procédure d'autorisation décrite dans la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

Pour obtenir la dotation MIG il faut qu'un dossier ait été constitué et que les démarches de mise en conformité aient été initiées.

Périmètre de financement : Le financement des chambres sécurisées n'est pas un financement de l'ensemble des coûts de fonctionnement de ces chambres et du coût de prise en charge des personnes détenues qui y sont accueillies. Il ne vise qu'à compenser les surcoûts liés à l'organisation particulière de la prise en charge médicale et soignante des personnes qui y sont accueillies et la mobilisation de ces capacités d'hospitalisation.
Une autre dotation forfaitaire de 15 245 € par chambre est allouée par le Ministère de la Justice en plus de la MIG. Cette dotation permet le financement des travaux de sécurisation.

Critères de compensations : Il est proposé de corréler le financement au nombre de chambre sécurisée au travers d'un forfait par chambre. Ce forfait est calibré comme suit :
• 0,1 ETP de médecin sénior / chambre soit 10 400€
• 0,8 ETP d'infirmier / chambre soit 27 600€

A ces surcoûts de personnel (38 000€) s'ajoutent les surcoûts en exploitation courante évalués à 20% du total des surcoûts de personnel soit un total de 45 600€ par chambre sécurisée.
Il est rappelé que ce montant vient en sus des recettes d'activité.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage

Observations, remarques :

Objectifs : L'hospitalisation de courte durée prévisionnelle ou en urgence des personnes détenues s'opère en principe au sein de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA. Cette hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée et à la condition que l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation dans un service spécialisé (réanimation par exemple).

Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé en annexe de la circulaire du 13 mars 2006. Leur implantation doit répondre aux critères suivants : implantation au sein des services dits d'aigus de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage. A l'initiative de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier la ou les chambres sécurisées par rapport aux autres, leur aspect extérieur doit être banalisé.



Etablissement évalué
Date d'évaluation :
Mise à jour du document :

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les structures d'études et de traitement de la douleur chronique**

Base réglementaire : Instruction N°DGOS/PPF22011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Critères d'éligibilité : Toutes ces structures doivent être conformes au cahier des charges mentionné dans l'instruction DGOS/PPF22011/188 du 19 mai 2011 et avoir été identifiées par leurs ARS de rattachement afin de bénéficier d'un financement pour leurs missions d'intérêt général et en particulier au titre des consultations longues et pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires. Le seuil d'activité de 500 consultations médicales externes annuelles fait partie de ces critères.

Périmètre de financement : Le montant de la dotation accordée à une structure doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs.
Cette MIG finance les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles. Les recettes issues des activités de consultations externes (codées au titre de consultations médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG.

La MIG finance de plus les actions suivantes : les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « innovatrices » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.

Les activités concernant les patients hospitalisés et décrites à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chronique » et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs initiales par les soins).

Les structures peuvent de plus percevoir le MERR notamment variées (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la rec

Critères de compensations : L'indicateur de référence est le nombre annuel de consultations médicales externes. Ainsi les consultations ou avis médicaux réalisés auprès de patients hospitalisés ne seront pas pris en compte (ils sont déjà inclus dans les GHS). La dotation est calculée selon les principes suivants :
- En dessous de 500 consultations médicales externes par an, y compris assurées par le biais de coopération inter-établissements et de prestations avancées (instruction du 19 mai 2011, annexe 4) aucun financement n'est proposé et la structure ne peut pas être identifiée par son ARS (critère 5 du cahier des charges du 19 mai 2011).
- de 500 à 1000 consultations médicales externes par an, le forfait de base proposé pour un fonctionnement satisfaisant est de 0,8 ETP de praticien hospitalier, et pour le personnel non médical de 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et de 0,5 ETP de secrétaire. Soit un montant de base estimé à 140 000 euros calculé sur le coût moyen complet (salaires moyens chargés) des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2% (chiffre actualisé 2012).
- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4.
- Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 01/01/2012
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage

Observations, remarques :

Pour les centres, le nombre annuel de RCP est totalisé et la part de personnels médicaux propres à la structure ou mis à disposition est prise en compte. La file active est comparée au nombre de consultations (un ratio inférieur à 3 témoigne d'une activité ponctuelle de recours ou hors douleur chronique plus que d'un suivi des patients douloureux chroniques).
Le nombre annuel de consultations de psychologue et d'IDE, dont la fragilité au sein de la SDC est obligatoire, est comparé au nombre de consultations médicales afin d'évaluer la qualité de la prise en charge pluriprofessionnelle.
La part de personnel formé à la prise en charge de la douleur (DESC ou Capacité pour les médecins, diplôme d'université pour les IDE et éventuellement psychologue) est prise en compte.
Une partie de ces indicateurs a vocation à intégrer le bordereau « politiques nationales » de la statistique annuelle d'activité (SAE) des établissements de santé pilotée par la DREES.

Objectifs : Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont des structures à haut niveau : consultations et centres. Les consultations assurent une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PPF22011/188 du 19 mai 2011.

Les centres assurent de plus une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Une partie du personnel des centres est affectée en propre (et non mise à disposition). Les structures de type centre contribuent à la recherche, à l'enseignement et au recueil épidémiologique. Elles peuvent proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise et sont alors répertoriées à ce titre. Elles organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les cas complexes.



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer

Base réglementaire :	Art. D.8124-48 CSP Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Sont éligibles les établissements publics et privés autorisés en obstétrique ou aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Le périmètre de financement est strictement égal au remboursement des frais liés à la participation de psychologues au sein des maternités. A noter que cette participation n'équivaut pas à un équivalent temps plein.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le calcul économique de la dotation est basé sur le nombre d'ETP intervenant au sein des maternités. En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0,2 et 0,8. A des fins de calculs plus fins de la dotation par les ARS, il est loisible d'utiliser la SAE permettant de déterminer le nombre d'ETP à financer. Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n. Puis dans un second temps, pour connaître la ventilation entre M C et O, il convient de se référer à la répartition de 2008 et d'en déduire une clé de répartition (2008 est la dernière année où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique). Enfin, il suffira d'appliquer cette clé au nombre d'ETP en MCO et d'en déduire le nombre d'ETP de psychiatre à financer.
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'interventions (dans le cadre des modalités de recours pré-définies)				
Existence de liens avec les spécialistes du soin psychique (service de psychiatrie, unité mère-enfant, psychiatres libéraux...)				

Objectifs :	<p>La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité. Le rapport Molénat (2004) a mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents sans qu'il soit toujours nécessaire de faire appel à un psychiatre ou un pédopsychiatre.</p> <p>Le psychologue intervient directement auprès des femmes et de leur famille selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, mais aussi en soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance. Enfin, il assure un relais avec les spécialistes du soin psychique.</p> <p>Les besoins en psychologues sont notamment fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an) - De la complexité de la prise en charge o Type de maternité o Assistance médicale à la procréation <p>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.</p>
--------------------	---

- 87 -



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations hospitalières d'addictologie

Base réglementaire :	Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive. Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établissements dotés d'un service d'urgence ; - Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment). <p>Par ailleurs le choix de l'établissement doit s'établir au regard d'une cohérence territoriale, c'est-à-dire que devra être pris en considération l'offre déjà présente sur le territoire dans la prise en charge des addictions.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Au préalable il convient de différencier cette mission (et donc les actions financées à ce titre) de la mission « équipe de liaison en addictologie ». Cette dernière ne porte que sur la formation et l'assistance aux soignants, et n'attrait pas aux prises en charge directe des patients.</p> <p>La dotation MIG contribue au financement des surcoûts incompressibles non financés par les tarifs des CHS, ou par les subventions éventuellement reçues. Elle exclut les dépenses ne relevant pas d'activités dispensées dans le champ MCO.</p> <p>Doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation les frais de personnel (la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire) ainsi que les coûts de structure inhérent à la mission, déduction faite des recettes tarifaires issus des consultations.</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Les critères permettant de calculer le montant des crédits à notifier sont les suivants :
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
file active				
délai moyen pour un premier rendez-vous				
délai moyen pour un rendez vous en urgence				
nombre de consultations individuelles				
type d'activités collectives				

Objectifs :	<p>Les missions des consultations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueillir traiter et orienter les patients dans le dispositif d'addictologie - prise en charge des patients ayant une conduite addictive - proposer une prise en charge aux patients ayant un usage à risque ou nocif - assurer des consultations pour des groupes spécifiques - participation aux activités de l'établissement en lien avec l'addictologie : actions de prévention, de recherche clinique, de formation.
--------------------	---

- 88 -



Etablissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour du document

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations mémoires

Base réglementaire :	Circulaire N°DGOS/DGCS/DSS/R4/MC3/2011/304 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.
Critères d'éligibilité :	Peuvent bénéficier de ce financement les consultations mémoire rattachées à un établissement de santé MCO qui répondent au cahier des charges annexé à la circulaire d'octobre 2011. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges) suite à une procédure de labellisation. En cas d'offre insatisfaisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement :	Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies, les consultations mémoire sont financées par la dotation dotation. Relèvent d'un financement MIGAC les surcoûts des structures de diagnostic de la maladie d'Alzheimer respectant le cahier des charges figurant dans la circulaire de 2011. Ces consultations mémoires constituent le premier niveau du dispositif gradué de diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relève d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG. Dans ce cadre, l'établissement de santé ne peut facturer à l'assurance maladie qu'une seule consultation spécialisée (CS) lorsque la consultation est assurée par un médecin spécialiste ainsi que des consultations cotées C2, C2, 5 et C3 concernant des avis ponctuels. L'établissement ne peut facturer d'acte technique codé ALQP006 (bilan cognitif), ces derniers étant, dans le cadre des consultations mémoire, réalisés par des neuropsychologues financés sur les crédits MIG attribués.
----------------------------	--

Critères de compensations :	Pour une file active annuelle de 150 nouveaux patients et une file active comprise entre 200 et 400 patients référencés dans la Banque Nationale Alzheimer, il est proposé le calibrage suivant : - un mi-temps de gériatre ou/et neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre - 0,7 ETP de PH - des compétences de neuropsychologue, psychologue ou orthophoniste formé à la psychomotricité et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants - un temps de secrétariat chargé de l'accueil et du recueil des données d'activité pour la Banque Nationale Alzheimer - 1 ETP agent administratif Si le nombre de bilans neuropsychologiques demandés par les consultations mémoire libérales tracé dans la BNA est supérieur à 50 par an : ajouter au modèle 0,2 psychologue soit 1,2 ETP. Les frais de structure sont estimés à 20% des frais de personnel. Le forfait de base allant donc 188 160 €. Ce forfait est minoré par les recettes de libre 2 si la file active est de 500 patients (300*23€)=6900€. Au total, le montant moyen est de 181 260€.
-----------------------------	---

In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la ma

ETP	Coût moyen structure
PH	69 000
Agent administratif	5 000
Psychologue	58 000
Total personnels	156 800
20% structure	31 360
Montant de base	188 160
Recettes libre 2 file active 300 patients	6 900
Total compensation	181 260

ETP	Coût moyen structure
ETP Psychologue supplémentaire et bilan neuro psychologique demandés par la ville dépasse les 50 bilans	11 200
Total compensation	192 460

Ces données ne sont données qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune manière une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il revient de définir l'équipe adaptée à l'établissement et de calibrer l'effectif nécessaire. L'ARS devra en fonction de l'évaluation, ajuster les bases MIG correspondantes.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R au 31/12/2012

Evaluation annuelle

Elle sera basée sur :	Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire extrait des données de la BNA
Observations, remarques :	

Objectifs :	Les consultations mémoire créées par le premier plan Alzheimer 2001-2004 sont des consultations pluridisciplinaires dont les missions principales consistent à diagnostiquer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Leurs missions sont décrites dans un cahier des charges annexé à la circulaire de 2011.
-------------	--

82



Etablissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour du document

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 76 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement. En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine) En cas d'offre insatisfaisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédiés).
----------------------------	---

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service. Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).
-----------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de nouvelles implantations				
Nombre d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant. L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine : 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ; 2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres professionnels de santé ; 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données relatives à l'état de santé d'un patient ; 4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ; 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au trois
-------------	--

92



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

Les actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 CSS à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués dans le cadre de l'activité de greffe

Base réglementaire :	Articles L162-1-7, L162-1-7-1 et L321-1 du CSS Circulaire du 23 décembre 2009 relative aux règles de facturation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie non inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale.
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p><u>Établissements concernés :</u> Seuls les établissements de santé, publics et privés, peuvent bénéficier d'une dotation MERRI au titre des actes HN. Cette dotation leur permet de financer les actes HN qu'ils réalisent au profit de leurs patients qu'ils ne peuvent leur facturer. Les laboratoires privés ne sont pas éligibles à la dotation MERRI mais peuvent facturer les actes HN à leurs patients, conformément à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoire et l'assurance maladie.</p> <p><u>Actes HN concernés :</u> Le référentiel des actes de biologie maintenu par le CHU de Montpellier est une grille de hiérarchisation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie hors nomenclature (HN). Plusieurs types d'actes sont présents dans cette grille : - Des actes qui ont vocation à rejoindre la NABM et ou la CCAM ; - Des actes en BHN relevant du recours (ex : typage de leucémie aigüe), faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien ; - Des actes en BHN issus de la recherche, relevant de l'innovation, pour lesquels l'intérêt clinique reste à préciser et faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien. Le but est de faire la différence entre d'une part un acte médical innovant, potentiellement Le référentiel a été mis à jour le 10/11/11 afin de prendre en compte : - D'une part, les observations de la CNAM concernant les actes dont la présence ne se justifie pas en raison de leur inscription à la NABM ; - D'autre part, les actes d'anatomo-pathologie intégrés à la CCAM. A noter que cette intégration aura une incidence sur le coût des séjours. Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI (exemples des actes : - Un code « 0 » au regard des actes non éligibles à la dotation MIG HN ; - Un code « 1 » au regard des actes éligibles. Les établissements ex DG doivent recueillir ces actes dans l'outil FICHSUP mis en ligne sur le site de l'ATIH, lequel recense : - Le nombre, par code, d'actes réalisés pour les patients de l'établissement ou d'autres établissements et laboratoires ; - Le montant total des actes facturés à l'encontre d'un autre établissement ou d'un laboratoire - Les montants payés par les établissements demandeurs.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La dotation MERRI « HN » est destinée à financer les charges qu'un établissement engage en réalisant des actes hors nomenclature pour ses patients hospitalisés ou consultants externes. Elle exclut donc les recettes obtenues en paiement des factures émises à l'encontre d'autres établissements ou laboratoires privés demandeurs de ces actes, dans le cadre de prestations inter établissements ; elle exclut également les subventions ou autres produits.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des actes ou prestations HN, déduction faite des recettes éventuelles obtenues par ailleurs (facturation des prestations inter établissements, subventions éventuelles...). Ces surcoûts peuvent être déterminés sur la base des tarifs calculés à partir de la comptabilité analytique. Étant allouée dans le cadre d'une enveloppe nationale, elle peut-être évaluée soit au prorata du total des charges nettes majorées des établissements (cf. retraitement comptable), soit au prorata de l'activité décrite par les établissements ex DG dans FICHSUP.
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
charges prises en compte et recettes déduites, nombre d'actes réalisés...				

Observations, remarques :

Objectifs :	Les actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils figurent sur les nomenclatures prévues à cet effet : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes dentaires, la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour les examens de biologie et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes d'anatomo-cyto-pathologie (ACP). Les actes n'y figurant pas sont dits « hors nomenclature (HN) » ;
--------------------	---

Handwritten signature



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 CSP

Base réglementaire :	La loi d'orientation n°99-657 du 29 juillet 1999 : relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>L'inscription à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1).</p> <p>L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation ; - Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ; - Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ; <p>Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.</p> <p>In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	relèvent du financement les activités de facturation de soins aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, lors d'hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences. L'intitulé de la MIGAC cible les PASS. Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'examens radiographiques pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'identifier et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission. Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précaires en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantifié national).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associés aux moyens dédiés en ressources humaines (l'équipe est a minima composée d'un ETP d'infirmière et un ETP d'assistant social) auquel s'ajoutent les frais de structure de l'entité (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). Dans des cas particuliers (PASS bucco-dentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examen est intégré dans le budget.</p> <p>Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport pourront être intégrés. Il convient alors de déléguer ce qui relève du sanitaire (ce que la MIG doit financer) et du social dans les dépenses générales, puisque le travail s'effectue le plus souvent en étroite coopération avec le secteur associatif. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R
		PR	MP

Evaluation annuelle

Activité
Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'accomplissement de cette mission, trois types d'indicateurs méritent d'être intégrés dans cette évaluation. Ils portent sur :

l'activité réalisée dans les PASS mesurée en nombre de patients pris en charge ou en nombre d'actes effectués (entretiens, démarches...); Les moyens effectivement présents dans le dispositif en termes de personnel dédié ;	2011	2012	Evolution 2011/2012	
	En nombre	En nombre	En nombre	En pourcentage

Observations, remarques :											
Qualité											
	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th colspan="2">Remarques</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <th>2011</th> <th>2012</th> </tr> </table>		OUI	NON	Remarques					2011	2012
	OUI	NON	Remarques								
			2011	2012							
Le respect des bonnes pratiques de fonctionnement et d'intégration dans l'environnement social et sanitaire (par exemple : installation et fonctionnement du comité de pilotage, réalité et nombre de partenariats formalisés, etc.)											

Objectifs :	Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'urgence, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Il conclut avec l'état des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.
--------------------	---

Handwritten signature



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements. Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique. Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes: - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités : +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+8) - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
	0,02	111 000,00

Evaluation annuelle

Qualité	OUI		NON		Remarques	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS Suivi et évaluation des mesures du plan cancer						

Observations, remarques :

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

-98



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières

Critères d'éligibilité :	C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements. Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements. Si la méthode de calcul est la même pour les secteurs ex-OQN et ex-DG, chaque secteur est considéré de façon distincte. Par ailleurs, l'APHP, l'APHM et les HCL sont chacun considérés comme un unique établissement.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées. Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences. Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs. Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010. Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE
		111 000,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage
Nombre de patients concernés						
Observations, remarques :						

Objectifs :	Pour les établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité (à savoir beaucoup de séjours CMU/CMUC/AME), la MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations.
--------------------	---

-96



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH

Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire :	Art L 6111-1 et L 6112-1 du CSP Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient Cirulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé Cirulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques Cirulaire DHOS/MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	En application de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP Ø un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients) Ø un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé Ø un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec le médecin traitant pour l'orientation Les financements ainsi alloués sont précisés dans l'avenant MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclues en Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le calcul du montant à verser est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la Ne sont considérés ici que les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012 JPE (21/2ème)
		1.659,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
File active de patient entrant dans le programme d'éducation				
Observations, remarques :				

Objectifs :	dans un cadre d'activités ambulatoires. ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le Ces actions peuvent être réalisées sous des formes très variées : consultations pluridisciplinaires,
--------------------	--

25-



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH

Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire :	Art L 6111-1 et L 6112-1 du CSP Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient Cirulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé Cirulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques Cirulaire DHOS/MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	En application de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions développées au titre de l'ETP doivent répondre à une procédure d'autorisation spécifique par les ARS. Toutes les actions d'ETP autorisées n'ouvrent néanmoins pas droit à financement. La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP en fonction du nombre de patients entrant dans un programme d'éducation dès lors que ce programme répond aux critères suivants : Ø un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients, acquisition de compétences, autonomie, qualité de vie, état de santé...); Ø un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé formés ; Ø un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec le médecin traitant pour l'orientation initiale et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital. Les financements ainsi alloués sont précisés dans l'avenant MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges) En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclues en revanche de son périmètre les actions de prévention et d'éducation réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour. Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas aux pathologies citées dans le libellé de la MIG.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le calcul du montant à verser est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation (dispositions de la circulaire DHOS/MT2A du 16 juillet 2008). Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la pathologie, de la situation du patient, des données de diagnostic éducatif initial. Il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme est, en moyenne, de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Ainsi, la prise en charge, en une année, de 200 patients par exemple, pour un programme d'éducation thérapeutique répondant aux conditions minimales de qualité énumérées ci-dessus, justifierait d'un financement de 50 000 euros, hors missions spécifiques (recours, formation, etc.) Ne sont considérés ici que les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode ambulatoire. Les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs de GHS et n'entrent pas dans le champ de la MIG. Il est rappelé que l'utilisation de l'hôpital de jour pour des séances d'éducation va à l'encontre des textes sur les activités « frontalières » entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
File active de patient entrant dans le programme d'éducation				
Observations, remarques :				

Objectifs :	Développer les actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients atteints de maladies chroniques dans un cadre d'activités ambulatoires. Les actions d'ETP se distinguent de la simple information délivrée aux patients. Elles consistent en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le malade plus autonome dans la gestion de sa maladie et ainsi à restreindre ou à retarder la survenue d'événements incidents ou complications permettant de limiter le recours aux soins. Ces actions peuvent être réalisées sous des formes très variées : consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livrets d'information, réunions de suivi post-hospitalisation, etc.
--------------------	--

26



Etablissement évalué :
Date d'évaluation :
Mise à jour du document :

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Consultations destinées à effectuer la présentation, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH / CDAG
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article L.3121-2 du Code de la Santé Publique
Article D.3121-21 du Code de la Santé Publique
Arrêté du 3 octobre 2000 (J.O. du 20 octobre 2000)

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP Personnel médical
0,3 ETP Infirmier Diplômé d'Etat
0,3 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 66 585 €

Détermination du coefficient lié à l'activité :
Si 3 000 consultations et plus, application d'un coefficient de : 1,5
Entre 1 000 et 3 000 consultations, application de la base de financement
Si moins de 1 000 consultations, application d'un coefficient de : 0,5

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012 JPE
04850	11 000,00	10 073,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de consultations				
Nombre de personnes dépistées				
Nombre de dépistages VIH réalisés				
Nombre de dépistages VIH positifs				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				
Observations, remarques :				

Effectifs dédiés au CDAG	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical (1)				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1)				
ETP autres personnels (1)				
Charges de personnel des ETP Personnel médical (2)				
Charges de personnel des ETP IDE (2)				
Charges de personnel des ETP autres personnels (2)				
(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année				
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée				
Observations, remarques :				

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Observations, remarques :				

Objectifs : Facilité l'accès au dépistage
Renforcement des actions de préventions

97



Etablissement évalué :
Date d'évaluation :
Mise à jour du document :

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Consultations destinées à effectuer la présentation, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH / CDAG
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article L.3121-2 du Code de la Santé Publique
Article D.3121-21 du Code de la Santé Publique
Arrêté du 3 octobre 2000 (J.O. du 20 octobre 2000)

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP Personnel médical
0,3 ETP Infirmier Diplômé d'Etat
0,3 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 66 585 €

Détermination du coefficient lié à l'activité :
Si 3 000 consultations et plus, application d'un coefficient de : 1,5
Entre 1 000 et 3 000 consultations, application de la base de financement
Si moins de 1 000 consultations, application d'un coefficient de : 0,5

Etablissements	Base au MIG au 31/12/2011	Mesures nouvelles 2012 R	NR	Base Reconductible au 01/01/2012
04850	11 000,00	10 073,00		11 322,50

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de consultations				
Nombre de personnes dépistées				
Nombre de dépistages VIH réalisés				
Nombre de dépistages VIH positifs				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				
Observations, remarques :				

Effectifs dédiés au CDAG	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical (1)				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1)				
ETP autres personnels (1)				
Charges de personnel des ETP Personnel médical (2)				
Charges de personnel des ETP IDE (2)				
Charges de personnel des ETP autres personnels (2)				
(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année				
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée				
Observations, remarques :				

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Observations, remarques :				

Objectifs : Facilité l'accès au dépistage
Renforcement des actions de préventions

98



Etablissement évalué : _____
 Date d'évaluation : _____
 Mise à jour du document : _____

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR**

Base réglementaire : Décret N°2005-570 du 22 mai 2005 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
 Décret N°2005-577 du 22 mai 2005 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500

3 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 069 635 €

2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
8 ETP infirmier diplômé d'état
6 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 466 635 €

3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnité de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 139 270 €

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnité de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540 €

Etablissements	Base au MIC au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au / /
		R	NR	
SMUR	1 069 635	4 240 000		1 069 635

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties "transport IDE"						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical (1)				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat (2)				
ETP autres personnels (3)				
Charges de personnel des ETP Personnel médical (4)				
Charges de personnel des ETP IDE (5)				
Charges de personnel des ETP autres personnels (6)				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandé

Observations, remarques :

Autres, divers

Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :

- la service de médecine d'urgence :
- la SAMU :
- la réanimation-surveillance continue :

Observations, remarques :

Le dimensionnement des MIC doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
 Régionalisation et optimisation des transports répertoriés

-99-



Etablissement évalué : _____
 Date d'évaluation : _____
 Mise à jour du document : _____

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Intervention d'équipes mobiles en GERIATRIE**

Base réglementaire : Circulaire N°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
 Circulaire N°2007-117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Rappel des missions : Participer à la prise en charge gériatrique la plus précoce possible en développant l'accès de la personne âgée à une expertise gériatrique notamment par la réalisation de consultations, de diagnostics et d'évaluations globales pluridisciplinaires gériatologiques.
 Développer des coopérations
 Promouvoir une logique de recours à l'équipe mobile de gériatrie
 Diffuser les bonnes pratiques auprès des professionnels

Périmètre de la mission : L'EMO intervient à la demande :
 - des services d'accueil des urgences dès qu'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation est admis
 - de l'ensemble des services hospitaliers auprès de patients hospitalisés ou de consultations externes
 - auprès d'établissements partenaires (ES ou structures médico sociales)

Financement forfaitaire proposé :

0,6 ETP praticien hospitalier
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 166 750 €

1 ETP praticien hospitalier
2 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 292 900 €

Etablissements	Base au MIC au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au / /
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
L'EMO est-elle intégrée dans la filière gériatrique ?						
Existe-t-il un court séjour gériatrique dans votre ES ?						
Le médecin gériatre est-il partagé avec d'autres services ?						
Existe-t-il une mutualisation des moyens avec un service de court séjour ou une unité de médecine ?						
Existe-t-il une convention avec d'autres établissements ?						
Liste des établissements concernés par une convention						
Quel est le territoire couvert, distance ?						
Délai moyen d'intervention						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier (1)				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat (2)				
ETP aide soignant (3)				
ETP autres personnels (4)				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier (5)				
Charges de personnel des ETP IDE (6)				
Charges de personnel des ETP aide soignant (7)				
Charges de personnel des ETP autres personnels (8)				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandé

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations facturées				
Nombre d'interventions auprès des patients hospitalisés et/ou aux urgences				
Nombre d'interventions extra hospitalières				
Délai d'intervention en infra hospitalier				
Délai moyen :				
Borne basse :				
Borne haute :				
Délai d'intervention en extra hospitalier				
Délai moyen :				
Borne basse :				
Borne haute :				

Observations, remarques :

Objectifs : Développer les interventions auprès des établissements partenaires et des structures médico sociales pour éviter les ré-hospitalisations et limiter les passages aux urgences
 Evaluer le cas échéant les renforcements nécessaires pour parvenir à cet objectif

-100-

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes pluridisciplinaires en ADDICTOLOGIE

Base réglementaire : Code de la santé publique.
 Circulaire du 10 septembre 1988 relative à la création d'équipe en alcoologie
 Circulaire DHOS/C 2-DGSD/SD B 6 n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
 Circulaire DHEC/DGSD/SD/DRRIS du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de la tabacologie

Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
 Intervention : aux urgences, pendant l'hospitalisation, en consultations externes
 Partenariat avec les acteurs et coordination
 Actions de prévention
 L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus	2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations
0,8 ETP Praticien hospitalier	0,8 ETP Praticien hospitalier
0,9 ETP Personnel non médical	2 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 241 780 €	Financement forfaitaire : 168 980 €
3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations	4) Base de financement moins de 1 000 consultations
0,4 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
1,5 ETP Personnel non médical	1 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 880 €	Financement forfaitaire : 72 820 €

Établissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base Reconductible au 1/01/2012
	R	NR	

Evaluation annuelle						
Activité	2011		2012		Évolution 2011/2012	
	Où	Non	Où	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Formation des équipes	X					
Élaboration de protocoles de soins	en cours					
Actions de prévention	X					
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Opioïde						
Mécamène						
Autres (préciser : _____)	X					
3) Interventions :						
Aux urgences	X					
Pendant l'hospitalisation	X					
En consultations externes	X					
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie	X					
Avec un autre service d'hospitalisation ou en consultation en cabinet	X					
Montant des recettes T2A issues des consultations	15 529,74				-15529,74	-100,00%
Autres recettes, à préciser : _____						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie	2011	2012	Évolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾	0,6		-0,6	-100,00%
ETP psychiatre ⁽¹⁾	1			
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾	1			
ETP psychologues ⁽¹⁾	0,5			
ETP autres personnels ⁽¹⁾	0,5			
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾	52 219,32			
Charges de personnel des ETP Psychiatrie ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾	44 000,83			
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾	18 372,55			
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾	10 629,25			

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Éléments attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011	2012	Évolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations :				
Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé)	988			
Externes (consultations de suivi ambulatoire)	630			
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)	113			
Extra hospitalier (préciser s'il est facturé une prestation)				
disponibilité de personnel des ES	0			
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation	41			
Nombre d'actions de formation auprès des personnels (détail)	1			
Observations, remarques :				

Objectifs : Développer le travail en intra et un extra hospitalier
 Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales de ville afin de renforcer la structuration de la filière

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-131 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Compiègne pour l'exercice 2012

N° FINESS (H) : 600 100 721
 N° FINESS (USLD) : 600 107 688

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 et les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application de la A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Compiègne, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 6 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAITS

Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés à :

3 527 565 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;
144 989 € pour le forfait annuel relatif à l'activité de prélèvement d'organes.

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 5 136 265 €, dont :

5 136 265 € au titre de la DAF SSR.

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à 2 074 622 €.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à 4 408 735 €, dont :

4 170 051 € au titre des missions d'intérêt général,
238 684 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à 407 552 €, pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 7 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Compiègne, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région et de la Préfecture de l'Oise.

Article 8 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 - 54035 Nancy Cedex.

Article 9 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le 19 AVR. 2012

La Sous Directrice de l'Hospitalisation

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

[Signature]
Céline VIGNE

COPIE CONFORME

- 105 -



Etablissement évalué	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)**

Base réglementaire : Art L. 6112-1 et suivant du CSP
Art L. 162-22-15 du CSS

Critères d'éligibilité : Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.

Périmètre de financement : La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.

Critères de compensations : Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics :
2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG
3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR
Pour les établissements de santé privé :
2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
...			...

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs : La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 19h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

- 106 -

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
LES UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES

Base réglementaire :	Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale Art L.6112-1, 12°, et R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP ; Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ; Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ; Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ; Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale
----------------------	---

Critères d'éligibilité :	Cette MIG constitue le financement d'une mission de service public (MSP). Son éligibilité est donc liée à l'attribution de la MSP correspondante « Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décrets (12° de l'article L.6112-1, voir en ce sens l'annexe 4). Outre le régime d'attribution des MSP, le critère supplémentaire d'éligibilité est que les UCSA doivent être implantées en milieu pénitentiaire, rattachées à un pôle hospitalier MCO et faisant l'objet d'un protocole au sens de l'article R6112-15 du code de la santé publique : un protocole est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné après avis du conseil de surveillance.
--------------------------	---

Périmètre de financement :	Ne relèvent pas d'un financement au titre de cette MIG les activités d'hospitalisation d'une autre MIG (UHSI - unités hospitalières sécurisées interrégionales) ou d'une autre source de financement (UHSA - unités hospitalières spécialement aménagées). La dotation MIGAC couvre les surcoûts non financés par d'autres recettes comme les recettes d'activité (tarifs pris en charge par l'assurance maladie, ticket modérateur, forfait journalier).
----------------------------	--

Critères de compensations :	La dotation doit être calculée selon le schéma suivant : * Nombre de places compris entre 70 et 200 : 1,3 ETP de PH + 4ETP d'IDE + 0,6 ETP de préparateur en pharmacie + 0,8 ETP de secrétariat (hors frais de structure), le forfait de base s'élève à 390 000€. * En deçà de 70 places : Un demi-forfait est alloué, soit 190 000€. * Au-delà de 200 places : Le forfait de base est « proratisé » à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire. Le % des frais de structure est fixé à 20%. Le forfait de base ainsi déterminé est minoré des recettes de titre 2 (estimées à 130€ par place en moyenne - cette somme peut être revue par agence en fonction notamment des données issues des retraitements comptables des établissements).
-----------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Activité	Evolution annuelle			
	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
- Nombre de consultations de médecine générale				
- Nombre de consultations de médecine spécialisée				
- Nombre de consultations dentaires				
- File active totale				

Qualité
Utilisation du rapport annuel d'activité détaillé de l'UCSA

Observations, remarques :
Peuvent être mesurés le recrutement effectué et les actions de formation des personnels réalisées (cette MIG est attribuée 6 mois avant le début d'activité de

Objectifs :
L'objectif est d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population au travers des consultations et des soins prodigués dans l'unité placée en milieu pénitentiaire.
Sont concernés : la médecine générale, les soins infirmiers, les soins dentaires, les consultations spécialisées, la réalisation d'exams de laboratoire et de radiologie, et la dispensation de médicaments, les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles, ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation de la santé.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500	3 ETP praticien hospitalier 2 ETP 1 indemnité de suggestion 24h/24 5 ETP infirmier diplômé d'état 5 ETP ambulancier Frais de structure Financement forfaitaire : 1 069 635 €	2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500	2 ETP praticien hospitalier 6 ETP 1 indemnité de suggestion 24h/24 8 ETP infirmier diplômé d'état 8 ETP ambulancier Frais de structure Financement forfaitaire : 1 486 635 €
3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000	6 ETP praticien hospitalier 4 ETP 2 indemnité de suggestion 24h/24 10 ETP infirmier diplômé d'état 10 ETP ambulancier Frais de structure Financement forfaitaire : 2 136 270 €	4) 4 lignes de garde	12 ETP praticien hospitalier 8 ETP 4 indemnité de suggestion 24h/24 20 ETP infirmier diplômé d'état 20 ETP ambulancier Frais de structure Financement forfaitaire : 4 276 540 €

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconstructible au 31/12/2012
		R	NR	

Evaluation annuelle						
Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
	2011		2012		Evolution 2011/2012	
					En nb	En %
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties transport IDE						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Personnel médical (1)						
ETP infirmier Diplômé d'Etat (2)						
ETP autres personnels (3)						
Charges de personnel des ETP Personnel médical (1)						
Charges de personnel des ETP IDE (2)						
Charges de personnel des ETP autres personnels (3)						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandé

Observations, remarques :

Autres, divers
Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :
- le service de médecine d'urgence ;
- le SAMU ;
- la réanimation-surveillance continue ;

Observations, remarques :
Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, qui pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
Régionalisation et optimisation des transports hélicoptérés



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les structures d'études et de traitement de la douleur chronique

Base réglementaire : Instruction N°DGOS/FPF/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Critères d'éligibilité : Toutes ces structures doivent être conformes au cahier des charges mentionné dans l'instruction DGOS/FPF/2011/188 du 19 mai 2011 et avoir été identifiées par l'ARS de rattachement afin de bénéficier d'un financement pour leurs missions d'intérêt général et en particulier au titre des consultations longues et pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires. Le seuil d'activité de 500 consultations médicales externes annuelles fait partie de ces critères.

Périmètre de financement :
Le montant de la dotation accordée à une structure doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs.
Cette MIG finance les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles. Les recettes issues des activités de consultations externes (codées au titre de consultations externes médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG.
La MIG finance de plus les actions suivantes : les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.
Les activités concernant les patients hospitalisés et dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chronique » et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les soins).
Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la recherche.

Critères de compensations :
L'indicateur de référence est le nombre annuel de consultations médicales externes. Ainsi les consultations ou avis médicaux réalisés auprès de patients hospitalisés ne seront pas pris en compte (ils sont déjà inclus dans les GHS).
La dotation est calculée selon les principes suivants :
- En dessous de 500 consultations médicales externes par an, y compris assurée par le biais de coopération inter-établissements et de permanences avancées (instruction du 19 mai 2011, annexe 4) aucun financement n'est proposé et la structure ne peut pas être identifiée par son ARS (critère 5 du cahier des charges du 19 mai 2011).
- de 500 à 1000 consultations médicales externes par an, le forfait de base proposé pour un fonctionnement satisfaisant est de 0,6 ETP de praticien hospitalier, et pour le personnel non médical de 0,6 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et de 0,5 ETP de secrétaire. Soit un montant de base estimé à 140 000 euros calculé sur le coût moyen complet (salaires moyens chargés) des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2% (chiffre actualisé 2012).
- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP.
- Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de l'indicateur.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Le fil actif : Le nombre de consultations médicales (venant de l'adulte et enfant de moins de 18 ans ; et en consultations internes et externes) Le nombre d'hospitalisations réalisées				
Observations, remarques : Pour les centres, le nombre annuel de RCP est totalisé et la part de personnels médicaux propres à la structure ou mis à disposition est prise en compte. La fil active est comparée au nombre de consultations (un ratio inférieur à 3 témoigne d'une activité ponctuelle de recours ou hors douleur chronique plus que d'un suivi des patients douloureux chroniques). Le nombre annuel de consultations de psychologue et d'IDE, dont la traçabilité au sein de la SDC est obligatoire, est comparé au nombre de consultations médicales afin d'évaluer la qualité de la prise en charge pluriprofessionnelle. La part de personnel formé à la prise en charge de la douleur (DESC ou Capacité pour les médecins, diplôme d'université pour les IDE et éventuellement psychologues) est prise en compte. Une partie de ces indicateurs a vocation à intégrer le bordereau « politiques nationales » de la statistique annuelle d'activité (SAE) des établissements de santé pilotée par la DREES.				

Objectifs :
Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont des structures de recours. Elles sont de deux niveaux : consultations et centres.
Les consultations assurent une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/FPF/2011/188 du 19 mai 2011.
Les centres assurent de plus une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Une partie du personnel des centres est affectée en propre (et non mise à disposition). Les structures de type centre contribuent à la recherche, à l'enseignement et au recueil épidémiologique. Elles peuvent proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise et sont alors répertoriées à ce titre. Elles organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les cas complexes.



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer

Base réglementaire : Art. D.6124-46 CSP
Cirulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

Critères d'éligibilité : Sont éligibles les établissements publics et privés autorisés en obstétrique ou aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Périmètre de financement : Le périmètre de financement est strictement égal au remboursement des frais liés à la participation de psychologues au sein des maternités.
A noter que cette participation n'équivaut pas à un équivalent temps plein.

Critères de compensations :
Le calcul économique de la dotation est basé sur le nombre d'ETP intervenant au sein des maternités. En moyenne, le nombre d'ETP par établissement est compris entre 0,2 et 0,6.
A des fins de calculs plus fins de la dotation par les ARS, il est possible d'utiliser la SAE permettant de déterminer le nombre d'ETP à financer.
Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n. Puis dans un second temps, pour connaître la ventilation entre M C et O, il convient de se référer à la répartition de 2008 et d'en déduire une clé de répartition (2008 est la dernière année où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique). Enfin, il suffira d'appliquer cette clé au nombre d'ETP en MCO et d'en déduire le nombre d'ETP de psychiatre à financer.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'interventions (dans le cadre des modalités de recours prédéfinies)				
Existence de liens avec les spécialistes du soin psychique (service de psychiatrie, unité mère-enfant, psychiatres libéraux...)				

Objectifs :
Le rapport Molonati (2004) a mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents sans qu'il soit toujours nécessaire de faire appel à un psychiatre ou un pédopsychiatre.
Le psychologue intervient directement auprès des femmes et de leur famille selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, mais aussi en soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance. Enfin, il assure un relais avec les spécialistes du soin psychique.
Les besoins en psychologues sont notamment fonction :
- De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an)
- De la complexité de la prise en charge
o Type de maternité
o Assistance médicale à la procréation
Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations hospitalières d'addictologie**

Base réglementaire : Circulaire DHOS/O2/DGS/SD68 n°480 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive.
Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Créées d'éligibilité :

Afin d'objectiver le choix des établissements tributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :

- Établissements dotés d'un service d'urgence ;
- Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersectoriels d'addictologie notamment).

Par ailleurs le choix de l'établissement doit s'établir au regard d'une cohérence territoriale, c'est-à-dire que devra être pris en considération l'offre déjà présente sur le territoire dans la prise en charge des addictions.

Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)

En cas d'offre insatisfaisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement :

Au préalable il convient de différencier cette mission (et donc les actions financées à ce titre) de la mission « équipe de liaison en addictologie ». Cette dernière ne porte que sur la formation et l'assistance aux soignants, et n'aurait pas aux prises en charge directe des patients.

La dotation MIG contribue au financement des surcoûts incompressibles non financés par les tarifs des GHS, ou par les subventions éventuellement reçues. Elle exclut les dépenses ne relevant pas d'activités dispensées dans le champ MCO.

Doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation les frais de personnel (la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire) ainsi que les coûts de structure inhérent à la mission, déduction faite des recettes tarifaires issus des consultations.

Critères de compensations :

Les critères permettant de calculer le montant des crédits à notifier sont les suivants :

- Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante :
 - 1 ETP PH
 - 1 ETP IDE
 - 1 ETP psychologue
 - 1 ETP assistant social
 - 0,5 ETP diététicien
 - 1 ETP secrétaire médicale
- Coût unitaire de fonctionnement : 20 à 30% du coût unitaire de personnel.

Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constitue en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. Les données présentées ne sont que des données types, à titre informatif.

En effet, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement, aux données épidémiologiques de la région et aux nombres de consultations déclarées.

Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte (et donc soustraites le cas échéant du calcul), la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NP	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
file active				
délai moyen pour un premier rendez-vous				
délai moyen pour un rendez vous en urgence				
nombre de consultations individuelles				
type d'activités collectives				

Objectifs :

Les missions des consultations sont :

- accueillir traiter et orienter les patients dans le dispositif d'addictologie
- prise en charge des patients ayant une conduite addictive
- proposer une prise en charge aux patients ayant un usage à risque ou nocif
- assurer des consultations pour des groupes spécifiques
- participation aux activités de l'établissement en lien avec l'addictologie : actions de prévention, de recherche clinique, de formation.

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Équipes mobiles de soins palliatifs / EMSP**

Base réglementaire : Ordonnance du 4 septembre 2003
Circulaire N°DHOS/O2/DGS/O2/020298 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont le point fort est réaffirmé par la mise en place générale de réseaux de soins palliatifs concertés à des échelles locales de soins palliatifs
Circulaire N°DHOS/O2/020298 du 25 mars 2005 relative à l'organisation des soins palliatifs
Plan de santé publique, programme de développement des soins palliatifs 2005-2012, lancé dans le cadre du N°OCCSR/12011125 du 30 mars 2011 relative à la campagne nationale 2011 des établissements de santé

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement : File active de plus de 400 patients	2) Base de financement : File active entre 250 et 400 patients
2 ETP personnel médical	1,7 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état	3 ETP infirmier diplômé d'état
1 ETP psychologue	0,75 ETP psychologue
1 ETP secrétaire	1 ETP secrétaire
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 443 905 €	Financement forfaitaire : 419 106 €

3) Base de financement : File active de moins de 250 patients
1 ETP personnel médical
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
0,5 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 228 120 €

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Recommandée au 31/12/2012
		R	NP	

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre d'interventions totales de l'EMSP au cours de l'année :						
Nombre d'interventions de l'EMSP :						
- en site hospitalier :						
- en extra-hospitalier :						
- en HAD :						
- à domicile :						
Nom des structures où intervient l'EMSP :						
Nombre de patients pris en charge :						
Montant des recettes T2A tirées des consultations :						
Autres recettes à préciser :						
Existence d'une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ?	Oui	Non	Oui	Non		
Si oui, préciser la Beta dans "observations, remarques"						
Existence d'une collaboration avec les unités de soins palliatifs ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existence d'une collaboration avec les ES ayant des LIRP ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existence d'une collaboration avec une HAD ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existence d'une collaboration avec des structures médico sociales ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
Existence d'autres collaborations ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
L'EMSP intervient-elle au domicile des patients ?						
Ces interventions sont-elles formalisées ?						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles de soins palliatifs	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Personnel médical (1)						
ETP Psychologue (2)						
ETP infirmier Diplômé d'état (1)						
ETP infirmier non diplômé (2)						
Charges de personnel des ETP Personnel médical (3)						
Charges de personnel des ETP Psychologue (3)						
Charges de personnel des ETP IDE (3)						
Charges de personnel des ETP autres personnels (3)						
Existence d'une mutualisation des effectifs avec une unité d'hospitalisation ?						
Existence d'une mutualisation des effectifs avec un réseau (équipe partagée) ?						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps moyen mensuel sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Délai moyen d'intervention de l'EMSP après sollicitation initiale en hospitalisation :						
dans un autre établissement :						
Nombre de séances de formation continue réalisées au sein de l'établissement :						
en dehors de l'établissement :						
Autres activités d'amélioration :						
Observations, remarques :						

Objectifs : Développer la culture de la prise en charge des soins palliatifs au milieu sanitaire et dans les établissements médico sociaux

me

me

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations mémoires

Base réglementaire : Circulaire N°DGOS/DGSDSS/RM/C3/2011/594 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Critères d'éligibilité : Peut bénéficier de ce financement les consultations mémoire rattachées à un établissement de santé MCO qui répondent au cahier des charges annexé à la circulaire d'octobre 2011.
Dans cette perspective et sur cette base, les établissements effectivement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges) suite à une procédure de labellisation.
En cas d'offre insatisfaisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement : Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies, les consultations mémoire sont financées par la facture d'ordonnance.
Relèvent d'un financement MIGAC les surcoûts des structures de diagnostic de la maladie d'Alzheimer respectant le cahier des charges figurant dans la circulaire de 2011. Ces consultations mémoire constituent le premier niveau du dispositif gradué de diagnostic de la maladie d'Alzheimer.
Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relevant d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG.

Dans ce cadre, l'établissement de santé ne peut facturer à l'assurance maladie qu'une seule consultation spécialisée (CS) lorsque la consultation est assurée par un médecin spécialiste ainsi que des consultations cotées C2, C2, 3 et C3 concernant des avis médicaux.
L'établissement ne peut facturer d'acte technique coté ALQP005 (bilan cognitif), ces rendez-vous étant, dans le cadre des consultations mémoire, réalisés par des neuropsychologues financés sur les crédits MIG attribués.

Critères de compensations : Pour une file active annuelle de 150 nouveaux patients et une file active comprise entre 200 et 400 patients référencés dans la Banque Nationale Alzheimer, il est proposé le calibrage suivant :
- un mi-temps de gériatre ou/et neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre - 0,7 ETP de PH
- des compétences de neuropsychologie, psychologie ou orthophonie limitées à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants
- un temps de secrétariat chargé de l'accueil et du recueil des données d'activité pour la Banque Nationale Alzheimer (ETP agent administratif)
Si le nombre de bilans neuropsychologiques demandés par les consultations mémoire libérales tracé dans la BNA est supérieur à 50 par an - ajouter au modèle 0,2 psychologue soit 1,2 ETP.
Les frais de structure sont estimés à 20% des frais de personnel.
Le forfait de base atteint donc 188 150 €. Ce forfait est majoré par les recettes de titre 2 si la file active est de 300 patients (300*29€=8900€). Au total, le montant moyen est de 181 250 €.

In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la

ETP	0,7	0,000000
Agent administratif	1	5 000
Psychologue	1	50 000
Total personnels		155 000
20% structure		31 350
Montant de base		188 150
Recettes titre 2 file active 300 patients		8 900
Total compensation		181 250

ETP Psychologue supplémentaire si le nombre de psychologues référencés sur la ville dépasse les 50 unités	0,2	11 200
Total compensation		192 450

Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il revient de définir l'équipe adaptée à l'établissement et de calibrer l'effectif nécessaire. L'ARS devra en fonction de l'évaluation, ajuster les bases MIG correspondantes.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R

Evaluation annuelle

Elle sera basée sur :
Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire extrait des données de la BNA
Observations, remarques :

Objectifs : Les consultations mémoire créées par le premier plan Alzheimer 2001-2004 sont des consultations pluridisciplinaires dont les missions principales consistent à diagnostiquer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Leurs missions sont décrites dans un cahier des charges annexé à la circulaire de 2011.

MZ

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
CENTRES DE COORDINATIONS CANCEROLOGIE (3C)

Base réglementaire : Circulaire N° DHOS/SDC/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
Circulaire DHOS-F-DCSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé entièrement financés par dotations globales.
Circulaire DHOS/QUALITE/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.
Circulaire N° DGOS/R1/2011/175 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.
Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCA) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22.02.2005.

Critères d'éligibilité : C'est une dotation dont l'allocation est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement.
Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financés au titre des MIG soit environ 800 établissements publics et privés.
Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).

Périmètre de financement : La mission du 3C est d'assurer la qualité en cancérologie, pour ce faire il :
- Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer
- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue
- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé
- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. Indicateurs Qualité IPAQSS)
- Recueille et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)
- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches
La dotation MIGAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions.

Critères de compensations : Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'ajoutent les cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C.

In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée à minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut être infirmier, cadre de santé, quinquien, etc.) d'un temps secrétaire et d'un temps de personnel formé à la qualité (il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé partenaires du 3C).
Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.
Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de décaler un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R

Evaluation annuelle

Activité	Evolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une RCP avant la mise en route du primo traitement (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'une RCP / Nombre total de nouveaux patients)	2011	2012
Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant une fiche RCP informatisée (Nombre de fiches RCP informatisées / nombre total de dossiers patients enregistrés en RCP)	2011	2012
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel que défini dans les recommandations INCA ligne contre le cancer (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce / nombre total de nouveaux patients)	2011	2012
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre de patient ayant bénéficié d'un PPS au discours de l'annonce du diagnostic / Nombre total de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce)	2011	2012
Observations, remarques :		

Qualité	Remarques	
	OUI	NON
Existence d'un programme annuel des actions du 3C		
Remplissage du tableau de bord annuel et transmission au RRC		

Objectifs : Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer.
La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.
Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonne pratique, remise du programme personnalisé de soins - PPS - accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).
Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients.

MZ

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télé-médecine

Base réglementaire : Art. L.6316-1 du CSP
Art. 78 de la loi HPST recommandant la télé-médecine comme une activité médicale à part entière
Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine

Critères d'éligibilité : Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télé-médecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement.
En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télé-médecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télé-médecine.
Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télé-médecine)
En cas d'offre insatisfaisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement : La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télé-médecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).

Critères de compensations : Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, intérêt aux problématiques de télé-médecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel).
En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service.
Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.
Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R
		R	MR

Evaluation annuelle

Activité	Evolution 2011/2012	
	2011	2012
Nombre de nouvelles implantations		
Nombre d'actes de télé-médecine réalisés		

Observations, remarques :

Objectifs : L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télé-médecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télé-médecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.
L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télé-médecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télé-médecine :
1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;
2° La télé-expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres professionnels de santé ;
3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de surveillance médicale ;
4° La télé-assistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ;
5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 8311-2 et au titre

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-8 CSP

Base réglementaire : La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 : relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
Art L.6112-6 du CSP

Critères d'éligibilité : L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la « lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1).
L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :
- Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation ;
- Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ;
- Niveau de l'offre de soins associatives et publiques offerts sur le territoire ;
Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.
In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.

Périmètre de financement : Relèvent ou financent les actes de réanimation ou l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.
L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.
Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'exams radiographiques pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'identifier et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission.
Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précaire en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif qualifié national).

Critères de compensations : Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associés aux moyens dédiés en ressources humaines (l'équipe est a minima composée d'un ETP infirmière et un ETP d'assistant social) auquel s'ajoutent les frais de structure de l'unité (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). Dans des cas particuliers (PASS bucco-dentaires, polyclinique mobilisant régulièrement les services d'exams radiologiques, etc.) un coût d'exams est intégré dans le budget.
Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport pourront être intégrés. Il convient alors de déléguer ce qui relève du sanitaire (ce que la MIG doit financer) et du social dans les dépenses générées, puisque le travail s'effectue le plus souvent en étroite coopération avec le secteur associatif.
Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R
		R	MR

Evaluation annuelle

Activité

Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'accomplissement de cette mission, trois types d'indicateurs méritent d'être intégrés dans cette évaluation. Ils portent sur :

	Evolution 2011/2012	
	2011	2012
Activité réalisée dans les PASS mesurée en nombre de patients pris en charge et/ou en nombre d'actes effectués (entretiens, démarches...)		
Les moyens effectivement présents dans le dispositif en termes de personnel dédié		

Observations, remarques :

Qualité	Remarques	
	2011	2012
Le respect des bonnes pratiques de fonctionnement et d'intégration dans l'environnement social et sanitaire (par exemple : installation et fonctionnement du comité de pilotage, réalité et nombre de partenariats formalisés, etc.)	OUI	NON

Objectifs : Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.
L'article L.6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthographe, adaptés aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie

Base réglementaire : Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
 Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé
 Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013

Critères d'éligibilité : Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés

Périmètre de financement : Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes :
 - Le développement des dispositifs d'annonce
 - Les réunions de coordination pluridisciplinaire
 - Les soins de supports

 La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.

Critères de compensations : Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.
 Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.

 Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:
 - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP)
 - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le
 - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités : +50%)
 - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 6)
 - Prise en compte du coefficient géographique.
 - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
DH CHERBOURG	27 310,00	11 140,00

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS				
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				

Observations, remarques :

Objectifs : Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Art L 6111-1 et L 6112-1 du CSP
 Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient
 Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique
 Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation
 Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient
 Circulaire DHOS/DGS n°2002/216 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé
 Circulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques
 Circulaire DHOS/MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt générale « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé

Critères d'éligibilité : En application de l'article B4 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions développées au titre de l'ETP doivent répondre à une procédure d'autorisation spécifique par les ARS. Toutes les actions d'ETP autorisées n'ouvrent néanmoins pas droit à financement.

 La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP en fonction du nombre de patients entrant dans un programme d'éducation dès lors que ce programme répond aux critères suivants :
 Ø un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients, acquisition de compétences, autonomie, qualité de vie, état de santé...);
 Ø un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé formés ;
 Ø un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec la médecine traitant pour l'orientation initiale et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital.

 Les financements ainsi alloués sont précisés dans l'annexe MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)

 En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté à l'ère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement : La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclues en revanche de son périmètre les actions de prévention et d'éducation réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour. Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas aux pathologies citées dans le libellé de la MIG.

Critères de compensations : Le calcul du montant à notifier est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation (dispositions de la circulaire DHOS/MT2A du 16 juillet 2008).
 Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la pathologie, de la situation du patient, des données du diagnostic éducatif initial. Il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme est, en moyenne, de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Ainsi, la prise en charge, en une année, de 200 patients par exemple, pour un programme d'éducation thérapeutique répondant aux conditions minimales de qualité énumérées ci-dessus, justifierait d'un financement de 50 000 euros, hors missions spécifiques (recours, formation, etc.).

 Ne sont considérés ici que les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode ambulatoire. Les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs de GHS et n'entrent pas dans le champ de la MIG. Il est rappelé que l'utilisation de l'hôpital de jour pour des séances d'éducation va à l'encontre des textes sur les activités « frontières » entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R
DH CHERBOURG	27 310,00	11 140,00	11 140,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
File active de patient entrant dans le programme d'éducation				

Observations, remarques :

Objectifs : Développer les actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients atteints de maladies chroniques dans un cadre d'activités ambulatoires.
 Les actions d'ETP se distinguent de la simple information délivrée aux patients. Elles consistent en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le malade plus autonome dans la gestion de sa maladie et ainsi à restreindre ou à retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications permettant de limiter le recours aux soins.

 Ces actions peuvent être réalisées sous des formes très variées : consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livrets d'information, réunions de suivi post-hospitalisation, etc.

117

[Signature]

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Consultations destinées à effectuer la présentation, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH / CDAG
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article L.3121-2 du Code de la Santé Publique
 Article D.3121-21 du Code de la Santé Publique
 Arrêté du 3 octobre 2000 (J.O. du 20 octobre 2000)

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP Personnel médical
0,3 ETP Infirmier Diplômé d'Etat
0,3 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 66 585 €

Détermination du coefficient lié à l'activité :
 Si 3 000 consultations et plus, application d'un coefficient de : 1,5
 Entre 1 000 et 3 000 consultations, application de la base de financement
 Si moins de 1 000 consultations, application d'un coefficient de : 0,5

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 31/12/2012
		R	JPE (2/12ème)	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de consultations				
Nombre de personnes dépistées				
Nombre de dépistages VIH réalisés				
Nombre de dépistages VIH positifs				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				
Observations, remarques :				

Effectifs dédiés au CDAG	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage

Observations, remarques :

Objectifs : Facilité l'accès au dépistage
 Renforcement des actions de préventions

M9

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Consultations destinées à effectuer la présentation, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH / CDAG
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article L.3121-2 du Code de la Santé Publique
 Article D.3121-21 du Code de la Santé Publique
 Arrêté du 3 octobre 2000 (J.O. du 20 octobre 2000)

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP Personnel médical
0,3 ETP Infirmier Diplômé d'Etat
0,3 secrétaires
Frais de structure
Financement forfaitaire : 66 585 €

Détermination du coefficient lié à l'activité :
 Si 3 000 consultations et plus, application d'un coefficient de : 1,5
 Entre 1 000 et 3 000 consultations, application de la base de financement
 Si moins de 1 000 consultations, application d'un coefficient de : 0,5

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 01/01/2012
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de consultations				
Nombre de personnes dépistées				
Nombre de dépistages VIH réalisés				
Nombre de dépistages VIH positifs				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				
Observations, remarques :				

Effectifs dédiés au CDAG	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage

Observations, remarques :

Objectifs : Facilité l'accès au dépistage
 Renforcement des actions de préventions

12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes mobiles en GERIATRIE

Base réglementaire : Circulaire N°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
Circulaire N°2007-117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Rappel des missions : Participer à la prise en charge gériatrique la plus précoce possible en développant face-à-face de la personne âgée à une expertise gériatrique notamment par la réalisation de consultations, de diagnostics et d'évaluations gériatriques pluridisciplinaires gériatologiques.
Développer des consultations
Promouvoir une logique de recours à l'équipe mobile de gériatrie
Diffuser les bonnes pratiques auprès des professionnels

Périmètre de la mission : L'EMG intervient à la demande :
- des services d'accueil des urgences dès qu'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation est admis
- de l'ensemble des services hospitaliers auprès de patients hospitalisés ou de consultations externes
- auprès d'établissements partenaires (ES ou structures médico sociales)

Financement forfaitaire proposé :

0,6 ETP praticien hospitalier	1 ETP praticien hospitalier
1 ETP infirmier diplômé d'état	2 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant	0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire	0,5 secrétaire
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 166 760 €	Financement forfaitaire : 262 908 €

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base Reconstituée au 31/12/2012
ARS PACA	R	NR	NR

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
L'EMG est-elle intégrée dans la filière gériatrique ?						
Existe-t-il un court séjour gériatrique dans votre ES ?						
La mission gériatrie est-elle partagée avec d'autres services ?						
Existe-t-il une mutualisation des moyens avec un service de court séjour ou une unité de médecine ?						
Existe-t-il une convention avec d'autres établissements ?						
Liste des établissements concernés par une convention	2011		2012		Evolution 2011/2012	
Quel est le territoire couvert, distance ?						
Délai moyen d'intervention						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Praticien hospitalier (1)						
ETP infirmier Diplômé d'Etat (2)						
ETP aide soignant (2)						
ETP autres personnels (2)						
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier (2)						
Charges de personnel des ETP IDE (2)						
Charges de personnel des ETP aide soignant (2)						
Charges de personnel des ETP autres personnels (2)						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre de consultations facturées						
Nombre d'interventions auprès des patients hospitalisés et/ou aux urgences						
Nombre d'interventions extra hospitalières						
Délai d'intervention en intra hospitalier						
Délai moyen :						
Borne basse :						
Borne haute :						
Délai d'intervention en extra hospitalier						
Délai moyen :						
Borne basse :						
Borne haute :						

Observations, remarques :

Objectifs : Développer les interventions auprès des établissements partenaires et des structures médico sociales pour éviter les ré-hospitalisations et faciliter les passages aux urgences
Evaluer le cas échéant les renforcements nécessaires pour parvenir à cet objectif

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes pluridisciplinaires en ADDICTOLOGIE

Base réglementaire : Code de la santé publique.
Circulaire du 10 septembre 1998 relative à la création d'équipe en alcoologie
Circulaire DHOS/2-DGSS/3-B n° 2000-400 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des troubles addictifs
Circulaire DHOS/DGSS/2000/152 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie
Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de la addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
Intervention : aux urgences, pendant d'hospitalisation, en consultations externes
Partenariat avec les acteurs et coordination
Actions de prévention
L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'actuel péso en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus	0,6 ETP Praticien hospitalier	0,8 ETP Praticien hospitalier
	0 ETP Personnel non médical	2 ETP Personnel non médical
	Frais de structure	Frais de structure
	Financement forfaitaire : 243 790 €	Financement forfaitaire : 188 960 €
2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations		
3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations	0,4 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
	1,5 ETP Personnel non médical	1 ETP Personnel non médical
	Frais de structure	Frais de structure
	Financement forfaitaire : 121 890 €	Financement forfaitaire : 72 820 €

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base Reconstituée au 31/12/2012
ARS PACA	R	NR	NR

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Elaboration de protocoles de soins						
Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Drogue						
Médicament						
Autres (préciser) :						
3) Interventions :						
Aux urgences						
Pendant l'hospitalisation						
En consultations externes						
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
Avec un autre service d'hospitalisation ou consultation en addictologie						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Praticien hospitalier (1)						
ETP psychiâtre (2)						
ETP infirmier Diplômé d'Etat (2)						
ETP psychologue (2)						
ETP autres personnels (2)						
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier (2)						
Charges de personnel des ETP Psychiâtre (2)						
Charges de personnel des ETP IDE (2)						
Charges de personnel des ETP Psychologue (2)						
Charges de personnel des ETP autres personnels (2)						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre de consultations :						
Intra (intervention auprès d'un patient hospitalisé)						
Externes (consultations de suite facturées)						
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)						
Extra hospitalier (descriptif s'il est facturé une place à disposition de personnel des ES)						
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation						
Nombre facturé de formation auprès des personnels (délai de ces formations à préciser dans les remarques)						

Observations, remarques :

Objectifs : Développer le travail en intra et en extra hospitalier
Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales ou de ville afin de renforcer la saturation de la filière

-126

-122

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt général :
Observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

Base réglementaire : Art D.162-16 du CSS
Décret n° 2009-1121 du 31 octobre 2009 :
Circulaire n° DHOS/E2/DSS/AC/2006/30 du 19 janvier 2008

Critères d'éligibilité : Un observatoire régional doit constituer auprès de l'agence régionale de santé regroupant notamment des représentants des établissements de santé de la région ayant conclu un contrat de bon usage, d'un établissement autorisé à pratiquer une activité d'hospitalisation à domicile.
Le choix de l'établissement support (qui héberge l'OMEDIT) doit être objectif et se faire au regard des missions principales des observatoires et de la capacité d'un établissement à les assumer.
Si un ou plusieurs établissements ressortent positivement de cette analyse, il est conseillé de recourir à un appel à candidature qui devra faire l'objet d'une publication.

Périmètre de financement : Le financement MIGAC est le seul et unique mode de financement de l'OMEDIT dont les objectifs sont dédiés en programme d'action avec des modalités de mise en œuvre ainsi que des indicateurs de suivi.
Le périmètre de financement est donc égal aux missions déléguées aux OMEDIT (cf. supra).

Critères de composition : Pour la mise en œuvre de ces missions, l'OMEDIT dispose d'un coordinateur entouré d'une structure de coordination. Le coordinateur a recours à des groupes experts régionaux. Il s'appuie sur un groupe de travail régional. La dotation MIGAC, allouée à un établissement support, est utilisée par la structure de coordination et contribue à financer la mise à disposition d'ETP de praticien hospitalier, d'ETP d'assistant spécialiste et d'ETP d'agent administratif, ainsi que des frais de structure (peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel - avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il convient à l'ARS d'indiquer précisément ces succursales afin de dégager un montant correspondant aux divers frais). Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012	Base R

Evaluation annuelle

Activité
Se baser sur le rapport annuel d'activité de l'OMEDIT

	2011		2012		Remarques	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Actions de contractualisation : nombre de CBUMPP signés, nombre de lits MCO						
Actions d'évaluation : nombre de rapports d'étape annuel évalués, suivi des consommations, cibages des établissements dans le cadre du programme gestion du risque, audit au sein d'établissements de santé (thème, méthode, nombre d'établissements impliqués / période, nombre de visites sur site pour un audit ou une évaluation)						
Actions de formation : thème, personnes par journée						
Actions de communication : publication : nombre par catégorie (Articles parus dans des revues avec comité de lecture, communications orales, posters, rapports, bulletin d'information), site internet : Nombre de visites ou de sessions / nombre de visiteurs / an, Titre de la « page la succès », Liste de diffusion (membres d'abonnés, nombre de messages adressés / an)						
Actions d'animation : Assemblée annuelle : nombre de participants, nombre de réunions, journées régionales : nombre de journées, nombre de participants, lieux, commissions spécialisées : nombre de commissions, nombre de participants						
Observations, remarques :						

Objectifs : L'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) est une structure régionale ou interrégionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique placée auprès de l'agence régionale de santé. Cette structure est chargée de l'animation d'une politique coordonnée de bon usage des produits de santé et de bonnes pratiques en termes de qualité, sécurité et d'efficacité.

Leurs missions principales portent sur la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité par un appui et un éclairage :

- De l'ARS sur l'élaboration et l'analyse des contrats relatifs aux produits de santé (Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations (CBUMPP), rapports d'étape annuel, accords cadre locaux ville / hôpital, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ainsi que les Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CRAQS) le cas échéant.
- Des acteurs de santé du secteur sanitaire et médico-social par la participation au développement de la politique de bon usage, d'efficacité et de gestion des risques liés aux produits de santé et à la lutte contre l'antibio-résistance.

Les observatoires assurent donc un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Ils organisent, notamment sur la base de ces travaux, des échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations, notamment ceux figurant sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 CSS (liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensée aux patients hospitalisés dans les établissements de santé) et également, d'organisant des produits et prestations, ceux visés à la dernière phrase du premier alinéa ainsi qu'au quatrième alinéa de l'article L. 165-1 C.

Les observatoires procèdent au référencement des protocoles thérapeutiques se rapportant notamment aux médicaments et produits et

Détail des bases AC

Etablissement : CH Compiègne

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012						Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		Bases AC R au 01 01 2012	Transfert crédits OMEDIT	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Plan AVC - coordination de la filière AVC	Recrutements d'apprentis préparateurs en pharmacie	Sécurité et qualité des soins (CREX)	
		R	R	R	R	R	R + NR	
III Amélioration de l'offre de soins existante								
1 Actions de coopérations	Sécurité et qualité des soins (CREX)					8 684	8 684	
2 professionnels de santé	Plan AVC-coordination de la filière AVC Recrutements d'apprentis préparateurs en pharmacie			55 000		12 000	55 000 12 000	
IV Restructuration et soutien aux EIS déficitaires								
3 (hors PFE) mes ponctuelles	Soutien financier	40 424					0	
V Investissements								
2 Mesures régionales d'investissement	PPRI-investissement régional						93 000	
VI Autres								
2 Divers	OMEDIT - Pérenisation du financement		70 000				70 000	
Total		133 424	70 000	-40 424	55 000	12 000	238 684	

- 128

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-132 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Noyon pour l'exercice 2012

N° FINESS (H) : 600 100 986
N° FINESS (USLD) : 600 110 589

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Noyon, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 5 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAITS

Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés à :

1 131 134 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 638 764 €, dont :

1 638 764 € au titre de la DAF SSR.

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à 1 386 920 €.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 241 779 €, dont :

1 241 779 € au titre des missions d'intérêt général,
0 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Noyon, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région et de la Préfecture de l'Oise.

Article 7 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 - 54035 Nancy Cedex.

Article 8 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le 19 AVR, 2012

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Céline VIGNE

COPIE CONFORME

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée		Bases + Mesures nouvelles 2012	
	Bases AC R au 01 01 2012	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Total AC au 13 avril 2012 (BF)	
IV Restructuration et soutien aux Ets déficitaires	R	R	R + NR	
Soutien aux établissements déficitaires 3 (hors PRE) mes ponctuelles				0
Total				0

- 129

ars
ARS Picardie

Etablissement local
Date d'impression : 13/04/2012
Mise à jour de données

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt général : Intervention d'équipes pluridisciplinaires en ADDICTOLOGIE

Bases réglementaires : Code de la santé publique, Circulaire du 10 septembre 1995 relative à la création d'équipes en addictologie, Circulaire 005/03-005/20 6 8 du 2000-450 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, Circulaire 005/03-005/2001 du 2 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au redressement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'addictologie, Circulaire du 15 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de terrain : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins (interventions : aux urgences, pendant l'hospitalisation, en consultations externes), Patientes avec les accueils et co-accueils, Adhésifs de motivation, L'activité de soins de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants, Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus	2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations
0,4 ETP Praticien hospitalier	0,6 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical	2 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 344 740 €	Financement forfaitaire : 144 560 €

3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations

0,4 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
3,4 ETP Personnel non médical	3 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 800 €	Financement forfaitaire : 72 800 €

4) Base de financement entre 0 et 1 000 consultations

0,2 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical	3 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 72 800 €	Financement forfaitaire : 72 800 €

Evolution annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oct	Nov	Oct	Nov	En nb	En %
1) Nombre de consultations :						
- Consultations des équipes						
- Elaboration de protocoles de soins						
- Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
- Tabac						
- Alcool						
- Drogue						
- Médicaments						
- Autres (prévoir)						
3) Interventions :						
- Aux urgences						
- Praticien hospitalier						
- En consultations externes						
4) Etablissements où sont réalisées les missions :						
- Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
- Avec un autre service d'hospitalisation ou/ou consultation en ambulatoire						
- Nombre des consultations réalisées dans les établissements						
- Autres activités à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP psychologue ⁽²⁾				
ETP infirmier diplômé d'état ⁽³⁾				
ETP psychologue ⁽⁴⁾				
ETP autres personnels ⁽⁵⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽⁶⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽⁶⁾				
Charges de personnel des ETP infirmier ⁽⁶⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽⁶⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽⁶⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein demandé sur l'année
(2) : Elements atachés : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandé

Observations, remarques :

Autres, évènements

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %
Nombre de consultations :				
- Invoquées (intervention auprès des patients hospitalisés)				
- Consultations / consultations de soins (ambulatoire)				
- Aux urgences / interventions auprès d'usagers				
- Sans hospitalier (activité qui est facturée aux usagers)				
- Disponibilité de personnel des ETP				
- Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation				
- Nombre de patients en traitement auprès des pharmaciens (participe à ses formations à préciser dans les remarques)				
Observations, remarques :				

Objectifs : Développer le travail en ville et en extra hospitalier
Développer les actions de coopération avec les structures médicales sociales ou de ville afin de renforcer la stratégie de la ville

- 132



Etablissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour de documents

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR

Base réglementaire : Décret N°2005-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique [Dispositions réglementaires]
 Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique [Dispositions réglementaires]

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passages inférieurs à 1 500

1 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 669 639€

2) 1 ligne de garde, 1 fois et un nombre de passages compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
6 ETP infirmier diplômé d'état
6 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 468 639€

3) 2 lignes de garde et un nombre de passages compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnités de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 530 270€

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnités de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540€

Etablissements	Date MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 31/03/2012
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	OUI	Non	OUI	Non	En nb	En %
Existence d'un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties "transport 105"						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical (1)				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat (2)				
ETP autres personnels (3)				
Charges de personnel des ETP Personnel médical (4)				
Charges de personnel des ETP IGE (5)				
Charges de personnel des ETP autres personnels (6)				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémuni sur l'année
 (2) : Effectifs attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du périmètre de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :

- le service de médecine d'urgence ;
- le SAMU ;
- la réanimation-surveillance continue ;

Observations, remarques :

La dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, qui pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
 Régionalisation et optimisation des transports hélicoptères

-182



Etablissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour de documents

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières

Critères d'éligibilité : C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements. Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements.

Si la méthode de calcul est la même pour les secteurs ex-ONN et ex-DG, chaque secteur est considéré de façon distincte. Par ailleurs, l'APHU, l'APHM et les HCL sont chacun considérés comme un unique établissement.

Périmètre de financement : La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées. Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.

Critères de compensations : Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences. Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs. Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010. Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	IPE

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage
Nombre de patients concernés						
Observations, remarques :						

Objectifs : Pour les établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité (à savoir beaucoup de séjours CMU/CMUC/AME), la MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations.

-132

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 CSP

Base réglementaire : La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
 Art. L.6112-6 du CSP

Critères d'éligibilité : L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1).
 L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :
 - Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation ;
 - Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ;
 - Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ;
 Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.
 In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.

Périmètre de financement : Relèvent du financement les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrés également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.
 L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.
 Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'examen radiographique pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'en tenir compte et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission.
 Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantitatif national).

Critères de compensations : Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associés aux moyens dédiés en ressources humaines (l'équipe est a minima composée d'un ETP d'infirmière et un ETP d'assistant social) auquel s'ajoutent les frais de structure de l'entité (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). Des cas particuliers (PASS bucco-dentaires, polyclinique mobilisant régulièrement les services d'examen radiologiques, etc.) un coût d'examen est intégré dans le budget.
 Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport peuvent être intégrés. Il convient alors de décrire ce qui relève du sanitaire (ce que la MIG doit financer) et du social dans les dépenses générales, puisque le travail s'effectue le plus souvent en étroite coopération avec le secteur associatif.
 Avec l'aide d'outils de recensement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité

Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'accomplissement de cette mission, trois types d'indicateurs méritent d'être intégrés dans cette évaluation. Ils portent sur :

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Facilité réalisée dans les PASS mesurée en nombre de patients pris en charge et/ou en nombre d'actes effectués (entretiens, démarches...);				
Les moyens effectivement présents dans le dispositif en termes de personnel dédié;				

Observations, remarques :

Qualité

	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Le respect des bonnes pratiques de fonctionnement et d'intégration dans l'environnement social et sanitaire (par exemple : installation et fonctionnement du comité de pilotage, réalité et nombre de partenariats formalisés, etc.)				

Objectifs : Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.
 L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concourent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télé-médecine

Base réglementaire : Art. L.6316-1 du CSP
 Art. 78 de la loi HPST recommandant la télé-médecine comme une activité médicale à part entière
 Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine

Critères d'éligibilité : Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télé-médecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement.
 En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télé-médecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télé-médecine. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en dehors des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télé-médecine)
 En cas d'offre insuffisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS

Périmètre de financement : La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télé-médecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).

Critères de compensations : Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En premier lieu, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisés au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télé-médecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel).
 En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service.
 Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.
 Avec l'aide d'outils de recensement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de financer le financement aux coûts surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Evaluation annuelle

Activité

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de nouvelles implantations				
Nombre d'actes de télé-médecine réalisés				

Observations, remarques :

Objectifs : L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télé-médecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télé-médecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.
 L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télé-médecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Ce sont des actes de télé-médecine :
 1° la téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;
 2° la télé-expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
 3° la télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
 4° la téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
 5° la réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.



Etablissement évalué	CHU de Picardie
Date d'évaluation :	2011-2012
Mise à jour du document :	2012

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PSES)

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
----------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PSES n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
--------------------------	---

Périmètre de financement :	La PSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PSES.
----------------------------	--

Critères de compensation :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : - 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG Pour les établissements de santé privé : - 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PSES signé par l'établissement en janvier 2012.
----------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	

Evaluation annuelle

Activité	
Observations, remarques :	Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PSES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 16h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
-------------	--

-135-



Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-133 fixant les montants des dotations et forfait de la Polyclinique Saint Côme pour l'exercice 2012

N° FINESS : 600 100 754

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-8, L.162-22-10, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-32, R.162-42 à R.162-44, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu l'arrêté DROS-HOSPI n° 2012-022 fixant la dotation relative au financement de la permanence des soins en établissement de santé pour le 1^{er} trimestre 2012 de la Polyclinique Saint Côme (Compiègne) ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

-135-

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les dotations et forfait de la Polyclinique Saint Côme au titre de l'année 2012, sont fixés aux articles 2 à 4 du présent arrêté.

Article 2 : FAU

Le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, applicable au titre de l'année 2012, est fixé à 594 031 €.

Article 3 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à 152 975 €, dont :

147 186 € au titre des missions d'intérêt général,
5 789 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 4 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à 36 150 €, pour la période du 1^{er} avril au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 5 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Polyclinique Saint Côme, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région et de la Préfecture de l'Oise.

Article 6 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex

Article 7 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le 19 AVR. 2012

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
de l'Hospitalisation

Céline VIGNE

COPIE CONFORME

Etablissement : Clinique Saint-Côme à Compiègne

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012		
		Bases AC R au 01/01/2012	Sécurité et qualité des soins (CREX)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		R	NR	R + NR
III Amélioration de l'offre de soins existante				
1 Actions de coopérations	Sécurité et qualité des soins (CREX)		5 789	5 789
Total		0	5 789	5 789

- 182



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt général :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finagables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensation :	<p>Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fiéchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.</p> <p>Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATHI en fonction des travaux conduits (ATHI/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire+soins de support dans la MIG unique.</p> <p>Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATHI et prend en compte les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour les établissements ex-DG - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités : +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+80%) et CLCC (+70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
-----------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE

Evaluation annuelle

Qualité			Remarques	
	OUI	NON	2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS				
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				
Observations, remarques :				

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

- 162



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts

Critères d'éligibilité : Peuvent bénéficier de ce financement tout établissement volontaire ou désigné pour participer aux actions expérimentales ou études/analyses ciblées, selon les besoins identifiés.

Périmètre de financement : Par définition, cette MIG vise à compenser les charges exceptionnelles induites des établissements au titre de leur participation à ces actions ou études (mobilisation de personnel), non couvertes par ailleurs (tarifs).

Critères de compensations : Le montant versé correspondant à la compensation des charges induites est fonction des actions expérimentales ou études menées. Il est alloué sur la base d'un montant forfaitaire non reconductible, pouvant être composé d'une part fixe et d'une part variable en fonction des données transmises, identique pour une catégorie d'établissements donnée ou pour un type d'étude donnée.
 Exemple : ENC MCO
 - Montant forfaitaire annuel de 24 000€ correspondant au versement d'une part fixe (montant des charges minimales estimées pour mener à bien l'étude);
 - Montant forfaitaire variable de 0,45 € par RSA pondéré, en fonction du nombre de RSA.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE

Evaluation annuelle

Qualité
 Qualité et exhaustivité des données transmises par les établissements participants
 Validation par organisme de tutelle

Objectifs : L'objet de cette MIG est de permettre une meilleure définition des politiques de santé publique en associant les établissements de santé à travers la mise en œuvre d'actions expérimentales ou d'études et analyses ciblées.
 Sont notamment concernées: les études nationales de coûts (MCO et HAO), l'étude sur la charge en soins, l'analyse conjoncturelle des établissements de santé (ACCES)...

142



Etablissement évalué :	
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)

Base réglementaire : Art L. 6112-1 et suivant du CSP
 Art L. 162-22-15 du CSS

Critères d'éligibilité : Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDSSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, le non éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.

Périmètre de financement : La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDSSES.
 Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSSES.

Critères de compensations : Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire.
 La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics :
 - 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG
 - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR
 Pour les établissements de santé privé :
 - 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDSSES signé par l'établissement en janvier 2012.

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	

Evaluation annuelle

Activité
 Observations, remarques :
 Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDSSES et des crédits y afférant.

Objectifs : La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés

142



Établissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour du document

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire :
 Art L 6111-3 et L 6112-3 du CSP
 Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient
 Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique
 Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation
 Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient
 Circulaire DHOS/DGOS n°2009/215 du 12 avril 2009 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé
 Circulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques
 Circulaire DHOS/MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général et actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé

Critères d'éligibilité :
 En application de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions développées au titre de l'ETP doivent répondre à une procédure d'autorisation spécifique par les ARS. Toutes les actions d'ETP autorisées n'ouvrent néanmoins pas droit à financement.
 La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP en fonction du nombre de patients entrant dans un programme d'éducation lorsqu'il est répondu aux critères suivants :
 - un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients, acquisition de compétences, amélioration, qualité de vie, état de santé...);
 - un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé formés ;
 - un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec le médecin traitant pour l'orientation initiale et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital.
 Les financements ainsi alloués sont prévus dans l'annexe MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission au-delà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)
 En cas d'offre insuffisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement :
 La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclus en revanche de son périmètre les actions de prévention et d'éducation réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour. Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas aux pathologies citées dans le libellé de la MIG.

Critères de composition :
 Le calcul du montant à verser est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation (dispositions de la circulaire DHOS/MT2A du 16 juillet 2008).
 Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la pathologie, de la situation du patient, des données du diagnostic et de l'état initial. Il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme est, en moyenne, de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Ainsi, la prise en charge, en une année, de 200 patients par exemple, pour un programme d'éducation thérapeutique répondant aux conditions minimales de qualité énumérées ci-dessus, justifierait d'un financement de 50 000 euros, hors missions spécifiques (recours, formation, etc.).
 Ne sont considérés ici que les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode ambulatoire. Les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs de GHS et n'entrant pas dans le champ de la MIG. Il est rappelé que l'utilisation du Tâcheur de jour pour des séances d'éducation va à l'encontre des textes sur les activités à frontières entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation.

Établissements	Base MIG au 01/01/2012	IFE

Évaluation annuelle

Activité	2011		2012		Évolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage
Flux active de patient entrant dans le programme d'éducation						
Observations, remarques :						

Objectifs :
 Développer les actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients atteints de maladies chroniques dans un cadre d'activités ambulatoires.
 Les actions d'ETP se distinguent de la simple information délivrée aux patients. Elles consistent en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le malade plus autonome dans la gestion de sa maladie et ainsi à restreindre ou à retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications permettant de limiter le recours aux soins.
 Ces actions peuvent être réalisées sous des formes très variées : consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livres d'information, réunions de suivi post-hospitalisation, etc.

- 148



Établissement évalué
Date d'évaluation
Mise à jour du document

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
CENTRES DE COORDINATIONS CANCEROLOGIE (3C)

Base réglementaire :
 Circulaire N° DHOS/DGOS/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
 Circulaire DHOS-F-0/DGOS/1A/2005/N°115 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé
 Arrêté interministériel relatif à la tarification des soins de cancérologie
 Circulaire DHOS/CHANTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie
 Circulaire N° DGOS/RL/2011/25 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé
 Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCA) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22.02.2005

Critères d'éligibilité :
 C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement.
 Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financés au titre des IMC soit auprès des établissements publics et privés.
 Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).

Périmètre de financement :
 La mission de 3C est d'assurer la qualité en cancérologie, pour ce faire il :
 - Participe à l'évaluation et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer
 - Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les étudie
 - Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé
 - Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. Indicateurs Qualité IPALIS)
 - Recueille et produit de l'information en cancérologie (ex. tableaux de bord transmis au INCA)
 - Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches
 La dotation MISAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions.

Critères de compensation :
 Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens et ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'ajoutent en cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C.
 In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée à minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut être infirmier, cadre de santé, qualifié, etc.) d'un temps secrétaire et d'un temps de personnel formé à la qualité (il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé partenaires du 3C). Les frais de fonctionnement, autres à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement financières.
 Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement au seuls surcoûts de ces structures non financés par les tarifs de prestation).

Établissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	

Évaluation annuelle

Activité	2011		2012		Évolution 2011/2012	
	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage	En nombre	En pourcentage
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une RCP avant la mise en route de prime traitement (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'une RCP / Nombre total de nouveaux patients)						
Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant une fiche RCP informatisée (Nombre de fiches RCP informatisées / nombre total de dossiers patients enregistrés en RCP)						
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel que défini dans les recommandations INCA/ligue contre le cancer (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce / nombre total de nouveaux patients)						
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre de patient ayant bénéficié d'un PPS au décours de l'annonce du diagnostic / Nombre total de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce)						
Observations, remarques :						

Qualité	OUI		NON		Remarques	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Existence d'un programme annuel des actions du 3C						
Remplissage du tableau de bord annuel et transmission au RRC						

Objectifs :
 Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer.
 La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui laquise et devrait constituer la référence organisationnelle.
 Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonne pratique, remise du programme personnalisé de soins - PPS - accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).
 Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients

- 146



PRÉFET DE SEINE-ET-MARNE

PREFET DE L'AINSE

PREFET DE L'OISE

Direction départementale des territoires
de Seine-et-Marne

Service environnement et prévention
des risques
Pôle prévention des risques
et lutte contre les nuisances

Arrêté interpréfectoral n°12 DCSE IC 034

**portant prorogation de l'arrêté préfectoral n°10 DCSE IC 184 du
13/10/2010 prescrivant l'élaboration d'un plan de prévention des risques
technologiques (PPRT) pour le stockage de gaz naturel exploité sur la
commune de Germigny-Sous-Coulombs par la Société STORENGY**

Le préfet de Seine-et-Marne
Chevalier de la légion d'honneur

Le préfet de l'Aisne
Chevalier de la légion d'honneur

Le préfet de l'Oise
Chevalier de la légion d'honneur

VU le code de l'environnement, notamment l'article R.515-40-IV ;

VU l'arrêté n°10 DCSE IC 184 du 13 octobre 2010 prescrivant l'élaboration d'un plan de prévention des risques technologiques pour le stockage de gaz naturel exploité sur la commune de Germigny-Sous-Coulombs par la Société STORENGY ;

CONSIDÉRANT que le Plan de Prévention des Risques Technologiques (PPRT) autour des installations de la société de STORENGY ne pourra pas être approuvé dans le délai des 18 mois qui suivent la date de l'arrêté préfectoral prescrivant son élaboration ;

CONSIDÉRANT la nécessité de proroger le délai d'approbation du PPRT autour des sites de STORENGY pour permettre la bonne fin de la procédure d'élaboration qui en est au stade de la consultation ;

CONSIDÉRANT que le délai supplémentaire nécessaire pour l'approbation de ce PPRT peut être fixé à douze mois ;

SUR proposition des Secrétaires Généraux des préfectures de Seine-et-Marne, de l'Aisne et de l'Oise,

ARRÊTENT :

Article 1er : Délai de prorogation

Le délai d'approbation du Plan de Prévention des Risques Technologiques (PPRT) autour du site de la société Storengy sur la commune de Germigny-Sous-Coulombs, prescrit par arrêté préfectoral n° 10 DCSE IC 184 du 13 octobre 2010, est prorogé de douze mois à compter du 13 avril 2012, soit jusqu'au 13 avril 2013.

Article 2 : Mesure de publicité

Un exemplaire du présent arrêté est notifié aux personnes et organismes associés définis à l'article 5 de l'arrêté préfectoral n°10 DCSE IC 184 du 13 octobre 2010 susvisé.

Cet arrêté est affiché aux endroits prévus à cet effet pendant un mois dans les mairies des communes de Germigny-sous-Coulombs (77), Dhuisy (77), Coulombs-en-Valois (77), Crouy-sur-ourcq (77), Marigny-en-Orxois (02), Gandelu (02), Montigny-l'Allier (02), Neufchelles (60) et Varinfroy(60).

La mention de cet affichage sera insérée, par les soins du Préfet de Seine-et-Marne dans un journal habilité à insérer des annonces légales dans les départements de Seine et Marne, de l'Aisne et de l'Oise.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs des départements de Seine et Marne, de l'Aisne et de l'Oise.

Article 3 : Délais et voies de recours

La présente décision peut être déférée devant le tribunal administratif – Tribunal Administratif de Melun, 43 rue du Général de Gaulle – 77 MELUN par les demandeurs ou exploitants, dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle la décision leur a été notifiée.

Article 4 : Exécution

- Les Préfets de Seine et Marne, de l'Aisne et de l'Oise,
- Le Sous Préfet de Meaux,
- Le Directeur Régional et Interdépartemental de l'Environnement et de l'Énergie d'Ile-de-France,
- Le Directeur Régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement de Picardie,
- Les Directeurs Départementaux des Territoires de Seine-et-Marne, de l'Aisne et de l'Oise,
- Les Maires des communes de Germigny-sous-Coulombs, Dhuisy, Coulombs-en-Valois, Crouy-sur-ourcq, Marigny-en-Orxois, Gandelu, Montigny-l'Allier, Neufchelles et Varinfroy,
- Le Président de la communauté de communes de l'Ourcq et du Clignon,
- Le Président de la communauté de communes du Pays de Valois,
- Le Président du Syndicat Mixte « Union des communautés de communes du Sud de l'Aisne » ,
- Le Président du Syndicat Mixte de Marne Ourcq,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera notifiée à la société **STORENGY**.

Fait à Melun, le 13 avril 2012
Le préfet de Seine et Marne
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général de la Préfecture,

Serge GOUTEVRON

Fait à Laon, le 13 avril 2012
Le Préfet de l'Aisne

Pierre BAYLE

Fait à Beauvais, le 13 avril 2012
Le Préfet de l'Oise

Nicolas DESFORGES

Arrêté relatif à la composition de la commission de réforme compétente à l'égard des agents de la fonction publique territoriale du département de l'Oise

--

LE PRÉFET DE L'OISE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu le décret n°86-442 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

Vu l'arrêté ministériel du 4 août 2004 relatif à la Commission de Réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière ;

Vu les procès verbaux des élections aux Commissions Administratives Paritaires communales et intercommunales ;

Considérant qu'il convient de renouveler la composition de la Commission de Réforme ;

Sur proposition du Directeur départemental de la cohésion sociale de l'Oise ;

ARRETE

Article 1er:

La Commission Départementale de Réforme compétente à l'égard du personnel communal et intercommunal est composée à compter du 1^{er} janvier 2012 ainsi qu'il suit :

- Monsieur Jean-Pierre RANDOLET, Président ; ou Monsieur Bernard BASTIDE, Président suppléant.
- Deux praticiens de médecine générale, choisis parmi les membres du comité médical, auxquels est adjoint s'il y a lieu, pour l'examen des cas relevant de sa compétence, un médecin spécialiste qui participe aux délibérations de la commission sans prendre part aux votes.

PERSONNEL COMMUNAL

- Ville de BEAUVAIS -

REPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION

Titulaires :
Monsieur Pierre MICHELINO
Madame Lucienne BERTIN

Suppléants :
Madame Odette BLEIN
Madame Claire LEROY

2

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

CATÉGORIE A

Titulaire :
Madame Brigitte DELAUNAY

Suppléantes :
Madame Bernadette LEFEVRE
Madame Mauricette RADDE

CATÉGORIE B

Titulaires :
Madame Annie LEMAIRE

Monsieur Serge YHUEL

Suppléants :
Monsieur Patrick GEORGET
Madame Edith DUPUIS
Monsieur Joël MERIBAULT
Monsieur Jean-Luc THOMAS

CATÉGORIE C

Titulaires :
Monsieur William LEMAIRE

Monsieur Gérard QUEVAL

Suppléants :
Madame Isabelle LECLERCQ
Monsieur François VAYER

Monsieur Pascal DESAUTY
Monsieur Germain YSARD

- Ville de COMPIEGNE -

REPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION

Titulaires :
Monsieur Joël DUPUY de MERY

Madame Marie-Christine LEGROS

Suppléants :
Monsieur Michel LE CARRERES

Monsieur Régis de MONTGOLFIER

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

CATÉGORIE A

Titulaire :
Monsieur Marc LEMOINE

Suppléants :
Monsieur Claude PRUVOST
Monsieur Eric BLANCHEGORGE

CATÉGORIE B

Titulaire :
Monsieur Pascal MARTINACHE

Suppléants :
Monsieur Yohan LAURE
Monsieur Vincent FLAMANT

CATÉGORIE C

Titulaires :
Monsieur Pascal HERY

Monsieur Olivier MOUTON

Suppléants :
Monsieur Eric JUSZCZAK
Madame Nathalie BOUVART

Monsieur Joël MARTIN
Monsieur Didier LECOULTRE

- Ville de CREIL -REPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION*Titulaires :*

Madame Nicole CAPON

Monsieur Serge BERNARD-LUNEAU

Suppléants :

Monsieur Habib KCHOK

Madame Mathilde BOUKHELIF

REPRÉSENTANTS DU PERSONNELCATÉGORIE A*Titulaires :*

Monsieur Laurent DEROUAL

Monsieur Bernard GOSSET

Suppléants :

Madame Josiane BOY

Monsieur Patrick LESNE

CATÉGORIE B*Titulaires :*

Madame Rosy GIRAUD

Monsieur Gerry RICHARD

Suppléants :

Monsieur Ludovic HOUJOT

Monsieur Thierry COMTE

CATÉGORIE C*Titulaires :*

Madame Brigitte ROBILLARD

Monsieur Christian HENOCQ

Suppléants :

Monsieur Francis LEMAIRE

Monsieur Jean-Yves GRUNY

- CONSEIL GÉNÉRAL DE L'OISE -REPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION*Titulaires :*

Monsieur Henri BONAN

Monsieur André COET

*Suppléants :*Madame Sylvie HOUSSIN
Monsieur Georges BECQUERELLEMonsieur Jean-Claude HRMO
Monsieur Jean CAUWELREPRÉSENTANTS DU PERSONNELCATÉGORIE A*Titulaires :*

Monsieur Jean-Charles PAZDZIOR

Monsieur Stéphane DEFROCCOURT

*Suppléants :*Madame Martine DELAERE
Madame Dominique BOULANGERMadame Anne MOREUIL
Monsieur Christophe JOUANIQUECATÉGORIE B*Titulaires :*

Madame Josiane SAVY

Madame Maryline DROBECQ

*Suppléants :*Madame Chantal PELTIER
Monsieur Fabrice TIRONMadame Louissette ROCHE
Madame Graziella VAILLANTCATÉGORIE C*Titulaires :*

Madame Roselyne BONNAIRE

Monsieur Fabrice FOURMENT

*Suppléants :*Monsieur Philippe VAN MEENEN
Monsieur Janik POIZOTMonsieur Gilles LOMBARDIN
Madame Anne-Marie LAFAX**- SDIS 60 Sapeurs-pompiers professionnels -**REPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION*Titulaires :*

Monsieur Georges BECQUERELLE

Monsieur Alain BLANCHARD

*Suppléants :*Monsieur Gérard LEMAITRE
Monsieur Thierry FRAUMonsieur Gérard LECOMTE
Monsieur Jacques COTELREPRÉSENTANTS DU PERSONNELCATÉGORIE A*Titulaires :*

M. le Colonel Gilles GREGOIRE

M. le Commandant Serge LALOUETTE

*Suppléants :*M. le Colonel Pascal PAILLOT
M. le Lieutenant-colonel Thierry BRUNOM. le Capitaine Eric COLLARD
M. le Capitaine Emmanuel MERCIERCATÉGORIE B*Titulaires :*

M. le Lieutenant Gérard WEPPE

M. le Lieutenant Vincent BOITRELLE

*Suppléants :*M. le Lieutenant Patrick CARO
M. le Major Olivier LEVEQUEMelle Céline SOBECKI
M. le Major Eric LEBLANC

CATÉGORIE C*Titulaires :*

M. l'Adjudant-chef Fabrice MILLIEN

M. l'Adjudant-chef François LEBRUN

- SDIS 60 Sapeurs-pompiers volontaires -

REPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION*Titulaires :*

Monsieur Georges BECQUERELLE

M. le Colonel Gilles GREGOIRE

Le médecin-chef :

M. le Docteur François JOLY

REPRÉSENTANTS DU PERSONNELOfficier professionnel*Titulaire :*

M. le Lieutenant-colonel Thierry BRUNO

Capitaine de sapeurs-pompiers volontaires*Titulaire :*

M. le Capitaine J.P GAMBIER

Lieutenant de sapeurs-pompiers volontaires*Titulaire :*

M. le Lieutenant René DECONINCK

Major de sapeurs-pompiers volontaires*Titulaire :*

M. le Major Jacques MARCHAND

Adjudant de sapeurs-pompiers volontaires*Titulaire :*

M. l'Adjudant Bernard BLERY

Sergent de sapeurs-pompiers volontaires*Titulaire :*

M. le Sergent Bernard CATOIRE

Suppléants :

M. le Sergent-chef Kévin SANCHEZ

M. le Caporal Arnaud LYSAK

M. le Sergent-chef Benoît DANNE

M. le Sergent-chef Ludovic GREGOIRE

Suppléants :

Monsieur Jacques COTEL

M. le Colonel Pascal PAILLOT

Suppléante :

Mme le Docteur Murielle SIMON-FOLGOAS

Suppléant :

M. le Commandant Serge LALOUETTE

Suppléant :

M. le Capitaine Alain VITROUIL

Suppléant :

M. le Lieutenant Mimoun BOUREKBA

Suppléant :

M. le Major Daniel HENOCQ

Suppléant :

M. l'Adjudant Christian CAVE

Suppléant :

M. le Sergent Christian BLIOT

Caporal de sapeurs-pompiers volontaires*Titulaire :*

M. le Caporal Jonathan DUMOULIN

Sapeur-pompier volontaire du grade de Sapeur*Titulaire :*

M. le Sapeur Flavien HERDHEBAUT

Suppléant :

M. le Caporal Nicolas COSQUER

Suppléant :

M. le Sapeur Cyril SOEST

PERSONNEL INTERCOMMUNALREPRÉSENTANTS DE L'ADMINISTRATION*Titulaires :*

Madame Nicole ROBERT

Monsieur Jean-Pierre BOSINO

Suppléants :

Monsieur Christian MASSAUX

Madame Cécile BREMARD

Monsieur Denis FLOUR

Monsieur Lucien BOUCHEZ

REPRÉSENTANTS DU PERSONNELCATÉGORIE A*Titulaires :*

Madame Siegfried SOULABAILLE

Monsieur Jean-Pierre CROUZET

Suppléants :

Madame Catherine DESENCLOS

Monsieur Claude THUILLIEZ

Madame Anne-Claire CHOQUER

CATÉGORIE B*Titulaires :*

Monsieur Francis DECORBIE

Monsieur Jean-Luc RIVIERE

Suppléants :

Monsieur Franck PERROT

Monsieur Marc TELLIER

Madame Anne FONTAINE

Madame Jocelyne BOULANGER

CATÉGORIE C*Titulaires :*

Monsieur Dominique ROY

Monsieur Jacques GOSSON

Suppléantes :

Madame Dominique BECART

Madame Martine BRUYERE

Madame Claudine CARION

Madame Chantale BASTIDE

Article 2 :

Le secrétariat de cette commission est assuré par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Oise.

Il informe le médecin du service de médecine professionnelle et préventive compétent à l'égard du fonctionnaire dont le cas est soumis à la Commission de Réforme. Celui-ci peut avoir communication du dossier, formuler des observations écrites ou assister à la réunion de la commission avec voix consultative.

Article 3 :

Les membres de la Commission Départementale de Réforme sont nommés pour une durée de trois ans. Leur mandat est toutefois prolongé jusqu'à la nouvelle désignation des membres de la Commission.

Article 4 :

En cas de perte de la qualité pour siéger d'un titulaire, son suppléant devient titulaire.

Article 5 :

Tout recours à l'encontre du présent arrêté pourra être porté devant le Tribunal Administratif d'Amiens dans un délai de deux mois suivant sa notification ou publication.

Article 6 :

Monsieur le Directeur départemental de la cohésion sociale de l'Oise est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Oise.

Fait à Beauvais, le 17 AVR. 2012



Nicolas DESFORGES



Direction Départementale
de la Cohésion Sociale

Arrêté modificatif fixant la composition du comité médical départemental de l'Oise

-/-

LE PRÉFET DE L'OISE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
Vu le décret n°86-442 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.
Sur proposition du directeur départemental de la cohésion sociale de l'Oise;

ARRETE

Article 1er :

La composition du comité médical départemental de l'Oise est arrêtée comme suit pour une durée de 3 ans :

- Dr Régis BULA (titulaire - praticien de médecine généraliste) ;
- Dr Jean-Maurice PLAISANT (titulaire - praticien de médecine généraliste) ;
- Dr Christophe FUMERY (suppléant -- praticien de médecine généraliste).

Un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée prévu à l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée est adjoint aux deux praticiens de médecine générale siégeant en séance.

Article 2 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif d'Amiens dans un délai de 2 mois à compter de sa date de publication.

Article 3 :

Toutes dispositions antérieures contraires aux dispositions du présent arrêté sont abrogées.

Article 4 :

Le Secrétaire général de la préfecture et le Directeur départemental de la cohésion sociale de l'Oise sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Oise.

Fait à Beauvais, le 17 AVR. 2012

Le Préfet,



Nicolas DESFORGES