Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013 - 052 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de la dotation De l'Association « La Nouvelle Forge » pour l'établissement sanitaire « Etablissement Privé de Santé Mentale » pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 60 010 704 9**

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, L162-22-8, L.162-22-10, 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr



-79

Vu l'arrêté du 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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

### ARRETE

**Article 1 :** Le montant des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotation de l'Association « La Nouvelle Forge » pour l'établissement sanitaire « Etablissement Privé de Santé Mentale », est fixé, pour l'année 2013, à l'article 2 du présent arrêté.

**Article 2 : 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 5 797 527 €, dont :

**5 797 527 €** au titre de la DAF PSY.



-80

**Article 3 :** Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de l'Association « La Nouvelle Forge », à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de région Picardie et de la Préfecture de l'Oise.

**Article 4 :** 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 du 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 5 :** Exécution

Le directeur de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**



ars Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013 - 053 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de la dotation due à l'Association « Le Château du Tillet » pour l'établissement sanitaire « Maison de convalescence spécialisée Château du Tillet » pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 60 000 011 1**

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, L162-22-8, L.162-22-10, 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr

Vu l'arrêté du 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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

**ARRETE**

**Article 1 :** Le montant des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotation de l'Association « Le Château du Tillet » pour l'établissement sanitaire « Maison de convalescence spécialisée Château du Tillet », est fixé, pour l'année 2013, à l'article 2 du présent arrêté.

**Article 2 : 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 7 937 263 €, dont :

**7 937 263 €** au titre de la DAF SSR.

**Article 3 :** Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de l'Association « Le Château du Tillet » , à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de région Picardie et de la Préfecture de l'Oise.



**Article 4 :** 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 du 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 5 :** Exécution

Le directeur de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**

Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013 - 054 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de la dotation de la Fondation Rothschild pour l'établissement sanitaire « Centre de Réadaptation A. De Rothschild » pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 75 071 042 8**

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.162-22-12 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr



Vu l'arrêté du 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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

### ARRETE

**Article 1 :** Le montant des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotation de la Fondation Rothschild pour l'établissement sanitaire « Centre de réadaptation A De Rothschild », est fixé, pour l'année 2013, à l'article 2 du présent arrêté.

**Article 2 : 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 6 923 068 €, dont :

**6 923 068 €** au titre de la DAF SSR.

**Article 3 :** Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Fondation Rothschild, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de région Picardie et de la Préfecture de l'Oise.

**Article 4 :** 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 du 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 5 :** Exécution

Le directeur de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**



ars Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013 - 055 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de la dotation de l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise pour l'activité de soins de médecine sous forme d'hospitalisation à domicile pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 60 011 327 8**

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, L162-22-8, L.162-22-10, 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 97 0 970
www.ars.picardie.sante.fr

Vu l'arrêté du 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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

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

**ARRETE**

**Article 1 :** Le montant des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotation à l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise pour l'activité de soins de médecine sous forme d'hospitalisation à domicile, est fixé, pour l'année 2013, à l'article 2 du présent arrêté.

**Article 2 : 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 5 927 €, dont :

**5 927 €** au titre de la mission d'intérêt général;



**Article 3 :** Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de région Picardie et de la Préfecture de l'Oise.

**Article 4 :** 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 du 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 5 :** Exécution

Le directeur de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**

Agence Régionale de Santé
Objet : Arrêté DH-2013-007, relatif à la demande de renouvellement d'autorisation d'effectuer des prélèvements d'organes et de tissus sur une personne décédée, déposée par le groupe hospitalier public du sud de l'Oise.
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie
Vu le code de la santé publique et notamment les dispositions législatives et réglementaires du livre II de la Première partie (don et utilisation des éléments et produits du corps humain) ;
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 M. Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie ;
Vu la décision ARH080339 de l'ARH en date du 16 mai 2008 ;
Vu la demande de renouvellement d'autorisation présentée par le groupe hospitalier public du sud de l'Oise;
Vu l'avis de l'agence de la biomédecine en date du 8 février 2013 ;
Considérant que l'établissement remplit les conditions énoncées aux articles R.1233-7 et R.1242-3 du code de la santé publique relatives aux prélèvements d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques sur une personne décédée assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique et celles relatives aux prélèvements de tissus à des fins thérapeutiques sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant ;
Considérant l'avis favorable émis par l'Agence de la biomédecine ;
ARRETE
Article 1er : Est accordé au groupe hospitalier public du sud de l'Oise le renouvellement de l'autorisation d'effectuer des prélèvements :
- d'organes (multi-organes : cœur, poumons, foie, reins, pancréas, intestins), à des fins thérapeutiques, sur une personne décédée assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique,
- de tissus (cornées, os, valves cardiaques, vaisseaux, peau, tendons, ligaments, fascia-lata), à l'occasion d'un prélèvement multi-organes, à des fins thérapeutiques, sur une personne décédée assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique,
- de tissus (cornées, os cortical / os massif, peau), à des fins thérapeutiques, sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant,
Article 2 : La durée de validité de cette autorisation est de 5 ans à compter du 16 mai 2013.
Article 3 : Le présent arrêté pourra faire l'objet dans un délai de deux 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
2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, sis 14, avenue Duquesne 75350 Paris 07
3) d'un recours contentieux devant le tribunal administratif sis 14, rue Lemerchier CS 81114 80011 Amiens Cedex.
4) En cas de recours gracieux ou hiérarchique, le recours contentieux peut être présenté dans un délai franc de deux mois après la notification d'une décision expresse ou implicite de rejet.
Article 4 : Le Directeur de l'Hospitalisation de l'Agence Régionale de Santé de Picardie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au représentant légal de l'établissement susvisé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Somme.

Fait à Amiens, le 11 mars 2013
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie
Christian DUBOSQ



Agence Régionale de Santé de Picardie
Objet : Arrêté DH-2013-008 portant rectification d'erreur matérielle contenue dans l'arrêté DREOS_HOSPI_2012_335 relatif à la demande d'autorisation d'installer un scanographe en remplacement d'un équipement existant sur le site du Centre d'Imagerie Médicale de Beauvais, déposée par la SCM Tailleur et Ould
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie
Vu le code de la santé publique et notamment :
- les articles L.1432-4 et D.1432-28 à D.1432-53, relatifs à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ;
- les articles L.6122-1 à L.6122-21 et R.6122-23 à R.6122-44 relatifs aux autorisations ;
Vu le code de la sécurité sociale et notamment l'article L.162-21 relatif à l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux ;
Vu la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), et notamment son article 35 ;
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 M. Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie ;
Vu l'arrêté DREOS_HOSPI_2012_335 relatif à la demande d'autorisation d'installer un scanographe en remplacement d'un équipement existant sur le site du Centre d'Imagerie Médicale de Beauvais, déposée par la SCM Tailleur et Ould
ARRETE
Article 1er : Au 11ème visa de l'arrêté susvisé, au lieu de lire : « Vu la demande d'autorisation présentée par le GIE du Beauvaisis », lire : « Vu la demande d'autorisation présentée par la SCM Tailleur et Ould ».
Article 2 : Le Directeur de l'hospitalisation de l'Agence Régionale de Santé de Picardie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au représentant légal de l'établissement susvisé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Somme et de la préfecture de l'Oise.

Fait à Amiens, le 13 mars 2013
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie
Christian DUBOSQ

Agence Régionale de Santé de Picardie
Objet : Arrêté n° DH-2013-010 portant approbation de la modification de la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie »
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie
Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant les groupements de coopérations sanitaires, L.6133-1 et suivants, R.6133-1 et suivants ;
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 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire ;
Vu l'arrêté ARH du 31 Mars 2010, approuvant la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » ;
Vu la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » en date du 10 mars 2010
Vu la délibération de l'assemblée générale du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » en date du 30 janvier 2013 désignant Monsieur le Dr CENE administrateur et Mme ALLART-JACQUIN vice-administrateur du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie »
Vu la délibération de l'assemblée générale du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » en date du 30 janvier 2013 modifiant la convention constitutive
Vu la convention constitutive modifiée du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » en date du 30 janvier 2013
Vu la demande du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » reçue le18 février 2013
Considérant que l'article R6133-1-1, alinéa 3 du code de la santé publique dispose que les avenants à la convention constitutive du groupement [de coopération sanitaire] sont approuvés dans les mêmes conditions de forme que la convention constitutive
Considérant que la modification de l'objet de la convention constitutive est conforme aux dispositions des articles L.6133-1 et suivants et R.6133-1 suivants du code de la santé publique;
Considérant que cette modification a été adoptée dans les conditions prévues par la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie »
ARRETE
Article 1 : La modification de l'objet de la convention constitutive, du Groupement de Coopération Sanitaire« Institut Ophtalmologique de Picardie », est approuvée.
Article 2 : Le Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie » a pour objet de maintenir et de développer une offre ophtalmologique de proximité, complète, pérenne et de qualité en Picardie ; et plus particulièrement :
-De constituer un groupement de moyens au profit de ses membres et dans ce cadre :
de permettre la mutualisation d'un plateau technique chirurgical ;
acquérir en tant que besoin et gérer les équipements d'intérêt commun nécessaires à la réalisation de l'activité par chacun des membres ;
recruter les personnels paramédicaux et administratifs nécessaires à l'organisation de l'activité ;
gérer les locaux du centre de chirurgie ophtalmologique ambulatoire public/privé ;
gérer une pharmacie à usage interne, conformément aux dispositions des articles L. 5126-7 du Code de la Santé publique
- De participer à toute action de coopération et à tout réseau de santé avec les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social, utile à la réalisation de son objet.
Article 3 : Les membres du Groupement de Coopération Sanitaire sont :
- Le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens
- La SAS ophtalmologique- Polyclinique de Picardie
Article 4 : Le siège social est maintenu : Avenue Paul Claudel à AMIENS (80000).
Article 5 : Le Groupement de Coopération Sanitaire « Institut ophtalmologique de Picardie » est constitué pour une durée indéterminée.
Article 6 : Le présent arrêté pourra faire l'objet dans un délai de deux mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :
-d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens
-d'un recours hiérarchique auprès du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, sis 14, avenue Duquesne 75350 Paris 07
-d'un recours contentieux devant le tribunal administratif sis 14, rue Lemerchier CS 81114 80011 Amiens



-En cas de recours gracieux ou hiérarchique, le recours contentieux peut être présenté dans un délai franc de deux mois après la notification d'une décision expresse ou implicite de rejet.
Article 7 : Le directeur de l'hospitalisation est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme, de l'Oise, de l'Aisne et sera notifié à l'administrateur du Groupement de Coopération Sanitaire « Institut Ophtalmologique de Picardie ».

Fait à Amiens, le 17 avril 2013
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
Christian DUBOSQ

Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté n° DH-2013-012 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, de la Polyclinique Saint Côme pour l'exercice 2013**

**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 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 21 mars 2013 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr



### ARRETE

**Article 1 :** Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels à la Polyclinique Saint Côme, sont fixés, pour l'année 2013, aux articles 2 et 3 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 2013, est fixé à 675 060 €.

**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 51 021 €, dont :

**51 021 €** 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 4 :** 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 au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des Préfectures de la Somme et de l'Oise.

**Article 5 :** 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 du 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 6 :** Exécution

Le directeur de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

COPIE CONFORME

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : H 11

## Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt général : 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.<br>Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale<br>Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie<br>Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé<br>Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCa) pour précher 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.<br>Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financables au titre des MIG soit environ 600 établissements publics et privés.<br>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 :<br>- Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints du cancer<br>- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue<br>- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé<br>- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. Indicateurs Qualité IPAQSS)<br>- Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)<br>- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches<br>La dotation MIGAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions. |
| Critères de compensations : | La montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisés au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'additionnent le cas échant 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<br><br>In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualiticien, etc.) d'un temps secrétariat 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).<br>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.<br>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcouts 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). |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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) | | | | |
| Observations, remarques : | | | | |

| Qualité | OUI | NON | Remarques 2011 | Remarques 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 de cancer.<br>La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.<br>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).<br><br>Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : R 01

## 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 indues 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 indues 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.<br>Exemple : ENC MCO<br>- Montant forfaitaire annuel de 24 000€ correspondant au versement d'une part fixe (montant des charges minimales estimées pour mener à bien l'étude) ;<br>- Montant forfaitaire variable de 0,45 € par RSA pondéré, en fonction du nombre de RSA. |

| Etablissement | JPE | JPE |
|---|---|---|
| | Part variable 2011 | Part fixe 2012 |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] |

### Evaluation annuelle

| Qualité |
|---|
| Qualité et exhaustivité des données transmises par les établissements participants<br>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.<br>Sont notamment concernées: les études nationales de coûts (MCO et HAD), l'étude sur la charge en soins, l'analyse conjoncturelle des établissements de santé (ACCES)... |

Agence Régionale de Santé
Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013-013 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne-Noyon pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 600 100 721**
**N° FINESS USLD: 600 107 668 USLD Compiègne**
**N° FINESS USLD: 600 110 589 USLD Noyon**

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, L162-22-8, L.162-22-10, 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr



– 100

**Polyclinique Saint Côme**

| ture des dotations | DAF 2013 | | | NOTIFICATION | | | NOTIFICATION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF |
| F de reconduction | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| 2012 | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| sures de reconduction | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R + NR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| ure des dotations | FORFAITS 2013 | NOTIFICATION | TOTAL FORFAITS |
|---|---|---|---|
| | 675 060 | | 675 060 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| Total | 675 060 | 0 | 675 060 |

| ure des dotations | USLD 2013 | NOTIFICATION | TOTAL USLD |
|---|---|---|---|
| e de reconduction | | | 0 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| Total | 0 | 0 | 0 |

– 99

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 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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 ;

## ARRETE

**Article 1 :** Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne Noyon, sont fixés, pour l'année 2013, 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 4 702 466 € dont :

**4 557 477 €** 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 **7 384 704 €**, dont :

**7 384 704 €** 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 **3 418 709 €.**

**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 4 074 722 €, dont :

**3 984 800 €** au titre des missions d'intérêt général,
**89 922 €** 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 Intercommunal Compiègne Noyon, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des Préfectures de la Somme et 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 du 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 de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**

Détail des bases AC

Bases + Mesures Nouvelles 2013

**Etablissement : CHICN ( COMPIEGNE-NOYON)**

Typologie des AC dans ARBUST IMMAC

| | Libellé de la mesure notifiée | Base AC R au 01 01 2012 | Transfert crédits ONEXT | Débasage mesures diverses (lissement des bases) | Plan AVC- coordination de la filière AVC | Bases +MM R 31/12/2012 | Débasage | Base au 01/01/2013 | Performance des SI de gestion ( AC investissement) | Apprentis PPH | Total AC au 25/04/2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| III Amélioration de l'offre des soins extrahospitalier | | R | R | R | R | | | | NR | NR | |
| 1 Actions de coopérations | Sécurité et qualité des soins (QSEX) | | | | | 0 | | | | | |
| Soutien à la démographie des 2 professionnels de santé | | | | | 55 000 | 55 000 | -55 000 | 0 | | 12 000 | 12 000 |
| | Soutien formation apprentis préparateurs en pharmacie | | | | | 0 | | | | | |
| | Postes assistants partagés ARS | | | | | 0 | | | | | |
| | CNIEDT - compensation frais déménagement Mme Hubert | | | | | 0 | | | | | |
| IV Restructuration et gestion sur Etc sanitaires | | | | | | | | | | | |
| Soutien aux états délicitaires (hors 3 PHI) | | | | | | | | | | | |
| | Soutien financier (aide de trésorerie) | 49 434 | | -49 434 | | 0 | | | | | |
| | Autres compléments | | | | | 0 | | | | | |
| | | 93 000 | | | | 93 000 | -93 000 | 0 | 77 922 | | 77 922 |
| V Investissements | | | | | | | | | | | |
| 2 Mesures régionales d'investissement | PPR-investissement régional | | | | | 0 | | 0 | | | |
| | Performance des SI de gestion | | | | | 70 000 | -70 000 | 0 | | | |
| VI Autres | | | | | | 0 | | | | | |
| 2 Divers | | | | | | 0 | | | | | |
| | CNIEXT - Pérennisation du financement Régularisation ATU Régionaux 2011 | | 70 000 | | | 70 000 | | | | | |
| Total | | 142 434 | 70 000 | -49 434 | 55 000 | 218 000 | -218 000 | 0 | 77 922 | 12 000 | 89 922 |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : 01

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

**Base réglementaire :**
Code de la santé publique.
Circulaire du 10 septembre 1991 relative à la création d'équipe en alcoologie
Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 6 B n° 2000-660 du 5 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
Circulaire DH/EO3/DGS/2000/182 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 15 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 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 et en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIO de l'activité entre en charge par en DHS.

**Financement forfaitaire proposé :**

*1) Base de financement 3 000 consultations et plus*

| |
|---|
| 0,8 ETP Praticien hospitalier |
| 3 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 248 700 € |

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

| |
|---|
| 0,6 ETP Praticien hospitalier |
| 2 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 188 860 € |

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

| |
|---|
| 0,4 ETP Praticien hospitalier |
| 1,5 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 121 850 € |

*4) Base de financement moins de 1 000 consultations*

| |
|---|
| 0,2 ETP Praticien hospitalier |
| 1 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 72 850 € |

| Etablissements | Base MIO au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Travail de liaison : | | | | | | |
| Formation des équipes | | | | | | |
| 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 sans consultation en médecine | | | | | | |
| 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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Praticien hospitalier (1) | | | | |
| ETP psychiatre (1) | | | | |
| ETP infirmier diplômé d'Etat (1) | | | | |
| ETP psychologue (1) | | | | |
| ETP autres personnels (1) | | | | |
| Charges du personnel des ETP Praticien hospitalier (2) | | | | |
| Charges du personnel des ETP Psychiatre (2) | | | | |
| Charges du personnel des ETP IDE (2) | | | | |
| Charges du personnel des ETP Psychologue (2) | | | | |
| Charges du personnel des ETP autres personnels (2) | | | | |

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

Observations, remarques :

| Autres, divers | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de consultations : | | | | |
| Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé) | | | | |
| Externes (consultations de suivi ambulatoire) | | | | |
| Aux urgences (interventions auprès d'un patient) | | | | |
| Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé ou mis à disposition du personnel des ES) | | | | |
| Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation | | | | |
| Nombre d'actions de formation auprès des personnels | | | | |

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 structuration de la filière



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : 03

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

**Base réglementaire :**
Circulaire N°2002-157 du 19 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
Circulaire N°2007-117 du 26 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 gérontologiques.
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'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 :**

| |
|---|
| 0,8 ETP praticien hospitalier |
| 1 ETP infirmier diplomé d'état |
| 0,5 ETP aide soignant |
| 0,5 secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 189 760 € |

| |
|---|
| 1 ETP praticien hospitalier |
| 2 ETP infirmier diplomé d'état |
| 0,5 ETP aide soignant |
| 0,5 secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 352 900 € |

| Etablissements | Base MIO au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'EMG 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 | | | | | | |
| Existe-t-il une convention avec d'autres établissements ? | | | | | | |

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

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

Observations, remarques :

| Autres, divers | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de consultations externes | | | | |
| 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 tructures 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

| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : |
| Date d'évaluation : | | 103 |
| Mise à jour du document : | | |

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :**
**Equipes mobiles de soins palliatifs / EMSP**
**Orientations spécifiques ; Développement des soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux**

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Ordonnance du 4 septembre 2003<br>Circulaire N°DHOS/02/DGS/6C/2002/98 du 18 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont le pilotage est représenté par la mise en place généralisée de réseaux de soins palliatifs connectés à des équipes mobiles de soins palliatifs<br>Circulaire N°DHOS/O2/2008/159 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs<br>Plan de santé publique, programme du développement des soins palliatifs 2008-2012 inscrit dans la circulaire N°DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé |
| Critères d'éligibilité : | L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public relative à la "prise en charge des soins palliatifs" (2° de l'article L.6112-1 du CSP) |
| Périmètre de financement : | Il s'agit d'une mesure complémentaire visant à :<br>Développement de la prise en charge palliative dans les établissements médico-sociaux<br>Développement de l'activité de soins palliatifs |
| Critères de compensations : | Renforcement en temps médical et non médical à hauteur de 68 000 euros (base de calcul PH <105 000 euros et IDE = 45 000 euros); il appartient à l'établissement de définir son organisation cible qui devra être précisée dans le cadre de l'évaluation CPOM MIG. |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

**Evaluation annuelle**

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre d'interventions totales de l'EMSP sur cours de l'année : | | | | |
| Nombre d'interventions de l'EMSP : | | | | |
| en intra-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 issues des consultations | | | | |
| Autres recettes, à préciser : | | | | |

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Existe-t-il une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ? | | | | | | |
| 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 de patients ? | | | | | | |
| Ces interventions sont-elles formalisées ? | | | | | | |

| Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en soins palliatifs | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Personnel médical (1) | | | | |
| ETP Psychologue (1) | | | | |
| ETP Infirmier diplômé d'Etat (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 IDE (2) | | | | |
| Charges de personnel des ETP autres personnels (2) | | | | |
| Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec une unité | | | | |
| Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec un réseau /équipe | | | | |

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

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

Observations, remarques :
Maintien des indicateurs préexistants - Dans le cadre du développement des interventions externes sont mentionnés : Nombre de patients bénéficiaire d'intervention de l'EMSP sur les structures conventionnées - Identité d'établissements ayant conclu une convention avec l'établissement - Délai d'intervention moyen de l'EMSP dans la structure médico-sociale (délai entre réception de la demande et intervention effective).

| | |
|---|---|
| Objectifs : | Développer la culture de la prise en charge des soins palliatifs au milieu ambulatoire et dans les établissements médico sociaux<br>Mesure visant plus particulièrement au renforcement en équipe mobile de soins palliatifs pour permettre son développement dans les établissements médico-sociaux de la région.<br>Désinstitution : Rendre effectif l'intervention de l'EMSP dans les établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes et à diffuser la culture palliative dans les établissements médico sociaux |

| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : |
| Date d'évaluation : | | P03 |
| 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**

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Art. D.6124-46 CSP<br>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.<br>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.<br>En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.<br><br>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.<br><br>Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n.<br>Puis dans un second temps, pour connaitre 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).<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

**Evaluation annuelle**

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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 : | La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité.<br>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.<br><br>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.<br><br>Les besoins en psychologues sont notamment fonction :<br>- De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an)<br>- De la complexité de la prise en charge<br>o Type de maternité<br>o Assistance médicale à la procreation<br><br>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions. |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : PDI

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

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MCS/2011/394 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.<br>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.<br>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 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 titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies, les consultations mémoire sont financées par la ladite dotation.<br>Relevant 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.<br>Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relèvent d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG.<br><br>Dans ce cadre, l'établissement de santé ne peut facturer à l'assurance maladie qu'une seule consultation spécialiste (CS) lorsque la consultation est assurée par un médecin spécialiste ainsi que des consultations cotées C2, C2, 6 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 :<br>- un mi- temps de gériatre ou/et neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre - 0,7 ETP de PH<br>- des compétences de neuropsychologie, psychologue ou orthophoniste formé à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants<br>- un temps de secrétariat chargé de l'accueil et du recueil des données d'activité pour la Banque Nationale Alzheimer - 1 ETP agent administratif<br>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.<br>Les frais de structure sont estimés à 20% des frais de personnel.<br>Le Forfait de base atteint donc 188 160 €.<br>Ce forfait est minoré par les recettes de titre 2 si la file active est de 300 patients (300*23€)=6900€.<br>Au total, le montant moyen est de 181 260€.<br><br>In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la manière suivante : |

| [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|
| PH | 0,7 | 95 800 |
| Agent administratif | 1 | 5 000 |
| Psychologue | 1 | 56 000 |
| Total personnels | | 156 800 |
| 20% structure | | 31 360 |
| Montant de base | | 188 160 |
| Recettes titre 2 file active 300 patients | | 6 900 |
| Total compensation | | 181 260 |

| [illegible] | ETP | [illegible] |
|---|---|---|
| 1 ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs demandés par la | 0,1 | 11 200 |
| Total compensation | | 192 460 |

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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### 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 |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : MI1

## 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/PF2/2011/188 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 charge mentionné dans l'Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 et avoir été identifiées par leurs ARS du 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.<br>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.<br>Cette MIG finance les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles. Les recettes issues des activités de consultations externes (cotées au titre de consultations externes médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG.<br><br>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.<br><br>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) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.<br><br>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).<br>La dotation est calculée selon les principes suivants :<br>- 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).<br>- 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 0,5 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)<br>- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales. Sur cette base, il convient de d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une SDC totalisant entre 2000 et 2500 consultations externes annuelles, la MIG consiste le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 EIP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure.<br>- Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG. |

| Etablissements | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | IPE/indicative | Base R |
|---|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | En nombre | En pourcentage |
| La file active | | | | |
| Le nombre de consultations médicales (ventilées en adulte et enfant de moins de 18 ans; et en consultations internes et externes) | | | | |
| Le nombre d'hospitalisation 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 file active est comparée au nombre de consultations (en cas inférieur à 9 témoigne d'une activité ponctuelle de recours au 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 du 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.<br>Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.<br><br>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 : | [redacted] | CODE : H01 |
| Date d'évaluation : | | |
| Mise à jour du document : | | |

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

**Observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique**

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Art D.162-16 du CSS<br>Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 :<br>Circulaire n° DHOS/E2/DGS/SG/2008/30 du 19 janvier 2008 |
| Critères d'éligibilité : | Un observatoire régional doit se 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, dont un établissement autorisé à pratiquer une activité d'hospitalisation à domicile.<br>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.<br><br>Si un ou plusieurs établissements ressortent positivement de cette analyse, il est concevable 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 déclinés en programmes d'action avec des modalités de mise en œuvre ainsi que des indicateurs de suivi.<br><br>Le périmètre de financement est donc égal aux missions déléguées aux OMEDIT (ref. supra). |
| Critères de compensations : | Pour la mise en œuvre de ces missions, l'OMEDIT dispose d'un coordonnateur entouré d'une structure de coordination<br>Le coordonnateur a recours à des groupes experts régionaux. Il s'appuie sur un groupe de travail régional<br>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 (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel - 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 divers frais..).<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | [redacted] | | |

Décalage poste Patricia HUBERT

Financement MIG OMEDIT sur 4 mois (départ Patricia HUBERT)

**Evaluation annuelle**

| Activité<br>Se baser sur le rapport annual d'activité de l'OMEDIT | 2011 | 2012 | Remarques 2011 | Remarques 2012 |
|---|---|---|---|---|
| Actions de contractualisation : nombre de CBUMPP signés, nombre de fils MCO | | | | |
| Actions d'évaluation : nombre de rapports d'étape annuel évalués, suivi des consommations, ciblages 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 visite sur site pour un suivi ou une évaluation) | | | | |
| Actions de formation : thème, personne 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 à succès », liste de diffusion (nombre d'abonnés, nombre de messages adressés /an) | | | | |
| Actions d'animation : Assemblée annuelle : nombre de participants, nombre de réunions, journées régionales : nombre de journées, combre de participants, Heur, 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'efficience.<br>Leurs missions principales portent sur la qualité, la sécurité des soins et l'efficience par un appui et un échange:<br><br>- 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.<br><br>- Des acteurs de santé du secteur sanitaire et médico-social par la participation au développement de la politique de bon usage, d'efficience et de gestion des risques liés aux produits de santé et à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.<br><br>Les observatoires assurent donc un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Ils organisent, notamment sur la base de leurs 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 dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé ) et également,<br>s'agissant des produits et prestations, ceux visés à la dernière phrase du premier alinéa ainsi qu'au quatrième alinéa de l'article L. 165-1 CSS (dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879, c'est-à-dire des produits ou prestations faisant appel à des soins pratiqués par des établissements de santé).<br><br>Les observatoires procèdent au référencement des protocoles thérapeutiques se rapportant notamment aux médicaments et produits et prestations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 CSS. |

| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : U01 |
| 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.<br>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.<br><br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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 01/01/2013 | JPE/Impérative | |
|---|---|---|---|
| [redacted] | | | |

**Evaluation annuelle**

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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. |

| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : |
| Date d'évaluation : | | H11 |
| 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/S9D/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.<br>Circulaire DHOS-F-O/DSS-M/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale<br>Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 15 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie<br>Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé<br>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.<br>Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financables au titre des MIG soit environ 600 établissements publics et privés.<br>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 :<br>- 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<br>- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue<br>- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé<br>- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. indicateurs Qualité IPAQSS)<br>- Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)<br>- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches<br>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'additionnent le cas échant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre hospitalier si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C<br>In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualiticien, etc.) d'un temps secrétariat 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).<br>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.<br>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). |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

### 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) | | | | |

Observations, remarques :

| Qualité | OUI | NON | Remarques 2011 | Remarques 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.<br>La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.<br>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).<br>Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients |



| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : |
| Date d'évaluation : | | P02 |
| 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.<br>Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie |
| Critères d'éligibilité : | Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :<br>- Établissements dotés d'un service d'urgence ;<br>- Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment).<br>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.<br>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)<br>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 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'attrait pas aux prises en charge directe des patients.<br>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.<br>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 :<br>- Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante :<br>- 1 ETP PH<br>- 1 ETP IDE<br>- 1 ETP psychologue<br>- 1 ETP assistant social<br>- 0,5 ETP diététicien<br>- 1 ETP secrétaire médicale<br>- Coût unitaire de fonctionnement : 20 à 30% du coût unitaire de personnel.<br>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.<br>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.<br>Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte (et donc soustraite le cas échéant du calcul), la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts. |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

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

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : 002

## 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 : 1 869 835 € |

*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 : 1 446 885 € |

*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 : 2 138 270 € |

*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 MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### 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 :

| Encadrés dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | En nb | En % |
| ETP Personnel médical (1) | | | | |
| ETP Infirmier Diplômé d'état (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 du personnel demandée

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, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

| | |
|---|---|
| Objectifs : | Développement des transports infirmiers<br>Régionalisation et optimisation des transports héliportés |

-MG-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : T03

## 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<br>Art L.6112-1, 12°, et R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP ;<br><br>Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;<br><br>Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ;<br>Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ;<br>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 décret» (12° de l'article L.6112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).<br><br>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 R6112-16 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).<br>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 :<br>• Nombre de places compris entre 70 et 200 :<br>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 380 000€.<br>• En deçà de 70 places :<br>Un demi-forfait est alloué, soit 190 000€.<br>• Au-delà de 200 places :<br>Le forfait de base est « proratisé » à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire.<br><br>Le % des frais de structure est fixé à 20%.<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### 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 | | | | |
| - 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'examens 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. |

-MG-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : U02

## 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).<br>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).<br>L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :<br>- Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation;<br>- Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ;<br>- Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ;<br><br>Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide. |
| 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 intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.<br>L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.<br>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.<br><br>Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie |
| 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) auxquel 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 buccodentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examens est intégré dans le budget.<br><br>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 démêler 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.<br>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'acquittement 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 |
| 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 temps de personnel dédié : | | | | |

Observations, remarques :

**Qualité**

| | OUI | NON | Remarques 2011 | Remarques 2012 |
|---|---|---|---|---|
| Le respect des bonnes pratiques de l'organisation 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 visant à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.<br>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 concluent 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. |

-47-

-48-

Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne Noyon

| | DAF 2013 | | | NOTIFICATION | | | NOTIFICATION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF |
| Mesure des dotations | | | | | | | | | |
| Base de reconduction | 7 340 917 | | 7 340 917 | | | 7 340 917 | | | 7 340 917 |
| Mesure (-) - Rebassage du gel 2012 | 72 200 | | 72 200 | | | 72 200 | | | 72 200 |
| Mesure en réserve 2013 | -65 410 | | -65 410 | | | -65 410 | | | -65 410 |
| Mesure d'effort d'économies | -42 090 | | -42 090 | | | -42 090 | | | -42 090 |
| Mesures de reconduction | 79 087 | | 79 087 | | | 79 087 | | | 79 087 |
| | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R | 7 384 704 | 0 | 7 384 704 | 0 | 0 | 7 384 704 | 0 | 0 | 7 384 704 |
| | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R + NR | 7 384 704 | 0 | 7 384 704 | 0 | 0 | 7 384 704 | 0 | 0 | 7 384 704 |

| | FORFAITS 2013 | NOTIFICATION | TOTAL FORFAITS |
|---|---|---|---|
| Mesure des dotations | 4 557 477 | | 4 557 477 |
| | 144 989 | | 144 989 |
| | 0 | | 0 |
| Total | 4 702 466 | 0 | 4 702 466 |

| | USLD 2013 | NOTIFICATION | TOTAL USLD |
|---|---|---|---|
| Mesure des dotations | | | 0 |
| SITE DE COMPIEGNE | | | |
| Base de reconduction | 2 043 506 | | 2 043 506 |
| Rebassage convergence | -1 294 | | -1 294 |
| | | | 0 |
| Economies compagnement politique régionale | -10 481 | | -10 481 |
| | 1 294 | | 1 294 |
| | | | 0 |
| Total | 2 033 025 | 0 | 2 033 025 |

| | USLD 2013 | NOTIFICATION | TOTAL USLD |
|---|---|---|---|
| Mesure des dotations | | | 0 |
| SITE DE NOYON | | | |
| Base de reconduction | 1 392 976 | | 1 392 976 |
| Economies | -7 292 | | -7 292 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| Total | 1 385 684 | 0 | 1 385 684 |

Agence Régionale de Santé Picardie

# Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013-015 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Beauvais pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 600 100 713**
**N° FINESS USLD: 600 107 494 USLD**

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.162-22-12 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr



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 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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 ;

## ARRETE

**Article 1 :** Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Beauvais sont fixés, pour l'année 2013, 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 3 527 565 € dont :

**3 527 565 €** 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 3 083 942 €, dont :

**3 083 942 €** 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 **2 957 160 €.**

**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 **9 053 228 €**, dont :

**7 664 946 €** au titre des missions d'intérêt général,
**1 388 282 €** 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 Beauvais, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des Préfectures de la Somme et 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 du 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 de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**



Centre hospitalier de Beauvais

| Nature des dotations | DAF 2013 | | | NOTIFICATION | | | NOTIFICATION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF |
| DAF de reconduction | 3 065 495 | | 3 065 495 | | | 3 065 495 | | | 3 065 495 |
| Dégel - Rééquilibrage du gel 2012 | 30 313 | | 30 313 | | | 30 313 | | | 30 313 |
| Mise en réserve 2013 calculée au prorata des bases | -27 315 | | -27 315 | | | -27 315 | | | -27 315 |
| Mesures d'économies | -17 577 | | -17 577 | | | -17 577 | | | -17 577 |
| Mesures de reconduction | 33 026 | | 33 026 | | | 33 026 | | | 33 026 |
| | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R | 3 083 942 | 0 | 3 083 942 | 0 | 0 | 3 083 942 | 0 | 0 | 3 083 942 |
| | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R + NR | 3 083 942 | 0 | 3 083 942 | 0 | 0 | 3 083 942 | 0 | 0 | 3 083 942 |

| Nature des dotations | FORFAITS 2013 | NOTIFICATION | TOTAL FORFAITS |
|---|---|---|---|
| FAU | 3 527 565 | | 3 527 565 |
| CPO | | | 0 |
| FAG | | | 0 |
| Total | 3 527 565 | 0 | 3 527 565 |

| Nature des dotations | USLD 2013 | NOTIFICATION | TOTAL USLD |
|---|---|---|---|
| Base de reconduction | 2 972 508 | | 2 972 508 |
| Débasage convergence | -868 | | -868 |
| Economies | -15 348 | | -15 348 |
| Accompagnement politique régionale | 868 | | 868 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| Total | 2 957 160 | 0 | 2 957 160 |

Détail des bases AC

## Etablissement : CH Beauvais

| Typologie des AC dans ARBUST MIGAC | Libellé de la mesure notifiée | Bases AC R au 31/12/2012 | Dégéssage mesures diverses (ajustement des bases) | Total AC au 01/01/2013 | Mesures nouvelles | Recrutements d'apprentis préparateurs en pharmacie | Performance des SI de gestion ( AC investissement | Total AC au 28 avril 2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bases + Mesures nouvelles 2013 | | | | | | |
| | | R | R | | | NR | NR | R + NR |
| | Dégéssage | | | | | | | |
| III Amélioration de l'offre de soins existante | | | | | | | | |
| 1 Actions de coopérations | | | | | | | | 0 |
| | Sécurité et qualité des soins (CREX) | | | | | | | |
| | GCS-e santé-chargé d'études (télémédecine) | 45 000 | -45 000 | 0 | | | | |
| 2 | Recrutements d'apprentis préparateurs en pharmacie | 0 | | 0 | | 6 000 | | 6 000 |
| IV Restructuration et soutien aux établissements déficitaires | | | | | | | | |
| | AC ajustement MIG (contrat ARH) | | | | | | | 0 |
| V Investissements | | | | | | | | |
| 1 Mesures nationales d'investissement | renforcement radiothérapie (accélérateur) | 497 830 | -497 830 | 0 | 497 830 | | | |
| | Hôpital 2012 (système d'information - GCS Phare) | 806 530 | -806 530 | 0 | 806 530 | | | |
| 2 Mesures régionales d'investissement | | | | 0 | | | | 0 |
| | PPRI-investissement régional | | | | | | | |
| | Contrat ARH-invest régional | 306 000 | -300 000 | 0 | | | | |
| | Pandémie grippale - équipement SAMU | 60 000 | -60 000 | 0 | | | | |
| | Performance des SI de gestion | 0 | | 0 | | | 77 922 | 77 922 |
| VI Autres | | | | | | | | |
| 2 Divers | Prise-forme e santé | 360 000 | -360 000 | 0 | | | | |
| | | | | 0 | | | | 0 |
| Total | | 2 069 360 | -2 069 360 | 01 | 1 304 360 | 6 000 | 77 922 | 1 388 282 |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : 101

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

**Base réglementaire :**
Code de la santé publique.
Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 5 B n° 2000-480 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
Circulaire DHEO2/DGS/2000/182 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 l'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'activité prise en charge par un GHS.

**Financement forfaitaire proposé :**

*1) Base de financement 3 000 consultations et plus*

| |
|---|
| 0,8 ETP Praticien hospitalier |
| 1,5 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 241 780 € |

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

| |
|---|
| 0,6 ETP Praticien hospitalier |
| 1 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 168 960 € |

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

| |
|---|
| 0,4 ETP Praticien hospitalier |
| 1,5 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 121 880 € |

*4) Base de financement moins de 1 000 consultations*

| |
|---|
| 0,2 ETP Praticien hospitalier |
| 1 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 72 920 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Travail de liaison : | | | | | | |
| Formation des équipes | X | | | | | |
| Elaboration de protocoles de soins | en cours | | | | | |
| Actions de prévention | X | | | | | |
| 2) Type d'activités : | | | | | | |
| Tabac | | | | | | |
| Alcool | | | | | | |
| Drogue | | | | | | |
| Médicament | | | | | | |
| 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 et/ou consultation en médecine | X | | | | | |
| Montant des recettes T2A issues des consultations | 15 539,74 | | | | -15539,74 | -100,00% |
| Autres recettes, à préciser : ..... | | | | | | |

Observations, remarques :

**Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Praticien hospitalier (1) | 0,6 | | -0,6 | -100,00% |
| ETP psychiatre (1) | | | | |
| ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1) | 1 | | | |
| ETP psychologue (1) | 0,5 | | | |
| ETP autres personnels (1) | 0,5 | | | |
| Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier (2) | 53 219,32 | | | |
| Charges de personnel des ETP Psychiatre (2) | | | | |
| Charges de personnel des ETP IDE (2) | 44 080,83 | | | |
| Charges de personnel des ETP Psychologue (2) | 18 372,55 | | | |
| Charges de personnel des ETP autres personnels (2) | 18 829,28 | | | |

(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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de consultations : | | | | |
| Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé) | 888 | | | |
| Externes ( consultations de suivis facturés) | 639 | | | |
| Aux urgences ( interventions auprès d'un patient) | 113 | | | |
| Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé une mise à disposition 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 de ces formations à préciser dans les remarques) | 1 | | | |

Observations, remarques :

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

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : I02

## 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 26 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

**Rappel des missions :** Participer à la prise en charge gériatrique le 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 gérontologiques.
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'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 en consultations externes
- auprès d'établissements partenaires (ES ou structures médico sociales)

**Financement forfaitaire proposé :**

| |
|---|
| 0,6 ETP praticien hospitalier |
| 1 ETP infirmier diplomé d'état |
| 0,5 ETP aide soignant |
| 0,5 secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 166 780 € |

| |
|---|
| 1ETP praticien hospitalier |
| 2 ETP infirmier diplomé d'état |
| 0,5 ETP aide soignant |
| 0,5 secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement Forfaitaire : 262 960 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'EMG est-elle intégrée dans la filière gériatrique ? | X | | | | | |
| Existe-t-il un court séjour gériatrique dans votre ES ? | X | | | | | |
| Le médecin gériatre est-il partagé avec d'autres services ? | X | | | | | |
| Existe-t-il une mutualisation des moyens avec un service de court séjour ou une unité de médecine ? | X | | | | | |
| Existe-t-il une convention avec d'autres établissements ? | X | | | | | |

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Praticien hospitalier (1) | 1,5 | | -1,5 | -100,00% |
| ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1) | 0,7 | | | |
| ETP aide soignant (1) | 0 | | | |
| ETP autres personnels (1) | 0,92 | | | |
| Charges du personnel des ETP Praticien hospitalier (2) | 105 588,36 | | | |
| Charges de personnel des ETP IDE (2) | 36 393,00 | | | |
| Charges de personnel des ETP aide soignant (2) | | | | |
| Charges de personnel des ETP autres personnels (2) | 29 070,00 | | | |

(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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de consultations facturées | 0 | | 0 | #DIV/0! |
| Nombre d'interventions auprès des patients hospitalisés autre aux urgences | 960 | | | |
| Nombre d'interventions extra hospitalières | 0 | | | |
| Délai d'intervention en intra hospitalier | | | | |
| Délai moyen : | 30 mn | | | |
| Borne basse : | 20 mn | | | |
| Borne haute : | 1 h | | | |
| 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



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : I03

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

**Base réglementaire :** Ordonnance du 4 septembre 2006
Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6D5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont le volet fort est représenté par la mise en place généralisée de réseaux de soins palliatifs associés à des équipes mobiles de soins palliatifs
Circulaire N°DHOS/O2/2006/90 du 28 mars 2006 relative à l'organisation des soins palliatifs
Plan de santé publique, programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 inscrit dans la circulaire N°DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

**Financement forfaitaire proposé :**

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

| |
|---|
| 2 ETP personnel médical |
| 3 ETP infirmier diplômé d'état |
| 1 ETP psychologue |
| 1 ETP secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 499 966 € |

*2) Base de financement : File active entre 250 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 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 : 219 700 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre d'interventions totales de l'EMSP au cours de l'année : | 12 894 | | -12894 | -100,00% |
| Nombre d'interventions de l'EMSP : | | | | |
| en intra-hospitalier : | 12 163 | | -12163 | -100,00% |
| en extra-hospitalier : | 468 | | -468 | -100,00% |
| en HAD : | 121 | | -121 | -100,00% |
| à domicile : | 142 | | -142 | -100,00% |
| Nom des structures où intervient l'EMSP : | | | | |
| Nombre de patients pris en charge : | 483 | | -483 | -100,00% |
| Montant des recettes T2A issues des consultations | 0 | | 0 | #DIV/0! |
| Autres recettes, à préciser : ..... | | | | |

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Existe-t-il une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ? si oui, préciser la liste dans "observations, remarques" | X | | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec les unités de soins palliatifs ? | X | | | | | |
| Cette collaboration est-elle formalisée ? | | X | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec les ES ayant des LISP ? | X | | | | | |
| Cette collaboration est-elle formalisée ? | X | | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec une HAD ? | X | | | | | |
| Cette collaboration est-elle formalisée ? | | X | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec des structures médico sociales ? | X | | | | | |
| Si oui, sont-elles formalisées ? | X | | | | | |
| Existe-t-il d'autres collaborations ? | X | | | | | |
| Si oui, sont-elles formalisées ? | | X | | | | |
| L'EMSP intervient-elle au domicile de patients ? | X | | | | | |
| Ces interventions sont-elles formalisées ? | | X | | | | |

Observations, remarques :

**Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en soins palliatifs**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Personnel médical (1) | 1,5 | | -1,5 | -100,00% |
| ETP Psychologue (1) | 1 | | -1 | -100,00% |
| ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1) | 1,92 | | -1,92 | -100,00% |
| ETP autres personnels (1) | 1,68 | | -1,68 | -100,00% |
| Charges du personnel des ETP Personnel médical (2) | 193 897,45 | | -193897,45 | -100,00% |
| Charges de personnel des ETP Psychologue (2) | 33 559,00 | | -33559 | -100,00% |
| Charges de personnel des ETP IDE (2) | 76 311,00 | | -76311 | -100,00% |
| Charges de personnel des ETP autres personnels (2) | 65 138,00 | | -65138 | -100,00% |
| Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec une unité d'hospitalisation ? | non | | | |
| Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec un réseau (équipe partagée) ? | non | | | |

(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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Délai moyen d'intervention de l'EMSP après sollicitation initiale | 2 h | | | |
| en hospitalisation : | 2 h | | | |
| dans un autre établissement : | 1 jour | | | |
| Nombre de séances de formation continue réalisées | 199 | | -199 | -100,00% |
| au sein de l'établissement : | 167,5 | | -167,5 | -100,00% |
| en dehors de l'établissement : | 31,5 | | -31,5 | -100,00% |
| Autres activités d'enseignement : | | | | |

Observations, remarques :

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

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : P03

## 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<br>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.<br>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.<br>En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.<br><br>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.<br><br>Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n.<br>Puis dans un second temps, pour connaitre 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).<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | En nombre | En pourcentage |
| Nombre d'interventions (dans le cadre des modalités de | | | | |
| Existence de liens avec les spécialistes du soin | | | | |

| | |
|---|---|
| **Objectifs :** | La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité.<br>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.<br><br>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.<br><br>Les besoins en psychologues sont notamment fonction :<br>- De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an)<br>- De la complexité de la prise en charge<br>o Type de maternité<br>o Assistance médicale à la procreation<br><br>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions. |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : P01

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

| | |
|---|---|
| **Base réglementaire :** | Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MCA/2011/394 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.<br>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.<br>En cas d'offre insuffisante ou inférieur au bassin 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 ladite dotation.<br>Relèvant 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.<br>Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relèvent d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG.<br><br>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 ,<br>L'établissement ne peut facturer d'acte technique codé ALQP006 (bilan cognitif), ces dernière 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 |

| [redacted] | | |
|---|---|---|
| PH | 0,7 | 65 800 |
| Agent administratif | 1 | 5 000 |
| Psychologue | 1 | 56 000 |
| Total personnels | | 156 800 |
| 20% structure | | 31 360 |
| Montant de base | | 188 160 |
| Recettes titre 2 file active 300 patients | | 6 900 |
| Total compensation | | 181 260 |

| [redacted] | | |
|---|---|---|
| ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieure | 0,2 | 11 200 |
| Total compensation | | 192 460 |
| Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission. | | |

| Etablissements | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### 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 maladies d'Alzheimer ou de maladies apparentées .Leurs missions sont décrites dans un cahier des charges annexé à la circulaire de 2011 |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] Code : F04 |
| 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/PF2/2011/188 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 charge mentionné dans l'instruction DGOS/PF2/2011/188 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.<br>Le seuil d'activité de 500 consultations médicales externe 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.<br><br>La MIG finance de plus les actions suivantes : les RCP, la formation et l'information, la mise en oeuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec le 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.<br><br>Les activités concernant les patients hospitalisés et dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chroniques et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les soins) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.<br><br>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).<br>La dotation est calculée selon les principes suivants :<br>- 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).<br>- 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 0,5 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)<br>- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales.<br>Sur cette base, il convient d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une SDC totalisant entre 2000 et 2500 consultations externes annuelles, la MIG couvrira le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 ETP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure.<br>- Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG. |

| Etablissements | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | JPE/indicative | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | | |
| [redacted] | | | | | |

**Evaluation annuelle**

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 En pourcentage |
|---|---|---|---|---|
| La file active | | | | |
| Le nombre de consultations médicales (ventilées en adulte et enfant de moins de 16 ans ; et en consultations internes et externes) | | | | |
| Le nombre d'hospitalisation 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 file active est comparée au nombre de consultations (un ratio inférieur à 3 témoigne d'une activité ponctuelle de recours ou lors 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.<br>Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.<br><br>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 : | [redacted] Code : O03 |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'Intérêt générale :**
**L'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles**

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Art L.3131-9 L.3131-11 du CSP |
| Critères d'éligibilité : | Sont éligibles les établissements ayant des missions zonales ou interrégionales (ex. établissement de santé de référence, CHU…) et/ ou situés dans des zones à risques particulières (agglomération prioritaire…).<br>L'ARS de Zone doit donc désigner l'établissent éligible de manière objectivée et transparente par la référence précise à ses missions. En toute logique, un établissement par zone semble suffisant, complété par un autre établissement dans le cas d'agglomération prioritaire (à risque particulier). |
| Périmètre de financement : | Seuls les matériels et équipements ayant vocation à être utilisés dans une logique zonale ou interrégionale en renfort des équipements déployés en 1er niveau dans les établissements de santé sont concernés par cette mission.<br>Sont notamment visés :<br>· Les postes sanitaires mobiles de seconde génération (PSM 2) et les équipements logistiques associés (remorque, tente, lot radio…) ;<br>· Les équipements pour la prise en charge des victimes de risques NRBC (respirateurs, unité mobile de décontamination).<br>La dotation MIGAC couvre les surcoûts non financés par d'autres recettes comme les recettes d'activités (tarifs pris en charge par l'assurance maladie, ticket modérateur, forfait journalier). La dotation finançant la présente MIG couvre donc :<br>- l'utilisation en routine des équipements pour la prise en charge des victimes ;<br>- le renouvellement de la dotation médicale des PSM 2 qui ne peut intégrer la consommation courante de l'établissement afin de permettre son renouvellement régulier avant péremption ;<br>- le déploiement du PSM 2 en renfort d'un autre PSM à la demande de l'ARSZ dans le cadre du déclenchement du plan zonal de mobilisation. |
| Critères de compensations : | Le montant de la dotation accordée à l'établissement doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement),<br>Concrètement, ces surcoûts se concrétisent par :<br>- l'utilisation du PSM 2 : 120 000 € par an (hypothèse de calcul basée sur un coût d'amortissement sur 10 ans et une utilisation / maintenance de 20% par rapport au prix d'achat). Ce montant comprend:<br>o la maintenance et renouvellement des PSM 2 ;<br>o les frais de transport pour le déploiement du PSM 2 à la demande de l'ARSZ, le cas échéant pour l'organisation d'exercices et entraînements ;<br>o ce montant est à diminuer si l'établissement de santé ne dispose pas du lot radio ;<br>- L'utilisation des matériels de prise en charge des victimes de risques NRBC, à hauteur de 5000 € par an et par unité mobile de décontamination et de 300€ par an et par respirateur (hypothèses de calcul basées sur un coût annuel égal à 10% du prix d'achat). Ce montant comprend :<br>o La maintenance et les provisions pour renouvellement ;<br>o Les frais de transport pour le déploiement de ces matériels dans un autre département à la demande de l'ARSZ, le cas échéant pour l'organisation d'exercices et entraînements.<br>Ces hypothèses de calcul ne sont que des indications et ne doivent en aucune mesure être considérées comme une modélisation de la mission. |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | JPE/indicative /non modifiable |
|---|---|---|
| [redacted] | | |

**Evaluation annuelle**

| | |
|---|---|
| Observations, remarques : | L'opérationnalité des équipements sera vérifiés par une inspections régulières des ARSZ |
| Objectifs : | La MIG, telle que décrite dans la présente fiche, résulte de la redéfinition des anciennes MIG « missions de veille sanitaire ».<br><br>Assurer la maintenance et le renouvellement des matériels et équipements achetés par l'État et donnés aux établissements de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, notamment aux risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique). |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : G02

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

## Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation en attente de leur agrément G02

| | |
|---|---|
| **Base réglementaire :** | Art L.5121-12 du CSP<br>Art 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011<br>CIRCULAIRE N°DGS/PP2/DGOS/PF2/PF4/DSS/1C/2012/129 d u 2 avril 2012 relative aux conditions de mise en oeuvre du dispositif expérimental prévu au II de l'article 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé concernant la fourniture, l'achat, l'utilisation et la prise en charge des médicaments ayant fait l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et disposant d'une autorisation de mise sur le marché<br>INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2012/66 du 27 janvier 2012 relative à l'inscription dans FICHCOMP et mise en place du codage UCD pour l'ensemble des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) non rétrocédés et des médicaments ayant bénéficié d'une ATU et en attente d'un financement définitif. |
| **Critères d'éligibilité :** | La délégation s'effectue après analyse des consommations de médicaments rapportées par les établissements via FICHCOMP.<br>Sont éligibles tous les établissements de santé mentionnés aux a, b, c, d de l'article L.162-22-6 du CSS |
| **Périmètre de financement :** | L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.<br>Ce financement MERRI ne peut être utilisé que lorsque la molécule est administrée à des patients hospitalisés<br>finance chaque euro dépensé : La MIG<br>- de médicament sous ATU ;<br>- de médicament ayant bénéficié d'une ATU, titulaire d'une AMM mais non encore agréé aux collectivités. Dans ce cas, la durée maximale de prise en charge est de 7 mois après octroi de l'AMM, ou de 30 jours après octroi de l'AMM si l'industriel n'a pas déposé sa demande d'agrément auprès de la HAS et de la DSS durant ce délai de 30 jours. |
| **Critères de compensations :** | La compensation s'effectue à l'euro dépensé en se basant sur la consommation de médicaments rapportés par les établissements via FICHCOMP, grâce au codage UCD de l'ensemble des médicaments concernés. La liste des médicaments concernés est actualisée grâce à une collaboration ANSM/HAS/CIP/ATIH/DGOS/DGS/DSS (mise en ligne sur le site du ministère). |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | MIG MERRI JPE impérative | |
|---|---|---|---|
| [redacted] | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2012 | 2013 | Evolution 2012/2013 En nombre | Evolution 2012/2013 En pourcentage |
|---|---|---|---|---|
| Présence de patients traités par ces molécules et dont le coût n'est pas pris en charge | | | | |
| | | | | |

Observations, remarques :

| | |
|---|---|
| **Objectifs :** | L'objectif est d'assurer le financement des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation avant l'AMM et des médicaments ayant bénéficié d'une ATU, titulaire d'une AMM (autorisation de mise sur le marché) et en attente de leur agrément. |

-132-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : G03

## 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<br>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 :** | Etablissements concernés :<br>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.<br>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.<br>Actes HN concernés :<br>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).<br>Plusieurs types d'actes sont présents dans cette grille :<br>• Des actes qui ont vocation à rejoindre la NABM et ou la CCAM ;<br>• Des actes en BHN relevant du recours (ex : typage de leucémie aiguë), faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien ;<br>• 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 utile cliniquement et dont il reste à préciser les modalités exactes et d'autre part les actes réalisés dans un cadre de recherche fondamentale ou de transfert, dont l'utilité clinique n'est pas connue, et qui sont donc hors champ.<br>Le référentiel a été mis à jour le 1/01/11 afin de prendre en compte :<br>• 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 ;<br>• 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 ; les actes d'anapathologies seront en effet inclus dans les tarifs et, de ce fait, « débasés » des MIG.<br>**Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI** (exemples des actes relevant de l'hygiène hospitalière considérés comme financés dans les GHS, des actes HLA pour les greffes pris en charge dans le forfait annuel greffes, des actes pris en charge par l'INCA) :<br>• Un code « 0 » au regard des actes non éligibles à la dotation MIG HN ;<br>• Un code « 1 » au regard des actes éligibles.<br>Les établissements ex DG doivent recueillir ces actes dans l'outil FICHSUP mis en ligne sur le site de l'ATIH, lequel recense :<br>• Le nombre, par code, d'actes réalisés pour les patients de l'établissement ou d'autres établissements et laboratoires ;<br>• Le montant total des actes facturés à l'encontre d'un autre établissement ou d'un laboratoire<br>• Les montants payés par les établissements demandeurs. |
| **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.<br>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 01/01/2013 | MEERI/JPE/Impérative | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| [redacted] | | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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) » ; |

-132-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : U01

## 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.<br>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.<br><br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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 | | Montant 2013 | |
|---|---|---|---|
| | | JPE/Impérative | |
| [redacted] | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 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. |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : R01

## 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.<br>Exemple : ENC MCO<br>- Montant forfaitaire annuel de 24 000€ correspondant au versement d'une part fixe (montant des charges minimales estimées pour mener à bien l'étude) ;<br>- Montant forfaitaire variable de 0,45 € par RSA pondéré, en fonction du nombre de RSA. |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | JPE |
|---|---|---|
| [redacted] | | |

### 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 oeuvre d'actions expérimentales ou d'études et analyses ciblées.<br>Sont notamment concernées: les études nationales de coûts (MCO et HAD), l'étude sur la charge en soins, l'analyse conjoncturelle des établissements de santé (ACCES)... |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] Code : Q01 |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

## Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale : Les services d'aide médicale urgente mentionnés à l'art. L.6112-5 CSP y compris les centres d'enseignements aux soins d'urgents / SAMU

**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)

**Critères de compensation :** 1 front de garde pour 63 000 appels (DRM)
1 front de garde supplémentaire pour 10 500 appels (DRM) supplémentaires
Prise en compte de la régulation libérale
Financement des effectifs et indemnisation PDSES

**Rappel :**

| | |
|---|---|
| Objectifs | 2,5 fronts de garde |
| Régulation libérale | 0,7 front de garde |
| Financement MIG | 1,8 front de garde |
| Activité DRM | 121 926 |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de carrences ambulancières | | | | |
| Nombre de coordonateurs | | | | |
| Nombre de DRM réalisés par urgentiste hospitalier | | | | |
| Nombre de DRM réalisés par régulateur libéral | | | | |
| Nombre de DRM pris en charge entre 0h00 et 8h00 (1) | | | | |
| Autres recettes, à préciser : ..... | | | | |

(1) : Dossier ouvert à partir de 0h00

Observations, remarques :

**Effectifs dédiés au SAMU**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Personnel médical (1) | | | | |
| ETP PARM (1) | | | | |
| ETP autres personnels (1) | | | | |
| Charges de personnel des ETP Personnel médical (2) | | | | |
| Charges de personnel des ETP PARM (2) | | | | |
| Charges de personnel des ETP autres personnels (2) | | | | |

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

Coordonateurs des transports ambulanciers privés, description de l'organisation, des horaires de présence sur une base hebdomadaire :

Observations, remarques :

**Autres, divers**

Observations, remarques :

**Objectifs :** Limiter les carrences ambulancières



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] Code : Q02 |
| 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 mentionnée 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*

| |
|---|
| 5 ETP praticien hospitalier |
| 2 ETP |
| 1 indemnité de suppléance 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 suppléance 24h/24 |
| 6 ETP infirmier diplômé d'état |
| 6 ETP ambulancier |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 1 488 635 € |

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

| |
|---|
| 8 ETP praticien hospitalier |
| 4 ETP |
| 2 indemnité de suppléance 24h/24 |
| 10 ETP infirmier diplômé d'état |
| 10 ETP ambulancier |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 2 139 279 € |

*4) 4 lignes de garde*

| |
|---|
| 12 ETP praticien hospitalier |
| 8 ETP |
| 4 indemnité de suppléance 24h/24 |
| 20 ETP infirmier diplômé d'état |
| 20 ETP ambulancier |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 4 278 549 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre EG ? | | | | | | |

| | 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 % |
|---|---|---|---|---|
| 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) : Eléments attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

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

**Objectifs :** Développement des transports infirmiers
Régionalisation et optimisation des transports héliportés

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : T03

## 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<br>Art L.6112-1, 12°, et R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP ;<br><br>Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;<br><br>Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ;<br>Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ;<br>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 décret» (12° de l'article L.6112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).<br><br>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 R6112-16 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).<br>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 :<br>• Nombre de places compris entre 70 et 200 :<br>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 380 000€.<br>• En deçà de 70 places :<br>Un demi-forfait est alloué, soit 190 000€.<br>- Au-delà de 200 places :<br>Le forfait de base est « proratisé » à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire.<br><br>Le % des frais de structure est fixé à 20%.<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### 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 | | | | |
| - 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 l'unité pour anticiper ces points qui sont particulièrement important pour cette activité spécifique en milieu pénitentiaire)

| | |
|---|---|
| **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'examens 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. |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : U02

## 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).<br>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).<br>L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :<br>- Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation;<br>- Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ;<br>- Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ;<br><br>Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.<br><br>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 intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.<br>L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.<br>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.<br><br>Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantitié 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). Dans des cas particuliers (PASS bucco-dentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examens est intégré dans le budget.<br><br>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 démêler 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.<br>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 |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'acquittement 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 |
| l'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**

| | 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.<br>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 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. |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : H11

## 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.<br>Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de<br>Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie<br>Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé<br>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.<br>Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en cancers des cabinets libéraux<br>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 :<br>- Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge<br>- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue<br>- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé<br>- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex.<br>- Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)<br>- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches<br>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 fin fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcouts 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). |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

### Évaluation 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 | | | | |
| Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant | | | | |
| Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel | | | | |
| Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre | | | | |
| Observations, remarques : | | | | |

**Qualité**

| | OUI | NON | Remarques 2011 | Remarques 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.<br>La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.<br>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).<br>Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : P02

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

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Circulaire DHOS/O2/DGS/SDRB n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant<br>Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie |
| Critères d'éligibilité : | Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :<br>- Établissements dotés d'un service d'urgence ;<br>- Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment).<br><br>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.<br><br>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)<br><br>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 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'attirait pas aux prises en charge directe des patients.<br>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.<br><br>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 :<br>- Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante :<br>- 1 ETP PH<br>- 1 ETP IDE<br>- 1 ETP psychologue<br>- 1 ETP assistant social<br>- 0,5 ETP diététicien<br>- 1 ETP secrétaire médicale<br><br>- Coût unitaire de fonctionnement : 20 à 30% du coût unitaire de personnel.<br><br>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.<br><br>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.<br>Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte (et donc soustraite le cas échéant du calcul), la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcouts. |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

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

Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013-016 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier Général de Clermont pour l'exercice 2013**

**N° FINESS: 600 100 648**
**N° FINESS USLD: 600 107 551 USLD**

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, L162-22-8, L.162-22-10, 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 97 0 970
www.ars.picardie.sante.fr



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 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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 ;

### ARRETE

**Article 1 :** Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Clermont sont fixés, pour l'année 2013, 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 **1 467 743 €** dont :

**1 467 743 €** 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 **1 383 705 €**, dont :

**1 383 705 €** 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 **2 378 386 €.**

**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 **1 431 371 €**, dont :

**1 431 371 €** au titre des missions d'intérêt général,

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 Général de Clermont, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des Préfectures de la Somme et 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 du 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 de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**



-143

Centre hospitalier de Clermont

| Nature des dotations | DAF 2013 | | | NOTIFICATION | | | NOTIFICATION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF |
| DAF de reconduction | 1 374 072 | | 1 374 072 | | | 1 374 072 | | | 1 374 072 |
| Rebasage du gel 2012 | 14 951 | | 14 951 | | | 14 951 | | | 14 951 |
| Mise en réserve 2013 | -12 244 | | -12 244 | | | -12 244 | | | -12 244 |
| Mesure Effort d'économies | -7 878 | | -7 878 | | | -7 878 | | | -7 878 |
| Mesure de reconduction | 14 804 | | 14 804 | | | 14 804 | | | 14 804 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | 0 | | 0 | | | 0 |
| Total R | 1 383 705 | | 1 383 705 | | | 1 383 705 | | | 1 383 705 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | 0 | | 0 | | | 0 |
| Total R + NR | 1 383 705 | | 1 383 705 | | | 1 383 705 | | | 1 383 705 |

| Nature des dotations | FORFAITS 2013 | NOTIFICATION | TOTAL FORFAITS |
|---|---|---|---|
| FALI | 1 467 743 | | 1 467 743 |
| CPO | | | |
| FAG | | | |
| Total | 1 467 743 | 0 | 1 467 743 |

| Nature des dotations | USLD 2013 | NOTIFICATION | TOTAL USLD |
|---|---|---|---|
| Reconduction | 2 390 901 | | 2 390 901 |
| Economies | -12 515 | | -12 515 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total | 2 378 386 | 0 | 2 378 386 |

-144

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : U01

## 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.<br>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.<br><br>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.<br>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 160 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.<br>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.<br>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.<br>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 01/01/2013 | JPE Impérative | |
|---|---|---|---|
| [redacted] | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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. |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : Q02

## 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 : 1 498 635 €** |

*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 | 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31 /12 /2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ? | | | | | | |

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| 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**

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 :
- le 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, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

| | |
|---|---|
| **Objectifs :** | Développement des transports infirmiers<br>Régionalisation et optimisation des transports héliportés |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code: P02

**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.<br>Circulaire DHOS/O2 n°299 du 28 septembre 2009 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie |
| **Critères d'éligibilité :** | Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :<br>- Établissements dotés d'un service d'urgence ;<br>- Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment).<br><br>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.<br><br>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)<br><br>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 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'attirait pas aux prises en charge directe des patients.<br>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.<br><br>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 : |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

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



Agence Régionale de Santé Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013-017 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 2013**

**N° FINESS: 600 101 984**
**N° FINESS USLD: 600 107 478 USLD**

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.162-22-12 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 modifié, 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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr

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 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 de code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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 ;

**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 2013, 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 **4 874 118 €** dont :

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



-142

**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 **2 894 622 €**, dont :

**2 894 622 €** 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 **2 270 198 €.**

**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 **7 485 601 €**, dont :

**5 806 793 €** au titre des missions d'intérêt général,
**1 678 808 €** 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 Groupe hospitalier Public du Sud de l'Oise, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des Préfectures de la Somme et 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 du 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 de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

COPIE CONFORME

-152

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : 101

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

**Base réglementaire :**
Code de la santé publique.
Circulaire du 10 septembre 1995 relative à la création d'équipe en alcoologie
Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 6 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
Circulaire DHEO/DGS/2000/182 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 l'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'activité prise en charge par un GHS.

**Financement forfaitaire proposé :**

*1) Base de financement 3 000 consultations et plus*

| |
|---|
| 0,8 ETP Praticien hospitalier |
| 3 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 241 769 € |

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

| |
|---|
| 0,6 ETP Praticien hospitalier |
| 2 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 168 880 € |

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

| |
|---|
| 0,4 ETP Praticien hospitalier |
| 1,5 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 121 980 € |

*4) Base de financement moins de 1 000 consultations*

| |
|---|
| 0,2 ETP Praticien hospitalier |
| 1 ETP Personnel non médical |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 72 820 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Travail de liaison : | | | | | | |
| Formation des équipes | X | | | | | |
| Elaboration de protocoles de soins | en cours | | | | | |
| Actions de prévention | X | | | | | |
| 2) Type d'activités : | | | | | | |
| Tabac | | | | | | |
| Alcool | | | | | | |
| Drogue | | | | | | |
| Médicament | | | | | | |
| 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 et/ou consultation en médecine | X | | | | | |
| Montant des recettes T2A issues des consultations | 15 539,74 | | | | -15539,74 | -100,00% |
| Autres recettes, à préciser : ..... | | | | | | |

Observations, remarques :

**Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Praticien hospitalier (1) | 0,8 | | -0,8 | -100,00% |
| ETP psychiatre (1) | | | | |
| ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1) | 1 | | | |
| ETP psychologue (1) | 0,5 | | | |
| ETP autres personnels (1) | 0,5 | | | |
| Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier (2) | 83 210,32 | | | |
| Charges de personnel des ETP Psychiatre (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) | 18 829,25 | | | |

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

Observations, remarques :

**Autres, divers**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de consultations : | | | | |
| Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé) | 689 | | | |
| Externes ( consultations de suivi facturée) | 599 | | | |
| Aux urgences ( interventions auprès d'un patient) | 113 | | | |
| Extra-hospitalier (préciser s'il est fauturé une mise à disposition 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 (délai | 1 | | | |

Observations, remarques :

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



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : 102

## 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 gérontologiques.
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'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 :**

| |
|---|
| 0,8 ETP praticien hospitalier |
| 1 ETP infirmier diplomé d'état |
| 0,5 ETP aide soignant |
| 0,5 secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 168 760 € |

| |
|---|
| 1ETP praticien hospitalier |
| 2 ETP infirmier diplomé d'état |
| 0,5 ETP aide soignant |
| 0,5 secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 242 880 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'EMG 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 ? | | | | | | |

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Evolution 2011/2012 En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Praticien hospitalier (1) | | | | |
| ETP Infirmier Diplômé d'Etat (1) | | | | |
| ETP aide soignant (1) | | | | |
| ETP autres personnels (1) | | | | |
| 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) : Eléments attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

**Autres, divers**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | Evolution 2011/2012 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 limiter les passages aux urgences

Evaluer le cas échéant les renforcements nécessaires pour parvenir à cet objectif

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : K09

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

**Base réglementaire :** Ordonnance du 4 septembre 2003
Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6C/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont le point fort est représenté par la mise en place généralisée du réseau de soins palliatifs associées à des équipes mobiles de soins palliatifs
Circulaire N°DHOS/O2/2003/389 du 25 mars 2003 relative à l'organisation des soins palliatifs
Plan de santé publique, programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 inscrit dans la circulaire N°DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

**Financement forfaitaire proposé :**

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

| |
|---|
| 2 ETP personnel médical |
| 3 ETP infirmier diplômé d'état |
| 1 ETP psychologue |
| 1 ETP secrétaire |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 498 800 € |

*2) Base de financement : File active entre 250 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 : 410 100 € |

*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 : 328 700 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Recondictiv e au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | En % |
|---|---|---|---|---|
| Nombre d'interventions totales de l'EMSP au cours de l'année : | | | | |
| Nombre d'évaluations de l'EMSP : | | | | |
| en intra-hospitalier : | | | | |
| en extra-hospitalier : | | | | |
| en HAD : | | | | |
| à domicile : | | | | |
| Nom des structures où interviennent l'EMSP : | | | | |
| Nombre de patients pris en charge : | | | | |
| Montant des recettes T2A issues des consultations | | | | |
| Autres recettes, à préciser : | | | | |

| | 2011 Oui | 2011 Non | 2012 Oui | 2012 Non | Evolution 2011/2012 En nb | En % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Existe-t-il une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ? | | | | | | |
| Si oui, préciser la liste dans "observations, remarques" | | | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec les unités de soins palliatifs ? | | | | | | |
| Cette collaboration est-elle formalisée ? | | | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec les EB ayant des LISP ? | | | | | | |
| Cette collaboration est-elle formalisée ? | | | | | | |
| Existe-t-il une collaboration avec une PMD ? | | | | | | |
| 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 :

**Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en soins palliatifs**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nb | En % |
|---|---|---|---|---|
| ETP Personnel médical (1) | | | | |
| ETP Psychologue (1) | | | | |
| ETP Infirmier Diplômé d'Etat (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 IDE (2) | | | | |
| Charges de personnel des ETP autres personnels (2) | | | | |
| Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec une unité d'hospitalisation ? | | | | |
| Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec un réseau (équipe partagée) ? | | | | |

(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 % |
|---|---|---|---|---|
| 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'enseignement : | | | | |

Observations, remarques :

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



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : P03

## 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<br>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.<br>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.<br>En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.<br><br>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.<br><br>Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n.<br>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 années où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique).<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | au 31/12/2013 |
| [redacted] | | | | |

### 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 :** | La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité.<br>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.<br><br>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.<br><br>Les besoins en psychologues sont notamment fonction :<br>- De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an)<br>- De la complexité de la prise en charge<br>o Type de maternité<br>o Assistance médicale à la procreation<br><br>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions. |

| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : P01 |
| Date d'évaluation : | [redacted] | |
| Mise à jour du document : | [redacted] | |

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

| | |
|---|---|
| Base réglementaire : | Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/514/MC3/2011/394 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.<br>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.<br>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au bassin 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 bassin 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 ladite dotation.<br>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.<br>Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relèvent d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG.<br><br>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.<br>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 :<br>- un mi- temps de gériatre ou/et neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre - 0 ,7 ETP de PH<br>- des compétences de neuropsychologie, psychologue ou orthophoniste formé à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants<br>- un temps de secrétariat chargé de l'accueil et du recueil des données d'activité pour la Banque Nationale Alzheimer<br>- 1 ETP agent administratif<br>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.<br>Les frais de structure sont estimés à 20% des frais de personnel<br>Le forfait de base atteint donc 188 160 €.<br>Ce forfait est minoré par les recettes de titre 2 si la file active est de 300 patients (300*23€)=6900€.<br>Au total, le montant moyen est de 181 260€.<br><br>In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la manière suivante : |

| | ETP | Coût moyen chargé |
|---|---|---|
| PH | 0,7 | 65 800 |
| Agent administratif | 1 | 3 000 |
| Psychologue | 1 | 56 000 |
| Total personnels | | 156 600 |
| 20% structure | | 31 360 |
| Montant de base | | 188 160 |
| Recettes titre 2 file active 300 patients | | 6 900 |
| Total compensation | | 181 260 |

| | ETP | Coût moyen chargé |
|---|---|---|
| ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psychologiques demandés par la ville dépasse les 50 bilans | 0,2 | 11 200 |
| Total compensation | | 192 460 |

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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

| | |
|---|---|
| Elle sera basée sur :<br>Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire extrait des données de la BNA<br><br>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 neurologique, 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 |



| | | |
|---|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] | CODE : P04 |
| Date d'évaluation : | [redacted] | |
| Mise à jour du document : | [redacted] | |

## 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/PF2/2011/168 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 charge mentionné dans l'instruction DGOS/PF2/2011/168 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.<br>Le seuil d'activité de 500 consultations médicales externe 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.<br>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.<br><br>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.<br><br>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) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.<br><br>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).<br>La dotation est calculée selon les principes suivants :<br>- 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).<br>- 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 0,5 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)<br>- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales. Sur cette base, il conviendra d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une SDC totalisant entre 2000 et 2500 consultations externes annuelles, la MIG couvrira le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 ETP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure.<br>- Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG. |

| Etablissements | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | JPE/indicative | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | | au |
| [redacted] | | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 En pourcentage |
|---|---|---|---|---|
| La file active | | | | |
| Le nombre de consultations médicales (ventilées en adulte et enfant de moins de 15 ans ; et en consultations internes et externes) | | | | |
| Le nombre d'hospitalisation réalisées | | | | |

Observations, remarques :

Pour les centres, le nombre annuel de RCP et 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 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.<br>Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/168 du 19 mai 2011.<br><br>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 : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : G03

## 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 L.162-1-7, L162-1-7-1 et L321-1 du CSS<br>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 :** | Etablissements concernés :<br>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.<br>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.<br>Actes HN concernés :<br>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).<br>Plusieurs types d'actes sont présents dans cette grille :<br>• Des actes qui ont vocation à rejoindre la NABM et ou la CCAM ;<br>• Des actes en BHN relevant du recours (ex : typage de leucémie aiguë), faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien ;<br>• 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 utile cliniquement et dont il reste à préciser les modalités exactes et d'autre part les actes réalisés dans un cadre de recherche fondamentale ou de transfert, dont l'utilité clinique n'est pas connue, et qui sont donc hors champ.<br>Le référentiel a été mis à jour le 1/01/11 afin de prendre en compte :<br>• 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 ;<br>• 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 ; les actes d'anapathologies seront en effet inclus dans les tarifs et, de ce fait, « débasés » des MIG.<br>Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI (exemples des actes relevant de l'hygiène hospitalière considérés comme financés dans les GHS, des actes HLA pour les greffes pris en charge dans le forfait annuel greffes, des actes pris en charge par l'INCA) :<br>• Un code « 0 » au regard des actes non éligibles à la dotation MIG HN ;<br>• Un code « 1 » au regard des actes éligibles.<br>Les établissements ex DG doivent recueillir ces actes dans l'outil FICHSUP mis en ligne sur le site de l'ATIH, lequel recense :<br>• Le nombre, par code, d'actes réalisés pour les patients de l'établissement ou d'autres établissements et laboratoires ;<br>• Le montant total des actes facturés à l'encontre d'un autre établissement ou d'un laboratoire<br>• Les montants payés par les établissements demandeurs. |
| **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.<br>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 01/01/2013 | MERRI JPE/impérative | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| [redacted] | | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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) » ; |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

CODE : U01

## 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.<br>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.<br><br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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 01/01/2013 | JPE/impérative | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| [redacted] | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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. |

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : H11

## 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.<br>Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale<br>Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 26 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie<br>Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé<br>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.<br>Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financables au titre des MIG soit environ 800 établissements publics et privés.<br>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 :<br>- Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints du cancer<br>- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue<br>- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé<br>- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. Indicateurs Qualité IPAQSS)<br>- Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)<br>- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches<br>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'additionnent le cas échant 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 a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualiticien, etc.) d'un temps secrétariat 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).<br>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.<br>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). |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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) | | | | |
| Observations, remarques : | | | | |

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

| | |
|---|---|
| **Objectifs :** | La 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.<br>La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.<br>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).<br>Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients |

-159-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : P02

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

| | |
|---|---|
| **Base réglementaire :** | Circulaire DHOS/O2/DGS/SD8B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive.<br>Circulaire DHOS/O2 n°299 du 28 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie |
| **Critères d'éligibilité :** | Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :<br>- Établissements dotés d'un service d'urgence ;<br>- Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment).<br>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.<br>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)<br>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 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'attrait pas aux prises en charge directe des patients.<br>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.<br>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 : |

| Etablissement | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 En nombre | Evolution 2011/2012 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 :<br>- accueillir traiter et orienter les patients dans le dispositif d'addictologie<br>- prise en charge des patients ayant une conduite addictive<br>- proposer une prise en charge aux patients ayant un usage à risque ou nocif<br>- assurer des consultations pour des groupes spécifiques<br>- participation aux activités de l'établissement en lien avec l'addictologie : actions de prévention, de recherche clinique, de formation. |

-160-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : Q02

## 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 : 1 089 635 € |

*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 |
| 6 ETP infirmier diplômé d'état |
| 8 ETP ambulancier |
| Frais de structure |
| Financement forfaitaire : 1 466 835 € |

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

| |
|---|
| 8 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 : 4 276 540 € |

| Etablissements | Base au MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base Reconductible au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

### 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 % |
| 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**

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 :

**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, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.**

| | |
|---|---|
| Objectifs : | Développement des transports infirmiers<br>Régionalisation et optimisation des transports héliportés |



| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| Date d'évaluation : | |
| Mise à jour du document : | |

Code : T03

## 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<br>Art L.6112-1, 12°, et R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP ;<br><br>Décret N°94-928 du 27 octobre 1994 ;<br><br>Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ;<br>Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ;<br>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 décret» (12° de l'article L.6112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).<br><br>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 R6112-16 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).<br>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 :<br>• Nombre de places compris entre 70 et 200 :<br>1,3 ETP de PH + 4ETP d'IDE + 0,8 ETP de préparateur en pharmacie + 0,8 ETP de secrétariat (hors frais de structure), le forfait de base s'élève à 360 000€.<br>• En deçà de 70 places :<br>Un demi-forfait est alloué, soit 190 000€.<br>• Au-delà de 200 places :<br>Le forfait de base est « proratisé » à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire.<br><br>Le % des frais de structure est fixé à 20%.<br>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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

### 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 | | | | |
| - 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'examens 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. |

Code : T04

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| 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<br>Articles R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP<br>Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;<br><br>Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale<br>Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale<br>Circulaire Interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2008 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'atiribution 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.6112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).<br>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 2008 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.<br><br>Pour obtenir la dotation MIG il faut qu'un dossier ait été constitué et que les démarches de mise en conformité ait 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 personne 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.<br>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.<br>Ce forfait est calibré comme suit :<br>• 0,1 ETP de médecin sénior / chambre soit 10 400€<br>• 0,6 ETP d'infirmier / chambre soit 27 600€<br><br>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.<br>Il est rappelé que ce montant vient en sus des recettes d'activité. |

| Etablissements | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

| Activité | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | En nombre | En pourcentage |
| Suivi du nombre de détenus hospitalisés, de leur durée maximum de séjour, des GHS produits, de leur facturation (via le PMSI et grâce au code Z65.1)<br>En outre, le rapport d'activité des établissements doit également décrire l'activité des chambres sécurisées. | | | | |

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).<br><br>Les chambres sécurisées répondant à un cahier des charges fixé en annexe de la circulaire du 13 mars 2008. 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'intérieur 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. |



Code : U02

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted] |
| 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°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).<br>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 « 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).<br>L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :<br>- Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation;<br>- Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ;<br>- Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ;<br><br>Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.<br><br>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 intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.<br>L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.<br>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.<br><br>Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantifié 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). Dans des cas particuliers (PASS bucco-dentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examens est intégré dans le budget.<br><br>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 démêler 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.<br>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à PARS 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 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

### Evaluation annuelle

**Activité**

Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'acquittement 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 |
| l'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 | OUI | NON | Remarques 2011 | Remarques 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.<br>L'article L6112-5 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 concluent 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. |

**Groupe hospitalier public du Sud de l'Oise (Creil-Senlis)**

| Nature des dotations | DAF 2013 | | | NOTIFICATION | | | NOTIFICATION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF | DAF SSR | DAF PSY | TOTAL DAF |
| DAF de reconduction | 2 874 887 | | 2 874 887 | | | 2 874 887 | | | 2 874 887 |
| Dégel - rebase du gel 2012 | 30 862 | | 30 862 | | | 30 862 | | | 30 862 |
| Mise en réserve 2013 | -25 616 | | -25 616 | | | -25 616 | | | -25 616 |
| Mesure effort d'économies | -16 484 | | -16 484 | | | -16 484 | | | -16 484 |
| Mesure de reconduction | 30 973 | | 30 973 | | | 30 973 | | | 30 973 |
| | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R | 2 894 622 | 0 | 2 894 622 | 0 | 0 | 2 894 622 | 0 | 0 | 2 894 622 |
| | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | 0 |
| Total R + NR | 2 894 622 | 0 | 2 894 622 | 0 | 0 | 2 894 622 | 0 | 0 | 2 894 622 |

| Nature des dotations | FORFAITS 2013 | NOTIFICATION | TOTAL FORFAITS |
|---|---|---|---|
| PAU | 4 729 129 | | 4 729 129 |
| CFO | 144 989 | | 144 989 |
| PAG | | | 0 |
| Total | 4 874 118 | 0 | 4 874 118 |

| Nature des dotations | USLD 2013 | NOTIFICATION | TOTAL USLD |
|---|---|---|---|
| Base de reconduction | 2 281 927 | | 2 281 927 |
| Débasage convergence | -1 180 | | -1 180 |
| Economies | -11 729 | | -11 729 |
| Accompagnement politique régionale | 1 180 | | 1 180 |
| | | | 0 |
| | | | 0 |
| Total | 2 270 198 | 0 | 2 270 198 |

Détail des bases AC

**Etablissement : GHPSO**

| Typologie des AC dans ARBUST MIGAC | | Libellé de la mesure notifiée | Bases AC R au 01/01/2012 | Débasage Plan Hôpital 2012 (réaffectation GHPOS) | Plan Hôpital 2012 débasage suite à la RPI 2011 | Plan AVC - Coordination de la filière AVC | Base reconductible au 31/12/2012 | Débasage mesures diverses (ajustement des bases) | Total AC au 01/01/2013 | Mesures nouvelles | Performance des SI de gestion | Apprentis PPH | TOTAL AC au 25 avril 2013 (BP) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bases + Mesures nouvelles 2013 | | | | | | | | | | |
| | | | R | R | R | R | | | | R | NR | NR | R+NR |
| III | Amélioration de l'offre de soins existante | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1 | Actions de coopération | Sécurité et qualité des soins (CREX) | 0 | | | | | | | | | | |
| 2 | Soutien à la démographie des professionnels de santé | Plan AVC- coordination de la filière AVC | 0 | | | 55 000 | 55 000 | -55 000 | 0 | | | 6 000 | 6 000 |
| | | Médecine légale : postes assistants partagés | 58 789 | | | | 58 789 | -58 789 | 0 | | | | 0 |
| | | Plan cancer : amélioration prise en charge Pers âgées | | | | | 160 000 | -160 000 | 0 | | | | 0 |
| V | Investissements | | | | | | | | | | | | 1 594 886 |
| 1 | Mesures nationales d'investissement | Plan Hôpital 2012 | 548 530 | 1 086 550 | -140 194 | | 1 594 886 | -1 594 886 | 0 | 1 594 886 | | | |
| 2 | Mesures régionales d'investissement | PPRI-investissement régional | 1 583 991 | | | | 1 583 991 | -1 583 991 | 0 | | | | 0 |
| | | Contract ARH-investissement régional | 643 049 | | | | 643 049 | -643 049 | 0 | | | | |
| | | Non défini à l'origine | 899 175 | | | | 899 175 | -899 175 | 0 | | 77 922 | | 77 922 |
| | | Performance des SI de gestion | | | | | | | | | | | 0 |
| VI | Autres | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Divers | Personnel mis à disposition | 44 057 | | | | 44 057 | -44 057 | 0 | | | | 0 |
| | | MAD syndicale (M.GROSSIER) | 7 490 | | | | 7 490 | -7 490 | 0 | | | | 0 |
| | | MAD (BASU) | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | | Compensation réforme AME 2012 | | | | | | | | | | | |
| | Total | | 3 885 081 | 1 086 550 | -140 194 | 55 000 | 6 046 437 | -6 046 437 | 0 | 1 594 886 | 77 922 | 6 000 | 1 678 808 |

Agence Régionale de Santé
Picardie

## Agence Régionale de Santé de Picardie

**Arrêté DH n° 2013-065 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations de la Clinique du Parc de Beauvais pour l'exercice 2013**

**N° FINESS : 600.110 175**

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 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

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 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 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 21 février 2013 portant détermination pour 2013 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 21 mars 2013 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 décision du 1er février 2013 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2013/ du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé ;

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 ;

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr

-167-



**ARRETE**

**Article 1 :** L'arrêté DH N° 2012-376 en date du 21 décembre 2012 portant modification des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations à la Clinique du Parc pour l'exercice 2012, est modifié à l'article 2 du présent arrêté comme suit pour l'année 2013.

**Article 2 : 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 0 €, dont :

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

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ces montants.

**Article 3 :** Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Clinique du Parc de Beauvais, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et au Pôle Etablissements-BREX de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Il sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des Préfectures de la Somme et de l'Oise.

**Article 4 :** 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 du 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 5 :** Exécution

Le directeur de l'hospitalisation 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 24 AVR. 2013

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
et par délégation,
Le Directeur de l'Hospitalisation,

Pierre-Hugues GLARDON.

**COPIE CONFORME**

-168-

| | |
|---|---|
| Etablissement évalué : | [redacted]NS |
| Date d'évaluation : | [redacted] |
| Mise à jour du document : | [redacted] |

Code : PO4

**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/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures |
| Critères d'éligibilité : | Toutes ces structures doivent être conformes au cahier des charge mentionné dans l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du |
| Périmètre de financement : | Le montant de la dotation accordée à une structure doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des |
| Critères de compensations : | L'indicateur de référence est le nombre annuel de consultations médicales externes. Ainsi les consultations ou avis |

| Etablissements | Base MIG au 01/01/2013 | Mesures nouvelles 2013 | | Base R au 31/12/2013 |
|---|---|---|---|---|
| | | R | NR | |
| [redacted] | | | | |

**Evaluation annuelle**

**Activité**

| | 2011 | 2012 | Evolution 2011/2012 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | En nombre | En pourcentage |
| La file active | | | | |
| Le nombre de consultations médicales (ventilées | | | | |
| Le nombre d'hospitalisation 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 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 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.<br>Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.<br><br>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. |



Agence Régionale de Santé
Picardie

Liberté • Egalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE L'OISE

Arrêté d'ouverture de l'enquête publique préalable à la **déclaration d'utilité publique** relative à la dérivation des eaux souterraines, à l'instauration des périmètres de protection autour des captages situés au lieu dit « Le Village Ouest » à l'autorisation d'utilisation et de distribution de l'eau en vue de la consommation humaine et de l'**enquête parcellaire** en vue de la détermination des immeubles à grever de servitudes et concernés par les périmètres précités.

Communes de Sarnois

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

Vu le code de l'environnement, notamment ses articles L.122-1 à L.122-3, R.123-1 et suivants ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.1321-2, L.1321-3 et L.1321-7, R1321-6 à R 1321-14 ;

Vu le code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la délibération du Conseil municipal de la Commune de Sarnois en date du 05 mars 2013 sollicitant la poursuite de la procédure de déclaration d'utilité publique et l'ouverture des enquêtes conjointes de déclaration d'utilité publique et parcellaire ;

Vu les dossiers d'enquêtes transmis par Monsieur le maire ;

Vu la décision du président du tribunal administratif d'Amiens en date du 05 avril 2013 désignant Monsieur Alexis LUROIS en qualité de commissaire enquêteur ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Oise,

ARRETE

ARTICLE 1 : Il sera procédé sur le territoire de la commune de Sarnois à l'enquête publique préalable à la déclaration d'utilité publique des travaux de dérivation des eaux, d'établissement des périmètres de protection des captages situés au lieu dit « Le Village Ouest » sur le territoire de la commune de Sarnois à l'enquête publique parcellaire en vue de la détermination des immeubles à grever de servitudes et concernés par les périmètres.

ARTICLE 2 : Ces enquêtes se dérouleront du mardi 03 septembre 2013 au samedi 05 octobre 2013 inclus, soit d'une durée de 33 jours consécutifs.

52 rue Daire - CS 73706 - 80037 Amiens cedex 1
Standard : 03 22 970 970
www.ars.picardie.sante.fr

ARTICLE 3 : M. Alexis LUROIS, Agriculteur-Paysagiste est désigné en qualité de commissaire enquêteur pour procéder à l'enquête publique. Il sera suppléé par M. Patrick MARTIN, contrôleur de travaux DDE (ER).

Il assurera des permanences pour recevoir les observations écrites et orales du public aux jours et heures suivants à la mairie de Sarnois :

- Mardi 03 septembre 2013 de 16h à 18h,
- Mardi 17 septembre 2013 de 16h à 18h,
- Samedi 05 octobre 2013 de 10h à 12h,

ARTICLE 4 : Ouverture des enquêtes

Les pièces des dossiers ainsi que les registres d'enquêtes cotés et paraphés par le commissaire enquêteur seront déposés en mairie de Sarnois du mardi 03 septembre 2013 au samedi 05 octobre 2013 inclus et tenus à la disposition du public aux jours et heures habituels d'ouverture de la mairie afin que chacun puisse en prendre connaissance et consigner, éventuellement, ses observations sur les registres d'enquêtes ou les adresser, par écrit, au commissaire enquêteur pour être annexées aux registres.

ARTICLE 5 : Formalités de publicité

Il sera procédé par les soins de M. le maire à l'insertion d'un avis au public d'ouverture d'enquêtes dans deux journaux locaux 15 jours francs avant le début des enquêtes et une seconde fois 8 jours au plus tard après le début des enquêtes.

Ces formalités seront justifiées par un certificat d'affichage du maire et un exemplaire des journaux sera annexé aux dossiers d'enquêtes.

ARTICLE 6 : Conformément à l'article R.11-22 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique, une notification individuelle du dépôt des dossiers d'enquête sera faite par les soins de M. le Maire soit sous pli recommandé avec demande d'avis de réception soit remise en main propre contre décharge, aux propriétaires ou à leurs mandataires, gérants, administrateurs, syndics ou ayants droits, du périmètre de protection rapprochée, figurant sur la liste établie et jointe aux dossiers déposés en mairie. En cas de domicile inconnu, la notification sera faite en double copie par le maire qui en fera afficher une et, le cas échéant, en adressera une aux locataires et preneur à bail rural.

Ces notifications devront parvenir à leurs destinataires avant l'ouverture des enquêtes prescrites par le présent arrêté.

Les propriétaires auxquels notification est faite du dépôt des dossiers en mairie sont tenus de fournir, notamment en cas d'inexactitudes, les indications relatives à leur identité telles qu'elles sont énumérées, soit au 1er alinéa de l'article 5 du décret n° 55.22 du 4 janvier 1955 modifié, portant réforme de la publicité foncière (à savoir : nom, prénom, profession, domicile, date et lieu de naissance, éventuellement nom du conjoint), soit au 1er alinéa de l'article 6 du même décret (pour les personnes morales) ou, à défaut, de donner tous renseignements en leur possession sur l'identité du ou des propriétaires actuels, et ce dans les huit jours qui suivent la réception de la notification.

ARTICLE 7 : La publication du présent arrêté est faite en vue de l'application de l'article L.13.2 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ci après reproduit :

« en vue de la fixation des indemnités, l'expropriant notifie aux propriétaires et usufruitiers intéressés, soit l'avis d'ouverture de l'enquête, soit l'acte déclarant d'utilité publique, soit l'arrêté de cessibilité, soit l'ordonnance d'expropriation.

Le propriétaire et l'usufruitier sont tenus d'appeler et de faire connaître à l'expropriant les fermiers, locataires, ceux qui ont des droits d'emphytéose, d'habitation ou d'usage et ceux qui peuvent réclamer des servitudes.

Les autres intéressés seront en demeure de faire valoir leurs droits par publicité collective et tenus de se faire connaître à l'expropriant, à défaut de quoi ils seront déchus de tous droits à l'indemnité. »



ARTICLE 8 : Clôture des enquêtes

A l'expiration du délai d'enquête, les registres seront clos et signés par le maire de la commune concernée, qui transmettra ou remettra directement, dans les 24 heures de la clôture, les dossiers d'enquêtes accompagnés des registres et documents annexés, au commissaire enquêteur.

Le commissaire enquêteur examinera les observations consignées ou annexées aux registres d'enquête, entendra toute personne qu'il lui paraîtra utile de consulter, ainsi que le maître d'ouvrage s'il le demande.

Le commissaire enquêteur établira un rapport, donnera son avis par type d'enquête sur les opérations projetées et mentionnera dans un document séparé ses conclusions motivées en précisant nettement si elles sont favorables ou non à la réalisation du projet.

L'ensemble des dossiers accompagnés des rapports et des avis du commissaire enquêteur, sera alors transmis dans un délai d'un mois à compter de l'expiration du délai d'enquête à Monsieur le directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie.

ARTICLE 9 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Oise, le maire de Sarnois et le directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

BEAUVAIS, le 11 JUIL. 2013

Pour le Préfet et par délégation,
Le Secrétaire général absent,
Le Sous-préfet de Clermont

Patrick COUSINARD