

SS
GO
D

Direction générale
de l'offre de soins

**Guide de
contractualisation des
dotations finançant les
missions d'intérêt général
Version 0**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

PROJET

Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG)

A titre liminaire ...	8
Introduction	9
Partie 1 : Objet et utilisation des dotations finançant les MIG	12
A. Le périmètre des MIG	12
1. Les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation	12
2. Les autres missions d'intérêt général	13
B. Le périmètre des MIG incluses dans le Fonds d'intervention régional (FIR)	14
C. Le calibrage des dotations régionales	15
1. Les modalités de calcul des crédits délégués par le niveau national	15
2. Focus sur le coefficient géographique	16
Partie 2 : La contractualisation ARS-Établissement	18
A. Les règles à respecter : la phase préparatoire	18
1. Délimitation exacte du périmètre de la mission	18
2. Prise en compte des données régionales	18
3. Sélection des établissements : définition des critères	19
4. Durée pendant laquelle l'ARS s'engage à financer l'établissement	21
5. Définition des engagements en contrepartie de l'aide	21
6. Définition des critères de compensation	21
7. Exigence de non surcompensation	23
8. Un budget base zéro	24
B. La phase de contractualisation dans les CPOM : la procédure	25
1. Considérations générales	25
2. 1 ^{ère} étape : Contractualisation avec les établissements délégataires (année n-1)	26
3. 2 ^{ème} étape : Arrêté de notification (année n)	27
Partie 3 : Le suivi des crédits MIG	29
A. Le suivi financier des crédits	29
B. Le suivi du volet MIG du CPOM	29
Partie 4 : Les fiches d'aide à la négociation	31
A. Part fixe des MERRI	32
B. Part modulable des MERRI	34
C. Financement des activités de recours exceptionnel	36
D. Recherche médicale et innovation	39
1. Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)	40

2.	Les Centres d'investigation clinique (CIC)	42
3.	Les centres de recherche clinique (CRC)	44
4.	Les centres de ressources biologiques et tumorothèques	46
5.	Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRCN)	48
6.	Programme Hospitalier de Recherche Clinique Cancer (PHRCK)	50
7.	Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional (PHRC)	52
8.	Programme de Recherche Translationnelle (PRT)	55
9.	Programme de Recherche Translationnelle Cancer (PRTK)	57
10.	Programme de Recherche Translationnelle Cancer (PRTK)	59
11.	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)	61
12.	Les Contrats Hospitaliers de Recherche Translationnelle	63
13.	Les programmes de soutien aux techniques innovantes (PSTI)	65
14.	Les programmes de Soutien aux techniques innovantes en Cancérologie (PSTIC)	67
15.	L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	69
16.	Groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI)	71
17.	L'effort d'expertise des praticiens des établissements de santé	74

E. Missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux **75**

1.	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	76
2.	Le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie	78

F. Missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées **80**

1.	Les centres mémoires de ressources et de recherche	81
2.	Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)	83
3.	Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	86
4.	Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	88
5.	Les centres de référence sur l'hémophilie	90
6.	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	93
7.	Les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	95
8.	Les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson	97
9.	Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	99
10.	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles	101
11.	Les services experts de lutte contre les hépatites virales	103
12.	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	105
13.	les centres de diagnostic préimplantatoire	107
14.	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles	110
15.	Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires.	111

G. Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou non couverts par les nomenclatures ou les tarifs **113**

1. Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique 114
2. Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation 116
3. Les actes dentaires, de biologie et d'anatomo-cyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du CSS à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués dans le cadre de l'activité de greffe 118
4. Les organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables 121
5. Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire 122

H. Missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise **124**

1. Les observatoires régionaux et interrégionaux du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique 125
2. Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales 127
3. Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales 129
4. Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance 131
5. Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance 134
6. Les centres antipoison 136
7. Les registres à caractère épidémiologique 138
8. Le Centre national de ressources de la douleur 140
9. Le Centre national de ressources pour les soins palliatifs 142
10. l'Observatoire national de la fin de vie 143
11. Les centres de coordination en cancérologie (3C) 144
12. Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson 146

I. Missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient : **147**

1. Les équipes hospitalières de liaison en addictologie 148
2. Les équipes mobiles de gériatrie 151
3. Les équipes mobiles de soins palliatifs 153
5. Les équipes de cancérologie pédiatrique 160

J. Au titre des missions de collecte, de conservation et de distribution des produits d'origine humaine **162**

1. Les lactariums 163
Élaboration de bonnes pratiques- AFSSAPS 163
2. Les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité 165
3. Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté 168

K. Au titre des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci **170**

1. Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine 171

2.	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales de garde	173
3.	Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	175
L.	les consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ou d'autres maladies transmissibles	178
M.	les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	180
N.	Les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux	183
O.	Mission de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques	185
	Au titre de la contribution des établissements de santé à la mise en œuvre des plans blancs élargis :	186
1.	Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	186
	Au titre de la contribution des établissements de santé à la mise en œuvre des plans zonaux de mobilisation :	188
1.	Mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnées à l'article R.3131-10 du code de la sante publique	188
2.	Acquisition et maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	190
P.	L'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	192
1.	Les consultations mémoire	193
2.	Les consultations hospitalières d'addictologie	196
3.	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	198
4.	Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	200
5.	Les consultations hospitalières de génétique	203
6.	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile	206
7.	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	208
8.	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	210
Q.	L'aide médicale urgente	214
1.	Les SAMU, y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgence	215
2.	Les SMUR	217
3.	Le transport sanitaire bariatrique	219
4.	Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques	221
R.	La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	223
1.	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	224
2.	La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'État chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires	225
3.	La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales	226

4. La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé (ex-DG) 228
5. Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État 230
6. Participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997 232

S. La permanence des soins en établissement de santé 233

T. Les dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations 235

1. Les centres périnataux de proximité 236
2. Les unités hospitalières sécurisées interrégionales 238
3. Les unités de consultations et de soins ambulatoires 240
4. Les chambres sécurisées pour détenus 242

U. La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité. 244

1. Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières 245
2. Les permanences d'accès aux soins de santé 247
3. Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires. 249

Annexes 251

- Annexe 1 : Modèle d'annexe au CPOM ou à un contrat spécifique 252
- Annexe 2 : Modèle d'arrêté 255
- Annexe 3 : Utilisation du retraitement comptable 258
- Annexe 4 : La procédure d'attribution des missions de service public : réponse à la problématique d'éligibilité des établissements aux MIG 262
- Annexe 5 : L'application du droit communautaire aux établissements de santé 263
- Annexe 6 : les rémunérations moyennes du personnel médical et non médical 265
- Annexe 7 : suivi de la campagne et utilisation des outils 278
- Annexe 8 : synthèse de l'applicabilité du coefficient géographique aux MIG 281
- Annexe 9 : nomenclature des MIG 283
- Annexe 10 : Exemple de fiche d'évaluation (ARS Franche Comté) 290

A titre liminaire ...

En préambule, il convient de souligner que ce guide a vocation à actualiser les règles qui président à la détermination et à la notification des dotations relatives aux missions d'intérêt général (MIG), définies et mentionnées dans l'arrêté du 9 mars 2009 modifié.

Ces règles s'appliquent à la totalité des crédits attribués aux établissements de santé.

Les MIG, ayant vocation à être financées via le fonds d'intervention régional (FIR), demeureront soumises aux règles encadrant toute attribution de crédits et dont le guide relatif aux crédits d'accompagnement rappelle les principes généraux (cf. circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation).

In fine, les dotations du FIR finançant les « ex-MIG » doivent respecter un ensemble de règles identiques à celles régissant l'attribution des dotations finançant les MIG.

Au sein du guide, pour des raisons de lisibilité et sauf mention contraire, la mention « MIG » renverra à ces deux acceptions.

Introduction

Le financement par une dotation nationale des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation est indissociable de la construction du modèle de financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A) tel qu'il a été pensé dès l'origine.

La T2A comporte en effet deux volets complémentaires :

- le financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins par des tarifs nationaux de prestation et des forfaits nationaux ; les ressources des établissements sont ainsi allouées en fonction du volume et de la nature de leur activité.

Ce mécanisme incite l'ensemble des acteurs publics et privés à améliorer leur productivité en réduisant leurs coûts via le développement d'outils de pilotage interne (comptabilité analytique par séjour, pilotage médico-économique), à définir une stratégie d'optimisation de leurs dépenses tenant compte de leur niveau de recettes prévisionnel;

- la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général et à la contractualisation par une dotation ad hoc.

Le législateur a entendu, au travers de la création de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité.

Il a reconnu que les coûts engendrés par un certain nombre de missions ne pouvaient pas être intégralement couverts par un financement à l'activité. En effet, les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie. Cette notion de mission d'intérêt général n'est pas propre au système français et tous les systèmes étrangers de tarification à la pathologie les plus importants prévoient de telles modalités complémentaires de financement.

Elle ne signifie pas pour autant que les dotations ne doivent pas prendre en compte les différences entre établissements, en termes d'activité ou de résultats.

Bien au contraire, la dotation a comme objectif de compenser des surcoûts constatés, potentiellement différents selon les établissements compte tenu des disparités d'activités et de résultats. Bien que difficilement quantifiable, les données d'activités doivent nécessairement être intégrées au calibrage de la dotation et *in fine* permettre une réévaluation de celle-ci au regard des résultats constatés.

La diversité des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation explique que le législateur ait souhaité les délimiter et les ordonnancer. On distingue ainsi :

- 1 d'une part, les missions d'intérêt général (MIG) telles que les prévoient les articles D162-6 à D162-7 du code de la sécurité sociale (CSS), elles-mêmes réparties en deux catégories : les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et les autres missions d'intérêt général. A noter que certaines de ces missions seront désormais financées à travers le FIR. Elles font cependant l'objet d'un traitement identique au sein du guide ;
- 2 d'autre part, l'aide à la contractualisation (AC).

Le présent guide concerne exclusivement l'allocation des dotations finançant les MIG.

Les crédits d'aide à la contractualisation font l'objet d'un guide spécifique, publié en août 2011, dont les règles de délégation sont identiques à celles développées ci après, à quelques exceptions près.

Contexte du guide

Depuis l'année 2008, qui a vu l'ensemble du secteur ex-DG passer à 100% dans le nouveau modèle de financement, et l'extinction du coefficient de transition intra-sectoriel début 2011, la phase de montée en charge de la T2A peut être considérée comme achevée. L'actualisation du guide relatif aux MIG, dont la version précédente date de 2008, témoigne de l'abandon de considérants historiques, désormais illégitimes, à l'appui de la détermination des dotations allouées aux établissements de santé.

L'attribution de dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG) procède de notifications arrêtées par les directeurs généraux d'ARS et répond à des exigences dont le respect conforte la sécurité juridique de leurs décisions et de leurs actes, tant en regard du droit interne que des normes communautaires¹.

Le contexte est donc celui de la sécurisation juridique des dotations, nécessitant :

- **une contractualisation**, via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), de tout engagement pris au titre des MIG (article L. 162-22-13 CSS) ;

Les CPOM conclus avec les établissements de santé représentent donc le cadre de la négociation avec les établissements sur les MIGAC. Sans remettre en question la liberté d'appréciation des ARS, il est donc apparu nécessaire de proposer un nouveau guide de contractualisation des dotations finançant les MIG.

- **une motivation des arrêtés** de notification (article R. 162-44-2 CSS).

Le contexte est aussi économique : l'insécurité juridique précitée constitue un risque financier pour les établissements dont les dotations seraient invalidées par le juge national ou communautaire. En effet, l'absence d'objectivation des notifications de dotations MIG peut entraîner :

- o une condamnation de l'agence régionale de santé devant les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et une annulation de l'ensemble des délégations de crédits sur la base du non respect des principes d'égalité et de non discrimination ;
- o une condamnation de l'État Français sur la base d'une incompatibilité avec le droit communautaire.

¹ Voir en ce sens l'annexe 5 relative à l'application du droit communautaire aux établissements de santé et le guide relatif à l'application aux services d'intérêt économique général, et en particulier aux services sociaux d'intérêt général, des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État, de « marchés publics » et de « marché intérieur ». L'attribution de crédits à un opérateur délégataire d'un service d'intérêt économique général (SIEG) est considérée comme une aide d'État. Suite à l'arrêt *Altmark Trans GmbH et Regierungspräsidium Magdeburg contre Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH*, affaire 280/00 l'application d'un certain nombre de règles permettent de rendre compatible l'aide d'état avec le droit communautaire. Il est possible que la jurisprudence « Altmark » s'applique aux établissements de santé en charge d'une activité de soins. En l'absence de décision claire, il convient d'être prudent (d'autant que la logique européenne rejoint intégralement nos principes généraux du droit commandant le service public et la gestion des crédits publics). Pour davantage d'information, se reporter à l'annexe 5.

L'objet du présent guide

Le guide est une actualisation du guide méthodologique de contractualisation sur les MIG (juin 2008).

Le guide poursuit donc deux buts d'égale importance :

- **accroître la sécurisation juridique des notifications de crédits finançant les MIG ;**
- **accroître la qualité du dialogue et sa transparence entre les ARS et les établissements**, en clarifiant le périmètre des MIG, et en objectivant le chiffrage des moyens nécessaires pour leur réalisation. Le présent guide innove de par son exhaustivité et par la détermination du périmètre de financement de chaque mission.

Il s'agit de rappeler les éléments de méthode et d'apporter des référentiels pour chaque mission afin d'accompagner les agences et les établissements dans la démarche de contractualisation. L'objectif à atteindre est que chaque mission financée par la dotation MIG puisse être contractualisée pour un montant fixé en toute équité, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus et ce en toute transparence avec les établissements.

Outre un rappel de ce que recouvre la notion de MIGAC et des principes financiers qui doivent sous-tendre leur négociation avec les établissements, ce guide rappelle les principales étapes de cette négociation et propose des exemples de documents d'aide à la préparation de la contractualisation (avenant type...) ainsi que des fiches sur l'ensemble des MIG.

Ce guide vise donc à donner un ensemble de conseils simples et précis dans la notification des crédits, en conformité avec les règles générales issues du droit interne et du droit communautaire.

Partie 1 : Objet et utilisation des dotations finançant les MIG

A. Le périmètre des MIG

La présente partie a pour objet d'établir une typologie des MIG.

Les catégories de MIG sont fixées par les articles D. 162-6 à D. 162-7 du CSS.

La liste précise des missions d'intérêt général est quant à elle fixée par un arrêté mis à jour régulièrement. Au titre de l'année 2012, cette mise à jour a été effectuée par l'arrêté du **XX** mars 2012 qui modifie celui du 13 mars 2009.

Nonobstant cet effort de classification, la frontière n'est pas strictement définie et étanche entre les missions. Certaines activités peuvent en effet relever de plusieurs champs de MIG, comme par exemple l'onco-pédiatrie et la cancérologie. Dans ce cas, c'est la spécialisation la plus fine qui conduit au choix de la MIG.

1. Les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

Historiquement, la dotation des MERRI correspond à la compensation des dépenses liées aux activités de recherche et d'enseignement qui se traduisait pour certains hôpitaux par un abattement forfaitaire de 13% appliqué au calcul du coût du point ISA (indice synthétique d'activité), coût qui était utilisé avant le passage à la T2A pour moduler la dotation globale des établissements.

A compter de la campagne 2008, cette base budgétaire « historique » a été revue à l'occasion de la réforme du calcul de la dotation financière des MERRI. La réforme a connu une montée en charge rapide et s'est achevée en 2010, un an avant la date initialement prévue. La dotation est désormais répartie en trois parts, dont chacune est construite selon des critères propres :

^ La part fixe, proportionnelle à certaines dépenses de personnel médical, aux charges du plateau médico-technique et à certaines charges d'infrastructure. A noter que cette part a vocation à disparaître sur 5 ans dès 2012 au profit de la part modulable ;

^ La part modulable, calculée en fonction d'indicateurs relatifs à la dynamique et à la valorisation de la recherche, ainsi qu'au nombre d'étudiants ;

^ La part variable qui recouvre à la fois le financement de structures de soins labellisées, celui des activités donnant lieu à des appels à projets et celui des activités de soins réalisées à titre expérimental ou non couvertes par les nomenclatures ou les tarifs.

La liste des MERRI financées par cette dernière part est précisée au 1° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale et couvre les champs suivants :

- la recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique (ex : programme hospitalier de recherche clinique national) ;
- l'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux (ex : remboursement de la rémunération des internes) ;
- la recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares) ;

- les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs (ex : laboratoires de génétique).

2. Les autres missions d'intérêt général

Ces missions figurent aux 2°, 3° et 4° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article D 162-7 du même code.

Leur liste, telle que fixée depuis l'arrêté du 9 mars 2011, recouvre les activités suivantes des établissements de santé :

- La participation aux missions de santé publique :
 - vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise réalisées par des centres de référence (ex : centres antipoison, observatoire national de la fin de vie, centres de coordination des soins en cancérologie...);
 - formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires (ex : équipes mobiles de soins palliatifs);
 - collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine, pour la part non couverte par des tarifs de cession (ex : les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité);
 - dispositifs favorisant le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci (ex : les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes);
 - conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes (ex : les espaces de réflexion éthique régionaux);
 - veille sanitaire, prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles;
 - intervention d'équipes pluridisciplinaires (ex : consultations mémoire, actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie...);
 - aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR).
- La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
 - politique hospitalière (ex : participation à l'étude nationale de coûts);
 - dialogue social dans le secteur hospitalier;
 - coopération internationale en matière hospitalière.
- La participation aux dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques :
 - prise en charge sanitaire des détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires).
 - prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.
 - prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

Le point commun de l'ensemble de ces activités est la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel : soit en raison de l'absence de groupes homogènes de séjour (GHS) ou de codifications adaptées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM); soit parce qu'elles peuvent difficilement être rattachées à un patient donné.

La liste des missions d'intérêt général, MERRI et autres MIG, est actualisée au fil des évolutions du modèle de financement et de l'apparition ou de la disparition d'activités spécifiques :

- Les suppressions dans cette liste correspondent la plupart du temps au transfert de leur financement de la dotation MIG vers les tarifs (par exemple, les activités liées aux greffes, les activités de court séjour gériatriques, le financement des implants cochléaires...).

Ces évolutions interviennent à l'issue d'un travail préalable d'expertise, de modélisation et d'échange avec les professionnels concernés par ces activités.

- Les créations dans cette liste, souvent liées aux actions inscrites dans les plans de santé nationaux, traduisent généralement la nécessité de mieux identifier certaines missions pour leur associer un financement spécifique, parfois en vue d'une évolution des modalités de financement.

Ainsi, dans le cadre de la campagne 2010, le financement de la prise en charge des patients en cancérologie, compris l'année précédente au sein de la seule mission « actions de coordination et pratiques de soins spécifiques en cancérologie », est scindé entre celui de la mission « centres de coordination des soins en cancérologie », d'une part, et celui de la mission « actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie », d'autre part.

Cet aménagement vise à améliorer la lisibilité des financements affectés à des actions distinctes, dans l'esprit du plan national de lutte contre le cancer.

D'autres créations de MIG ont résulté de modification du vecteur de financement par transfert des tarifs vers les MIGAC. Il s'agit du financement des surcoûts liés à la prise en charge de patients précaires et du financement de la permanence des soins hospitalière, en 2009.

B. Le périmètre des MIG incluses dans le Fonds d'intervention régional (FIR)

L'article L. 1435-8 du CSP, introduisant le FIR, dispose que ce fonds finance, sur décision des ARS des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant notamment à :

- La permanence des soins, notamment la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;
- L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;
- L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;

Le Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 fixe les missions financées par le FIR et rattachées à ces grandes catégories.

In fine, dès 2012 certaines MIG ont donc vocation à basculer dans le FIR :

- la permanence des soins en établissement de santé ;
- les consultations destinés à effectuer la prévention et le diagnostic de l'infection par le VIH ;
- les actions de préventions et d'éducation thérapeutique ;
- la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité.

Pour autant, les principes concourant à leur allocation demeurent applicables.

C. Le calibrage des dotations régionales

1. Les modalités de calcul des crédits délégués par le niveau national

Les modalités de calcul des crédits délégués du niveau national au niveau régional reposent sur deux modes :

1. Les crédits calculés et fléchés en direction d'un établissement par le niveau national :
 - **Modèle national fléché par établissement** : dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères objectivés, d'activité ou de file active notamment (le financement de la précarité, les actions de qualité transversales en cancérologie, les MERRI du socle fixe et modulable).
 - **Remboursement de charges** : missions ayant trait à la participation aux politiques nationales et pour lesquelles les dotations remboursent, à l'euro près, les charges supportées par les établissements (remboursement d'agents mis à disposition).
 - **Calibrages financiers issus des appels à projets nationaux** : MIG dont l'attribution est liée à un appel à projets (la recherche clinique, les PHRC) dont les financements obéissent à des règles prédéterminées.

L'attribution des dotations aux établissements par l'ARS doit respecter le fléchage opéré par le niveau national. Même dans ces conditions, la MIG fait l'objet d'une contractualisation, sur la base de la notification adressée à l'ARS par l'État.

2. Les crédits délégués aux ARS selon des modalités calculées par le niveau national et faisant l'objet par les ARS d'une répartition en direction des établissements, sur la base d'une contractualisation ARS-Établissement (c'est le cas de la majorité des MIG et des MIG dont le financement a été transféré au FIR).

Les modalités de calculs au niveau régional de ces crédits sont les suivantes :

- **Référentiel de moyens** : il s'agit d'un calibrage de la mission au regard des actions financées à ce titre. Par exemple, pour le financement d'une équipe, il convient de déterminer une équipe type définie en nombre d'ETP mis à disposition pour l'exercice de la mission et un pourcentage de frais de structure à prendre en compte. Ce référentiel peut être adapté à la structure ou aux missions précises de l'établissement. Le calibrage, *in fine*, de la dotation tient compte des autres recettes, notamment tarifaires, éventuellement obtenues par l'établissement pour cette activité,
- **Les calibrages financiers issus des appels à projets régionaux** : ce sont des MIG dont l'attribution est liée à un appel à projets. Le montant est calibré dans le cadre dudit appel et est donc en lien direct avec les actions financées au titre de la MIG.

Selon la mission, le degré d'implication des ARS est différent.

Dans le second cas de figure, l'agence ne doit pas se contenter d'appliquer les orientations ministérielles, elle doit créer ou s'approprier des modèles afin de les appliquer aux problématiques territoriales, tout en respectant les règles et les principes généraux rappelés au présent guide.

Nonobstant tout fléchage national, les crédits doivent toujours être contractualisés avec les établissements bénéficiaires, et doivent faire l'objet d'une justification régionale (sur la base des règles établies ci-après).

2. Focus sur le coefficient géographique

L'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un coefficient géographique s'applique « *aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels des établissements implantés dans certaines zones qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.* »

Les dispositions réglementaires précisent : « Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées. ».

Chaque année, le ministre de la santé doit arrêter la valeur des coefficients et les zones éligibles, dans le cadre de l'arrêté fixant les tarifs nationaux. En 2012, les coefficients géographiques sont ainsi arrêtés :

- Île-de-France : 7%
- Corse : 8%
- Guadeloupe, Martinique, Guyane : 26%
- Réunion : 31%

Suite aux interrogations de certaines ARS, des travaux ont été menés par la DGOS quant à la pertinence de l'application des coefficients géographiques aux dotations MIG.

- **Les MERRI**

La part fixe des MERRI a été calculée initialement à partir des charges des établissements de santé (coût du personnel médical et coût des plateaux médico-techniques) et intégrait à l'origine la notion de coût géographique.

Par ailleurs, les dotations de certaines MERRI variables ont été calibrées à l'origine à partir des charges. Les surcoûts locaux sont dès lors théoriquement intégrés par construction (c'est le cas des centres de référence par exemple).

L'application des coefficients géographiques ne se justifie donc que pour les missions faisant l'objet d'une « modélisation » ou d'une forfaitisation sur la base d'un référentiel de coûts

Il est donc proposé d'appliquer, à compter de la campagne 2012, le coefficient géographique aux missions forfaitisées de la part variable² et à la dotation finançant les activités de recours exceptionnel.

Par ailleurs, il a été décidé d'appliquer un coefficient majorant « vie chère » à la MERRI « Internes » dans les DOM à compter de 2012. En effet, les étudiants des DOM perçoivent la prime de vie chère, pour des raisons d'attractivité des internes, ce qui génère un surcoût actuellement non financé pour les établissements de santé concernés. En Ile-de-France en revanche, aucun surcoût n'est subi par les établissements de santé au titre de cette mission. Nous proposons donc de majorer les dotations rémunérant les internes des DOM du niveau des surcoûts moyen calculés sur les dépenses de personnel dans le cadre des travaux menés en 2011 par le groupe de travail DGOS-ARS sur les coefficients géographiques :

- 37% à la Réunion ;
- 26% dans les Antilles.

² centres d'investigation clinique (CIC), centres de recherche clinique (CRC), délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI), Centres de références pour les infections ostéo-articulaires (CIOA)

- **Les « autres MIG »**

Il n'y a pas lieu d'appliquer le coefficient géographique à l'ensemble des « autres MIG » pour lesquelles il convient de distinguer plusieurs situations :

- Certaines dotations ont été calibrées à partir des charges. Les surcoûts locaux sont dès lors intégrés par construction (c'est par exemple le cas des centres de références).

Les MIG faisant l'objet d'une modélisation sur la base d'indicateurs d'activité intègrent le coefficient géographique. Ainsi, le calibrage des dotations relatives à la « prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité » ou aux « actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie » ont été majorées des niveaux des coefficients géographiques.

- Pour les MIG à caractère régional, le coefficient géographique est pris en compte dans les opérations de péréquation interrégionale.
- Pour certaines MIG, il n'y a pas lieu d'appliquer de coefficient géographique étant donné que les dotations remboursent, à l'euro près, les charges supportées par les établissements (ex : les mises à disposition).

Seule une MIG ne correspond à aucune de ces situations, la MIG « Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) ». Cette mission donne lieu à des surcoûts géographiques liés aux écarts de rémunération entre régions et le calibrage de la dotation se base sur une modélisation nationale et non sur les retraitements comptables. Ainsi, les dotations MIG pour les CSERD seront majorées du niveau des coefficients géographiques pour les régions concernées à compter de la campagne 2012.

Pour chaque mission, le lien avec le coefficient géographique est explicité dans la fiche MIG correspondante³.

³ L'annexe 8 synthétise ce lien pour chaque MIG

Partie 2 : La contractualisation ARS-Établissement

Outre le respect général du droit interne et communautaire, la procédure de délégation des dotations MIG et ses règles générales ont comme objectif de rationaliser le versement des dotations et de rapprocher au maximum les crédits octroyés par rapport aux besoins régionaux.

C'est avant tout une logique d'efficacité, de transparence et d'équité qui doit gouverner la notification des crédits.

A. Les règles à respecter : la phase préparatoire

1. Délimitation exacte du périmètre de la mission

Il est important, préalablement à tout versement, de définir précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la MIG dont l'attribution est envisagée.

Il convient d'exclure du périmètre de la mission l'ensemble des actions déjà financées par ailleurs (notamment par des tarifs, des forfaits, des subventions de l'État ou des collectivités territoriales).

Cette délimitation devra apparaître dans le CPOM.

2. Prise en compte des données régionales

Dans le cadre de la montée en charge de la réforme du financement de l'hospitalisation, les dotations MIGAC ont été allouées à partir de la situation initiale des établissements qui disposaient à cette date de missions « finançables », par la dotation MIGAC.

Ces dotations sont naturellement appelées à évoluer en fonction des priorités régionales (et sur la base d'une objectivation du choix des établissements – voir ci-après).

La prise en compte des données du SROS PRS et des besoins régionaux mission par mission est essentielle.

Préalablement à l'attribution de crédits MIG, le diagnostic des besoins régionaux en structures financées par les MIG doit être établi. Il se base sur la connaissance du contexte environnemental, régional et notamment sur les données relatives aux indicateurs environnementaux et de démographie médicale.

Selon les missions, d'autres indicateurs pourront être ajoutés.

Seules les MIG faisant l'objet d'un fléchage national, d'une stricte modélisation, ou dont le mode de compensation financière est basé sur un remboursement à l'euro près (notamment les MIG faisant référence aux mises à dispositions de personnel) ne sont pas impactées par ce dispositif.

3. Sélection des établissements : définition des critères

L'attribution d'une dotation finançant les MIG à un établissement présuppose la signature d'un CPOM (article L. 162-22-13 du Code de la sécurité sociale).

La délégation doit s'effectuer en respectant des règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter toute discrimination non justifiée. **Le choix de l'opérateur, c'est-à-dire de l'établissement assumant la MIG et bénéficiant de la dotation, ne doit pas avoir pour conséquence de créer une distorsion de concurrence.**

Dès lors, le CPOM de l'établissement devra définir les critères ayant permis de sélectionner l'établissement allocataire. Ces critères devront donc être objectivés et identiques pour chaque établissement placé dans une situation de fait comparable.

Ils devront être confrontés à la situation et au projet de l'établissement afin de s'assurer que le choix de l'établissement est pertinent.

Plusieurs techniques d'objectivation, pouvant faire intervenir le niveau national ou régional, existent⁴.

1) Sélections « institutionnalisées »

➤ Au niveau national :

- Appel à projets / labellisation : lorsque la candidature d'un établissement est retenue, cela lui donne la possibilité de se voir déléguer une dotation.
- Construction nationale de la dotation : tout établissement est éligible (sous réserve, le cas échéant, d'autorisation d'activité) ; la construction nationale vaut clé de répartition entre établissement.

➤ Au niveau régional :

- Certaines MIG dépendent d'un régime d'autorisation (les SAMU/SMUR, avec l'autorisation d'AMU).
- D'autres MIG dépendent du régime d'attribution des missions de service public (**MSP – voir en ce sens l'annexe 4**).

2) Une justification par analyse de l'activité et de l'établissement

Dans le cas où l'ARS ne constate aucun nouveau besoin à couvrir, c'est-à-dire que les établissements qui recevaient des crédits en année n-1 correspondent au besoin exprimé par l'agence régionale en année n, il est conseillé de confirmer l'éligibilité des établissements.

Cette confirmation ne peut cependant se faire que suite à une évaluation positive de la réalisation de la mission (le cas échéant au regard des objectifs et indicateurs inscrits au CPOM devant être communs à tous les établissements concernés).

Pour résumer, compte tenu de la réalisation de la mission et des besoins exprimés, le directeur général d'ARS peut reconduire l'établissement dans l'exercice de sa mission (il confirme donc son éligibilité). Il tient compte :

- du respect des obligations liées à l'exercice de la mission;
- des résultats de l'évaluation CPOM mesurant la qualité de la réalisation.

⁴ Voir en ce sens l'annexe 9 relative à la nomenclature des MIG

- de la capacité de l'établissement à prendre en charge la mission et ce, sans investissement majeur (un personnel déjà formé, des locaux déjà aménagés et le cas échéant mis à disposition sont des arguments pouvant privilégier un établissement dans l'attribution du projet) ;

Ce renouvellement est limité à la durée du CPOM et subordonné aux résultats de l'évaluation annuelle du CPOM⁵.

3) Une justification par appel à candidature

Lorsque le directeur général de l'ARS constate qu'une MIG n'est pas assurée (ou mal assurée), il ouvre une procédure d'appel à candidature (de manière identique à la procédure d'attribution des missions de service public).

Cet appel doit être publié au recueil des actes administratifs de la région. Il est rendu public sur le site officiel de l'agence régionale de santé jusqu'à la date de clôture de l'appel. Une information complète devra être envoyée préalablement aux organismes professionnels régionaux représentatifs (fédérations hospitalières).

Cet appel comprend au minimum les éléments suivants :

- le champ de la mission ;
- les obligations liées à son exercice ;
- la durée de mise en œuvre de la mission (celle du CPOM), et s'il y a lieu l'échéancier ;
- les modalités de compensation financière éventuelle ;
- les critères de sélection propres à la mission concernée ;
- les modalités d'évaluation de l'exercice de la mission et les indicateurs correspondants, devant être fixés dans le CPOM ;
- la date de clôture de l'appel ;
- le délai d'instruction des dossiers ;
- les informations à fournir par le candidat, notamment celles relatives aux moyens associés à la mise en œuvre de la mission ainsi que à la détention, le cas échéant, d'une autorisation d'activité de soins inhérente à la mission, définie à l'article L. 6122-1.

La sélection des candidatures est fondée notamment sur :

- Les engagements concrets de l'établissement pour la bonne réalisation de la mission (proposition de redéploiement de moyens par l'établissement au bénéfice de la MIG) ;
- La cohérence du projet médical avec les activités financées par les MIGAC et la prise en compte de ces dernières par le projet ; l'expertise particulière acquise par des équipes dans un domaine relevant d'une MIG.

Le directeur général de l'ARS peut déclarer l'appel à candidature infructueux (cela lui ouvre droit à une désignation unilatérale, en cas d'impérieuse nécessité).

La décision est notifiée à la personne morale retenue. Le rejet des autres candidatures est également notifié aux intéressés.

La décision est publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

En outre, il est conseillé aux directeurs généraux d'ARS de publier la liste (à jour) des établissements exerçant une MIG sur le site officiel de l'agence régionale de santé. Ce n'est en aucun cas une obligation réglementaire mais cela participe à cette logique de transparence.

⁵ Voir en ce sens le guide méthodologique relatif à l'élaboration des CPOM.

4. Durée pendant laquelle l'ARS s'engage à financer l'établissement

La durée pendant laquelle l'ARS s'engage à financer l'établissement (nonobstant toute réévaluation des montants) est fonction de l'acte rendant éligible l'établissement à la dotation: durée de la labellisation, durée inscrite dans le cahier des charges de l'appel à candidature ...

Si l'établissement est éligible de par sa place dans le territoire de santé et par son activité, la durée d'éligibilité est celle du CPOM.

In fine, nonobstant toute révision du montant alloué à l'établissement, celui-ci est éligible à la MIG durant toute la durée de son CPOM.

Dans tous les cas, le CPOM doit préciser explicitement la durée pendant laquelle l'établissement est éligible à la dotation et in fine, assure la mission.

5. Définition des engagements en contrepartie de l'aide

Il est indispensable que la délégation de la dotation soit justifiée par des contreparties, c'est-à-dire des objectifs ou des engagements de la part de l'établissement précis et vérifiables. Ils doivent s'inscrire dans le cadre des CPOM.

Le CPOM précise également les indicateurs permettant d'évaluer le respect des engagements pris par l'établissement. Ces indicateurs peuvent être ceux suivis en routine par la SAE (cf. infra).

Sur la base de ces indicateurs, les crédits accordés font l'objet d'une évaluation systématique menée chaque année conjointement par l'ARS et l'établissement⁶.

Le non-respect de ces engagements en année n peut faire l'objet d'une réévaluation des crédits délégués en année n+1. Ce type de sanction, constructive, devra être affiché dans les CPOM des établissements.

6. Définition des critères de compensation

Il est essentiel que le CPOM, précise les paramètres sur la base desquels la compensation est définie.

Cela permet aux juridictions, institutions nationales et, le cas échéant, européennes d'exercer leur contrôle.

Dans la mesure où la méthode choisie permet un calcul transparent et vérifiable de la compensation, les ARS disposent d'un large degré de liberté dans la détermination de ces paramètres, tout en s'assurant que les critères sont non discriminatoires.

1) Sont compatibles avec cette notion :

- Un modèle de financement national (dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères objectifs, d'activité ou de file active notamment).
- Un référentiel de moyens valorisés (c'est-à-dire un calibrage de la dotation au regard des actions financées à ce titre). Un référentiel est la résultante financière du périmètre de financement de la MIG. *In fine*, un référentiel doit tirer les conséquences du périmètre de financement en termes de surcoûts supportés par

⁶ Voir en ce sens le guide méthodologique relatif à l'élaboration des CPOM

l'établissement, déduction faite des autres recettes éventuellement obtenues par l'établissement pour cette activité (tarifs, subventions, etc.).

Ce référentiel doit être commun à tout établissement. Cela étant, ce référentiel peut être adapté à la structure ou aux missions précises de l'établissement. **C'est la raison pour laquelle les référentiels présentés dans le présent guide de doivent pas être considérés ni comme des plafonds ni comme des planchers : ils doivent s'adapter aux contextes régionaux.**

Ex : Pour une mission de coordination des soins, le périmètre de financement de la MIG peut être égal à de la prise en charge de patients et à des actions de coordinations.

Dans cette perspective, le référentiel de moyens (qui tire la conséquence financière du périmètre) doit être égal à la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire composée de X ETP ainsi qu'à la prise en charge des frais de fonctionnements de l'équipe.

2) Comment adapter les référentiels de moyens valorisés?

Il conviendra d'adapter le référentiel de moyen, notamment s'il manque de finesse.

Prenons l'exemple de centres de référence dont le référentiel pourrait être le suivant :

Financement d'une équipe pluridisciplinaire (personnel médical et non médical, notamment du temps de secrétariat) et financement des frais de structures inhérent à la vie du centre.

Ce référentiel doit être adaptée : le nombre et le type de personnel directement financé via la MIG doit être ainsi que la part des frais de structures financés doivent être affinés.

- a) **En premier lieu**, les données d'activités (cf. supra) permettent de mieux calibrer la dotation. En fonction du volume d'activité, l'équipe mise à disposition par l'établissement est plus ou moins importante.

Dans cette perspective de remise à plat, l'ARS peut demander à chaque établissement de remplir une enquête *ad hoc* (ou mobiliser le cas échéant la SAE) mettant en exergue ces données d'activités⁷.

- b) **En second lieu**, Il est conseillé aux agences de confronter, dans la mesure du possible, leur financement aux données issues⁸ :

- des retraitements comptables des établissements (RTC)⁹ ;
- de leurs comptes financiers.

A noter qu'en cas de doute dans la fiabilité des RTC, l'ARS peut envoyer à l'établissement un tableau récapitulatif des charges et les recettes de cette MIG à imputer sur chaque titre :

Charges directes de titre 1 : personnel médical	...€	Recettes titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	...€
Charges directes de titre 1 : personnel non médical	...€		...€
Charges directes de titre 2 : médicales et pharmaceutiques	...€	Recettes titre 2 : produits de la tarification	...€
Charges directes de titre 3 : gestion générale	...€	Recettes titre 3 : subventions ou autres ressources	...€
Charges indirectes affectées à la MIG : médico-technique (le cas échéant), logistique médicale (le cas échéant), logistique générale et structure	...€		...€
TOTAL CHARGES	...€	TOTAL RECETTES	...€

⁷ L'annexe 10 retrace un exemple de « rapport d'activité » produit par l'ARS Franche Comté, relatif à la MIG « éducation thérapeutique ».

⁸ Il convient de préciser que le périmètre de ces outils, RTC et EPRD, est restreint aux établissements publics.

⁹ L'annexe 3 souligne comment et dans quelle mesure le retraitement comptable des établissements publics de santé constitue un outil à des fins d'objectivation du montant notifié. Il convient de préciser que le périmètre de cet outil est restreint aux établissements publics.

Doit donc être pris en compte dans le calibrage des MIG (autres les charges directes de personnels) les charges de fonctionnement. Le taux peut varier selon les MIG, mais il est loisible de noter qu'il représente entre 10 à 25% des charges réelles nettes (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale)

Les frais de fonctionnement sont de plusieurs ordres : médico-technique (le cas échéant), logistique médicale (le cas échéant) et logistique générale et structure. Ce sont donc les suivants :

- Coût du bâtiment ;
- Charges, entretien, gardiennage ;
- Impôts et taxes ;
- Frais de personnels indirects ;
- Consommables ;
- Frais généraux locaux (Personnel indirect).

En fonction de ces coûts, il est loisible d'en déduire la qualité du calibrage. Cela permet le cas échéant de modifier le calibrage et donc, *in fine*, le montant à déléguer.

Le calibrage doit donc se baser sur les charges nettes majorées de l'établissement, dans les limites de l'enveloppe financière régionale.

En effet, eu égard à l'enveloppe financière allouée aux régions, ces éléments peuvent davantage constituer une clé de répartition régionale de la dotation qu'un calibrage impératif par établissement.

L'objectif est de pouvoir vérifier annuellement que la dotation est proportionnée et n'est pas venue surcompenser l'action soutenue. Les crédits délégués doivent impérativement être inférieurs ou égaux au montant des surcoûts de cette action, déduction faite des autres recettes, notamment tarifaires, éventuellement obtenues (soit les charges nettes qui lui sont imputées)¹⁰.

A noter par ailleurs que le présent guide propose un calibrage pour chaque MIG. Il est loisible de noter que ces derniers ne représentent en aucun cas des éléments impératifs, ils ne sont donner qu'à titre indicatif.

Ils ne constituent ni un plancher ni un plafond. Par exemple lorsque le calibrage détermine une équipe type à financer, l'agence peut modifier le nombre et la composition de l'équipe en fonction des besoins régionaux, de l'activité (et la taille) de l'établissement ainsi que de l'enveloppe financière régionale.

7. Exigence de non surcompensation

Les ARS sont libres de décider du modèle et du niveau de financement octroyé, aussi longtemps que ce financement n'aboutit pas à créer une surcompensation (financement supérieur aux charges nettes majorés de l'établissement induites par l'accomplissement des missions confiées aux établissements).

En sus, l'évaluation doit montrer la nécessité de maintenir tel ou tel niveau de financement.

Les règles européennes disposent qu'en cas de surcompensation, l'ARS a une obligation de récupération des sommes déléguées de façon indue, à défaut elle peut être condamnée. A contrario, les règles européennes comme nationales n'interdisent pas la sous-compensation ou l'absence de compensation des prestataires même si dans **la très grande majorité des cas cela n'apparaîtra pas souhaitable.**

Afin de respecter cette exigence, les agences doivent pouvoir s'assurer, à travers des outils d'analyse comptable, que l'établissement recevant une compensation ne bénéficie pas en réalité d'une surcompensation.

¹⁰ Charges directes et indirectes de fonctionnement déduction faite d'autres ressources ou financements obtenus.

8. Un budget base zéro

FOCUS SUR LA DELEGATION EN BASE ZERO

Le budget « base zéro » est un outil d'explicitation des crédits qui doit permettre d'établir un lien entre les crédits demandés et les déterminants de la dépense.

Cela exclut donc toute distinction entre la base budgétaire et les mesures nouvelles.

Cela consiste à justifier la délégation de crédits en « base zéro », c'est-à-dire à avoir la capacité de « justifier dès le premier euro » la délégation de l'ensemble des crédits et non plus seulement les mesures nouvelles.

Bien qu'utilisée depuis la campagne 2011 par le niveau national (JPE), cette forme de notification peut être mobilisée par le niveau régional.

La délégation des crédits aux établissements de santé peut se faire selon différentes modalités :

- Sous forme de crédits reconductibles (R). Ces crédits rentrent donc dans les bases du budget de l'établissement rassemblant l'ensemble des dotations délégués précédemment en R sans distinction entre les missions. Nonobstant leur statut, ces dotations n'ont pas vocation à être fixes. Seul un débasage permet de réévaluer le montant de ces crédits ;
- Sous forme de mesures non reconductibles (NR). Ces crédits n'ont pas vocation à être pérennisés ;
- Sous forme de budget base zéro.

Cette logique de « base zéro » n'est pas incompatible avec une stabilité des crédits : tant que l'établissement est éligible à la dotation (*in fine*, tant que la mission fait l'objet d'une contractualisation motivée), celui ci continue à percevoir les crédits, son financement est assuré.

Le montant peut néanmoins évoluer (sans pour autant devoir passer par un débasage) en fonction de la réalisation de la mission et des contraintes budgétaires.

Cette délégation offre donc, à l'instar des crédits reconductibles, une stabilité du financement à l'échelle du CPOM.

Cette forme de notification permet d'évaluer le périmètre et la justification des enveloppes en lieu et place d'une délégation de base budgétaire qui confond tous ses composants. Cette forme de notification permet d'accroître la lisibilité du système, notamment en facilitant les comparaisons entre crédits délégués et crédits consommés, ainsi que les possibilités de redéploiement.

En outre, le budget « base zéro » permet de réduire les risques d'ordre juridique. En effet, si une agence en année n délègue objectivement des crédits reconductibles, en année n+1 ces crédits ne seront justifiés qu'au regard de leur délégation en année n.

Or, il est important que la justification s'effectue annuellement : les critères inscrits au CPOM doivent s'appliquer à la situation concrète et annuelle de l'établissement. Le budget « base zéro » permet à l'agence de reconsidérer ou réévaluer chaque année les crédits (notamment au regard du bilan d'activité de la mission) nonobstant la pérennité du principe du financement.

Il est donc conseillé de notifier les crédits sous forme de « base zéro » en lieu et place d'une notification reconductible/non reconductible.

B. La phase de contractualisation dans les CPOM : la procédure

A titre liminaire, il convient de souligner l'existence du guide méthodologique relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire N° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012) permettant de comprendre et d'appréhender l'élaboration de ces contrats.

Il est nécessaire que l'ARS procède à un suivi par établissement des dotations pour chacune des MIG. Cela exclut toute négociation globale sur un montant de crédits qui seraient alloués forfaitairement au titre de l'ensemble des MIGAC prises en charge par l'établissement.

Dans cette perspective, la quatrième partie du guide est composée de fiches d'aide à la négociation, pour l'ensemble des MIG.

En outre, doit être instauré un suivi annuel des MIG¹¹ afin d'évaluer le respect des engagements associés (cf. 3ème partie).

1. Considérations générales

Eu égard au droit communautaire¹², l'attribution d'une dotation MIG est subordonnée à l'existence d'un mandat. Ce dernier doit indiquer la mission confiée à l'opérateur concerné, ainsi que son étendue et ses conditions générales de fonctionnement. La Commission européenne exige également que le mandat ait la forme d'un ou de plusieurs actes officiels ayant une valeur juridique contraignante en droit national.

Ce mandat est donc nécessairement antérieur à l'attribution de crédit. A défaut, les crédits délégués pourraient être considérés comme des aides d'État incompatibles avec le Traité¹³.

En outre le code de la santé publique (article D. 6114-3) et les principes généraux de transparence des dotations disposent que le CPOM de l'établissement doit fixer les conditions d'exécution et les modalités d'évaluation des activités financées au titre des MIG.

Il est loisible de souligner qu'eu égard à son contenu, le CPOM répond aux exigences communautaires relatives aux mandats. Le droit communautaire rejoint donc le droit interne, avec la subtilité suivante : le mandat doit impérativement être pris antérieurement à la notification des crédits.

Le problème est le suivant : vu les procédures de financement des ARS, une confusion totale du mandat avec le CPOM n'est pas possible. Les arrêtés de versement doivent en effet être pris 15 jours après la publication de la circulaire de campagne, empêchant toute actualisation possible du CPOM.

L'actualisation n'est cependant nécessaire que si une nouvelle mission est attribuée (ou supprimée) à l'établissement de santé.

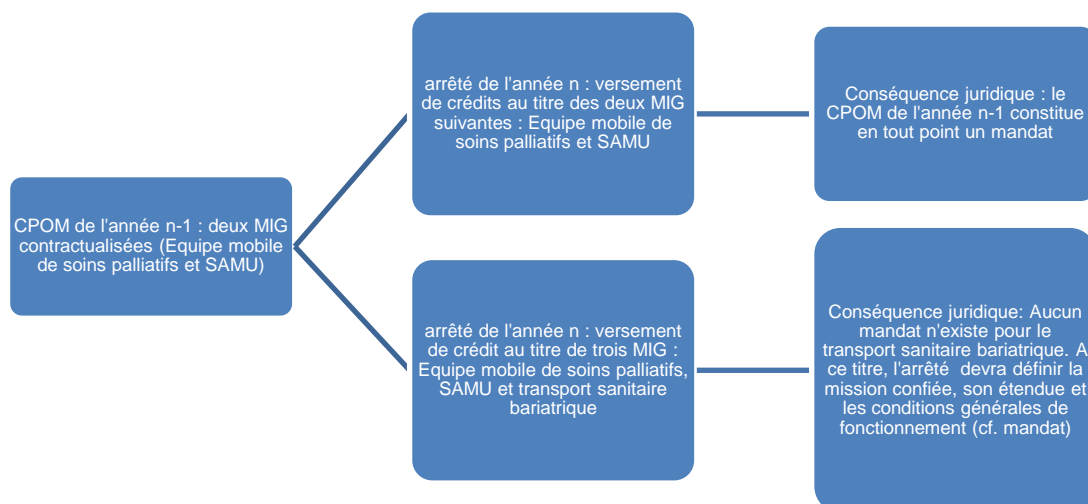
Dans l'hypothèse où en année n, seuls les MIG ayant fait l'objet d'une contractualisation en année n-1 se voient attribuées des crédits, l'arrêté de versement s'appuie sur un mandat conforme (le CPOM de l'année n-1).

¹² Voir en ce sens le guide de la Commission Européenne relatif à l'application aux services d'intérêt économique général, et en particulier aux services sociaux d'intérêt général, des règles de l'Union La Commission européenne exige l'existence d'un mandat - Le CPOM ou tout engagement contractuel spécifique passé entre une ARS et un établissement de santé correspond à cette notion de mandat (reconnaissance de la mission, précision de son étendue et de ses conditions de fonctionnement) et répond à cette exigence communautaire.

¹³ Voir en ce sens l'annexe 5

Dans l'hypothèse inverse, l'ARS ne pourra pas s'appuyer sur une base claire pour financer le prestataire. C'est la raison pour laquelle, pour les MIG n'ayant pas fait l'objet d'une contractualisation l'arrêté devra définir la mission confiée à l'opérateur concerné, ainsi que son étendue et ses conditions générales de fonctionnement (cf. infra).

Le schéma ci-dessous explicite cette pensée :



2. 1^{ère} étape : Contractualisation avec les établissements délégataires (année n-1)

Comment contractualiser ?

Toute mission doit faire l'objet d'une contractualisation (avec une priorité en 2012 pour les MIG renvoyant à une mission de service public¹⁴).

Pour chaque établissement (ou structure) allocataire, il est conseillé de :

- définir les critères ayant permis de sélectionner l'établissement (ou la structure);
- définir les critères de compensation, c'est-à-dire détailler le calcul économique ayant déterminé le montant des crédits délégués ;
- inscrire les contreparties de cette délégation, c'est-à-dire les engagements pris par l'établissement (ou la structure) et les indicateurs permettant d'évaluer le respect de ces engagements. La base de ce principe est inscrit au 12° de l'article D.6114-3 du CSP, disposant que chaque CPOM doit prévoir des engagements précis et mesurables de l'établissement en vue d'améliorer le service rendu au patient et de renforcer l'efficacité de sa gestion pour une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion. Le contrat peut par ailleurs prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement aux résultats constatés.

Le caractère conditionnel des financements MIG doit ainsi constituer le fil conducteur des négociations avec les établissements.

En outre, le contrat doit faire référence (dans ces visas) à la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2012 venant fixer l'ensemble des règles applicables aux aides d'État.

L'avenant financier doit il être revu annuellement ?

L'avenant financier doit être suivi annuellement. Il ne doit pas pour autant être modifié systématiquement. Une modification peut avoir lieu si l'établissement n'est plus éligible à une mission ou le devient (cf. partie 2, I. 3. Sélection des établissements: définition des critères).

¹⁴ Cf. annexe 4 relative aux Missions de service public

L'avenant peut aussi être modifié pour mettre à jour un calibrage.

3. 2^{ème} étape : Arrêté de notification (année n)

Eu égard au droit interne, il est indispensable de motiver l'arrêté pris en application de l'article R162-42-4 du code de la sécurité sociale¹⁵.

Comment motiver ?

La motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision.

A titre d'exemple, une instruction ministérielle détaillant le mode de calcul de la MERRI fixe, jointe à un arrêté de notification, a été considéré comme suffisant en ce qu'il concernait la motivation de l'arrêté¹⁶.

A noter que le simple renvoi n'est pas juridiquement suffisant. L'arrêté de par sa publication, permet à tout établissement de prendre connaissance des critères de délégation. Si l'arrêté ne fait que renvoyer au CPOM, les établissements (autres que l'établissement signataire du CPOM) ne pourront prendre connaissance des critères, A ce titre, l'arrêté pourrait être annulé pour absence de motivation.

C'est la raison pour laquelle il vous est proposé **d'annexer** à votre arrêté de versement les fiches du guide MIG correspondants aux crédits délégués permettant, en cas de contentieux, d'objectiver les montants et de motiver la dotation : à quel titre l'établissement est éligible à la dotation (critères d'éligibilité), quelle est la base de calcul des crédits (périmètre de financement/ critères de compensation).

Très concrètement, vous pouvez reprendre *in extenso* les fiches du guide MIG (les items « poids de la MIG, « coefficient géographique » et « indicateurs » peuvent être supprimés). Il vous est aussi conseillé au fil de vos remises à plat d'adapter ces fiches, de vous les approprier.

En outre, il vous est conseillé d'annexer à votre arrêté un tableau permettant de distinguer les différentes MIG (avec les montants associés) attribuées à l'établissement¹⁷.

Quid des MIG n'ayant pas fait l'objet d'une contractualisation en année n-1 ?

Il conviendra pour les ARS d'être particulièrement attentive quant aux MIG n'ayant pas fait l'objet d'une contractualisation en année n-1 : En soit le CPOM de l'année n-1 ne pourra constituer un mandat. L'arrêté de versement devra définir la mission confiée à l'établissement concerné, ainsi que son étendue et ses conditions générales de fonctionnement. En soit, la fiche MIG, annexée à l'arrêté, pourrait être suffisante.

Il conviendra néanmoins de modifier sa présentation afin que soit clairement identifié le fait que l'on confie une nouvelle mission à l'établissement.

En outre, il est loisible de souligner que certaines fiches sont très générales. Il conviendra donc de modifier la rédaction notamment afin d'explicitier clairement l'étendue et les conditions générales de fonctionnement de la mission confiée.

En outre, dans cette perspective ou l'arrêté est synonyme de mandat, il doit viser la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2012 venant fixer l'ensemble des règles applicables aux aides d'État.

¹⁵ Arrêté déléguant par établissement, le montant annuel de la dotation de financement d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14, dans le respect de sa dotation régionale.

¹⁶ Décision du TITSS de Nancy en date du 1er juillet 2011

¹⁷ Voir en ce sens l'annexe 2

La différence concrète entre l'avenant financier du CPOM et l'arrêté ?

A titre liminaire, il convient de souligner que seul l'arrêté annuel du DG d'ARS fixe un montant annuel de dotation¹⁸, opposable à l'établissement (par opposition au CPOM).

La différence concrète est que l'arrêté n'inscrit aucun engagement de l'établissement ; en ce sens aucun suivi n'est possible. De même les remises à plat, adaptation de calibrage se font dans le CPOM, l'arrêté tirant les conséquences de ces mentions.

¹⁸ Voir en ce sens l'annexe 2

Partie 3 : Le suivi des crédits MIG

Au regard des principes rappelés supra, un pilotage et un suivi annuel des MIG est indispensable.

A. Le suivi financier des crédits

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation met à la disposition des ARS les outils nécessaires pour assurer le suivi financier des dotations. Il est donc essentiel d'assurer la cohérence entre les données retracées dans ARBUST, ARBUST MIGAC et les annexes MIGAC des CPOM.

Pour faciliter le suivi financier, il convient de se reporter à l'annexe 7 faisant le point sur le suivi de la campagne et l'utilisation des outils (avec les obligations de reporting qui y sont associées et les erreurs d'imputations relevées).

Cette annexe est l'occasion d'établir des règles/conseils d'imputation afin d'éviter notamment toute erreur d'imputation et de rappeler les échéances liées à la conduite de la campagne que les agences se doivent de respecter.

B. Le suivi du volet MIG du CPOM

1) Le suivi des contreparties inscrites au CPOM

Les montants financiers alloués aux établissements sur ces missions étant conditionnés par le respect de leurs objectifs négociés, il est important de procéder annuellement à une revue des engagements mission par mission à cet effet (voir en ce sens le guide d'élaboration des CPOM).

Le non respect des engagements doit conduire à la remise en cause de l'attribution de la mission.

2) Le suivi des indicateurs inscrits au CPOM

En outre, il convient de suivre précisément les indicateurs inscrits au CPOM. Ces indicateurs peuvent être ceux suivis en routine par la SAE¹⁹, notamment les données d'activités (par exemple, une MIG pour laquelle la dotation est calibrée en fonction de l'évolution de la file active peut être évaluée via la SAE). Il convient en effet de limiter ces indicateurs afin de faciliter le suivi de l'ensemble des MIG.

Ils doivent permettre d'évaluer *a posteriori* le degré de réalisation de la mission et *in fine*, la pertinence des crédits notifiés.

Une attention particulière devra être portée aux MIG pour lesquelles les moyens alloués sont en théorie calibrés pour permettre la prise en charge de la mission à l'exclusion de toute autre dépense financée par ailleurs (tarifs, forfaits, liste en sus)²⁰.

Une sous utilisation ou une utilisation détournée des crédits signifie :

- soit que les moyens alloués ont été surdimensionnés,
- soit que l'établissement a procédé à des arbitrages internes au détriment de la MIG (ce qui implique dans ce cas de vérifier que les objectifs quantitatifs et qualitatifs n'ont pas pâti de ces arbitrages),
- soit que l'établissement a amélioré l'efficacité d'utilisation des moyens alloués pour cette MIG (ce qui laisse alors la possibilité dans le CPOM, d'engager une négociation sur l'utilisation par l'établissement des gains de productivité).

¹⁹ Voir en ce sens l'annexe 7 relative au SAE

²⁰ Une transmission des documents retraçant les financements MIG aux instances internes des établissements afin d'assurer la transparence des financements fléchés est à ce titre fortement recommandée.

A l'issue de cette revue annuelle, les financements mission par mission doivent être mis en adéquation avec les résultats obtenus :

- Si le calibrage de la mission intègre des données d'activités, l'arrêté annuel de fixation de la dotation de l'année n+1 devra prendre en compte ces résultats ;
- En outre, cette revue annuelle **peut** déboucher sur une modification du calibrage de la MIG. Si ce calibrage n'intégrait pas d'indicateurs d'activités et que les résultats de la revue annuelle soulignent certaines atypies, il peut être intéressant d'enrichir le calibrage par ce type de données. En ce sens, l'avenant financier peut évoluer ;
- De même, le calibrage d'une équipe peut être modifiée (ex. pour le financement d'une équipe, le financement d'un nombre d'ETP mis à disposition pour la mission peut évoluer).

Ces modifications de l'avenant ne sont néanmoins pas systématiques.

Partie 4 : Les fiches d'aide à la négociation

Les fiches présentées dans cette partie ont pour objectif d'être un support à la négociation. Elles permettent de retracer pour l'ensemble des MIG les obligations légales et réglementaires associées. Au titre du respect de ces obligations, ces fiches offrent des conseils à la notification des crédits personnalisés pour chaque mission. *In fine*, ces fiches doivent constituer la base des annexes financières du CPOM. Chaque fiche se décompose de la manière suivante :

Références juridiques de la mission avec lien hypertexte

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Nombre d'établissements concernés en France

Données exécution (source ARBUST MIGAC 2010 – DGOS/ATIH)

En outre, sont indiqués pour chaque mission les 1^{er}s, 2^{èmes} et 3^{èmes} quartiles, calculés sur chaque établissement doté.

- le 1^{er} quartile sépare les 25 % inférieurs des données ;
- le 2^e quartile est la médiane de la série ;
- le 3^e quartile sépare les 75 % inférieurs des données.

L'intérêt est de souligner la répartition de la dotation par établissement. Ces dispersions démontrent que chaque dotation doit s'adapter à la réalité de l'établissement et doit être calibrée selon les actions que l'établissement doit mettre en place.

Définition : Contenu et objectifs de la mission

Critères d'éligibilité

Cette rubrique permet de donner, par mission, les éléments nécessaires pour objectiver le choix de l'établissement éligible à la dotation.

Périmètre de financement

Cette rubrique permet, pour chaque mission, de connaître strictement et précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la MIG. Elle précise par ailleurs les autres sources de financement.

Critères de compensation

Cette rubrique permet de donner, par mission, les éléments nécessaires pour objectiver le calcul du montant des crédits à déléguer. Ces éléments sont indicatifs et ne constituent pas nécessairement une modélisation impérative de la mission. En outre, ils doivent être analysés eu égard à l'enveloppe financière allouée aux régions

Coefficient géographique

Cette rubrique permet, pour chaque mission, de préciser si les coefficients géographiques sont pris en compte dans le calibrage de la dotation et d'en expliquer les raisons.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Cette rubrique regroupe un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer la pertinence de la mission effectuée, et réévaluer le cas échéant le calcul des crédits délégués.

Ces indicateurs peuvent être de résultat (permettant de vérifier la bonne tenue des engagements) ou de moyen (permettant de fixer/ réévaluer le montant de la dotation).

Le cas échéant, ces indicateurs peuvent être suivis annuellement via la SAE.

A.Part fixe des MERRI

Dénombrément des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 103 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 1 059 969 964€ (à noter le montant 2011 en décroissance : 644 524 446€)

1^{er} quartile : 862 732€

Médiane : 3 456 628€

3^{ème} quartile : 13 074 846€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La MERRI part fixe a été introduite en 2008 par scission du socle fixe de 2005 en deux parts (fixe et modulable).

Lors de sa création, la part fixe avait vocation à couvrir des charges minimales nécessaires pour assurer les missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation en établissements de santé.

Son objectif est donc de garantir aux établissements un socle minimal de fonctionnement pour développer ces missions spécifiques.

Une décote de la part fixe a été introduite afin que des établissements qui produisent peu en matière de recherche ne perçoivent pas une part fixe à 100%. A fil du temps les critères et les modalités d'application de cette décote ont évolué. En 2011, la décote s'appliquant à tous les établissements en fonction du ratio : montant de la part modulable / montant de la part fixe.

Critères d'éligibilité

Les établissements bénéficiant d'une part fixe sont ceux qui sont historiquement inscrits dans le modèle MERRI.

Périmètre de financement

Ce socle a vocation à couvrir les surcoûts liés aux missions concernées au titre :

- du temps médical hospitalier non affecté aux soins et affecté aux missions universitaires (hors temps des hospitalo-universitaires sur leur « temps » universitaire) ;
- et du recours aux éléments de plateau technique, au regard des arguments suivants :
 - plus forte « densité » des explorations techniques par patient,
 - recours au plateau technique plus fréquent et plus coûteux dans le cadre de la recherche biomédicale.

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 compensation

Lors de sa création, les charges que devait couvrir la part fixe correspondaient à

- 25% des dépenses de personnel médical HU et non HU pour les CHU et 20% pour les autres catégories d'établissement

- 15% du coût des plateaux techniques dédiés : laboratoires, imagerie, radiothérapie, explorations fonctionnelles
- quote-part des charges générales (dont DRCI) : 1% de l'ex budget MCO hors médicament pour les CHU et 0,5% pour les autres établissements

En 2011, la quote-part pour les charges générales (-160,9 M€) a été retirée de la part fixe pour abonder la part modulable (60,5 M€) et pour abonder la part variable (70,2M€ pour financer les DRCI et 30,2 M€ pour financer les appels à projets en matière de recherche et d'innovation).

L'évolution non réactualisée de ces charges et l'érosion successive de la part fixe ne permettent plus de corrélérer le niveau de financement aux charges initialement identifiées.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

B.Part modulable des MERRI

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 68 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): **692 693 875 €**

1^{er} quartile : 547 102€

Médiane : 2 516 880€

3^{ème} quartile : 11 094 709€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La MERRI part modulable a été introduite en 2008 par scission du socle fixe de 2005 en deux parts (fixe et modulable).

La part modulable a vocation à couvrir des charges nécessaires pour la réalisation des missions de recherche et d'enseignement en établissements de santé. Mais contrairement à la part fixe, cette compensation se fait sur la base d'une production réelle mesurée à travers des indicateurs spécifiques de la recherche de l'enseignement en établissement de santé.

Critères d'éligibilité

Les établissements bénéficiant d'une part modulable sont ceux qui sont historiquement inscrits dans le modèle MERRI. Au cours du temps, des établissements nouveaux ont été inclus dans la part modulable au regard de leur implication dans les missions de recherche et d'enseignement.

Périmètre de financement

La part modulable vient compléter le socle fixe pour couvrir les charges auxquelles font face les établissements pour la réalisation des missions de recherche et d'enseignement en établissements de santé.

La dotation MERRI 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 compensation

L'enveloppe dévolue à la part modulable est répartie entre les établissements pour lesquels les indicateurs sont disponibles au prorata de leur participation à ces indicateurs. Les inducteurs sont remis à jour chaque année.

En 2011 les 4 indicateurs utilisés étaient

Les publications scientifiques (57,5 % de la part modulable) :

Sont comptabilisées les publications scientifiques signées par un praticien de l'établissement de santé publiées dans des revues à comité de lecture référencées dans la base de données internationales PubMed. Les publications sont comptabilisées pendant 4 ans (n-2 à n-6 par rapport à l'année de financement) afin de lisser les variations annuelles.

L'indicateur correspond à un score quanti-qualitatif utilisé pour pondérer chaque publication

- qualité de la revue de A à E (facteur d'impact de la revue ramené à la discipline)
- position des signataires (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, Dernier Auteur)

C1= 8 points si revue de catégorie A ; 6 si revue B ; 4 si revue C ; 3 si revue D ; 2 si revue E ; 1 si revue Non Classé (sans IF).

C2= 4 point pour le 1^{er} auteur ; 3 pour 2nd ou dernier auteur ; 2 pour 3^{ème} auteur ; 1 pour autres positions

Score relatif aux publications = C1 x C2 (le score varie de 1 à 32 pour une publication)

Les essais cliniques (11,5% de la part modulable) divisé en 3 sous indicateurs :

- Le score relatif au nombre d'essais cliniques comptabilise les recherche biomédicale auxquels participe l'établissement (5% de la part modulable) durant l'année n-1. Ce nombre est pondéré de la façon suivante

S1 = Essais institutionnels établissement promoteur
Essais Multicentriques x10 ; Monocentriques x5 ; Phases I/II x2

S2 = Essais institutionnels établissement investigateur
Essais x1 ; Phases I/II x2

S3 = Essais industriel (nouveaux EC)
Essais x1 ; Phases I/II x2

Pour S1 et S2, seuls les essais avec au moins une inclusion dans l'année sont comptabilisés.

Le score relatif au nombre d'essais = S1 + S2 + S3

- Le score relatif aux *inclusions promoteur* (3,5% de la part modulable) comptabilise toutes les inclusions dans les essais dont l'établissement est promoteur. Ces inclusions sont pondérées (inclus x1 ; inclus dans les phases I/II x2).

- Le score relatif aux *inclusions investigateur* (3% de la part modulable) comptabilise toutes les inclusions réalisées par l'établissement dans les essais promus soit par un établissement de santé, soit par un industriel du médicament.

Ces inclusions sont pondérées (inclus x1 ; inclus dans les phases I/II x2).

Une décote progressive (par tranche) est introduite afin de limiter l'impact des grands essais (avec beaucoup d'inclus).

L'enseignement (29% de la part modulable) :

Cet indicateur, qui valorise l'effort de l'établissement dans la mission d'enseignement, prend en compte le nombre d'étudiants accueillis et rémunérés par l'établissement de santé. Les étudiants concernés sont les suivants

DCEM 2, 3 et 4 ;

DCEO 2, 3 et 4 ;

5^{ème} année de pharmacie

Les brevets (pour 2% de la part modulable) :

Cet indicateur comptabilise le nombre de brevets déposés par l'établissement et bénéficiant d'une licence d'exploitation signée avec un industriel. Les brevets sont comptabilisés sur une période de 10 ans. Les brevets déposés les 2 dernières années (et faisant déjà l'objet d'une licence d'exploitation) comptent double.

Prise en compte du coefficient géographique

L'exercice de la mission ne génère théoriquement pas de surcoûts liés à l'implantation géographique.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Niveau de production mesuré par les indicateurs au regard de la production scientifique globale.
Évolution des indicateurs dans le temps

C. Financement des activités de recours exceptionnel

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 95 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 24 796 077€

1^{er} quartile : 10 760€
Médiane : 32 200€
3^{ème} quartile : 125 809€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Sont éligibles les activités de recours temporairement mal couvertes par les dispositifs tarifaires en vigueur (difficultés de classification par défaut d'appréciation par l'ENC) mais qui, à terme, ont vocation à l'être, ce qui rend nécessaire un financement supplémentaire (via une enveloppe MIG) pendant une certaine durée.

Cela concerne toute activité techniquement complexe et intéressant un petit nombre de patients, concentrée dans un nombre limité d'établissements

Ces activités de recours peuvent faire l'objet d'un paiement MIG en sus des tarifs à titre temporaire (au titre de surcoûts identifiés)

Critères d'éligibilité

Les établissements produisant les activités définies et identifiables à travers le PMSI sont éligibles à la MERRI

Périmètre de financement

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).

En 2009, les établissements percevant des crédits MERRI ont été sollicités pour l'enquête « recours exceptionnel » au titre de la campagne 2010. 45 établissements ont répondu à cette enquête aussi bien sur les activités éligibles que sur le calcul des surcoûts engendrés.

Cette enquête a été utilisée pour sélectionner les activités médicales potentiellement éligibles à l'enveloppe « recours exceptionnel » et calculer les surcoûts.

Au vu de l'extrême hétérogénéité des réponses, et du nombre important d'activités déclarées, quelques règles ont été adoptées pour opérer une présélection des activités à analyser. Ont été retirées de la liste des activités à étudier les activités suivantes :

- activités déclarées par 1 seul établissement et représentant moins de 100 000 € de surcoût déclaré sur l'année
- activités réputées en phase d'évaluation (STIC, attente d'un acte CCAM, attente d'un avis HAS...). A noter qu'est placée dans cette catégorie la robotique chirurgicale.
- activités dont les surcoûts sont représentés par des DM qui vont être inscrits à la LPP prochainement (ex : endoprothèses fenêtrées, prothèses discales)

- activités dont les surcoûts sont représentés par des médicaments qui n'ont pas été inscrits sur la liste en sus et dont les coûts sont considérés comme intégrés dans les GHS
- activités non chirurgicales de prise en charge des maladies rares (réputées prises en charge par les MIG et les mesures du Plan national)

L'étape précédente a permis d'identifier une liste de plusieurs dizaines d'activités à expertiser. La procédure envisageait une requête par l'ATIH sur la base PMSI nationale, publique et privée, pour chaque activité, pour déterminer si celle-ci répond à des critères d'activité de recours (faible nombre d'établissements concernés, faible nombre de séjours). Cette procédure n'a pas pu être appliquée sur toutes les activités recensées en l'absence d'algorithme fiable de comptabilisation des séjours à partir de codes CCAM, CIM 10 et/ou de critères d'âge.

En conséquence, à partir de la liste identifiée, 30 activités ont été étudiées, dont celles figurant l'année dernière dans l'enveloppe « recours exceptionnel ». La requête a été effectuée sur l'ensemble de la base PMSI publique et privée. Il s'avère que certaines de ces activités concernent un grand nombre d'établissements (même en utilisant un seuil d'au moins 10 séjours sur l'année), y compris des cliniques privées, et ce, pour un grand nombre de séjours France entière. Ces activités ne correspondent pas de fait au cadre du recours exceptionnel.

La règle suivante a été appliquée pour retenir les activités éligibles :

- Application d'un seuil d'éligibilité en nombre de séjours par établissement de 10 séjours par an (en prenant comme référence l'année 2008), ou de 3 séjours par an, France entière, pour les activités à faible volume, de manière à descendre sous le seuil de 50 établissements concernés.
- Si plus de 50 établissements concernés (au seuil de 3 ou 10 séjours sur 2008) : retrait de l'activité de la liste

La liste résultante des activités retenues au titre de la campagne 2010 est la suivante :

Activités déjà présentes en 2009 :

- Thermo-ablation tumorale par radiofréquence
- Chimio-embolisation
- CHIP (chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale)
- Curiethérapie pulsée gynécologique
- Chirurgie des cardiopathies congénitales pédiatriques complexes
- Endartériectomie pulmonaire pour hypertension artérielle pulmonaire
- Cathétérisme cardiaque interventionnel pour affection congénitale DP ou DAS
- Réanimation néonatale chez les moins de 700g
- Chirurgie des sarcomes
- AREC

Activités nouvelles :

- Perfusion isolée de membre (chimiothérapie)
- Reconstruction ORL par lambeaux libres
- Chirurgie de recours de l'œsophage
- ECMO
- Dialyse MARS
- Exsanguino-transfusion nouveau-né fœtus
- Reconstruction exstrophie vésicale/épispadias
- Thoracoscopie pulmonaire pour affections congénitales
- Atrésie des voies biliaires
- Endoscopies en chirurgie lourde (nécrosectomie pancréatique, résection atypique du foie)
- Certaines interventions lourdes en chirurgie maxillo-faciale
- Stimulation phrénique / diaphragmatique
- Allogreffe de moelle en cas de déficit immunitaire congénital
- Nutrition parentérale au long cours pour insuffisance intestinale
- Est ajoutée en outre l'activité d'allogreffe de tissus composites (mains, avant-bras) à la demande de

l'Agence de biomédecine

Les activités retirées en raison de la règle « plus de 50 établissements concernés » sont les suivantes :

- Reconstruction du sein par lambeaux libres
- Cancer de l'ovaire, chirurgie à des stades avancés
- Réimplantations de doigts
- Embolisations artérielles
- Ablation sonde endocavitaire
- Echographie endocoronaire

Critères de compensation

Calcul des surcoûts

Pour chaque activité, les surcoûts déclarés par les établissements ayant rempli ce volet de l'enquête ont été analysés. Lorsque plusieurs établissements ont produit des données de surcoûts en version 11 de la classification des GHM, la moyenne a été prise, en retirant les valeurs extrêmes ; entre 2 et 15 établissements, selon les cas, ont été intégrés dans ce calcul. Lorsqu'1 seul établissement a produit des éléments de surcoûts sur une activité, en l'absence de possibilités de données complémentaires, le surcoût proposé a été divisé par 2.

Répartition entre établissements

L'enveloppe disponible pour 2010 était de 35 millions : 25 en base + 5 issus des mesures nouvelles MERRI + 5 de l'enveloppe de crédits recyclés. La répartition proposée prend en compte ce montant de 35 millions, ce qui permet de couvrir 70,7% des surcoûts retenus dans l'étape précédente. L'activité des 11 premiers mois de 2009, fournie par l'ATIH, a servi à opérer cette répartition.

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

D. Recherche médicale et innovation

1. Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)

Références juridiques

[Circulaire n° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit notamment de la scission de la mission relative aux structures d'appui à la recherche clinique.

Elle est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée.

Pour information, 44 DRCI en 2011 pour 70 210 091 € délégués en MERRI part variable (données issues de la circulaire budgétaire)

Définition

Les DRCI sont identifiées et financées dans les établissements de santé qui assurent la promotion d'essais cliniques et qui justifient d'un niveau d'activité significatif en recherche clinique.

L'organisation des DRCI est laissée à la libre appréciation des établissements même si la plupart ont choisi d'identifier une coordination bicéphale : coordination médico-scientifique d'une part, coordination administrative d'autre part. Dans tous les cas, les DRCI sont sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement, qui assume la responsabilité juridique de la promotion des essais cliniques.

Elles ont en charge :

- l'ensemble des opérations liées à la promotion d'essais cliniques, notamment l'expertise méthodologique et scientifique des projets de recherche clinique ainsi que le montage technico-réglementaire et financier des projets
- la validation et le dépôt des projets aux appels à projets nationaux, y compris pour les établissements non pourvus de DRCI.

Selon des organisations internes propres à chaque établissement, les DRCI réunissent des compétences de haute technicité et garantissent la prise en compte des obligations réglementaires qui incombent au promoteur par appui sur des fonctions de monitoring, vigilance des essais cliniques, biostatistique, datamanagement et par le déploiement d'une démarche qualité en recherche.

Elles participent également à l'animation de la politique scientifique de l'établissement concerné, en articulation avec les autres instances compétentes en recherche.

Critères d'éligibilité

L'éligibilité à la MIG est basée sur la réussite aux appels à projets nationaux de la DGOS. Toutes les catégories d'établissements de santé peuvent sous réserve de l'atteinte de certains seuils faire l'objet d'un financement de DRCI.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les DRCI sont des structures dédiées à la recherche clinique. Elles ne génèrent pas de recettes d'activité.

Les établissements perçoivent des recettes sur projets de par leur participation à des essais tant institutionnels qu'industriels, qui entrent dans le plan de financement de ces structures.

Parfois, compte tenu de leur importance stratégique pour un site hospitalier, ces structures bénéficient de soutiens institutionnels divers et notamment de subvention des collectivités territoriales. Dans ce cas, ces soutiens doivent apparaître dans le compte de résultat de la structure. Il convient donc de prendre en compte ce financement dans le calcul des dotations afin de ne pas surcompenser l'établissement.

Critères de compensation

Les crédits MERRI sont essentiellement destinés à financer des ressources humaines correspondant aux métiers spécifiques de la promotion d'essais cliniques (membres des directions de recherche clinique et innovation, datamanagers, biostatisticiens, pharmacovigilants, chefs de projet, ARC moniteurs, etc.).

Les établissements peuvent également avoir recours à ces financements MERRI pour acquérir des outils tels que des logiciels liés à la promotion d'essais cliniques.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Il appartient cependant aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au soutien à la promotion et à l'investigation à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

La dotation doit notamment évoluer sous l'effet d'indicateurs de performance notamment le nombre et le type d'essais cliniques en cours promus par l'établissement et la réussite aux appels à projets nationaux de la DGOS sur les trois dernières années.

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Indicateurs définis dans la circulaire du 29 juillet 2011, susceptibles d'évoluer chaque année, notamment le nombre et le type d'essais cliniques en cours promus par l'établissement et la réussite aux appels à projets nationaux de la DGOS sur les trois dernières années. La DGOS assure l'évaluation des DRCI.

Appréciation de l'effet structurant et dynamisant pour l'établissement concerné lié à l'implantation de ces structures (croissance des essais cliniques, nombre de services cliniques impliqués, niveau d'autofinancement sur projets, etc.).

La DGOS assure l'évaluation des DRCI.

2. Les Centres d'investigation clinique (CIC)

Références juridiques

[Circulaire n° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit notamment de la scission de la mission relative aux structures d'appui à la recherche clinique.

Elle est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée.

Pour information, en 2010 : 53 établissements étaient concernés par cette MIG (dont 25 CIC plurithématiques (CIC-P), 9 CIC épidémiologie clinique (CIC-EC), 8 CIC innovations technologiques (CIC-IT), 11 CIC biothérapies (CIC BT)).

Définition

Les CIC sont placés sous la tutelle conjointe de la DGOS et de l'Inserm qui en assurent la labellisation. Le financement provient majoritairement de crédits MERRI.

Les CIC sont des infrastructures de recherche prioritairement orientées sur la recherche translationnelle et mises à la disposition des investigateurs pour y réaliser leurs projets de recherche en interface avec les unités fondamentales du site concerné. Ils constituent des plateformes de recherche professionnalisées.

Ainsi, « *les CIC doivent rester des structures de recherche fortement liées aux autres laboratoires du site pour y développer la recherche translationnelle en s'adossant, d'une part, à un environnement de recherche d'amont et, d'autre part, à un recrutement de patients dans les axes prioritaires de l'établissement de santé où ils sont implantés* », contrat d'objectifs entre l'État et l'Inserm, 2011-2015.

En 2011, 54 modules de CIC sont en place et labélisés DGOS / Inserm :

- **27 CIC pluri thématiques (CIC-P)** qui conduisent des études en lien avec la recherche fondamentale des unités Inserm. Ces CIC mettent à disposition des investigateurs des compétences pour la réalisation des projets, des moyens humains dédiés (médecins, infirmières, etc.) et des moyens matériels (lits, consultations, laboratoires, etc.) nécessaires à l'investigation.

- **9 CIC Épidémiologie clinique (CIC-EC)** sont en charge des études sur des grandes cohortes

- **8 CIC Innovations technologiques (CIC-IT)** sont dédiés à l'évaluation des biomatériaux, des dispositifs médicaux, etc. utilisés pour le diagnostic ou le traitement de certaines maladies ;

- **10 CIC intégrés en biothérapies (CIC-BT)** qui réalisent des projets de recherche en thérapie cellulaire et génique, immunothérapie, vaccination.

Critères d'éligibilité

Seuls les CIC labélisés sont éligibles à la MERRI.

Périmètre de financement

Les CIC sont des structures dédiées à l'investigation en recherche translationnelle. Elles ne génèrent pas de recettes d'activité.

Parallèlement à la dotation MERRI fléchée sur les CIC, les établissements perçoivent des recettes sur projets de par leur participation à des essais tant institutionnels qu'industriels, qui entrent dans le plan de financement de ces structures.

Ces structures bénéficient parfois de soutiens divers et notamment de subvention des collectivités territoriales. Dans ce cas, ces soutiens doivent apparaître dans le compte de résultat de la structure.

Il appartient aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au fonctionnement des structures labélisées à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

Critères de compensation

Les financements MERRI sont essentiellement destinés à financer des ressources humaines qualifiées pour les métiers de l'investigation clinique (TEC, infirmiers de recherche clinique, médecins et pharmaciens délégués, etc.).

Les établissements peuvent également avoir recours à ces financements MERRI pour acquérir des équipements et outils tels liés à l'environnement de l'investigation clinique (infrastructures telles que lits d'investigation et leur environnement technique, etc.).

Quant aux frais de fonctionnement, ils peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Pour information, ont été versés, par la DGOS, 500k€ par module en 2011.

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Indicateurs définis dans le cahier des charges de labellisation de ces structures, notamment nombre et nombre d'essais translationnels portés par la structure ou associant la structure, nombre d'inclusions, niveau de publication.

Appréciation de l'effet structurant et dynamisant pour le site concerné lié à l'implantation de ces structures (niveau de sophistication des études, nombre de services cliniques impliqués, niveau d'autofinancement sur projets, respect du timing des inclusions, adéquation entre nombre d'inclusions prévisionnelles / réalisées, etc.).

L'évaluation des CIC est confiée par les tutelles à l'AERES.

3. Les centres de recherche clinique (CRC)

Références juridiques

[Circulaire n° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit notamment de la scission de la mission relative aux structures d'appui à la recherche clinique.

Elle est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée.

Pour information, en 2011, 28 CRC ont été labélisés pour un montant total (en circulaire budgétaire) de 13 300 000€ dont :

- 16 projets en CHU
- 8 projets en CLCC
- 5 projets en Centres hospitaliers publics
- 2 projets en établissements privés à but non lucratif
- 1 projet en CHR
- 1 projet en Groupement de Coopération Sanitaire associant un CHU et un CLCC.

En 2011, 5 établissements soutenus au titre du renforcement de l'investigation clinique pour un montant total de 1 577 106€.

Définition

Les CRC sont des plateformes d'aide à l'inclusion, d'acquisition des données, d'aide à l'investigation, d'interface avec les patients et volontaires sains pour les essais cliniques institutionnels ou industriels sous contrat.

Conformément à la circulaire du 29 juillet 2011, les CRC labélisés sont financés par la DGOS pour une durée de 5 ans sous réserve des résultats du suivi annuel. L'évaluation finale du dispositif est confiée à l'AERES.

Les CRC ont pour mission d'accélérer le déroulement des essais notamment en améliorant les rythmes d'inclusion et de sécuriser la prise en charge des patients dans les protocoles. Ils contribuent à professionnaliser la phase d'inclusion et le déroulement des essais cliniques.

Les CRC sont des plateformes de service pluri-thématiques au bénéfice des équipes de soins en leur apportant des procédures et de personnels de recherche clinique. Leur gestion mutualisée des personnels de recherche cliniques dédiés à l'investigation (TEC, infirmières de recherche clinique, etc.), doit permettre en outre d'optimiser les moyens humains en fonction du déroulement des protocoles au sein du site hospitalier.

Pour les établissements déjà dotés de CIC, une mesure de renforcement de l'investigation clinique a été prise, sur la base d'une sélection par appel à projets. Les missions ainsi financées sont les mêmes que celles des CRC. Ces missions correspondent aux activités de recherche clinique non couvertes par les CIC (spécialisés dans la recherche translationnelle).

Critères d'éligibilité

Seuls les CRC labélisés sont financés. A noter que cette dotation de 500K€ par an sur 5 ans en MERRI part variable (DGOS) correspond à la durée de labellisation, avec toutefois une possible remise en cause de la dotation au regard des résultats de l'évaluation annuelle.

En outre, les établissements peuvent demander un **renforcement de l'investigation clinique** : financement accordé à hauteur du montant demandé dans le projet, pour 5 ans en MERRI part variable, avec toutefois une possibilité de remise en cause de la dotation au regard des résultats du suivi assuré par la DGOS.

Périmètre de financement

Les CRC sont des structures dédiées à la recherche clinique. Elles ne génèrent pas de recettes d'activité.

Parallèlement à la dotation MERRI fléchée sur les CRC, les établissements perçoivent des recettes sur projets de par leur participation à des essais tant institutionnels qu'industriels, qui entrent dans le plan de financement de ces structures. L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Critères de compensation

les financements MERRI sont essentiellement destinés à financer des ressources humaines qualifiées pour les métiers de l'investigation clinique (TEC, infirmiers de recherche clinique, médecins et pharmaciens délégués, etc.). Les établissements peuvent également avoir recours à ces financements MERRI pour acquérir des équipements et outils tels liés à l'environnement de l'investigation clinique (infrastructures telles que lits d'investigation et leur environnement technique, etc.).

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Il appartient cependant aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au soutien à la promotion et à l'investigation à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

A noter que ces structures bénéficient parfois de soutiens divers et notamment de subvention des collectivités territoriales. Dans ce cas, ces soutiens doivent apparaître dans le compte de résultat de la structure. Ces sources de financement doivent être prises en compte dans le calcul de la compensation afin d'éviter toute situation de double financement.

Il appartient aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au fonctionnement des structures labélisées à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

Les mêmes dispositions sont applicables aux établissements bénéficiant de la mesure de renforcement de l'investigation clinique.

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Indicateurs définis dans le cahier des charges de labellisation de ces structures, notamment nombre et types d'essais portés par la structure ou associant la structure, nombre d'inclusions, niveau de publication.

Appréciation de l'effet structurant et dynamisant pour le site concerné lié à l'implantation de ces structures (respect du timing des inclusions, adéquation entre nombre d'inclusions prévisionnelles / réalisées, nombre de services cliniques impliqués, niveau d'autofinancement sur projets, etc.).

L'évaluation globale des CRC au terme de la période de labellisation est confiée par la DGOS à l'AERES.

4. Les centres de ressources biologiques et tumorothèques

Références juridiques

Art. [R1235-7](#) et [1235-8](#) du CSP relatifs aux autorisations d'activité d'importation et/ou d'exportation d'organes et de cellules du corps humain et de leurs dérivés à des fins scientifiques

[Décret n°2007-1220 du 10 août 2007 relatif au prélèvement, à la conservation et à la préparation à des fins scientifiques du corps humain](#)

[Norme NF S96-900 sur le management de la qualité des CRB](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010 : 58 établissements concernés

Montants délégués en 2010 (en exécution): 22 288 678€

1er quartile = 87 246€

Médiane = 183 593€

3ème quartile = 324 732€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les centres de ressources biologiques (CRB), appelés également "bio banques" ou "biothèques", rassemblent des collections d'échantillons biologiques de toutes natures (cellules, sang, urine, acides nucléiques, des protéines, etc.) et des données cliniques associées (nature de l'échantillon, conditions de prélèvement et de conservation, informations relatives à l'état de santé du donneur, voire des traitements réalisés, etc.) utilisées dans le cadre de programmes de recherche.

Les tumorothèques sont des structures identifiées par l'INCa, destinées à conserver et à fournir des échantillons biologiques, assortis d'annotations biologiques, anatomopathologiques et cliniques utiles pour la réalisation d'analyses en cancérologie. Elles ont une double vocation sanitaire et scientifique. La conservation d'échantillons tumoraux à visée scientifique a pour objectif de pourvoir les programmes de recherche avec des éléments du corps humain essentiels à une meilleure compréhension et caractérisation des processus biomoléculaires spécifiques de chaque type de cancérisation, et in fine de développer de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques.

Les CRB et les tumorothèques disposent d'une gouvernance scientifique et doivent bénéficier d'un soutien administratif, notamment pour les compétences juridiques nécessaires liées aux contrats de cession ou de mise à disposition de matériel biologique.

Les CRB possèdent des équipements spécifiques permettant la conservation des échantillons ainsi que le traitement informatique des données liées aux échantillons. Ils CRB peuvent être mono ou multi sites, au sein d'un même établissement ou entre établissements. Ils peuvent être dédiés à un domaine de recherche précis (exemple des tumorothèques qui sont des CRB spécialisés), ou avoir une vocation plus généraliste et concentrer des collections d'échantillons de nature variée pouvant servir à différents programmes de recherche.

Dans tous les cas, l'organisation du CRB doit permettre d'assurer la qualité de la conservation des échantillons et la parfaite traçabilité des données associées qui garantissent l'exploitabilité des échantillons.

Les CRB doivent satisfaire à la réglementation spécifique qui s'applique au prélèvement, à la conservation et à la préparation à des fins scientifiques du corps humain (décret du 10 août 2007 susvisé) et le cas échéant

aux autorisations d'import / export à des fins scientifiques (références susvisées).
Cette réglementation prévoit également les modalités de consentement ou recueil de non opposition du patient selon le cas et d'anonymat des donateurs.

Un certain nombre d'établissements est engagé dans une démarche de certification de CRB, selon la norme NF S96-900 ou le référentiel ISO 9001.

Critères d'éligibilité

Actuellement, les établissements éligibles à une dotation MERRI CRB sont ceux ayant déclaré une activité de CRB et fait remonter les coûts associés dans le cadre du RTC 2004.

Seuls les CRB des établissements de santé assurant la conservation d'échantillons biologiques **humains** sont éligibles à ce financement.

Une réflexion sera engagée en vue de revoir les critères de financement des CRB. Par exemple, l'obtention d'une certification pourrait devenir obligatoire pour l'éligibilité aux financements MERRI.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les financements sont limités à la prise en charge des coûts de conservation et de gestion des collections conservées. Les dépenses présentées par les établissements devront être expertisées afin d'en exclure celles portant sur le fonctionnement courant (activité d'examens et d'analyses...) des laboratoires gérant des collections. Devront également être déduites les recettes issues, le cas échéant, de la cession d'échantillons conservés et les éventuelles subventions.

Critères de compensation

Le financement MERRI permet de financer des charges en personnel technique pour la gestion des échantillons (technicien de laboratoire, technicien d'études cliniques) mais également les infrastructures de conservation (congélateurs, équipements pour le techniquage) et de gestion (outils informatiques). Les frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Les CRB ne génèrent pas de recettes d'activité, mais peuvent apporter de par leur activité de cession ou de mise à disposition des recettes sur projets, qui doivent être intégrées au compte de résultat de la structure et donc pris en compte dans le calcul de la dotation.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le suivi des CRB est assuré par la DGOS. Pour les tumorothèques, le suivi est assuré par la DGOS et l'INCa. A titre non exhaustif, les indicateurs d'évaluation des CRB peuvent être les suivants:

- existence d'une démarche qualité / formalisation de procédures de gestion des échantillons ;
- nb et nature d'échantillons et de collections biologiques conservés ;
- nb et nature d'échantillons et de collections biologiques utilisés dans des programmes de recherche ;
- nb et nature des partenariats (conventions, contrats de cession et de mise à disposition d'échantillons biologiques) ;
- existence de partenariats internationaux ;
- thématiques scientifiques du CRB ;
- existence d'une démarche de certification.

5. Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRCN)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée.

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus: 43 922 000€ (Versement en MERRI part variable ou conversion en dotation annuelle de financement (DAF)).

Définition

Le PHRC finance des projets de recherche clinique, c'est-à-dire une recherche effectuée chez l'homme et dont la finalité est l'amélioration de sa santé par le diagnostic et la thérapeutique.

Ainsi, les projets de recherche déposés doivent avoir, en fonction des résultats attendus, un impact direct sur la prise en charge du patient. Les projets de recherche fondamentale (à visée uniquement cognitive) n'entrent pas dans le champ du PHRC. Les projets doivent privilégier l'évaluation de l'impact de ces stratégies et des pratiques de soins, essentiellement au moyen d'essais comparatifs interventionnels. La comparaison des stratégies thérapeutiques doit permettre d'identifier le soin de meilleure qualité sur le plan médical et le soin le moins coûteux sur le plan économique (à qualité de soin équivalente).

Les orientations et les modalités du PHRC national (PHRCN), notamment les thématiques prioritaires fixées par le Ministère de la Santé, sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

Critères d'éligibilité

Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (Évaluation des projets par des experts et par un jury).

Périmètre de financement

Les financements du PHRCN sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement du PHRCN vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ;
- des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)

Les crédits PHRCN excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en concurrence figurant notamment dans le code des marchés publics afin d'assurer la transparence et l'égalité de traitement entre l'ensemble des prestataires pouvant se voir confier l'externalisation d'une prestation afférente au projet.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur de l'étude peut être différent de l'établissement gestionnaire des fonds. Dans ce cas, les établissements concernés peuvent opérer une convention de reversement de fonds, pour la couverture des frais de promotion.

En outre, un projet financé au PHRCI ne peut pas faire l'objet d'une demande simultanée de financement au PHRCN ou à tout autre appel à projets de la DGOS.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PHRCN doit intégrer :

- l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
- l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PHRCN, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ;

Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.

Pour information, l'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les crédits liés au PHRCN font l'objet de versements en quatre tranches annuelles de 25% chacune, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS. La mise en œuvre effective des projets conditionne le versement des tranches successives du financement accordé.

Les indicateurs d'évaluation peuvent porter notamment sur :

- le démarrage effectif de l'étude (réalisation des formalités auprès des autorités compétentes, date de la première inclusion)
- le déroulement de l'étude (respect du timing de l'étude, adéquation entre les inclusions théoriques / réalisées)
- le niveau de consommation des crédits
- la valorisation de l'étude (publications). Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets doivent clairement identifier l'établissement de santé porteur du projet et doivent obligatoirement porter la mention du soutien du Ministère de la Santé au titre du programme de recherche considéré : *"This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (Nom du programme, année de sélection, n° d'enregistrement : ex PHRCN 2012 XXXX, ou PRHCI 2012 XXXX, ...)."*

6. Programme Hospitalier de Recherche Clinique Cancer (PHRCK)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)
[Plan cancer 2009-2013, action 4.1](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus: 22 663 800€ (Versement en MERRI part variable ou conversion en dotation annuelle de financement (DAF)).

Définition

La gestion du PHRCK, financé par la DGOS, est confiée à l'Institut National du Cancer (INCa). A ce titre, l'INCa fixe les orientations thématiques de cet appel à projets et organise la sélection des projets. Les projets doivent être adressés à l'INCa.

Les orientations et modalités du PHRCK sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

Critères d'éligibilité

Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (Évaluation des projets par des experts et par un jury).

Périmètre de financement

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement du PHRCK vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ;
-
- des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)

La dotation MERRI exclut le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en concurrence figurant notamment dans le

code des marchés publics afin d'assurer la transparence et l'égalité de traitement entre l'ensemble des prestataires pouvant se voir confier l'externalisation d'une prestation afférente au projet.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur de l'étude peut être différent de l'établissement gestionnaire des fonds. Dans ce cas, les établissements concernés peuvent opérer une convention de reversement de fonds, pour la couverture des frais de promotion.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PHRCK doit intégrer :

- l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
- l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PHRCK, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ;

Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.

Pour information, l'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée. Les crédits du PHRCK font l'objet de versements en quatre tranches annuelles de 25% chacune, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement. Les financements du PHRCK sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par l'INCa. La mise en œuvre effective des projets conditionne le versement des tranches successives du financement accordé.

Les indicateurs d'évaluation portent notamment sur :

- le démarrage effectif de l'étude (réalisation des formalités auprès des autorités compétentes, date de la première inclusion)
- le déroulement de l'étude (respect du timing de l'étude, adéquation entre les inclusions théoriques / réalisées)
- le niveau de consommation des crédits
- la valorisation de l'étude (publications). Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets doivent clairement identifier l'établissement de santé porteur du projet et doivent obligatoirement porter la mention du soutien du Ministère de la Santé au titre du programme de recherche considéré : *"This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (Nom du programme, année de sélection, n° d'enregistrement : ex PHRCN 2012 XXXX, ou PRHCI 2012 XXXX, ...)."*

7. Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional (PHRC)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus: 15 172 238€ (Versement en MERRI part variable ou conversion en dotation annuelle de financement (DAF)).

Définition

Le PHRCI finance des projets de recherche clinique, c'est-à-dire une recherche effectuée chez l'homme et dont la finalité est l'amélioration de sa santé par le diagnostic et la thérapeutique.

Ainsi, les projets de recherche déposés doivent avoir, en fonction des résultats attendus, un impact direct sur la prise en charge du patient. Les projets de recherche fondamentale (à visée uniquement cognitive) n'entrent pas dans le champ du PHRCI. Les projets doivent privilégier l'évaluation de l'impact de ces stratégies et des pratiques de soins, essentiellement au moyen d'essais comparatifs interventionnels. La comparaison des stratégies thérapeutiques doit permettre d'identifier le soin de meilleure qualité sur le plan médical et le soin le moins coûteux sur le plan économique (à qualité de soin équivalente).

Le PHRC interrégional répond aux mêmes règles que le PHRC national. Cependant, le choix des thématiques et les modalités de sélection des projets sont délégués en partie aux 7 inter-régions de recherche clinique. Les projets sélectionnés sont soumis pour validation à la DGOS qui vérifie la conformité des projets aux orientations du PHRCI.

Le but du PHRCI est de faire émerger ou de soutenir des projets de recherche correspondant à une politique interrégionale. C'est pourquoi au minimum la moitié des projets sélectionnés doit associer au moins deux établissements de santé de la même inter-région.

Les orientations et les modalités du PHRCI sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

Critères d'éligibilité

Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (**Sélection par appel à projets avec modalités définies et mises en œuvre par les GIRCI.**

La DGOS vérifie la conformité des projets sélectionnés en inter-région aux orientations du PHRCI).

Tous les établissements de santé de l'inter-région sont éligibles.

La gestion du PHRCI est confiée aux inter-régions de recherche clinique et d'innovation constituées en Groupements Interrégionaux de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI). Une inter-région qui n'aurait pas constitué de GIRCI ne percevra pas les financements du PHRCI.

Périmètre de financement

Les financements du PHRCI sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement du PHRCI vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ; des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)
- Les crédits du PHRCI excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en concurrence figurant notamment dans le code des marchés publics afin d'assurer la transparence et l'égalité de traitement entre l'ensemble des prestataires pouvant se voir confier l'externalisation d'une prestation afférente au projet.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur de l'étude peut être différent de l'établissement gestionnaire des fonds. Dans ce cas, les établissements concernés peuvent opérer une convention de reversement de fonds, pour la couverture des frais de promotion.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PHRCI doit intégrer :

- l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
- l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PHRCI, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ;

La procédure de gestion du PHRCI établie par les GIRCI peut prévoir la comptabilisation de frais de gestion dans le plan de financement des projets. Dans tous les cas, les frais de gestion doivent bénéficier au projet concerné et non au fonctionnement du GIRCI. Le taux de frais de gestion par établissement ne peut être supérieur au taux appliqué pour le PHRC national.

Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.

Pour information, l'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les crédits liés au PHRCI font l'objet de versements en quatre tranches annuelles de 25% chacune PHRCI, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS.

La mise en œuvre effective des projets conditionne le versement des tranches successives du financement accordé.

Les indicateurs d'évaluation peuvent porter notamment sur :

- le démarrage effectif de l'étude (réalisation des formalités auprès des autorités compétentes, date de la première inclusion)
- le déroulement de l'étude (respect du timing de l'étude, adéquation entre les inclusions théoriques / réalisées)
- le niveau de consommation des crédits
- la valorisation de l'étude (publications).

Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets doivent clairement identifier l'établissement de santé porteur du projet et doivent obligatoirement porter la mention du soutien du Ministère de la Santé au titre du programme de recherche considéré : *"This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (Nom du programme, année de sélection, n° d'enregistrement : ex PHRCN 2012 XXXX, ou PRHCI 2012 XXXX, ...)."*

8. Programme de Recherche Translationnelle (PRT)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus: 1 026 000€ (Versement en MERRI part variable).

Définition

Chaque année, la DGOS et l'Inserm lancent conjointement un appel à projet pour financer des programmes de recherche translationnelle (mise en application clinique de projets de recherche provenant de la recherche fondamentale issue des unités Inserm).

Les orientations et les modalités du PRT sont décrites dans le cahier des charges de l'appel à projets publié par l'Inserm et la DGOS.

Critères d'éligibilité

Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Suite à un appel, les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé puis sont sélectionnés par un comité de sélection organisée conjointement par l'Inserm et la DGOS.

Périmètre de financement

Les projets font l'objet d'un financement conjoint de l'Inserm et la DGOS, à hauteur de 50% du financement chacun. Les crédits sont attribués en distinguant la dotation DGOS du financement Inserm. La construction du budget doit faire apparaître clairement la répartition de ces deux modes de financement.

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation DGOS (MERRI part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les crédits DGOS liés au PRT font l'objet de versements en deux tranches annuelles de 50% chacune, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement.

Les financements du PRT sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement MERRI vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ; le statut des agents concernés ne peut être opposé au caractère non pérenne du financement ;
- des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)

Les crédits du PRT excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou

aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques n'est pas autorisé.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur du projet.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits PRT doit intégrer l'ensemble des recettes et l'ensemble des dépenses liées au projet.

- l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
- l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PRT, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS et l'Inserm.

9. Programme de Recherche Translationnelle Cancer (PRTK)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)
[Plan cancer 2009-2013, action 1.1](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus : 926 000€ (Versement en MERRI part variable).

Définition

La gestion du PRTK est confiée à l'Institut National du Cancer (INCa). A ce titre, l'INCa fixe les orientations thématiques de cet appel à projets et organise la sélection des projets. Les projets doivent être adressés à l'INCa.

Les orientations et modalités du PRTK sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

Critères d'éligibilité

Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé (Évaluation des projets par des experts et par un jury national).

Périmètre de financement

Les projets font l'objet d'un financement conjoint de l'INCa et la DGOS, à hauteur de 50% du financement chacun. Le financement est attribué en distinguant la dotation DGOS du financement INCa. La construction du budget doit faire apparaître clairement la répartition de ces deux modes de financement.

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation DGOS (MERRI part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les crédits du PRTK font l'objet de versements en trois tranches annuelles, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement. Les financements du PRTK sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement MERRI vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ; des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel

médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)

- Les crédits du PRTK excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques n'est pas autorisé.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur du projet.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits PRTK doit intégrer l'ensemble des recettes et l'ensemble des dépenses liées au projet.

- l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
- l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PRTK, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS et l'INCa.

10. Programme de Recherche Translationnelle Cancer (PRTK)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus (versement en MERRI part variable ou conversion en dotation annuelle de financement (DAF)) :

- au titre du PREQHOS: 1 367 500€
- au titre du PREPS : création en 2012.

Définition

Le système de soins est soumis à de profondes transformations qui affectent tous les acteurs, individuels ou collectifs, participant directement ou indirectement à la production des soins délivrés aux patients et aux divers bénéficiaires. Afin de disposer de résultats objectifs pour tester, évaluer, imaginer les transformations du système de soins en cours et à venir, et permettre ainsi de maintenir et améliorer sa performance, le programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS) se transforme en Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins (PREPS) en 2012.

Dans ce contexte, le champ du programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS) est étendu dès 2012 à d'autres thématiques relevant plus généralement de la performance du système des soins. La performance des soins de santé est prise en compte dans toutes ses dimensions : qualité, accessibilité, efficacité, équité.

Les orientations et les modalités du PREPS sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

Critères d'éligibilité

Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (*in fine* évaluation des projets par des experts et par un jury national).

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.
Les financements du PREPS sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement MERRI vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ;
- des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)

Les crédits du PREPS excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en concurrence figurant notamment dans le code des marchés publics afin d'assurer la transparence et l'égalité de traitement entre l'ensemble des prestataires pouvant se voir confier l'externalisation d'une prestation afférente au projet.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur de l'étude peut être différent de l'établissement gestionnaire des fonds. Dans ce cas, les établissements concernés peuvent opérer une convention de reversement de fonds, pour la couverture des frais de promotion.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PREPS doit intégrer :

- l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
- l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PREPS, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ;

Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.

Pour information, les crédits liés au PREPS font l'objet de versements en trois tranches annuelles, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS. La mise en œuvre effective des projets conditionne le versement des tranches successives du financement accordé.

Les indicateurs d'évaluation peuvent porter notamment sur :

- le démarrage effectif de l'étude
- le déroulement de l'étude
- le niveau de consommation des crédits
- la valorisation de l'étude (publications). Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets doivent clairement identifier l'établissement de santé porteur du projet et doivent obligatoirement porter la mention du soutien du Ministère de la Santé au titre du programme de recherche considéré : *"This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (Nom du programme, année de sélection, n° d'enregistrement : ex PHRCN 2012 XXXX, ou PRHCI 2012 XXXX, ...)."*

11. Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique.

Cette mission est donc nouvellement créée, en ce sens aucune donnée d'exécution ne peut être apportée

Pour information, le montant des crédits délégués en 2011, tous établissements confondus : 758 100€ (Versement en MERRI part variable ou conversion en dotation annuelle de financement (DAF)).

Définition

Le ministère chargé de la santé souhaite soutenir le développement de la recherche en soins et amélioration des pratiques professionnelles des professions de santé figurant au Code de la Santé Publique sous l'appellation : « auxiliaires médicaux » à travers le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

Ce programme est destiné à promouvoir la recherche en soins et l'amélioration des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé.

Les orientations et les modalités du PHRIP sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

Critères d'éligibilité

Le PHRIP s'adresse exclusivement aux professions de santé figurant au Code la Santé Publique (livre III : Titres I, II, III, IV, V, VI et VII) sous l'appellation « Auxiliaires médicaux » habilitées à exercer la profession d'auxiliaire médical en France (les infirmiers ou infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunettiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et les diététiciens).

Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (*in fine* évaluation des projets par des experts et par un jury national).

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les financements du PHRIP sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet.

Les dépenses éligibles peuvent concerner :

- des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement du PHRIP vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ; des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)

Les crédits PHRCI excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).

Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en concurrence figurant notamment dans le code des marchés publics afin d'assurer la transparence et l'égalité de traitement entre l'ensemble des prestataires pouvant se voir confier l'externalisation d'une prestation afférente au projet.

Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur de l'étude peut être différent de l'établissement gestionnaire des fonds. Dans ce cas, les établissements concernés peuvent opérer une convention de reversement de fonds, pour la couverture des frais de promotion.

Critères de compensation

Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PHRIP doit intégrer :

l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;

- l'ensemble des recettes liées au projet : En complément du financement du PHRIP, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ;

Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.

Pour information, les crédits liés au PHRIP font l'objet de versements en trois tranches annuelles, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS. La mise en œuvre effective des projets conditionne le versement des tranches successives du financement accordé.

Les indicateurs d'évaluation peuvent porter notamment sur :

- le démarrage effectif de l'étude (réalisation des formalités auprès des autorités compétentes, date de la première inclusion)
- le déroulement de l'étude (respect du timing de l'étude, adéquation entre les inclusions théoriques / réalisées)
- le niveau de consommation des crédits

- la valorisation de l'étude (publications). Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets doivent clairement identifier l'établissement de santé porteur du projet et doivent obligatoirement porter la mention du soutien du Ministère de la Santé au titre du programme de recherche considéré : *"This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (Nom du programme, année de sélection, n° d'enregistrement : ex PHRCN 2012 XXXX, ou PRHCI 2012 XXXX, ...)."*

12. Les Contrats Hospitaliers de Recherche Translationnelle

Références juridiques

[Appels à candidatures diffusés par la DGOS et AVIESAN](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010 : 36 établissements concernés

Montants délégués en 2010 (en exécution): 6 740 229 €

1er quartile = 23 000€

Médiane = 47 593€

3ème quartile = 161 000€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La DGOS et l'Alliance nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) organisent un appel à candidatures pour le financement des **Contrats Hospitaliers de Recherche Translationnelle (CHRT)** qui s'adressent aux chercheurs et ingénieurs de recherche des établissements publics scientifiques et technologiques membres d'AVIESAN, amenés à consacrer tout ou partie de leur temps à la recherche dans les établissements de santé concernés.

Le CHRT finance une indemnité versée au chercheur à hauteur de 23K€ brut annuels pendant la durée du contrat.

Les CHRT sont à distinguer des contrats d'interface hospitaliers. Ces derniers sont des contrats qui permettent à des médecins, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers de consacrer tout ou partie de leur temps à la recherche dans les unités Inserm.

Dans ce cadre, l'établissement de santé perçoit un financement partiellement compensatoire du temps du praticien investi dans l'unité de recherche.

Critères d'éligibilité

In fine, l'éligibilité est basée sur une procédure d'appel à candidatures (avec la participation d'un comité de sélection selon les modalités du cahier des charges).

La sélection des candidats est fondée sur :

- la qualité scientifique du **projet personnel** présenté par le candidat et son implication,
- cursus du candidat, travaux de recherche et publications,
- adéquation du projet au laboratoire d'accueil,

L'avis motivé de l'établissement de santé montrant comment la candidature s'inscrit dans le projet de l'établissement et l'accord du chef de laboratoire sont indispensables.

La sélection des candidats comporte un examen du dossier de candidature et une audition par un comité ad hoc.

Périmètre de financement

Le financement des CHRT s'assimile à une indemnité versée au chercheur dont le montant et la durée sont

indiqués dans le contrat.

Critères de compensation

La compensation est égale au financement partiel du temps du praticien investi dans l'unité de recherche. Le montant découle donc directement des dispositions contractuelles.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Un état d'avancement des travaux est demandé au terme de chaque année échue du contrat ainsi qu'un rapport en fin de contrat.

13. Les programmes de soutien aux techniques innovantes (PSTI)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

[Circulaire n° DGOS/PF4/2011/259 du 30 juin 2011 relative au programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses PACS pour 2011](#)

[Instruction N°DGOS/PF4/2010/364 du 29 septembre 2010 relative au recensement des techniques innovantes coûteuses hors champ du cancer en vue de préparer l'appel à projets du programme national de soutien pour 2011](#)

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/ 483 du 19 décembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses.

Il est dorénavant distinguer au sein de cette MERRI :

- Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non ;
- Les programmes de soutien aux techniques innovantes et couteuses ou non en Cancérologie.

Pour information, en 2010 : 49 établissements étaient concernés par cette MIG

Montants délégués en 2010 (en exécution): 22 279 406 €

1er quartile = 226 250€

Médiane = 347 800€

3ème quartile = 1 219 592€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le programme STIC a pour fonction principale **la réalisation d'études comparatives dont l'objectif est de démontrer l'utilité clinique et médico-économique d'une innovation dont l'efficacité clinique a été préalablement validée**. Le programme STIC permet donc d'établir en contexte Français la place de l'innovation dans la stratégie diagnostique ou thérapeutique, son impact en termes médico-économique et de santé publique. Le cas échéant, une estimation de la sécurité de l'innovation peut également être réalisée, en fonction des résultats des études antérieures.

Le programme STIC n'a donc pas vocation à être un simple financement fournissant un accès précoce à une technologie. En revanche, les résultats du programme STIC permettront de faciliter et d'accélérer l'évaluation de l'innovation, notamment par la Haute Autorité de Santé, en vue d'une prise en charge optimale par la collectivité. Ainsi, le programme STIC s'insère désormais en amont d'une évaluation par la HAS et non en aval. Par conséquent, toute technologie évaluée par la HAS, quel que soit le résultat de l'évaluation, ne sera plus éligible au programme STIC, sauf exception.

Ce programme comporte deux volets. Un volet national géré par la DGOS et un volet « cancer » géré par l'Institut National du Cancer (INCa) (voir fiche PSTICK

Critères d'éligibilité

L'attribution des crédits est définie par une procédure d'appel à projets national et biennuel. Occasionnellement, les crédits peuvent également être attribués pour une thématique spécifique (cas des PACS en 2011) grâce un processus d'appel d'offres répondant à un cahier des charges préalablement établi par la DGOS.

In fine, les critères de sélections sont les suivants :

- degré d'innovation de la technologie ;
- impact potentiel de l'innovation sur la prise en charge ;
- validation clinique préalable de l'innovation ;
- caractère multicentrique de l'étude proposée ;
- pertinence et robustesse méthodologique du protocole clinique et médico-économique de l'étude ;
- Expérience des équipes cliniques et des méthodologistes/économistes de la santé impliqués dans l'étude ;
- Pertinence de la grille budgétaire avec le protocole de l'étude proposée.

Ces critères sont évalués par un jury de sélection pluridisciplinaire sans conflits d'intérêt.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Le PSTIC peut prendre en charge les dépenses suivantes:

- Technologies innovantes à évaluer (sauf si équipement lourds) ;
- Personnels non statutaires ;
- Consommables ;
- Prestations ;
- Petits équipements.

Critères de compensation

Les contrats font l'objet d'une procédure de sélection. Dès lors qu'il est retenu, le financement forfaitaire est associé et formalisé par convention :

Cette compensation est basée sur le coût moyen constaté et donc notamment sur le nombre moyen et le type d'ETP mis à disposition et sur un chiffrage des frais de structure/fonctionnement que devra supporter l'établissement éligible. Ces frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Voir le détail de la procédure de suivi dans la circulaire annuelle relative aux appels à projets de la DGOS et l'annexe relative au PSTIC :

- Production d'un rapport final d'étude ;
- Publications dans des journaux internationaux à comités de lecture ;
- impact dans la décision de prise en charge de l'innovation par la collectivité.

14. Les programmes de Soutien aux techniques innovantes en Cancérologie (PSTIC)

Références juridiques

[Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale](#)

[Circulaire n° DGOS/PF4/2011/259 du 30 juin 2011 relative au programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses PACS pour 2011](#)

[Instruction N°DGOS/PF4/2010/364 du 29 septembre 2010 relative au recensement des techniques innovantes coûteuses hors champ du cancer en vue de préparer l'appel à projets du programme national de soutien pour 2011](#)

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/ 483 du 19 décembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MERRI est le fruit de la scission de la mission relative aux programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses.

Il est dorénavant distinguer au sein de cette MERRI :

- Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non ;
- Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non en Cancérologie.

Pour information, en 2010 : 49 établissements étaient concernés par cette MIG

Montants délégués en 2010 (en exécution): 22 279 406 €

1er quartile = 226 250€

Médiane = 347 800€

3ème quartile = 1 219 592€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le programme STIC en cancérologie a pour fonction principale, tout comme le programme STIC, la **réalisation d'études comparatives dont l'objectif est de démontrer l'utilité clinique et médico-économique d'une innovation dont l'efficacité clinique a été préalablement validée**. Le programme STIC permet donc d'établir en contexte Français la place de l'innovation dans la stratégie diagnostique ou thérapeutique, son impact en termes médico-économique et de santé publique. Le cas échéant, une estimation de la sécurité de l'innovation peut également être réalisée, en fonction des résultats des études antérieures.

Le programme STIC n'a donc pas vocation à être un simple financement fournissant un accès précoce à une technologie. En revanche, les résultats du programme STIC permettront de faciliter et d'accélérer l'évaluation de l'innovation, notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS), en vue d'une prise en charge optimale par la collectivité. Ainsi, le programme STIC s'insère désormais en amont d'une évaluation par la HAS et non en

aval. Par conséquent, toute technologie évaluée par la HAS, quel que soit le résultat de l'évaluation, ne sera plus éligible au programme STIC, sauf exception.

Ce programme est géré par l'Institut National du Cancer (INCa)

Critères d'éligibilité

L'attribution des crédits est définie par une procédure d'appel à projets national et biennuel. Occasionnellement, les crédits peuvent également être attribués pour une thématique spécifique (cas des PACS en 2011) grâce un processus d'appel d'offres répondant à un cahier des charges préalablement établi par la DGOS.

In fine, les critères de sélections sont les suivants :

- degré d'innovation de la technologie ;
- impact potentiel de l'innovation sur la prise en charge ;
- validation clinique préalable de l'innovation ;
- caractère multicentrique de l'étude proposée ;
- pertinence et robustesse méthodologique du protocole clinique et médico-économique de l'étude ;
- Expérience des équipes cliniques et des méthodologistes/économistes de la santé impliqués dans l'étude ;
- Pertinence de la grille budgétaire avec le protocole de l'étude proposée.

Ces critères sont évalués par un jury de sélection pluridisciplinaire sans conflits d'intérêt.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Le PSTIC peut prendre en charge les dépenses suivantes:

- Technologies innovantes à évaluer (sauf si équipement lourds) ;
- Personnels non statutaires ;
- Consommables ;
- Prestations ;
- Petits équipements.

Critères de compensation

Les contrats font l'objet d'une procédure de sélection. Dès lors qu'il est retenu, le financement forfaitaire est associé et formalisé par convention :

Cette compensation est basée sur le coût moyen constaté et donc notamment sur le nombre moyen et le type d'ETP mis à disposition et sur un chiffrage des frais de structure/fonctionnement que devra supporter l'établissement éligible. Ces frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement pour l'exercice de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Voir le détail de la procédure de suivi dans la circulaire annuelle relative aux appels à projets de la DGOS et l'annexe relative au PSTICK :

- Production d'un rapport final d'étude ;
- Publications dans des journaux internationaux à comités de lecture ;
- impact dans la décision de prise en charge de l'innovation par la collectivité.

15. L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer

Références juridiques

[circulaire DHOS/OPRC/n°346 du 22 juillet 2004](#) : relative à un appel à projets en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en cancérologie (Technicien de recherche clinique ou d'étude clinique).
[circulaire N°DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005 relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique](#) (assistant de recherche clinique)
[Circulaire DHOS-INCa-MOPRC n°2006/475 du 7 novembre 2006 relative au soutien apporté par l'Institut national du Cancer à l'organisation des essais cliniques en cancérologie](#)
[Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010 : 66 établissements concernés

Montants délégués en 2010 (en exécution): 8 410 315 €

1er quartile = 26 096 €

Médiane = 64 937 €

3ème quartile = 134 883 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'institution de cette MIG vise à renforcer les moyens humains déjà mobilisés par la recherche sur le cancer.

La dotation attribuée au titre de cette MIG permet le financement d'assistants de recherche clinique (ARC) et/ou de technicien de recherche clinique (TRC).

Il est convenu à ce titre, que l'assistant de recherche clinique (dénommé aussi parfois attaché de recherche clinique) assure les fonctions de monitoring, de conseil, de coordination et de contrôle de qualité des essais. Le technicien de recherche clinique (dénommé aussi parfois technicien d'étude clinique), assure une compétence de proximité et assiste l'investigateur.

Critères d'éligibilité

Les établissements sont éligibles suite à un appel à projet national (appel à projet DHOS en 2004 et appel à projet INCA/DHOS en 2008). Les résultats des appels à projets sont disponibles sur le site de l'INCa.

Périmètre de financement

Le périmètre de la MIG est le financement des postes d'ARC et de TRC au sein des établissements à des fins de recherche clinique (à promotion institutionnelle mais aussi observationnelle) sur des projets de cancérologie.

Les établissements demandeurs devront s'engager à réaliser le renforcement demandé et à apporter leur concours à d'autres établissements du réseau régional en cancérologie éventuellement impliqués dans des essais cliniques. A ce titre la mobilité des équipes spécifiques ainsi constituées est obligatoire pour répondre aux nécessités des essais.

De même les établissements s'engagent à fournir les éléments nécessaires à une évaluation des soutiens accordés en lien avec l'Institut National du Cancer. Elle s'attachera notamment à l'analyse de l'objet, et du lieu des essais, au rythme des inclusions, au respect des critères de qualité, à la mise à disposition des données et à l'implication des comités de patients.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond aux coûts engendrés par la mise à disposition d'ETP d'ARC et de TRC sur des projets de cancérologie.

C'est aux agences qu'il revient de calibrer l'effectif nécessaire, *in fine* de fixer le nombre d'ETP nécessaire en fonction du besoin exprimé dans les cahiers des charges (cf. supra) et des capacités propres à chaque établissement.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant auxdits frais de personnels.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi ad hoc de l'INCa (réalisation d'essais, collaboration avec d'autres établissements),

16. Groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI)

Références juridiques

[Circulaire n° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010 : 23 établissements concernés pour 7 délégations Interrégionales à la Recherche Clinique et à l'Innovation

Montants délégués en 2010 (en exécution): 8 652 046 €

1er quartile = 250 000€

Médiane = 325 000€

3ème quartile = 390 021€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les sept **Délégations Interrégionales à la Recherche Clinique et à l'Innovation** (DIRC) initialement identifiées ont été chargées dès 2005 d'assurer des missions spécifiques d'animation et de soutien à la recherche clinique et à l'innovation ne pouvant être efficacement assurées individuellement par chaque établissement de santé. La circulaire n° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique indique la liste des inter-régions en recherche clinique et innovation.

Les DIRC sont dissoutes à compter du 31/12/2011 et le niveau interrégional en matière d'organisation de la recherche clinique et innovation est confié aux GIRCI, « **Groupements Inter- Régionaux de Recherche Clinique et d'Innovation** » (GIRCI).

Les GIRCI doivent être matérialisés par une convention impliquant – *a minima* - les établissements de l'inter-région pourvus d'une DRCI et dans l'idéal tous les établissements de l'inter-région ayant une activité de recherche identifiable via les indicateurs utilisés pour les MERRI. Le GIRCI pourra, par exemple, prendre la forme d'un groupement de coopération sanitaire.

Les missions confiées aux GIRCI sont les suivantes :

- formation/information des professionnels de recherche clinique ;
- aide à la réponse aux appels d'offres européens ;
- appui à la réalisation de certaines missions spécifiques du promoteur (assurance-qualité, monitoring, vigilance, élaboration et diffusion de grilles communes de coûts/surcoûts) ;
- soutien à la participation des établissements de santé non universitaires aux activités de recherche.

Par ailleurs, les GIRCI assurent la gestion de l'appel à projets PHRC interrégional.

Si une inter-région choisit de ne pas constituer de GIRCI, elle ne bénéficiera pas de PHRC interrégional.

A terme, et compte tenu de la rareté des compétences en matière d'innovation et d'évaluation médico-économique, il pourra être envisagé de regrouper ou fédérer les unités d'évaluation médico-économique de l'inter-région au sein des GIRCI.

Il est par ailleurs recommandé aux GIRCI de se rapprocher des Cancéropôles afin de partager des procédures et des moyens sur des activités qui seraient proches, surtout lorsque le découpage géographique est identique.

Critères d'éligibilité

Dès 2012, la mise en place d'une convention matérialisant le GIRCI conditionnera le montant des crédits MERRI délégués au titre de l'inter-région et au titre du PHRC inter- régional (*in fine* un des critères de conventionnement est la mobilisation de personnels dédiés à dimension interrégionale).

Cette convention constitutive devra faire mention au minimum les missions, de la gouvernance, et de l'utilisation des crédits

Devra être effective l'association d'au moins tous les établissements siège de DRCI au GIRCI.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les crédits sont délégués à l'établissement siège du GIRCI indiqué dans la convention constitutive, pour la réalisation des missions précisées dans cette convention.

Les moyens doivent permettre notamment de financer des postes de professionnels mutualisés au sein du GIRCI, au service de tous les établissements de l'inter-région. Une partie des crédits de l'enveloppe interrégionale pourra être utilisée pour des projets ou actions structurelles, en particulier le financement de formations qualifiantes à destination des investigateurs et personnels de recherche clinique et d'actions d'accompagnement pour de jeunes investigateurs.

In fine, rentrent dans le périmètre de financement :

- La formation/information des professionnels de recherche clinique ;
- L'aide à la réponse aux appels d'offres européens ;
- L'appui à la réalisation de certaines missions spécifiques du promoteur (assurance-qualité, monitoring, vigilance, élaboration et diffusion de grilles communes de coûts/surcoûts) ;
- Le soutien à la participation des établissements de santé non universitaires aux activités de recherche.

Par ailleurs, les DIRC / GIRCI assurent la gestion de l'appel à projets PHRC interrégional.

Critères de compensation

Ces entités ne génèrent pas de recettes d'activité. Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place de la DIRC/GIRCI (financer des compétences spécialisées), auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (outils / équipements bénéficiant à l'inter-région).

Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

Cette MIG n'a pas pour objet de venir financer les actions financées par ailleurs, notamment par d'autres MIG.

Prise en compte du coefficient géographique

Les surcoûts liés à la prime de vie chère dans les DOM sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Dynamique du GIRCI : lisibilité de la gouvernance, transparence des financements, évaluation qualitative et quantitative des groupes de travail et des missions transversales Évaluation qualitative et quantitative des groupes de travail et missions transversales

17. L'effort d'expertise des praticiens des établissements de santé

Nouvelle MERRI dont la création a reçu un avis favorable du conseil de l'hospitalisation en date du 14 décembre 2011.

Référent : Olivier Louvet

Bureau concerné : PF4

E.Missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux

1. Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer

Références juridiques

[Arrêté du 29 juillet 2009](#) modifiant l'arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale

[Arrêté du 17 mars 2010](#) modifiant l'arrêté du 8 juillet 2008 portant création d'un comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie

[Circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2004 n°579 du 6 décembre 2004](#) relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale

[Circulaire N°DHOS/F2/DSS/1A/2005/473 du 18 octobre 2005](#) relative à la fixation des dotations régionales destinées aux établissements de santé

[Circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2007/410 du 15 novembre 2007](#) relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.

[Circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 08 décembre 2008](#) relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé

[Circulaire N°DHOS/RH1/2009/164 du 17 juin 2009](#) relative à l'accueil des stagiaires dans le cadre de la formation initiale préparant le diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM)

[Circulaire DGOS/R1 no 2010-465 du 27 décembre 2010](#) relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Fonction de l'évolution du nombre d'établissements concernés par l'accueil des stagiaires radiophysiciens
En 2010 : 45 établissements concernés dont 40 établissements CHU / CLCC

Montants délégués en 2010 (en exécution): 4,41 M€

1^{er} quartile = 60 168 €

Médiane = 89 448 €

3^{ème} quartile = 160 417 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La MIG a pour objet de :

- Permettre l'indemnisation des stagiaires en radiophysique médicale et valoriser les équipes encadrant ces stagiaires ;
- Renforcer l'attractivité de la filière et favoriser le recrutement des radiophysiciens dont les effectifs sont insuffisants.

Cette mission est essentielle pour consolider l'attractivité de cette filière et prendre en compte l'investissement des établissements de santé dans cette démarche.

L'augmentation des effectifs d'étudiants entrant en formation ne permettra pas d'atteindre, en 2011, l'objectif ministériel de 600 radiophysiciens en exercice dédiés à la radiothérapie. Si la tendance actuelle se poursuit, il est prévu de l'atteindre au plus tôt fin 2012, début 2013.

Critères d'éligibilité

Peut bénéficier de ce financement tout établissement accueillant des stagiaires en radiophysique médicale.
In fine, ce sont donc tous les établissements qui ont été reconnus comme service central validant (SCV) par la Société Française de Physique Médicale (SFPM)

Périmètre de financement

Ce financement intègre deux volets :

- Rémunération des stages de radiophysique médicale :

Au total la promotion 2010-2011 accueillait 95 stagiaires répartis dans 45 centres, dont 40 établissements hospitalo-universitaires.

- La valorisation des établissements de santé pour le temps dédié à l'encadrement des stagiaires et la participation à l'enseignement du diplôme de qualification en physique radiologique et médicale.

La nécessité que les CHU/CLCC accueillent au moins 2 stagiaires par établissement et par an a été rappelée par circulaire DGOS du 17 juin 2009. Cet encadrement nécessite du temps dédié, nouvellement valorisé à travers cette mesure.

Critères de compensation

Il est proposé un calibrage de la mission de la manière suivante :

- Rémunération des stages de radiophysique médicale :

Chaque stagiaire doit être rémunéré à hauteur de 34 000€. La dotation notifiée à l'établissement, ayant vocation à compenser les surcoûts supportés par l'établissement, a donc vocation à prendre en compte cette donnée, et la multiplier par le nombre de stagiaires accueilli. A noter que la promotion 2010-2011 a intégré 25 nouveaux stagiaires supplémentaires. Cette mesure a bénéficié d'un financement d'un montant de 850 000 € qui correspond aux nouvelles affectations des étudiants sur la base de 34 000 € par stagiaire (montant réévalué en 2010 de 31 500 € à 34 000 €).

- La valorisation des établissements de santé pour le temps dédié à l'encadrement des stagiaires et la participation à l'enseignement du DQPRM dépendra du nombre d'étudiants accueillis dans chaque établissement

En 2010, cette valorisation a été calculée sur la base de 70 000 € par ETP encadrant avec un fléchage précis pour chaque établissement effectué au réel (Montant global : 1,84 M€)

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Nombre et liste des établissements accueillant des stagiaires transmise par l'INSTN avant chaque rentrée.
Suivi de chaque promotion des étudiants rentrant dans la pratique ou rentrant en thèse (Groupe de suivi du Comité National de la radiothérapie).

2. Le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie

Références juridiques

[Arrêté du 24 mai 2011 relatif aux conventions permettant l'accueil d'internes en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

La MIG a été créée en 2011. Aucune donnée d'exécution ne peut donc être délivrée.

Définition

La mission a pour objet la compensation partielle de la rémunération de tous les internes en formation quel que soit leur établissement de stage.

Critères d'éligibilité

Tous les établissements agréés comme terrains de stage accueillant effectivement des internes sont éligibles.

La dotation est versée à l'établissement d'accueil de l'interne en fonction du nombre d'internes accueillis.

A noter qu'en pratique, les internes en médecine, pharmacie et odontologie demeureront rémunérés par le CHU auxquels ils sont rattachés, ou par l'établissement auquel ils seront rattachés. En revanche, **c'est désormais l'établissement d'accueil de l'interne, quel qu'il soit, qui percevra la dotation au titre de la MERRI**. L'établissement d'accueil remboursera alors le CHU de la totalité des émoluments. Des conventions de mise à disposition accompagnées d'une annexe financière devront être passées à cet effet entre l'établissement terrain de stage et le CHU de rattachement.

Périmètre de financement

Le financement est partiel, l'interne étant réputé contribuer à la production de soins, donc rémunéré aussi par les tarifs.

A noter que cette dotation vise à couvrir les émoluments statutaires des internes et les cotisations sociales assises sur eux, et pas les rémunérations accessoires. Les revenus complémentaires, et notamment les gardes et astreintes, restent indemnisées dans les conditions de droit commun (via les tarifs pour la continuité des soins et la permanence des soins _ les internes n'émergeant pas à la MIG PDSES). Il s'agit, par ailleurs, d'une MERRI variable, dont la perception n'ouvre pas droit en tant que tel à la perception des parts fixes et modulables des MERRI, celles-ci restant soumises à des règles spécifiques.

Critères de compensation

La dotation couvre 50% de la rémunération des internes de la 1^{ère} à la 3^{ème} année et 20% de la rémunération des internes de 4^{ème} et de 5^{ème} année.

Ces forfaits ont été calculés en référence à la rémunération moyenne des internes :

Année	Coût total annuel chargé employeur (40 %)	Moyenne	Taux de prise en charge	Forfait annuel	<i>Les montants sont en euros.</i>
1	29 345	32 218	49,7%	16 000	
2	31 820				
3	35 488				
4	38 324	39 720	20,1%	8 000	
5	41 116				

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Adéquation entre la dotation versée et les internes accueillis par les établissements.

F. Missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées

1. Les centres mémoires de ressources et de recherche

Références juridiques

[Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/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.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 31 établissements concernés en 2010
Montants délégués en 2010 (en exécution): 12 333 133€

1^{er} quartile : 244 607€
Médiane : 396 347€
3^{ème} quartile 524 529€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les missions des CMRR ont été définies par la circulaire du 16 avril 2002 puis précisées dans la circulaire susvisée. Ces structures ont une triple mission

- assurer les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique
- être un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les diagnostics complexes, atypiques qui requièrent une expertise ;
- développer des travaux de recherche au niveau national et international et organiser, dynamiser et coordonner la recherche clinique au niveau régional ;
- aborder et traiter les questions à caractère éthique en lien étroit avec l'espace national de réflexion éthique de la maladie d'Alzheimer (EREMA).

Critères d'éligibilité

Peuvent bénéficier de ce financement, les CMRR implantés au sein d'un centre hospitalo-universitaire, disposant de places en hospitalisation de jour de médecine et remplissant les missions prévues dans le cahier des charges de 2011.

Il est conseillé aux ARS de procéder à une labellisation (limitée dans le temps) pour les établissements remplissant les dites conditions.

Périmètre de financement

Les actions financées au titre de la MIG sont les suivantes :

- activité de recherche clinique et de formation.
- animation et structuration du dispositif régional de consultations mémoires
- Traitement de l'ensemble des questions éthiques posées par la maladie d'Alzheimer

Il convient de différencier ce périmètre avec celui de la MIG relative aux consultations mémoires dont l'objet est d'affirmer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence

et proposer un suivi aux personnes atteintes.

Il conviendra en outre de minorer de la dotation les éventuelles recettes issus des hôpitaux de jour impactant les actions financées au titre de la MIG.

Critères de compensation

Pour réaliser les missions prévues par le cahier des charges (cf. supra), l'équipe du CMRR se décompose de la façon suivante (la dotation est donc calibrée comme telle)²¹ :

	ETP
PUPH	1
PH	1
IDE	0,5
Psychologue	1
Psychologue si bilans extérieurs demandés par la ville > 100	0,4
ASE	0,5
ADJOINT AD	1
TEC	1

A ces coûts de personnels se rajoutent les coûts de structures (20%) aboutissant à un montant moyen de 402 042€.

Si la file active est inférieure à 2000 patients, il est conseillé de minorer la dotation de 46 000~soit un montant total moyen de 356042€.

Il est nécessaire de noter que ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission universellement applicable. 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 indicatif.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire (extrait des données de la BNA) est utile à des fins de mobilisation. En outre peut être mobilisé l'indicateur suivant :

-Nombre d'inclusions dans les essais thérapeutiques.

²¹ Voir l'annexe 6 relative aux rémunérations moyennes du personnel médical et non médical afin de calculer plus finement la dotation.

2. Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)

Références juridiques

Art [L.1114-1](#) CSP / Art [L.162-22-13](#) CSS
[Instruction du 23 avril 2009 relative au financement des COREVIH](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 28 établissements concernés (24 CHRU+4CH)

Montants délégués en 2010 (en exécution): 17 423 597 M€

1^{er} quartile : 259 668€
Médiane : 432 770€
3^{ème} quartile : 676 082€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'article D. 3121-35 mentionne que le « comité de coordination » est chargé de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques mentionnées à l'article R. 3121-36 CSP.

La circulaire DHOS/DGS du 19 décembre 2005 précise les missions qui doivent être remplies par ces structures, ainsi que les moyens mis en œuvre pour chaque COREVIH, soit « au minimum, un local identifié, un temps de secrétariat, un temps administratif et/ou médical de coordination, du temps de technicien d'études cliniques ».

Critères d'éligibilité

L'arrêté ministériel d'implantation des COREVIH prévoit un total de 28 COREVIH au niveau national.

Le territoire retenu est le plus souvent la région à l'exception des situations suivantes :

- Corse, Poitou-Charentes, Limousin et Champagne-Ardenne pour lesquelles il n'y a pas de COREVIH en propre. Ces régions sont respectivement rattachées au COREVIH des régions PACA, Centre, Midi Pyrénées et Lorraine. Les simulations présentées tiennent compte de ces regroupements.
- PACA et Île-de-France pour lesquelles il y a plusieurs COREVIH (respectivement 2 et 5)
- Inter région Sud Est ou groupe des régions Rhône-Alpes et Auvergne comprenant 3 COREVIH

In fine, les critères d'éligibilités sont les suivants :

- Participation à la coordination des prises en charge des personnes vivant avec le VIH
- Suivi épidémiologique, en lien avec l'INSERM (DOMEVIH), et autres (exp : NADIS)
- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et

épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé;

- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données épidémiologiques.

Périmètre de financement au total

Le financement MIGAC est attribué à l'établissement siège du COREVIH mais a vocation à financer des personnels pouvant être affectés dans des établissements non sièges de COREVIH dans le cadre de conventions entre établissements.

A noter que l'activité de recueil des données épidémiologiques ne relève pas de la MIG COREVIH mais de la MIG relative aux registres à caractère épidémiologique.

Critères de compensation

Le calcul de la dotation est basée sur :

Remboursement des frais de personnel²² :

- 0,3 ETP administratif ou médical de coordination ;
- 1 ETP de secrétariat ;
- 2 ETP de techniciens d'études cliniques ;
- 1 ETP d'adjoint des cadres hospitaliers.

Remboursement des frais de structure :

A ces charges de personnel est ajouté un montant permettant de couvrir les charges de « structure » à hauteur de 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Ces informations permettent donc de calibrer un forfait de base pour chaque COREVIH.

Celui-ci s'établit en moyenne à 265 252€ (mise à jour pour 2008).

La circulaire précise également que les moyens alloués aux COREVIH doivent être corrélés à l'importance de la population suivie, au sein de la région. □ Il est donc proposé de tenir compte de l'importance des files actives suivies par chaque COREVIH. Au delà des premiers 750 patients suivis, il est proposé d'ajouter 1 TEC par tranche de 500 patients.

Par ailleurs, il est admis que les COREVIH couvrant une zone géographique importante, ont des frais de structure et de transports supérieurs aux autres. Au delà des 10 000 premiers km² couverts, il est proposé d'ajouter un montant de 51 600€ par tranche de 10 000 km².

Il est nécessaire cependant de noter que ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission universellement applicable. 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 indicatif.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

²² Voir l'annexe 6 relative aux rémunérations moyennes du personnel médical et non médical afin de calculer plus finement la dotation.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les rapports d'activité des COREVIH permettent un contrôle à posteriori de la mise en application des missions.

En sus des données médico-épidémiologiques, le COREVIH devra rendre compte de ses actions de formation, d'information, de communication auprès des acteurs de terrain (hospitalisation, soins de ville, associations de patients...). Ce rapport permettra de vérifier que le fonctionnement et l'activité du COREVIH correspondent aux orientations générales et à celles qu'il s'est fixé.

In fine, ces indicateurs peuvent être :

Pour l'animation du réseau des correspondants: nombre de publications/nombre de groupes thématiques engagés dans la lutte contre le VIH et IST, nombre d'ETP en place dans l'équipe

Pour le suivi épidémiologique : File active territoriale avec un objectif d'exhaustivité sur le territoire de santé

3. Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage

Références juridiques

[Circulaire DHOS N°2001-209 du 4 mai 2001](#)

[Circulaire N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins \(SROS-PRS\)](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 25 établissements concernés (24 CHRU+4CH)

Montants délégués en 2010 (en exécution): 9 58 0275 €

1^{er} quartile : 135 100 €

Médiane : 234 650€

3^{ème} quartile : 319 219€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le dispositif des centres de référence a été mis en place à partir de 2001 dans le cadre du plan interministériel pour les enfants atteints de troubles spécifiques du langage (action n°7). Il existe depuis 2004 un centre par région en France métropolitaine. Les centres sont attachés à des équipes hospitalières universitaires.

Les centres de référence ont pour vocation de permettre de préciser l'évaluation des troubles présentés par les enfants dans les situations complexes, et de les prendre en charge en rééducation intensive et en scolarité spécialisée. Les centres, constitués d'équipes pluridisciplinaires de consultations, assurent en outre des actions de coordination de soins et de projet thérapeutique, de formation, de conseil et de recherche.

Critères d'éligibilité

Peuvent bénéficier d'un financement MIGAC les structures labellisées "centres de référence pour le diagnostic et la prise en charge médicale des troubles spécifiques du langage oral et écrit" au sein des secteurs pédiatriques des CHU (cf. circulaire du 4 mai 2001).

Périmètre de financement

Les centres de référence n'ont pas vocation à prendre en charge l'ensemble des enfants concernés, mais doivent pouvoir intervenir en recours sur des situations difficiles ou pour lesquelles les premières mesures mises en œuvre ne sont pas efficaces.

Les travaux en cours du groupe de travail sur le « parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages » mis en place en juin 2011 dans le cadre de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant CNNSE (cf. décret n°2010-1407 du 12 novembre 2010), devraient contribuer à une meilleure identification et organisation des filières de soins des enfants atteints des troubles de l'apprentissage ainsi qu'à une mobilisation l'ensemble des professionnels et établissements de santé de proximité concernés.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités d'évaluation des troubles, de prise en charge en rééducation intensive voire en scolarité spécialisée, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérents à tout centre de référence.

En outre, le calcul de la dotation doit prendre en compte le cas échéant les coûts de mise en place des actions de coordination de soins et de projet thérapeutique, l'animation de projets dans le domaine de la recherche et la promotion d'actions de formation/conseil.

In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire sous l'égide d'un neuropédiatre ou neuropsychiatre.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale). Le calcul de ses frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre en fonction de la population desservie. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitements comptables, 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).

A noter que, comme tout crédit MIG, devront donc être déduites des dépenses présentées, les recettes perçues au titre des actes externes et les éventuelles subventions (associations, collectivités territoriales...) ainsi que, le cas échéant, les cofinancements attribués par le ministère de l'Éducation nationale.

Les travaux du groupe de travail CNNSE précités devraient permettre d'affiner pour 2013 la modélisation des critères d'attribution de la MIG aux centres référents.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Un rapport d'activité doit être remis à l'ARS, dans lequel est mis en exergue :

- Le délai de premier rendez-vous,
- Le nombre et type de diagnostic,
- La file active en hospitalisation complète ou de jour,
- Les actions de coordination territoriale, de formation, de recherche et d'épidémiologie.

En outre, l'évaluation peut se baser sur le développement de partenariats actifs avec les différents acteurs du domaine médical (autre structure de pédiatrie, secteur libéral), médicosocial et éducatif (notamment médecins et infirmiers de l'éducation nationale).

A noter en outre que le centre doit avoir développé une politique d'auto-évaluation.

4. Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares

Références juridiques

Loi N°2004-806 du 9 août 2004

Arrêtés du 9 août 2004 (JO 9 septembre 2004); portant création du Comité national consultatif de labellisation des centres de référence de maladies rares

Arrêté du 29 mai 2008 modifiant l'arrêté du 3 mai 2007 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

Arrêté du 29 mai 2008 modifiant l'arrêté du 12 juillet 2006 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

Arrêté du 29 mai 2008 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2005 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

Arrêté du 29 mai 2008 modifiant l'arrêté du 19 novembre 2004 portant labellisation de centres de référence pour la prise en charge des maladies rares

Arrêté du 3 mai 2007 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

Arrêté du 12 juillet 2006 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

Arrêté du 6 octobre 2005 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

Arrêté du 19 novembre 2004 portant labellisation de centres de référence pour la prise en charge des maladies rares

Arrêté du 19 octobre 2004 (JO 27 octobre 2004) portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare

[Liste des centres de référence](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 55 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 117 017 714€

1^{er} quartile : 200 801€

Médiane : 460 782 €

3^{ème} quartile : 1 144 123€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les missions des centres nationaux de référence maladies rares consistent essentiellement en :

- Faciliter le diagnostic et définir une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social ;
- Définir et diffuser des protocoles de prise en charge ;
- Coordonner les travaux de recherche et participer à la surveillance épidémiologique ;
- Participer à des actions de formations et d'information pour les professionnels de santé, les malades et leur famille.
- Animer et coordonner des réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux.

Critères d'éligibilité

Les centres nationaux de référence maladies rares sont labellisés par le ministère chargé de la santé pour la prise en charge de maladies rares à l'exclusion des maladies infectieuses rares et des cancers, pour lesquels l'INCa est responsable.

Cette MIG ne doit pas être confondue avec celles des autres centres de référence ne concernant pas des maladies rares, et financées par ailleurs en MIG (mort subite du nourrisson, implantation cochléaire, etc.).

Périmètre de financement

La dotation MIGAC finance la mise en place et la coordination d'un projet médical, l'animation de projets dans le domaine de la recherche et de l'épidémiologie, la promotion d'actions d'enseignement. Ces crédits sont pérennes (sauf en cas de retrait du label après l'évaluation menée par la Haute autorité de santé cinq ans après la labellisation) et destinés à financer le personnel médical et non médical dédié à la coordination du centre de référence et à la mise en œuvre de ses missions.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place du projet médical, de l'animation de projets dans le domaine de la recherche et de l'épidémiologie, et de la promotion d'actions d'enseignement, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre de référence.

En outre, le calcul de la dotation doit prendre en compte le cas échéant les coûts spécifiques associés la promotion d'actions de formation/conseil.

In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Le calcul de ses frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de 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).

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le centre de référence doit agir conformément au cahier des charges figurant dans l'appel à projet pour lequel il a répondu.

5. Les centres de référence sur l'hémophilie

Références juridiques

Loi de santé publique du 9 août 2004 (art 32) ;

[Arrêté du 9 août 2004 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares](#)

[Circulaire DGS/DH/DSS n° 97/142 du 24 février 1997 relative à l'organisation des soins aux hémophiles et aux patients atteints d'autres troubles héréditaires de la coagulation](#)

[Circulaire DGS/DHOS n° 2001-413 du 22 août 2001 relative au suivi national des personnes atteintes de maladies hémorragiques dues à des déficits héréditaires en protéines coagulantes et à l'organisation des centres de traitement de l'hémophilie](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Montants délégués en 2010 (en exécution): 3 251 704 €

1^{er} quartile : 80 455 €

Médiane : 222 514€

3^{ème} quartile : 288 826 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

En application de la circulaire susvisée, ont été mis en place des centres régionaux de traitement de l'hémophilie (CRTH) dénommé aussi centres de référence sur l'hémophilie, structures intégrées soit dans les établissements hospitaliers, soit dans les établissements de transfusion sanguine.

Les CRTH doivent, dans leur zone d'attraction, constituer avec l'ensemble des services intervenant dans la prise en charge des hémophiles un véritable réseau pluridisciplinaire et en assurer la coordination.

Critères d'éligibilité

Bénéficiaire d'un financement MIG les CRTH listés dans la circulaire du 20 février 1997 et intégrés dans les établissements hospitaliers.

Ne peuvent donc en bénéficier les structures qui accueillent des patients hémophiles, même en proportion importante mais qui ne disposent pas du label CRTH.

Périmètre de financement

Chaque CRTH est le centre de ce réseau constitué avec les services ou établissements susceptibles de prendre en charge les personnes hémophiles ou atteintes d'autres troubles héréditaires de la coagulation et a une mission de coordination et d'information auprès de l'ensemble du système de santé en assurant les prestations suivantes :

- 1) la prise en charge thérapeutique (diagnostic du trouble de la coagulation, surveillance biologique, mise au point des protocoles de traitement et responsabilité directe du suivi des thérapeutiques des personnes hémophiles, accueil et réponse aux urgences 24 heures sur 24) ;
- 2) l'information des autres structures de soins.

Cette information concerne :

- les soins spécifiques et traitements que requièrent les hémophiles selon la nature de leur affection (hémophilie A ou B, forme sévère ou non), elle doit être différenciée en fonction des possibilités de prise en charge des différents acteurs de santé

- les CRTH eux-mêmes, leurs adresses et numéro de téléphone, leurs missions, les prestations assurées par chacun d'eux, et enfin la liste de ceux des centres qui peuvent être joints téléphoniquement 24h/24

3) l'enseignement, l'information, le conseil aux hémophiles et à leurs familles.

- Éducation sanitaire des malades et de leurs familles
- Enseignement et suivi de l'auto-traitement à domicile
- Conseil génétique et dépistage prénatal en relation avec les consultations de conseil génétique et les laboratoires de biologie moléculaire
- Information sur la maladie et les risques de contamination virale
- Information sur les mesures sociales

La dotation MIGAC finance les surcoûts liés à l'exercice de ces missions de coordination (2) et d'information (3) du CRTH (la prise en charge thérapeutique étant une mission des CRTH intégrés dans les établissements de transfusion sanguine).

Critères de compensation

Le calcul de la dotation MIGAC doit se baser sur les coûts de mise en place et de coordination d'un projet médical, l'animation de projets dans le domaine de la recherche et de l'épidémiologie, la promotion d'actions d'enseignement. Outre le cas échéant des frais de fonctionnement, ces crédits sont destinés à financer le personnel médical et non médical dédié à la coordination du centre de référence et à la mise en œuvre de ses missions.

A titre d'information, les médecins en équivalent temps plein (affectés spécifiquement au centre ou auxquels le centre a régulièrement recours sont les suivants :

- Hématologues
- Hémobiologistes
- Pédiatres
- Orthopédistes
- Rhumatologues

En outre, les moyens en autres personnels en équivalent temps plein (affectés spécifiquement au centre ou auxquels le centre a régulièrement recours sont les suivants :

- Infirmiers
- Secrétaires
- Assistantes sociales
- Kinésithérapeutes
- Psychologues

Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés (voir ci-dessous).

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Le calcul de ces frais peut aussi se fonder sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de

dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

A noter que les actes hors nomenclature, les médicaments sous ATU, les DMI devront être exclus d'un financement au titre de cette MIG bénéficiant d'un financement par ailleurs.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les ARS devront être destinataire des rapports d'activité de ces structures.

Les données pouvant être mobilisées sont les suivantes :

- nombre de patients et de consultants annuel,
- file active,
- actions de coordination, et d'épidémiologie.

6. Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose

Références juridiques

[Arrêté du 4 juin 2004 portant désignation des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose \(CRCM\)](#) (Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2004/27 p. 137-140) ;
[Circulaire DHOS/DGS N°2001-502 du 22 octobre 2001 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 18 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 8 994 011 €

1^{er} quartile : 237 999€
Médiane : 390 030€
3^{ème} quartile : 490 774€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Ces structures constituées d'équipes pluridisciplinaires, outre une capacité d'hospitalisation, offrent un plateau technique et assurent une activité de consultation, des actions de coordination des soins et de projet thérapeutique, d'éducation thérapeutique, de formation, de conseil et de recherche.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements désignés par l'arrêté du 4 juin 2004 précité.

Périmètre de financement

Les centres sont financés pour les surcoûts liés à l'activité de recours, de coordination et d'animation du réseau de prise en charge des patients atteints de mucoviscidose.

L'activité de consultation est quant à elle financée à l'activité et donc non intégrée dans le périmètre de la MIG.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités de recours, de coordination et d'animation du réseau de ces structures, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre de ressources.

Au minimum, le financement doit intégrer :

- un équivalent temps plein médical correspondant obligatoirement à deux médecins seniors référents pour la mucoviscidose qui doivent avoir un statut hospitalier temps plein et dont l'un est le responsable du centre ;
- un équivalent temps plein d'infirmier(e) coordinateur(trice) dévolu à la mucoviscidose dont il faut souligner le rôle essentiel dans la coordination des soins et l'accueil des familles ;

- un équivalent temps plein de kinésithérapeute spécialisé.

Les professionnels suivants : diététicienne, psychologue, assistante sociale jouent un rôle très important dans la prise en charge et leur temps de présence dans le centre doit être adapté aux besoins et au nombre de patients. Leur activité indispensable doit pouvoir être facilement identifiable. Le cas échéant, en cas d'identification, la MIG peut donc financer la mise à disposition de ces professionnels.

Par ailleurs, le CRCM doit pouvoir faire état de collaborations précises avec des spécialités diverses : diabétologie, nutrition, ORL, hépatologie... Le cas échéant, en cas d'identification, la MIG peut donc financer la mise à disposition de ces professionnels.

Un généticien clinicien doit assurer les consultations de conseil génétique des familles des enfants atteints dans le délai que l'équipe du CRCM juge nécessaire mais aussi celles des hétérozygotes repérés par le dépistage. Ce généticien clinicien peut ne pas faire partie de l'équipe pluridisciplinaire du CRCM mais il doit pouvoir être clairement identifié comme référent par celui-ci. Le cas échéant, en cas d'identification, la MIG peut donc financer la mise à disposition de ces professionnels.

Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés (voir ci-dessous).

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Le calcul de ces frais peut aussi se fonder sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

A noter par ailleurs que les MIG ayant un objet connexe à cette mission (éducation thérapeutique, laboratoires de génétique notamment), ne peuvent participer au financement des actions financés par la MIG « centre de ressources et de compétences sur la mucoviscidose ». Le risque serait de faire apparaître une surcompensation financière.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les ARS devront être destinataires des rapports d'activité de ces structures.

Les données pouvant être mobilisées sont les suivantes :

- nombre de patients et de consultants annuel,
- file active,
- actions de coordination, de recherche, de formation et d'épidémiologie.

7. Les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique

Références juridiques

[Circulaire DHOS/DGS/DGAS N°2002-229 du 17 avril 2002 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients souffrant de SLA :](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 10 établissements concernés

Montants délégués en 2010 (en exécution) 3 026 584€

1^{er} quartile : 146 317€

Médiane : 195 578€

3^{ème} quartile : 402 434€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La sclérose latérale amyotrophique (ou maladie de Charcot) est une maladie neuro-dégénérative dont l'incidence est de 2 à 4 personnes pour 100 000 et dont la prévalence est de 7 à 10 personnes pour 100 000. L'âge moyen des personnes malades est de 55 ans mais semble diminuer. L'homme est un peu plus touché que la femme (1,5/1). 5 à 10 % des cas ont un caractère familial.

Localisé dans un établissement hospitalier, le centre de référence est rattaché à un service de neurologie ou de médecine physique et de réadaptation. Sa mission est quadruple :

- améliorer l'accès au diagnostic et accompagner l'annonce ;
- réunir et organiser l'interdisciplinarité nécessaire au suivi de ces situations cliniques complexes et continuellement évolutives ;
- assurer le transfert de connaissances et de savoir-faire auprès des acteurs de proximité et la mise en œuvre des moyens nécessaires sur le lieu de vie ;
- participer à la collecte des données et aux programmes de recherche gérés par les centres de référence.

Pour garantir le caractère adapté de la réponse, la " file active " de chaque centre de compétence a été fixée à un minimum de 50 patients par centre.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements ayant été retenus suite à un appel à candidature régional et donc répondant au cahier des charges établi par la circulaire DHOS du 17 avril 2002 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients souffrant de SLA

Il est donc conseillé aux agences régionales de labéliser régionalement, pour une durée déterminée, les établissements répondant audit cahier des charges. Le suivi en sera facilité.

Périmètre de financement

Les centres de référence, de vocation interrégionale et reliés par convention avec les centres de compétence de leur zone d'attraction, assument des fonctions de centralisation des données et de coordination de la recherche par l'élaboration ou la participation à des protocoles de recherche médicale et en soins infirmiers

ou paramédicaux.

Ne rentrent pas dans le périmètre de financement les centres de compétence sur la SLA qui constituent les structures centrales de prise en charge de la SLA et qui ne relèvent pas d'un financement MIGAC.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées à des fins de coordination des disciplines, de formations/conseil et de participation à la collecte de données et aux programmes de recherche, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre de référence.

In fine, est donc financée la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire (temps de personnel médical et non médical, notamment de secrétariat). Le financement de cette équipe (*in fine* son identification) doit se faire par référence au dossier de l'établissement déposé suite à l'appel à candidature.

En outre, le calcul de la dotation doit prendre en compte le cas échéant les coûts spécifiques (fonctionnement et investissement) de mise en place des actions de coordination de soins, de participation à la recherche et de promotion d'actions de formation/conseil. Ces frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de 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 (afin de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non pris en compte via le financement des consultations).

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les ARS devront être destinataire des rapports d'activité de ces structures.

En sus, une évaluation annuelle dans le cadre du CPOM est possible en mobilisant un certain nombre d'indicateurs :

- action de collecte de données épidémiologiques,
- actions de recherche (publication ...) ;
- de recours ;
- Formations organisées (nombre de formation et type de public touché)

8. Les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson

Références juridiques

Circulaire DGS/DH/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge par les établissements d'hospitalisation publics des problèmes posés par la mort subite du nourrisson

[circulaire n°919 du 23 décembre 1987](#)

[Recommandations de l'HAS, Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson \(moins de 2 ans\), 2007](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 21 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 2 164 907 €

1^{er} quartile : 26 130 €

Médiane : 76 003 €

3^{ème} quartile : 142 590 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les Centres de Référence Régionaux ont pour mission de :

- jouer un rôle d'animation en matière de soins, de recherche et d'enseignement,
- apporter un appui technique aux équipes et professionnels de santé confrontés à ce problème,
- diffuser auprès des équipes hospitalières et du corps médical toute information utile,
- organiser une surveillance par monitoring à domicile lorsque celle-ci s'avère nécessaire et évaluer son efficacité ;
- accompagner les familles endeuillées (immédiatement après le décès et à l'occasion d'un nouveau projet parental).

Grâce aux campagnes de prévention, le nombre de décès a sensiblement diminué depuis une vingtaine d'années.

Critères d'éligibilité

La liste des centres de référence a été établie dans la circulaire n°919 du 23 décembre 1987.

Périmètre de financement

La dotation MIG doit permettre de participer à la prise en charge des surcoûts induits par la mission et non pris en compte par des sources de financement existantes.

Il peut notamment s'agir des frais non supportés par les parents (transport, analyses...voir en ce sens les recommandations de l'HAS en date du 24 mai 2007 disponibles sur le site internet de l'HAS : « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson »).

Critères de compensation

Le calcul de la dotation doit se baser sur le financement d'une équipe pluridisciplinaire (personnel médical et non médical, notamment en tant que de besoin du personnel de secrétariat) dont l'objectif est avant tout de jouer un rôle de coordination (animation/appui technique/diffusion de bonnes pratiques). Au regard des

missions des centres, les ETP financés ne sont pas des ETP dédiés entièrement à la structure.

Le cas échéant, le calcul de la dotation peut prendre en compte les frais de structure inhérent au fonctionnement de tout centre de référence. Ces frais peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Leur calcul peut aussi se fonder 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.

En sus, certains frais spécifiques peuvent être compensés dans le cadre du calcul de la dotation, notamment les frais liés à la surveillance par monitoring à domicile (coût de maintenance) ainsi que les frais liés à la réalisation d'outils à des fins de diffusion de bonnes pratiques (organisation de formations/publicité) et ceux engagés par les familles.

Avec l'aide d'outils de retraitements comptables, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

La remise d'un rapport annuel d'activité à l'ARS peut être exigée, permettant d'analyser la pertinence du volume des crédits alloués.

En outre, trois indicateurs peuvent permettre plus précisément de suivre l'exercice de la mission :

- Nombres de corps transférés
- Nombre de nouvelles familles suivies
- Actions de prévention

9. Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral

Références juridiques

[Circulaire n°DHOS /OPRC/DGS/DSS/2009/95 du 3 avril 2009 relative à la procédure de fixation, de suivi et de diffusion par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation de la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge les implants cochléaires et les implants du tronc cérébral dans le traitement des surdités profondes](#)

[Arrêté du 2 mars 2009 relatif à l'inscription des implants cochléaires sur la liste des produits et prestations remboursables \(modifié régulièrement\)](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 17 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 8 124 160€

1^{er} quartile : 120 029€

Médiane : 191 747€

3^{ème} quartile : 506 299€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La technique d'implantation cochléaire permet de pallier la perte auditive de certains patients sourds profonds par la mise en place chirurgicale d'une cochlée artificielle. La comptabilisation de l'activité doit tenir compte à la fois des implantations de première intention et des renouvellements. Cette technique revêt des indications spécifiques chez l'adulte et chez l'enfant.

Les implants du tronc cérébral sont indiqués dans les cas où la surdité est liée à la non fonctionnalité du nerf auditif au-delà de la cochlée. La stimulation se fait sur le noyau cochléaire et non plus sur les cellules ciliées. Les indications d'implantation sont nettement moins fréquentes que pour les implants cochléaires.

L'arrêté du 2 mars 2009 a inscrit ces implants sur la liste des produits et prestations remboursables. Toutefois, compte tenu des recommandations de la Haute Autorité de Santé et du Comité Économique des Produits de Santé, il a été décidé de subordonner le remboursement des implants à leur pose dans des établissements figurant sur des listes à établir par les directeurs d'ARS.

Ainsi, les implants cochléaires et du tronc cérébral doivent être prescrits et implantés par des équipes pluridisciplinaires expérimentées appartenant à un centre répondant aux caractéristiques décrites par la circulaire du 3 avril 2009. Le bilan de pré-implantation, l'implantation, le suivi et les réglages post-implantation doivent être réalisés par le même centre. Le plateau technique, la composition de l'équipe pluridisciplinaire et le seuil d'activité minimale recommandé sont précisés dans la circulaire.

Critères d'éligibilité

Seuls les centres identifiés par les ARS sur la base du cahier des charge prévu en annexe de la circulaire du 3 avril 2009 et dont la liste est transmise par les ARS aux organismes d'assurance maladie sont éligibles au financement MERRI.

Il est conseillé que cette identification débouche sur une labellisation régionale formelle limitée dans le temps.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les GHS existants pour la pose d'implants couvrent le coût de l'intervention et de l'hospitalisation lors de l'implantation. Les implants eux-mêmes sont facturables sur la base de l'inscription sur la LPP. La dotation MERRI prend en charge le coût lié au suivi, à la réhabilitation des patients et aux réglages.

In fine, le compte de résultat lié à l'activité de pose d'implantation cochléaire et du tronc cérébral doit tenir compte de l'ensemble des financements : GHS, remboursement des implants, dotation MERRI.

Critères de compensation

Afin d'harmoniser les financements de ces centres, un modèle basé sur des variables d'ajustement objectives vous est fourni. La file active suivie par chaque centre vous est proposée comme base d'allocation des crédits MIGAC. Cette file active doit être scindée en 3 groupes :

- les patients suivis la première année après la pose de l'implant cochléaire : suivi important par plusieurs professionnels : orthophoniste, phoniatre, psychologue, électrophysiologiste...
- ceux suivis la seconde année après la pose de l'implant : même suivi, mais moins fréquent
- ceux dont la pose de l'implant a plus de 2 ans

Pour chacun de ces 3 groupes, il est nécessaire de distinguer les enfants des adultes. En effet, les travaux réalisés sur les coûts de la prise en charge de ces patients font apparaître une différence importante selon qu'il s'agisse d'un adulte ou non.

La modélisation proposée consiste à valoriser le financement de cette activité selon différentes « sous-files actives » décrites ci-dessous.

- les patients enfants suivis en n+1 après la pose de l'implant
- les patients adultes suivis en n+1 après la pose de l'implant
- les patients suivis en n+2 après la pose de l'implant : la valorisation du suivi de chaque patient est évaluée à la moitié du coût de la première année de suivi
- coût de suivi pour les patients dont la pose de l'implant a plus de 2 ans.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Il appartient cependant aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces centres étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au fonctionnement de l'activité concernée.

Source : The economics of cochlear implant management in France : a multicenter analysis, par L. Molinier, H. Bocquet, V. Bongard, B. Fraysse

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré de facto dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Méthode et indicateurs de suivi définis dans la circulaire du 3 avril 2009.

A noter que les ARS sont invitées à réexaminer régulièrement la liste des établissements éligibles à l'inscription sur la liste des centres de pose d'implants.

10. Les centres de ressources sur les maladies professionnelles

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 25 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 7 626 986 €

1^{er} quartile : 125 721 €

Médiane : 203 859 €

3^{ème} quartile : 405 065 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les centres de ressource sur les maladies professionnelles (CRMP) ont pour vocation de :

- proposer des services de qualité en santé au travail avec l'aide des moyens médicaux et techniques d'un établissement de santé ;
- former les futurs médecins du travail ;
- participer aux recherches visant à mieux connaître les pathologies générées par le milieu du travail ;
- contribuer à la prévention des pathologies professionnelles en offrant aux médecins, notamment aux médecins du travail, un dispositif spécialisé de conseil et d'aide à la recherche de l'origine et de la cause professionnelle de pathologies constatées.

Cette vocation fait des centres de ressources sur les maladies professionnelles les partenaires naturels des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, des organismes sociaux et en particulier des services de prévention des CRAM avec lesquels ils coopèrent au développement de la prévention des altérations de la santé au travail.

In fine, le salarié bénéficie gratuitement d'une consultation de spécialiste en pathologie professionnelle et de tous les examens cliniques et complémentaires nécessaires à l'élaboration du diagnostic. A la demande du CRMP, ces examens peuvent être réalisés par les diverses unités spécialisées de l'établissement de santé.

Le médecin traitant dispose d'un avis d'expert pour étayer son diagnostic.

Le médecin du travail bénéficie des conseils du CRMP pour orienter le salarié et l'entreprise en matière de prévention et de devenir professionnel. L'avis d'aptitude reste de son entière responsabilité.

Sur un problème complexe, l'avis du CRMP permet au médecin du travail d'optimiser ses conseils à l'entreprise en matière de prévention et si nécessaire, d'orientation professionnelle.

Critères d'éligibilité

La délégation doit s'effectuer en respectant des règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter toute discrimination.

Dans cette optique, le choix de l'établissement accueillant le centre de ressource doit faire l'objet d'une objectivation préalable.

Il est recommandé aux ARS d'établir un cahier des charges reprenant les objectifs et actions assignés à chaque centre de ressources. Sur la base de ce cahier des charges, dont la publicité devra être assurée, l'ARS pourra labelliser le(s) CRMP de sa région. Si les circonstances régionales l'exigent (ex : retrait de label), le choix d'un nouvel opérateur devra s'effectuer par appel à candidature sur la base dudit cahier.

Périmètre de financement

Est compris dans le périmètre de financement :

- les consultations pouvant comprendre des examens cliniques et complémentaires ;
- les activités d'information et de conseil sous forme de réponses téléphoniques ou par courrier et par l'organisation de réunions à destination des médecins et par publications ;
- la réalisation d'études-actions de courte durée et de portée immédiate à destination des entreprises ou des acteurs de prévention ;
- la saisie d'informations pertinentes sur l'activité.

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un CRMP 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.

Concrètement, ces surcoûts se concrétisent par le financement d'une équipe composé d'ETP en secrétariat, praticien hospitalier, et attaché.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- nombre de patients ;
- nombre total de consultations ;
- rapport annuel.

11. Les services experts de lutte contre les hépatites virales

Références juridiques

[Circulaire N° DGS/VS2/DH/99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 7 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 2 294 631 €

1^{er} quartile : 256 185 €

Médiane : 351 072 €

3^{ème} quartile : 426 023€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition :

Ces services constituent des services hospitaliers de niveau régional engagés dans la lutte contre les hépatites virales et la prise en charge des patients atteints d'hépatites virales par un appui technique aux politiques régionales ou nationales de santé en matière d'expertise ou de recherche sur les hépatites virales.

Les missions actuelles en tant que services de CHU de spécialité portent sur :

- L'expertise clinique pour les diagnostics et traitements complexes chez les malades difficiles notamment les patients ayant des poly-pathologies rendant une indication de première intention difficile. .
- La recherche clinique sur les hépatites au niveau de la région. Ces services participent à différents types d'études thérapeutiques (ANRS et privés) aux études scientifiques évaluant l'intérêt et les limites de nouvelles méthodes d'évaluation, aux essais thérapeutiques concernant de nouvelles molécules, à des analyses de modèles prédictifs permettant une projection sur les risques de complications.
- Le suivi de cohortes de patients (notamment en lien avec l'ANRS)
- L'enseignement pratique et théorique pour les étudiants en médecine, les internes de spécialités et de médecine générale et la formation continue des médecins généralistes et spécialistes.

Leurs missions spécifiques en tant que « service expert de la lutte contre les hépatites virales » :

- Surveillance épidémiologique des files actives des services prenant en charge les patients atteints des hépatites virales au niveau régional en relation avec l'Institut de Veille Sanitaire.
- De façon inégale suivant les services : participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge :
 - Par l'élaboration des protocoles thérapeutiques adaptés, leur diffusion et leur accompagnement.
 - Par l'élaboration de procédures spécifiques pour réduire les délais de prise en charge après un dépistage positif.
 - Par l'élaboration des protocoles d'Éducation thérapeutique et des protocoles de transferts de compétences entre professionnel.
 - Par la formation des professionnels (hors activité CHU) pour l'accompagnement des patients
- Quelques services participent également à la coordination des acteurs régionaux agissant dans le champ de la prévention, dépistage et de la prise en charge. Cette coordination permet d'associer les partenaires hospitaliers, libéraux, médico-sociaux, institutionnels et les associations de patients.

d. Certains participent à la politique régional de lutte contre les hépatites.

Critères d'éligibilité

Peuvent bénéficier d'un financement MIGAC les structures labellisées pôle de référence hépatite C. Ces pôles sont localisés dans les CHU.

Périmètre de financement

Sont compris dans le périmètre de financement :

- l'élaboration des protocoles de prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- la coordination régionale de la recherche clinique ;
- Le rôle de référent pour les diagnostics et traitements complexes ;
- La participation à la formation des professionnels et à l'information du public.

A noter que la surveillance épidémiologique en lien avec l'INVS est financée par l'INVS et ne doit pas être un élément à intégrer dans le calibrage de la MIG.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités d'élaboration des protocoles, de coordination, de formation et de surveillance épidémiologique, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout pôle de référence. En outre, le calcul de la dotation doit prendre en compte le cas échéant les coûts de mise en place des actions de coordination et de promotion d'actions de formation/conseil.

In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire (du temps médical et du temps correspondant à une infirmière coordinatrice).

Le calcul de ces frais peut se baser sur la file active des patients (pour 2012 = données épidémiologiques INVS).

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

L'ARS peut aussi prendre en compte l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque pôle. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par ailleurs, notamment par l'INVS).

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les rapports d'activité des pôles permettent un contrôle à posteriori de la mise en application des missions. Les indicateurs pouvant être mobilisées sont les suivants :

- Pour la recherche : nombre de publications/nombre de travaux de recherche engagés ;
- Pour l'amélioration de la prise en charge : nombre de protocoles et de procédures rédigés et diffusés, nombre d'actes de coordination des acteurs (réunions de concertation, documents diffusés ; nombre d'outils de coordinations élaborés (recueil lieu ressource, annuaire, outils internet...) ;
- Pour le suivi épidémiologique : File active territoriale incluant celle du pôle.

12. Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Références juridiques

Art [L2131-1](#), [L2131-2](#), [L2131-5](#) et [2213-1](#), [R2131-10](#) et suivants du CSP

[Arrêté du 6 août 2008 fixant le contenu des rapports annuels d'activité des établissements publics de santé ou des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés à pratiquer des activités de cytogénétique et de biologie en vue d'établir un diagnostic prénatal, des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal](#)
[circulaire n°DGS/SP2/99/307 du 27 mai 1999 relative à l'agrément des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 49 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 12 353 617€

1^{er} quartile : 136 028 €

Médiane : 212 592 €

3^{ème} quartile : 395 904 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les missions des centres sont définies à l'article R.2131-10-1 CSP : favoriser l'accès au diagnostic prénatal, donner des avis et conseils en matière de diagnostic et de thérapeutique et organiser des actions de formation.

Critères d'éligibilité

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréés par le ministre chargé de la santé selon la procédure prévue à l'article R.2131-13 du Code de la santé publique sont éligibles aux crédits.

L'éligibilité est donc liée à l'autorisation mentionnée à l'article L. 2131-1 délivrée par décision du directeur général de l'Agence de la biomédecine après avis du conseil d'orientation de l'agence. La durée de l'autorisation est de cinq ans.

Périmètre de financement

La MIG des CPDPN a vocation à couvrir 3 catégories d'activité mobilisant du temps de personnel médical (gynécologue obstétricien et sage femme) et non médical dans des proportions variables au-delà de la durée des actes standardisés valorisés dans la CCAM et la T2A :

- L'adjonction au suivi normal de la grossesse d'évènements spécifiques concernant sa prise en charge et en rapport direct avec la démarche de diagnostic prénatal, selon 3 parcours types correspondant à 3 niveaux de sollicitation des personnels médicaux et non médicaux (classés ci-après du moins au plus mobilisant):
 - 1-Prise en charge de pathologies dont le diagnostic et le pronostic sont assez bien codifiés quelle qu'en soit l'issue (exemple : trisomie 21-13-18, anencéphalie, maladies génétiques...),
 - 2-avis à distance sans prise en charge (naissance et/ou Interruption Médicale de grossesse hors centre),
 - 3-Prise en charge de pathologies complexes, au pronostic incertain, mobilisant fortement les ressources humaines et matérielles (exemple : ventriculomégalie, laparoschisis, anomalies

gonosomiques, pathologies nécessitant un traitement in utéro...) avec naissance dans le centre

- L'accompagnement pré-péri et post natal de l'IMG
- Les réunions de concertation pluridisciplinaires.

Ne relèvent pas d'un financement MIGAC, les activités techniques en médecine fœtale financées en acte externe par la CCAM ou dans les GHS, notamment les prélèvements à visée diagnostique (amniocentèses, choriocentèses, cordocentèses), gestes à visée diagnostique (exsanguino-transfusions, drainages divers...).

De même, l'activité de consultation génétique prénatale ne relève pas de la MIG CPDPN mais de la MIG consultations hospitalières de génétique.

Critères de compensation

L'activité des CPDPN étant corrélée au nombre des naissances, l'enveloppe MIG CPDPN initiale, calibrée en fonction du périmètre de financement décrit ci-dessus, a été répartie entre les régions accueillant au moins un CPDPN, au prorata du nombre d'accouchements recensés dans la base SAE au cours des années 2003 à 2005.

L'enveloppe MIG CPDPN a été abondée en 2011, à l'appui des remontées ARBUST, au prorata du nombre d'accouchements recensés dans la SAE au cours des années 2006-2008 et en prenant en compte l'augmentation des coûts (19,1 €/naissance au regard des données ARBUST 2010 et de l'abondement 2011, contre 17,65€/naissance dans l'enveloppe initiale). La même clef de répartition peut être utilisée en infrarégional par les ARS pour l'allocation de la MIG entre les CPDPN. Cette répartition peut toutefois être pondérée au regard des rapports d'activité des CPDPN.

La MIG CPDPN vient en complément des recettes T2A et CCAM perçues par ailleurs par la structure.

Il appartient à l'ARS de veiller à ce que l'addition de la MIG CPDPN, des recettes d'activité du CPDPN, de la MIG consultations hospitalières de génétique n'aboutisse pas à une surcompensation des charges afférentes à l'activité clinique des CPDPN.

In fine, chaque centre est composé d'une équipe constituée d'au moins six praticiens (quatre exerçant dans l'établissement et deux pouvant exercer ailleurs) dont *a minima* un conseiller en génétique ainsi que de praticiens responsables d'analyses de cytogénétique et de biologie. Néanmoins, ces médecins ne consacrent pas une activité temps plein au Centre. Le financement du centre, et donc le calcul de la dotation, doit prendre en compte du temps médical et du temps de secrétariat (non dédié), ainsi que le cas échéant des frais de fonctionnement inhérent à tout centre (peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale)..

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le rapport annuel d'activité du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal doit être transmis à l'ARS et l'ABM. Il présente un bilan de l'activité technique en médecine fœtale de l'établissement ainsi qu'un bilan du centre : nombre de réunions pluridisciplinaires, nombre de dossiers discutés dans l'année par catégorie de motif, nombre de couples venus consulter spontanément le centre, devenir des grossesses pour lesquelles le centre a été consulté.

Respect des bonnes pratiques définies par l'ABM (2010)

Collaboration avec le réseau Périnatalité local (dépistage combiné de la trisomie 21, formation en médecine fœtale et en échographie...)

13. les centres de diagnostic préimplantatoire

Références juridiques

Art L.1418-1 (rapport annuel de l'ABM), Art. [L.2131-4](#) et [L.2131-4 -1](#), Art [L.2142-1](#) (autorisation) du CSP
Art [511-21](#), [511-22](#) et [511-24](#) du code pénal

Arrêté du 6 août 2008 fixant le contenu des rapports annuels d'activité des établissements publics de santé ou des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés à pratiquer des activités de cytogénétique et de biologie en vue d'établir un diagnostic prénatal, des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et des établissements de santé autorisés à pratiquer le diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 2 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 1 982 500 € (création de la MIG en 2010)

1^{er} quartile : 931 250 €

Médiane : 991 250 €

3^{ème} quartile : 1 051 250 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le diagnostic préimplantatoire est le diagnostic biologique réalisé à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro.

Il n'est autorisé qu'à titre exceptionnel, lorsqu'un couple, pris en charge dans un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), du fait de sa situation familiale, a une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Le diagnostic préimplantatoire ne peut être réalisé, à certaines conditions, que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet par l'Agence de la biomédecine.

Critères d'éligibilité

Ne seront financés par la dotation MIGAC que les centres spécifiquement autorisés par le directeur général de l'Agence de la biomédecine pour une durée de 5 ans selon les dispositions prévues à l'article L. 1418-1 du code de la santé publique.

A ce titre, il convient de noter l'existence de définition d'indications précises pour le DPI. La délivrance d'autorisation est à ce titre notamment liée à l'évaluation du nombre de couples susceptibles de déposer une demande (couples pris en charge par le CPDPN de l'établissement / par un autre CPDPN) ainsi que la disponibilité d'un personnel présentant la qualification adéquate (ou possibilité de le recruter)

Il convient par ailleurs de rappeler que seuls sont habilités à procéder au DPI et au diagnostic biologique les praticiens ayant été agréés à cet effet par l'Agence de biomédecine (article L. 2131-4-2 du code de la santé publique). Dans ce cadre, un agrément nominatif spécifique est délivré aux personnes exerçant les spécialités suivantes en DPI :

- le biologiste de la reproduction pour la biopsie embryonnaire
- un ou deux généticiens pour les analyses en biologie moléculaire
- un ou deux cytogénéticiens pour les analyses chromosomiques

Périmètre de financement

La MIG CDPI a vocation à couvrir les charges liées à la pratique propre du DPI : de la préparation jusqu'à la réimplantation, y compris les activités de laboratoire hors nomenclature (BHN).

Les activités suivantes font l'objet de modes de financement propres et ne relèvent ainsi pas du financement par la MIG « Centres de DPI » :

- prise en charge du couple qui relève de l'assistance médicale à la procréation en vue de l'obtention des embryons et du transfert d'embryon(s) indemne(s).
- avis donnés par les CPDPN (les CPDPN sont financés par une MIG spécifique)

*** L'enveloppe MIG CDPI des centres dont l'activité préexistait à la création de la MIG CDPI en 2010 n'a pas intégré le montant de l'enveloppe MIG BHN qu'ils percevaient déjà à ce titre (estimée à 240 000 € par centre). Pour les centres créés ultérieurement la MIG CDPI prend en compte l'activité de biologie. Il convient de procéder aux transferts d'enveloppe correspondants (240 000 €) de la MIG CDPI vers la MIG BHN pour ceux créés ultérieurement et d'enregistrer dans ARBUST ces montants sous la MIG BHN*

Critères de compensation

Afin de proposer un financement homogène à l'ensemble des centres, l'ABM a calibré les besoins en ressources humaines et matérielles pour une activité de l'ordre de 200-250 DPI. Le coût en matériel a été estimé à environ 25% de la dotation en personnel.

	Nb de personnes	Nb ETP ²³
Sage-femme	2	1
Secrétaire	2	1
Prélèvement (biologiste)	2	1
Biologie moléculaire (agréé)	3	1,5
Cytogénétique (agréé)	3	1,5
Ingénieur moléculaire	1	1
Ingénieur cytogénétique	1	1
Techniciens moléculaire	3	2
Techniciens cytogénétique	3	2,5
Total personnel par centre	21	13,3
Total (personnel + matériel*)		

* Le coût en matériel est évalué à environ 25% de la dotation en personnel

Cela équivaut donc à un total moyen par centre (personnel et matériel compris) à 1 111 250€ (dont 240 000 € de MIG BHN).

Ce calibrage a une visée d'évaluation des besoins financiers. Néanmoins, les centres restent libres des ressources qu'ils souhaitent engager pour la réalisation de l'activité selon l'organisation propre qu'ils mettent en place (elle est actuellement assez différente selon les centres).

Les établissements et les ARS concernés devront veiller à bien distinguer les charges et recettes qui relèvent respectivement du CPDPN et du CDPI.

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

²³ Voir l'annexe 6 relative aux rémunérations moyennes du personnel médical et non médical afin de calculer plus finement la dotation.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Niveau d'activité du centre : en moyenne 250 tentatives/an
- Réduction des délais de prise en charge des couples demandeurs.
- Recrutements, notamment de praticiens et de techniciens formés au DPI

(cf. contrat annuel d'objectifs et rapport annuel d'activité)

Doivent en outre être mesurée le respect des bonnes pratiques définies par l'ABM (publication annoncée en 2011) A noter enfin, qu'un rapport annuel d'activités de l'ABM est réalisé.

14. Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles

Référent : Olivier Louvet

Bureau : PF4

Fiche non rendue pour le moment

15. Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires.

Références juridiques

[Instruction N°DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 9 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 1 514 071 €

1^{er} quartile : 147 500 €

Médiane : 148 944€

3^{ème} quartile : 150 516€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes fait partie des mesures prescrites dans les programmes nationaux de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 et 2009-2013. En année courante, environ 2000 à 3000 patients sont atteints d'une IOA complexe.

Compte-tenu de la sévérité de ce type d'infections, des conséquences en termes de morbidité, et de la complexité de la prise en charge, le ministère chargé de la santé a conduit une politique visant à améliorer l'organisation de leur prise en charge. Cette organisation repose sur neuf centres de référence interrégionaux dont les missions sont rappelées dans l'instruction du 27 décembre 2010 :

- Mission d'orientation. Il met en place une organisation permettant de répondre aux appels des patients, des médecins traitants ou des services de chirurgie (site internet, numéro de téléphone dédié, secrétariat, etc.).
- Mission de recours et d'expertise : il doit répondre aux demandes d'avis. Il prend en charge les IOA (simples ou complexes) ainsi que les IOA en situation de complexité ressentie par le malade ou le praticien initial.
- Le centre de référence organise et centralise les réunions de concertation pluridisciplinaire pour tous les patients (ceux qu'il a pris en charge et ceux qui ont été adressés par un établissement de santé ou un centre « correspondant »). Le centre de référence valide le caractère complexe de l'IOA et définit le lieu de prise en charge ainsi que la stratégie de prise en charge.
- Chaque centre de référence a par ailleurs, une mission d'évaluation, de recherche, et d'enseignement. A ce titre, il établit et diffuse, en partenariat avec les établissements de santé correspondants, des procédures pour la prise en charge d'une IOA au stade initial et contribue à la rédaction de guides de bonnes pratiques au niveau national.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles à la MIG, les neuf centres de référence interrégionaux mis en place par la DGOS (lettre DHOS/E2/87 du 15 janvier 2009 sur la reconnaissance interrégionale de centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes, lettre DGOS/PF2/01 du 3 janvier 2011 sur la reconnaissance d'un centre de référence interrégional pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes au CHU de Rennes), sous réserve d'évaluation de leur services rendus notamment au moyen de leur rapport d'activité annuel et par la mesure de leur activité rapportée par leur système d'information spécifique et par l'ATIH (via l'exploitation du PMSI).

L'éligibilité est basée sur ce qui est attendu d'un CIOA, soit :

1. Être clairement identifié, avec une seule personne coordonnatrice par centre, un seul site de chirurgie et un binôme médecin et chirurgien ;
2. Mettre en place une organisation pour répondre aux appels des patients, des médecins traitants ou des services de chirurgie ;
3. Décrire précisément le processus d'orientation des patients d'une part, et d'autre part la prise en charge des patients atteints d'IOA en fonction de la gravité de l'infection, notamment via les RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) ;
4. Coordonner pour les patients atteints d'IOA complexes, la filière de prise en charge ;
5. Prévoir un plan de communication loco-régional intégrant les associations de patients et les ARS ;
6. Contribuer à l'amélioration et à l'évaluation du dispositif (réunions, rapport d'activité) ;
7. Animer, promouvoir et mettre en place des programmes de recherche clinique et fondamentale et déployer la formation dans le domaine des infections ostéo-articulaires.

Sont également pris en compte pour la sélection de la structure son niveau activité en matière de prise en charge d'IOA complexes, sa localisation dans l'inter-région et ses compétences internes

Périmètre de financement

La prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes visés par le GHM 08C56x fait l'objet de facturation spécifique via 4 GHS majorés mis en place en 2009 puis réévalués en 2011 (arrêtés « prestation » du 19 février 2009 et du 28 février 2011 cités plus haut). Ainsi la MIG n'est destinée qu'à couvrir les coûts supplémentaires associés aux missions d'intérêt général assignées aux 9 centres de référence : coordination, expertise, recours et RCP. Elle n'est pas destinée à couvrir la prise en charge médico-chirurgicale des patients, financée elle par les GHS.

Critères de compensation

Chaque centre de référence est doté de 147,5 K€ (coût 2009), pour les surcoûts liés à la réalisation de ses missions de coordination, expertise, recours et RCP et pour la coordination de la recherche et de l'enseignement. Les compétences visées sont celles de médecin, de cadre de santé, de secrétaire. Sont également financés des vacations de kinésithérapeute, d'assistante sociale, de psychologue et de diététicienne.

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Indicateurs chiffrés

- Nombre d'IOA complexes prises en charge chaque année ;
- Nombre de RCP de recours pour l'inter-région.
- Ces indicateurs sont l'objet d'une actualisation avec la mise en place en 2012 d'un système d'information national spécifique.

Indicateurs qualitatifs :

- Moyens mis en place pour la communication avec le grand public et les professionnels de santé ;
- Moyens mis en place pour le recours : partenariats formalisés, organisation mise en place avec les centres correspondants, pluridisciplinarité des équipes, organisation des RCP ;
- Production d'expertise : protocoles et procédures, mesure de la qualité et de la satisfaction des patients, animation scientifique.
- Participation à l'enseignement et à la recherche, essais cliniques et publications.

G. Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou non couverts par les nomenclatures ou les tarifs

1. Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique

Références juridiques

Plan Cancer 2009-2013, mesure 21, Garantir un accès égal aux traitements et aux innovations, action 21.2 : Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires

Plan national maladies rares 2011-2014

Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

[Liste des laboratoires d'oncogénétique](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 66 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 102 072 213€

1^{er} quartile : 187 514€

Médiane : 917 947€

3^{ème} quartile : 1 344 584€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les tests génétiques concernent à la fois des personnes malades (cas index) et des membres non malades de leur famille (apparentés). L'accès aux tests de prédisposition génétique à certaines pathologies suppose donc d'une part une activité de consultation clinique (voir MIG consultations hospitalières de génétique) et d'autre part une activité de biologie spécialisée.

Ces analyses spécialisées concernent aussi bien la génétique moléculaire, l'oncogénétique, la cytogénétique et la neurogénétique.

La loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique a modifié le régime juridique applicable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales d'une personne et à son identification par empreintes génétiques. Le décret n°2008-321 du 4 avril 2008 est venu préciser les conditions d'autorisation et de renouvellement des laboratoires et d'agrément des praticiens et précise les compétences de l'Agence de la Biomédecine dans ce domaine.

En matière de cancérologie, l'accès aux tests moléculaires prédictifs déterminant l'accès aux thérapies ciblées se déploie dans les plateformes de génétique moléculaire, soutenues par l'INCa et la DGOS depuis 2006 (en avril 2011 : 107 sites de consultations d'oncogénétique répartis dans 72 villes et 25 laboratoires recevant des financements DGOS/INCa). Ces plateformes regroupent plusieurs laboratoires, pouvant appartenir à des établissements différents, permettant d'offrir aux patients l'ensemble des techniques indispensables de génétique moléculaire pour toutes les pathologies concernées.

Critères d'éligibilité

Concernant l'oncogénétique : plateformes reconnues dans le cadre des différents appels à projets INCa / DGOS. Une labellisation est donc nécessaire pour obtenir le financement.

Concernant la génétique moléculaire / Cytogénétique / Neurogénétique : nécessité pour les laboratoires d'une autorisation de l'Agence Régionale de Santé avec avis de l'Agence de la Biomédecine pour la réalisation des examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales et pour les praticiens d'agréments délivrés par l'ABM. L'éligibilité au financement renvoi donc à ces conditions.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les financements MERRI sont essentiellement destinés à financer les infrastructures de laboratoires spécialisées (y compris des travaux pour l'aménagement de locaux), à l'exclusion des actes de biologie eux-mêmes (B, BHN et des ressources affectées au volant clinique de l'activité de génétique (centres de référence, consultations de génétique).

Les financements peuvent couvrir des dépenses d'équipements et de personnels.

Cette dotation ne doit pas être confondu avec celle ayant trait au financement des actes hors nomenclatures (dite MIG BHN). Si l'on prend en compte dans le périmètre de financement de la mission l'ensemble des charges de la structure (personnel et fonctionnement), il convient donc de déduire **le cas échéant** de cette dotation celle attribuée au titre de la MERRI BHN (finançant une part des ETP des laboratoires pratiquant des actes dentaires, de biologie et d'anatomo-cyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du CSS). A défaut, il y aurait un double financement potentiel de la structure.

Critères de compensation

Les recettes liées à l'activité des laboratoires (B, BHN) ou à la couverture de charges de structures pour les plateaux techniques spécialisés (part fixe des MERRRI) doivent être prises en compte, la dotation MERRI en part variable ne devant couvrir que les surcoûts liés au fonctionnement des laboratoires de génétique.

La dotation MIGAC doit donc être calculée en fonction du personnel mis à disposition du laboratoire, ainsi que des frais de structure (peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale) auquel il convient de soustraire la dotation relative à la MIG BHN.

Il revient néanmoins aux ARS établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au soutien à la promotion et à l'investigation à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Suivi assuré par la DGOS.

Pour l'oncogénétique, suivi assuré par la DGOS en partenariat avec l'INCa.

A titre non exhaustif : volumes d'actes, file active de patients, existence d'une labellisation / autorisation, etc.

2. Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation

Références juridiques

Art [L.5121-12](#) du CSP

[Circulaire N°DGS/SD3A/DSS/FSS/DHOS/E2/2007/143 du 11 avril 2007](#) relative aux conditions dans lesquelles peuvent être fournis et pris en charge les médicaments faisant l'objet ou ayant fait l'objet des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) mentionnées à l'article.5121-12 du code de la santé publique et les nouveaux médicaments bénéficiant d'autorisation de mise sur le marché (AMM) sans avoir fait l'objet d'ATU.

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#) / [Circulaire N°DGOS/R1/2011/443 du 9 novembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#) / [Circulaire N° DGOS/R1/2011/ 483 du 19 décembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 244 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 94 569 302€

1^{er} quartile : 8 686€

Médiane : 52 144€

3^{ème} quartile : 337 574€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'objectif est d'assurer le financement des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation avant l'AMM et des médicaments bénéficiant d'une AMM mais dont le prix n'a pas encore été fixé par le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS). Au niveau national, est compris dans la MIG l'ensemble des médicaments dont le coût de traitement annuel pour un patient est supérieur à 100 000€, et au niveau régional, le reste des médicaments.

Critères d'éligibilité

La délégation s'effectue après une enquête exhaustive sur l'année en cours. Chaque euro dépensé est financé (basée sur la prescription et le prix d'achat du médicament).

a) Niveau national

- Enquête concernant uniquement les traitements dont le coût annuel est supérieur à 100 000€ par patient.
- L'établissement doit déclarer les ATU nominatives ou l'ATU de cohorte pour les médicaments sous ATU, la DGS informe des dérogations d'achat pour les médicaments ayant une AMM mais ne disposant pas encore d'agrément aux collectivités.
- Les montants sont fléchés par établissement puisqu'ils correspondent au remboursement d'une dépense réelle de l'établissement.

b) Niveau régional

- Reconduction du montant des crédits 2010 au niveau des ARS :

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

La MIG finance chaque euro dépensé de médicament sous ATU ou de médicament bénéficiant d'une AMM mais non encore agréé aux collectivités.

Critères de compensation

La compensation s'effectue à l'euro dépensé en se basant sur une enquête annuelle comprenant les données de prescription anonymisées, la copie de l'ATU (ou de la dérogation d'achat), le nombre de formes galéniques utilisées et leur prix unitaire, les coordonnées de la personne à contacter.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Absence de patients traités par ces molécules et dont le coût n'est pas pris en charge

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

Références juridiques

Articles [L162-1-7](#), [L162-1-7-1](#) et [L321-1](#) du CSS

[Circulaire du 23 décembre 2009 relative aux règles de facturation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie non inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 153 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 253 409 908 €

1^{er} quartile 52 036€

Médiane : 286 400€

3^{ème} quartile 1 174 557€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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) ».

Critères d'éligibilité

Établissements concernés :

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.

A noter que lorsqu'ils sont réalisés par l'établissement de santé dans lequel les patients sont hospitalisés, les actes HN sont pris en charge dans le cadre des MIGAC ; ils doivent, à cet effet, être saisis dans FICHSUP, sur la base de la grille d'actes établie par la conférence des directeurs généraux de CHU et les sociétés savantes.

Lorsqu'ils sont réalisés pour les patients suivis par un établissement de santé autre que l'établissement exécutant ou suivis par un laboratoire privé, l'établissement exécutant doit les facturer à l'encontre de l'établissement demandeur ou du laboratoire privé. L'établissement de santé demandeur peut en solliciter le financement à l'ARS via les MIGAC. Les tarifs doivent être fixés par assimilation ; ils ne peuvent, conformément à l'article R6145-7 du code de la santé publique « être inférieurs au coût de revient des prestations, calculés à partir de la comptabilité publique... ».

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.

Actes HN concernés :

Le référentiel des actes de biologie maintenu par le CHU de Montpellier est une grille de hiérarchisation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie hors nomenclature (HN).

Plusieurs types d'actes sont présents dans cette grille :

- Des actes qui ont vocation à rejoindre la NABM et ou la CCAM ;
- Des actes en BHN relevant du recours (ex : typage de leucémie aiguë), faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien ;
- Des actes en BHN issus de la recherche, relevant de l'innovation, pour lesquels l'intérêt clinique reste à préciser et faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien. Le but est de faire la différence entre d'une part un acte médical innovant, potentiellement 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.

Le référentiel a été mis à jour le 1/01/11 afin de prendre en compte :

- D'une part, les observations de la CNAM concernant les actes dont la présence ne se justifie pas en raison de leur inscription à la NABM ;
- D'autre part, les actes d'anatomo-pathologie intégrés à la CCAM. A noter que cette intégration aura une incidence sur le coût des séjours ; les actes d'anapathologies seront en effet inclus dans les tarifs et, de ce fait, « débasés » des MIG.

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) :

- Un code « 0 » au regard des actes non éligibles à la dotation MIG HN ;
- Un code « 1 » au regard des actes éligibles.

Les établissements ex DG doivent recueillir ces actes dans l'outil FICHSUP mis en ligne sur le site de l'ATIH, lequel recense :

- Le nombre, par code, d'actes réalisés pour les patients de l'établissement ou d'autres établissements et laboratoires ;
- Le montant total des actes facturés à l'encontre d'un autre établissement ou d'un laboratoire
- Les montants payés par les établissements demandeurs.

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 compensation

Le montant de la dotation doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des actes ou prestations HN, déduction faite des recettes éventuelles obtenues par ailleurs (facturation des prestations inter établissements, subventions éventuelles...). Ces surcoûts peuvent être déterminés sur la base des tarifs calculés à partir de la comptabilité analytique.

Étant allouée dans le cadre d'une enveloppe nationale, elle peut-être évaluée soit au prorata du total des charges nettes majorées des établissements (cf. retraitement comptable), soit au prorata de l'activité décrite par les établissements ex DG dans FICHSUP.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- charges prises en compte et recettes déduites,
- nombre d'actes réalisés...

4. Les organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables

Références juridiques

Art. [L1234-2](#), [L1243-6](#), L1234-2 et 1243-6, Art. [L6122-9](#)
[Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 15 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 10 523 858€

1^{er} quartile 281 500€
Médiane 385 379€
3^{ème} quartile 994 057€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les organes artificiels concernés sont ceux implantés de manière durable ou temporaire dans l'attente d'une greffe. Il faut différencier trois cas principaux d'implantation d'organes artificiels :

- Les organes placés à titre provisoire, en attente de greffe, au même endroit que l'organe natif.
- Les organes placés à titre définitif pour des malades ne pouvant être greffés (exemple des cœurs artificiels)
- Les organes, ou appareils assistant, servant à aider les organes naturels déficients (exemple du pacemaker pour le cœur)

Les acceptions à prendre en compte en l'occurrence sont les deux dernières.

Critères d'éligibilité

Chaque établissement souhaitant être éligible à la MIG devra justifier auprès de l'ARS sa demande de financement MIG. Il devra aussi être détenteur d'une autorisation d'effectuer des prélèvements d'organes (nécessitant l'avis de l'Agence de la biomédecine)

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Cette MIG finance la fabrication ou l'achat organes artificiels non encore inscrits sur la LPP et non évalués par la Haute Autorité de Santé (l'implantation et le suivi étant déjà financé via les tarifs ou les forfaits – FAG).

Critères de compensation

La compensation doit s'effectuer à l'euro dépensé en se basant sur tout élément (retraitement comptable ou facture) susceptible d'objectiver au maximum le montant à déléguer.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

5. Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire

Références juridiques

Loi N°2011-302 du 22 mars 2011 (article 8)

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

[Loi N°2004-800 du 6 août 2004](#)

Articles L.1241-1 et s. R. 1241-1 et s. R.1243-1 et s. du CSP

[Règlement Européen CE 1394/2007 for Advanced Therapies for Medicinal Products](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 9 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 3 274 951€

1^{er} quartile 47 846€

Médiane 179 830€

3^{ème} quartile 624 000€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les activités de thérapie cellulaire peuvent réglementairement avoir 2 formes :

-des médicaments de thérapie innovante, fabriqués par des établissements pharmaceutiques autorisés et devant obtenir une AMM européenne (gestion par l'EMA). Ces produits ne sont donc pas finançables par la présente MERRI;

-des préparations de thérapie cellulaires dont la production est autorisée par l'Afssaps après avis de l'Agence de la biomédecine. Ce régime permet de produire des produits simples, à l'unité, nominativement et localement.

Les activités financées par la dotation MERRI au titre de l'ancienne MERRI "banque de tissus" ont peu à peu été intégrées dans forfait annuel greffe (FAG). Continuent à bénéficier d'un tel financement les banques de tissus hospitalières pour leurs dépenses liées à l'innovation, notamment les activités innovantes de thérapie cellulaire et tissulaire (cultures d'épithélium...).

Critères d'éligibilité

Les établissements devront justifier auprès de l'ARS leurs demandes de financement MERRI et négocier la part des dépenses des banques de tissus relevant exclusivement de dispositifs innovants non pris en charge dans les tarifs, ne bénéficiant pas par ailleurs de financements au titre d'autres MERRI (PSTIC en particulier, ou CIC-BT).

Devront être déduites les subventions perçues au titre de ces activités.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Sont donc pris en compte dans le périmètre de la MERRI les dépenses des banques de tissus relevant exclusivement de dispositifs innovants non pris en charge par une source de financement existante.

A noter que cette MIG créée en 2007 est issue de l'ancienne MIG "banque de tissus" figurant dans l'arrêté de 2005. Les activités financées ont vocation naturellement à ne conserver leur caractère innovant que quelques années et donc à passer dans l'enveloppe tarifaire.

Critères de compensation

In fine, sont financés la fabrication ou l'achat (à l'établissement français du sang) de préparations de thérapie cellulaires.

La compensation doit s'effectuer à l'euro dépensé en se basant sur tout élément (retraitement comptable ou facture) susceptible d'objectiver au maximum le montant à notifier.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Pour ses activités innovantes de thérapie cellulaire et tissulaire comme pour ses autres activités, la banque de tissus devra avoir développé une politique d'auto-évaluation.

H. Missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise

1. Les observatoires régionaux et interrégionaux du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

Références juridiques

Art [D.162-16](#) du CSS
[Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 :](#)
[Circulaire n° DHOSIE2IDSS/IC/2006/30 du 19 janvier 2006](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 30 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 4,8 M€

1^{er} quartile 82 125€
Médiane : 132 945€
3^{ème} quartile 204 465€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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.

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

- De l'ARS sur l'élaboration et l'analyse des contrats relatifs aux produits de santé (Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations (CBUMPP), rapports d'étape annuel, accords cadre locaux ville / hôpital, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ainsi que les Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CRAQS) le cas échéant les plans d'actions liste en sus.
- Des acteurs de santé du secteur sanitaire 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.

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

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.

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.

Le choix de l'établissement support (qui héberge l'OMEDIT) doit être objectif et se faire au regard des missions principales des observatoires et de la capacité d'un établissement à les assumer.

Si un ou plusieurs établissements ressortent positivement de cette analyse, il est conseillé de recourir à un appel à candidature qui devra faire l'objet d'une publication.

Périmètre de financement

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

Critères de compensation

Pour la mise en œuvre de ces missions, l'OMEDIT dispose d'un coordonnateur entouré d'une structure de coordination.

Le coordonnateur a recours à des groupes experts régionaux. Il s'appuie sur un groupe de travail régional

La dotation MIGAC, allouée à un établissement support, est utilisée par la structure de coordination et contribue à financer la mise à disposition d'ETP de praticien hospitalier, d'ETP d'assistant spécialiste et d'ETP d'agent administratif, ainsi que des frais de structure (peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés (voir ci-dessous).

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée (voir le rapport annuel d'activité de l'OMEDIT)

- Actions de contractualisation : nombre de CBUMPP signés, nombre de lits MCO, , nombre de plans d'action liste en sus ;
- Actions d'évaluation : nombre de rapports d'étape annuel évalués, suivi des consommations, ciblage 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 audit 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, nombre de participants, lieux, commissions spécialisées : nombre de commissions, nombre de participants ;
- Action d'accompagnement des établissements et de suivi de projets : Nombre de projets, nombre de réunions ;
- Actions transversales avec les autres structures régionales d'appui : CCLIN, ARLIN, CRPV... ;
- Actions d'animation et d'organisation de la politique régionale des produits de santé, déclinaison des politiques nationales sur les produits de santé : nombre de réunions, nombre de thématiques.

2. Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

Références juridiques

Article [L.6111-1](#) CSP;
[Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales \(LIN\)](#) ;
[Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 31 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 5 634 610 €

1^{er} quartile = 147 500€
Médiane = 148 944€
3^{ème} quartile = 150 516€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les centres de coordination interrégionaux de coordination de la lutte contre l'infection nosocomiale sont implantés dans un service d'un centre hospitalo-universitaire et ont vocation à mettre en œuvre le programme national de lutte contre les infections nosocomiales et à répondre à toute demande du ministère chargé de la santé dans le champ de cette lutte.

Critères d'éligibilité

Bénéficiaire d'un financement MIGAC les 5 CCLIN interrégionaux labellisés en 1992 (CCLIN Nord rattaché à l'AP-HP, Est rattaché au CHU de Nancy, Ouest rattaché au CHU de Rennes, Sud-ouest rattaché au CHU de Bordeaux, Sud-est rattaché aux HCL).

Périmètre de financement

Les CCLIN ont pour missions en liaison avec les antennes de lutte contre les infections nosocomiales, le conseil, l'assistance aux établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales, l'animation de réseaux d'établissements et de surveillance épidémiologique, la réalisation d'audits et d'investigation, l'évaluation des pratiques, l'organisation de sessions de formation. Les CCLIN ont également une mission de conseil et d'appui technique aux ARS.

Malgré des objectifs communs, le périmètre des CCLIN doit être différencié de celui des ARLIN (antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales). En effet, le rôle des CCLIN est de coordonner le travail des ARLIN mais aussi d'assurer un niveau expertise supérieur (de par leurs masses critiques).

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des missions assurées par l'établissement auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout pôle de référence.

In fine, est financée la constitution d'une équipe rassemblant au minimum un médecin ou pharmacien compétent en hygiène et un temps infirmier ou cadre de santé formé en hygiène.

Sur cette base, le financement a fait l'objet d'un référentiel.

Le principe directeur est une corrélation du financement au nombre de lits couverts par le CCLIN (toutes catégories de lits confondues).

La première étape consiste à défalquer des financements MIGAC alloués pour les CCLIN, les financements des antennes qui « transitent » par les CCLIN pour ne retenir comme base que les financements spécifiques des CCLIN.

Dans un second temps, il a été retenu comme base 100 les capacités couvertes (nombre de lits) par le CCLIN du Sud Est (CCLIN de référence) et calculé le rapport pour les autres CCLIN (celui-ci varie entre 53 et 100).

Dans un troisième temps, l'application directe de ce rapport au financement du CCLIN sud-est permet de fixer la base du financement de chaque CCLIN.

Enfin, afin de tenir compte des frais particuliers engagés par les CCLIN assurant le suivi des DOM, il est proposé d'allouer un complément de financement forfaitaire de 10 000€ par DOM suivi (mise à jour régulière). Pour mémoire, Saint-Pierre-et- Miquelon est rattaché au CCLIN ouest, la Réunion au CCLIN sud-est, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe au CCLIN sud-ouest

Il est, par ailleurs, rappelé que les CCLIN bénéficient de financement de l'InVS au titre du suivi de réseaux de surveillance (BMR, AES, Réa...). Le calcul de la MIG doit donc prendre en compte ces subventions diverses afin de ne pas surcompenser les actions des CCLIN.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapport annuel d'activité de chaque CCLIN
Actions au niveau interrégional de :

- communication, 'information
- documentation
- animation
- formations
- prévention
- expertise
- signalement
- surveillance
- évaluation
- publications

3. Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

Références juridiques

Article [L.6111-1](#) CSP ;
[Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales](#) (LIN) ;
[Arrêté du 3 mai 2002 portant nomination de responsables de centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales](#)
[Arrêté du 17 mai 2006 \(JO du 02 septembre 2006\) relatif aux antennes régionales de CCLIN](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 22 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 5 181 563 €

1^{er} quartile 160 145€
Médiane : 225 264€
3^{ème} quartile 290 393€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Dans chaque région, il est créé une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales. Chaque antenne est chargée d'assurer un relais de proximité des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales auprès des établissements de santé

Critères d'éligibilité

Bénéficiaire d'un financement MIGAC les antennes régionales de LIN labellisées par l'arrêté du 17 mai 2006. Chaque région dispose d'une antenne y compris pour les régions siège de CCLIN. Ces structures sont obligatoirement implantées dans un établissement de santé.

Périmètre de financement

Ces structures ont pour mission, en lien avec le CCLIN, le conseil, l'assistance aux établissements de santé, aux EPHAD et en matière de lutte contre les infections associées aux soins dont les infections nosocomiales, l'animation de réseaux d'établissements et de surveillance épidémiologique, la réalisation d'audits et d'investigation, l'évaluation des pratiques, l'organisation de sessions de formation.

Les programmes annuels d'activité doivent être cohérents avec le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), les besoins exprimés par les établissements de la région, la politique de l'ARS en matière de LIN. Les antennes régionales de LIN doivent coordonner leur action avec celle des cellules interrégionales d'épidémiologie, des centres régionaux de pharmacovigilance et des centres régionaux d'hémovigilance.

Malgré des objectifs communs, le périmètre des ARLIN doit être différencié de celui des CCLIN. En effet, le rôle des CCLIN est de coordonner le travail des ARLIN mais aussi d'assurer un niveau expertise supérieur (de par leurs masses critiques).

Critères de compensation

Le principe directeur de la modélisation est la corrélation entre le financement accordé au titre des antennes

et, d'une part, le nombre total de lits existants dans la région couverte par l'antenne, toutes catégories de lits confondues (MCO, SSR, psychiatrie y compris les lits d'EHPAD) ; d'autre part, la superficie de la région, les temps de déplacement pouvant être sensiblement différents selon les régions.

La structure de base est la suivante (base du forfait):

- 0,5 ETP de PH ;
- 1 ETP de cadre infirmier ;
- 1 ETP de secrétariat médical ;
- et 10% de frais de structures.

Il revient cependant à l'ARS d'adapter cette structure selon les spécificités régionales rencontrées.

En outre, ce forfait de base est majoré d'un coefficient équivalent au coefficient géographique.

Afin de tenir compte du nombre de lits et notamment de l'intégration des lits d'EHPAD dans le champ d'intervention des antennes, il est conseillé d'ajouter un demi-forfait entre 13000 et 20000 lits d'EHPAD et un forfait au-delà de 20000 lits couverts.

Afin de tenir compte de la superficie couverte, il est ajouté 0,25 ETP de cadre infirmier au delà de 40000 km² couvert.

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.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapport annuel d'activité de chaque ARLIN

Actions au niveau régional de :

- communication, 'information
- documentation
- animation
- formations
- prévention
- expertise
- signalement
- surveillance
- évaluation
- publications

4. Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

Références juridiques

Articles [R. 5121-167 à R. 5121-169](#) (CRPV) du CSP
Articles [R. 5132-97 à R. 5132-116](#) (CEIP) du CSP
[Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 26 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 8 74 1187€

1^{er} quartile 177 282€
Médiane : 209 714€
3^{ème} quartile 336 302€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain mentionnés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

La pharmacodépendance est la surveillance des cas d'abus et de dépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif, qu'elle soit médicamenteuse ou non, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.

Cette surveillance repose sur un réseau national de centres chargés de recueillir et d'évaluer ces cas.

Critères d'éligibilité

CEIP : La création et l'organisation des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, les conditions dans lesquelles ils exercent leurs missions ainsi que les modalités de leur représentation au comité technique font l'objet de conventions conclues entre le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et les établissements de santé dans lesquels les centres sont situés.

CRPV : Les centres sont agréés, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé. L'arrêté agréant un centre détermine son territoire d'intervention.

Pour être agréés, les centres sont constitués au sein d'une structure de pharmacologie, de pharmacologie clinique ou de toxicologie clinique d'un établissement public de santé, sous la forme d'une unité fonctionnelle ou, si l'établissement a fait usage de la faculté prévue par l'article L. 6146-8, d'une unité distincte.

Périmètre de financement

Les **CRPV** remplissent les missions définies à l'art. R. 5121-167 et R. 5121-168 du CSP : recueil de déclarations ou de signalement d'effets indésirables des médicaments par les professionnels de santé, les établissements de santé, les centres anti poisons et transmission à l'AFSAPPS, expertise, formation et information en matière de pharmacovigilance.

Les **CEIP** remplissent les missions définies à l'art. R. 5132-112, notamment:

- recueil et évaluation des données cliniques concernant les cas constatés de pharmacodépendance et

d'abus des substances, plantes, médicaments et autres produits mentionnés à l'article R. 5132-98 auprès des professionnels de santé ou des autres professionnels concernés, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des établissements de santé, notamment auprès des centres antipoison, des centres régionaux de pharmacovigilance et des structures des urgences ;

- contribuent au développement de l'information sur le risque de pharmacodépendance et d'abus de ces substances, plantes, médicaments ou autres produits, notamment en renseignant les différents professionnels concernés et en participant à leur formation.

Critères de compensation

Les critères suivants ont été retenus afin de calculer économiquement le montant à notifier à l'établissement éligible :

➤ Pour les CEIP :

Données démographiques générales et médicales ainsi que le nombre de centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Ces indicateurs ont permis de déterminer 3 groupes de CEIP.

CEIP des groupes 1 et 2 :

Personnels :

PM : 1 ETP PH

Frais de structure : 15%

Soit un montant forfaitaire de 122 133€

NB : même si le financement assurance maladie est identique pour les groupes 1 et 2, le groupe de travail a maintenu la distinction en 3 groupes, les financements AFSSAPS variant pour chacun des 3 groupes.

CEIP du groupe 3 :

Personnels :

-PM : 1,25 ETP PH

frais de structure : 15%

Soit un montant forfaitaire de 152 667€ (mis à jour 2008)

➤ Pour les CRPV :

Données démographiques générales.

Ces indicateurs ont permis de déterminer 4 groupes de CRPV.

CRPV des groupes 1 et 2 :

Personnels :

-PM : 1,5 ETP PH

-PNM : 0,5 ETP secrétariat

frais de structure : 15%

Soit un montant forfaitaire de 207 078€ (mis à jour 2008)

CRPV des groupes 3 et 4 :

Personnels :

-PM : 2,5 ETP PH

-PNM : 1 ETP secrétariat

frais de structure : 15%

Soit un montant forfaitaire de 353 090€ (mis à jour 2008)

Paramètres de définition du coût standard des MIG CEIP/CRPV

CEIP					
Classification	Part fixe ETP PH	Part variable ETP PH		Total ETP	Structures correspondantes
Groupe 1	1			1	Grenoble, Lyon, Montpellier, Nantes, Toulouse
Groupe 2	1			1	Bordeaux, Caen
Groupe 3	1	0,25		1,25	Marseille, Nancy, Paris
CRPV					
Classification	ETP Responsable PH	ETP PH	ETP Secrétaire	Total ETP	
Groupe 1	0,5	1	0,5	2	Besançon, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Limoges, Paris-PSL, Paris-SVP, Reims, Rennes, Saint Etienne
Groupe 2	0,5	1	0,5	2	Amiens, Angers, Brest, Dijon, Nantes, Nice, Paris-HEGP, Paris-SA, Poitiers, Rouen, Strasbourg, Tours
Groupe 3	0,5	2	1	3,5	Marseille, Nancy, Montpellier, Paris-FW, Paris-HM, Toulouse
Groupe 4	0,5	2	1	3,5	Bordeaux, Lille, Lyon

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapports annuels d'activité transmis

Pour les CEIP : suivi des actions de santé publique (nombre de demandes de renseignement, de formations assurées).

Pour les CRPV (nombre d'effets indésirables recueillis, de demandes de renseignement, d'expertises de formations)

5. Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance

Références juridiques

Art. [R-1221-30](#) à [R-1221-39](#) du CSP

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 32 établissements concernés (un par région sauf contexte nécessitant le financement de plusieurs coordonnateurs – cf. *infra*).

Montants délégués en 2010 (en exécution): 5 462 609€

1^{er} quartile 141 396€

Médiane : 176 068€

3^{ème} quartile 235 755€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le coordonnateur régional d'hémovigilance est placé dans chaque région auprès du directeur général de l'ARS.

Il est chargé, en liaison avec les correspondants d'hémovigilance des établissements de santé et des établissements de transfusion sanguine de sa région, de veiller à la mise en œuvre, par tous ces établissements, des règles d'hémovigilance ainsi que des directives en la matière. Il a accès aux données obligatoirement recueillies par les établissements de sa région. Il peut exécuter ou faire exécuter toutes les recherches relevant de sa mission. Il veille à la qualité, la fiabilité et la cohérence des informations relatives au dispositif d'hémovigilance dans sa région. Il est tenu d'informer de son activité, par un rapport annuel, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (nouveau nom de l'AFSSAPS).

Le CRH est médecin praticien hospitalier, ou possédant des qualifications équivalentes, doté d'une expérience en matière de transfusion sanguine; il est nommé pour une durée de 3 ans renouvelable par décision du directeur général de l'agence régionale de santé après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament.

Critères d'éligibilité

Le financement est attribué à l'établissement de santé employeur, dans la région concernée, du coordinateur régional d'hémovigilance (désigné par l'Agence nationale de sécurité du médicament).

A noter que le contexte régional peut nécessiter le financement de plusieurs CRH. Cela est objectivé par :

- Nombre d'incidents déclarés par région, par exemple :

Nombre d'effets indésirables receveurs (EIR) déclarés par région et son évolution / Nombre d'incidents graves (IG) déclarés par région et son évolution

- Nombre d'effets indésirables graves donneurs (EIGD) déclarés par région et évolution

Progression de l'informatisation des dépôts de sang dans la région (sur les aspects gestion et traçabilité, et échange d'informations avec les sites EFS)

Périmètre de financement

L'activité des CRH comprend les missions listées dans le décret 2006-99 relatif à l'Établissement Français du Sang et à l'Hémovigilance, et dans les articles R 1221-32 à 34 du Code de la santé publique.

La MIG finance les rémunérations des CRH sur la base d'un PH et de leur secrétariat le cas échéant. En revanche, les crédits de sécurité transfusionnelle ne sauraient prendre en compte les frais de gardes et d'astreintes. Les frais de mission et de déplacement seront pris en charge selon les modalités définies localement.

Il est recommandé de rechercher l'association de deux activités mi-temps en un seul ETP entre deux régions limitrophes, le cas échéant.

Critères de compensation

Le montant notifié à un établissement au titre de la MIG CRH (et donc *in fine* le nombre de CRH) est défini selon deux critères essentiels, à savoir le nombre d'établissements de santé transfuseurs, et le volume de produits sanguins labiles (PSL) distribués dans la région.

Un seul CRH est nommé par région sauf dans les régions listées ci-dessous :

IDF : 2.5 ETP, Aquitaine : 1.5 ETP, Corse : 0.5 ETP, Rhône Alpes : 2 ETP, PACA : 2 ETP, NPDC : 2 ETP

Schéma de répartition actuelle des postes :

Nombre d'ETP	Nombre d'établissements de santé transfuseurs/ région	Volume de PSL distribué/an/région
0.5	Entre 0 et 15	Moins de 100 000
1	Entre 16 et 100	100 000 à 200 000
1.5 à 2	Entre 101 et 200	200 000 à 400 000
2.5	Plus de 200	Plus de 400 000

Le montant de la dotation doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission, déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs. Ce surcoût peut notamment être obtenu par le biais du « total des charges nettes majorées » figurant dans le retraitement comptable des établissements

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapport annuel du CRH

6. Les centres antipoison

Références juridiques

Articles [L. 1341-1 et suivants](#) du CSP
Articles [R. 1341-11 et suivants](#) du CSP
[Arrêté du 1^{er} juin 1998 fixant la liste des CHU comportant un centre anti-poisons](#) (CAP)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 12 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution) : 8 796 615€

1^{er} quartile = 492 170€
Médiane = 821 678€
3^{ème} quartile = 915 961€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La toxicovigilance a pour objet la surveillance des effets toxiques pour l'homme d'un produit, d'une substance ou d'une pollution aux fins de mener des actions d'alerte, de prévention et d'information.

Critères d'éligibilité

La réponse téléphonique à l'urgence toxicologique est assurée 24H sur 24 au niveau national par 10 centres anti-poisons et de toxico-vigilance implantés au sein de centres hospitaliers universitaires définis par arrêté du ministre en charge de la Santé.

Périmètre de financement

Les CAPTV remplissent les missions définies aux articles R. 1341-20 à R. 1341-22

Mission relative à la réponse téléphonique à l'urgence :

La mission des CAP relative à la réponse téléphonique à l'urgence²⁴ (RTU) est une mission assimilée à une mission de soins. Les CAP participent au dispositif d'aide médicale urgente et peuvent être sollicitées par les autorités compétentes pour apporter leur concours lors de situations d'urgence présentant un danger pour la santé publique.

Sont exclus du périmètre de la MIG les missions relatives à la toxicovigilance :

Ce sont les missions relatives à la toxicovigilance : les CAP organisent la surveillance des effets toxiques d'un produit, substance ou pollution afin de mener des actions d'alerte, de prévention, de formation et d'information. Ces missions, accomplies par les CAP et les centres de toxicovigilance, relèvent d'un financement de l'état (InVS).

Critères de compensation

Le financement de la RTU est assuré par des crédits assurance-maladie dans le cadre de la dotation

²⁴ « Le centre antipoison est chargé de répondre à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines, accidentelles ou volontaires, individuelles ou collectives, aiguës ou non, provoquées par tout produit, substance naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement »

nationale des MIGAC. Le modèle de financement indicatif proposé depuis 2007, fait état d'une structure type traitant 20 000 à 25 000 dossiers annuels (soit à titre indicatif l'activité RTU d'un CAP identique à Lyon en 2005) calibrée sur :

- 7 ETP médecin-séniors,
- 3 ETP interne,
- 2 ETP personnels non médical.

Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constitue en aucune mesure une modélisation de la mission. Il revient aux agences de définir l'équipe adaptée au besoin de l'établissement et de calibrer l'effectif nécessaire.

Les missions relatives à la toxicovigilance accomplies par les CAP et les centres de toxicovigilance relèvent d'un financement de l'état (InVS).

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapports annuels d'activité

7. Les registres à caractère épidémiologique

Références juridiques

[Arrêté du 6 novembre 1995 relatif au Comité national des registres](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 21 établissements concernés. A noter l'existence de 40 registres qualifiés par le comité national des registres au 1^{er} janvier 2010 :

http://www.invs.sante.fr/surveillance/comite_national_des_registres/liste_des_registres.htm

Montants délégués en 2010 (en exécution) : 4 202 568 €

1^{er} quartile = 37 755 €

Médiane = 134 000 €

3^{ème} quartile = 233 767 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées.

Critères d'éligibilité

L'éligibilité d'un établissement est basée sur une labellisation du comité national des registres, suite à un appel à candidature.

Il est rappelé que les demandes de qualification doivent concerner des projets répondant à de réels besoins en santé publique et en recherche, besoins ne pouvant être couverts que par le recours à un registre. En conséquence, les dossiers d'appel à candidature devront faire état :

- d'une **activité de santé publique**, notamment de surveillance sanitaire, susceptible d'orienter les décideurs locaux et/ou nationaux.
- d'une **activité de recherche** propre ou en collaboration avec des équipes labellisées de recherche dans au moins l'un des domaines suivants : clinique, épidémiologique, biologique, santé publique ou sciences humaines et sociales.

Le Comité National des registres accorde un intérêt particulier aux projets :

- incluant la participation active à un réseau national, européen ou international d'enregistrement du même événement de santé ;
- se situant dans des aires géographiques non encore couvertes ou concernant des événements de santé non encore traités par un registre.

Les registres de Maladies Rares ne sont pas concernés par cet appel à qualification car ils font l'objet d'une procédure de qualification relevant du Comité National des registres Maladies Rares.

Seuls les projets faisant état d'un début d'enregistrement des cas et en conséquence d'une autorisation CNIL, sont examinés.

A noter qu'un établissement est « labélisé » pour une durée limitée.

Périmètre de financement

Dans la perspective d'une labellisation, l'établissement doit indiquer le cadre de mise en place du registre,

constituant le périmètre de financement de la MIG :

- Équipe dans laquelle est inséré le registre ;
- Équipe assurant le fonctionnement du registre : brève description des moyens humains (temps consacré au registre et compétence), évolution éventuellement envisagée ;
- Lieu d'implantation (locaux) du registre ;

Critères de compensation

Sur la base du projet défini par l'établissement, le calcul du montant doit inclure du temps de PH, d'IDE et un remboursement des frais de structure (pouvant être considéré comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Il est nécessaire de prendre en considération l'ensemble des subventions pouvant concourir au financement des registres, à savoir les subventions INVS / INSERM et l'ensemble des subventions attribuées par les collectivités territoriales. Le but est de ne pas surcompenser financièrement les actions entreprises. En conséquence, lorsque la compensation de la mission est établie, le financement doit être inférieur ou égal au montant à compenser, moins l'ensemble des autres subventions attribuées.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le suivi doit s'effectuer via les indicateurs définis dans les appels à candidature (cf. supra).

8. Le Centre national de ressources de la douleur

Références juridiques

Articles [L. 1110-5](#) et [L. 1112-4](#) du CSP

[Circulaire DHOS n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur](#)

Plans nationaux d'amélioration de la prise en charge de la douleur : 1998-2000, 2002-2005 et 2006-2010

Dénombrément des établissements / Poids de la MIG

Le Centre national des ressources de la douleur (CNRD) est situé à l'hôpital Armand Trousseau (AP-HP) dans des locaux mis à disposition. Cette structure est financée au titre de cette MIG.

Montants délégués en 2010 (en exécution) : 442 987 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le CNRD a comme objectif principal la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, les situations cliniques et les douleurs post-opératoires chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée. Il s'adresse aux personnels soignants médicaux et paramédicaux de tous les secteurs d'activité (public, privé et libéral) ainsi qu'aux usagers.

Critères d'éligibilité

Le CNRD a été mis en place dans le cadre du deuxième plan quadriennal. Cet engagement se poursuit dans le 3ème plan de lutte contre la douleur 2006-2010, et tout particulièrement en ce qui concerne la douleur des soins des personnes les plus vulnérables : enfants, personnes handicapées, âgées, etc.

Son positionnement sera également assuré dans le prochain programme d'actions pour la prise en charge de la douleur.

Périmètre de financement

Les missions de ce centre (correspondant au périmètre du financement) sont :

- Recueillir et diffuser les informations auprès de tous les professionnels de santé grâce à l'existence de la médiathèque et du site Internet dédiés spécifiquement à la prise en charge de la douleur provoquée par les soins ;
- Apporter une aide logistique aux professionnels de santé, notamment aux professionnels en charge de la douleur (équipes hospitalières, référents douleur et comité de lutte contre la douleur - Clud) pour la réalisation d'audits clef en main, la réalisation de protocoles, etc. ;
- Développer la recherche paramédicale sur la douleur au quotidien, telle que les méthodes complémentaires non pharmacologiques de prise en charge de la douleur grâce à l'existence d'un appel à projets annuel ;
- Faire connaître et valoriser les initiatives et les actions réalisées sur le thème de l'amélioration de la prise en charge de la douleur et du confort du patient (prévention de la douleur liée aux soins et aux gestes techniques).

Critères de compensation

Le financement du CNRD est calculé sur ses seules missions (intégrant les dépenses de personnel et de fonctionnement) et après déduction des éventuelles subventions perçues (associations).

In fine, au regard des missions et des besoins, le montant de la dotation allouée au CNRD couvre 1 ETP de PM et 4 ETP de PNM, ainsi que les frais de structure et de fonctionnement

Les frais de fonctionnement sont calculés avec l'aide d'outils de retraitement comptable, permettant d'isoler précisément ces surcoûts (ils peuvent cependant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapport d'activité annuel

Un groupe de travail est en cours de constitution pour élaborer le futur programme d'actions portant sur l'amélioration de la douleur. Des indicateurs d'évaluation a posteriori vont être élaborés pour le suivi du programme d'actions et le suivi d'activité du CNRD.

9. Le Centre national de ressources pour les soins palliatifs

Références juridiques

[Ordonnance N°2003-850 du 4 septembre 2003](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Le centre national de ressources est rattaché à la Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon.

Montants délégués en 2010 (en exécution) : 750 000 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le Centre national de ressources Soins palliatifs est adossé à la Fondation Croix Saint-Simon (Paris) dans des locaux mis à disposition. Seule cette structure est financée au titre de cette MIG.

Périmètre de financement

Les missions de ce centre sont le recueil, la diffusion d'information (via une médiathèque, un site internet et un numéro national d'information grand public), l'aide logistique et méthodologique aux professionnels de santé notamment pour la constitution de réseaux de soins palliatifs, le développement de la recherche clinique et psycho-sociale sur les soins palliatifs.

Il convient de distinguer les actions financées au titre de cette mission de celles financées dans le cadre de l'observatoire national de la fin de vie.

Critères de compensation

Pour remplir les objectifs assignés, le centre est doté d'un budget de fonctionnement correspondant au recrutement d'une équipe et aux frais de fonctionnement après déduction des éventuelles subventions perçues (associations). Ces frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

L'équipe est composée de deux médecins chercheurs, et associe :

- des professionnels de l'information / documentation et d'Internet.
- des formateurs,
- des cliniciens,
- des chercheurs.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Présentation d'un rapport annuel
- Collaboration avec les sociétés savantes notamment la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), les établissements de santé, les professionnels de santé et les représentants d'utilisateurs via notamment la quantification du nombre de colloques organisés.

10. l'Observatoire national de la fin de vie

Références juridiques

[Décret n° 2010-158 du 19 février 2010 portant création de l'Observatoire national de la fin de vie](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

L'Observatoire est rattaché à la Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon.

Montants délégués en 2010 (en exécution) : 450 000 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'Observatoire national des conditions de la fin de vie et des pratiques d'accompagnement est créé, auprès du ministre chargé de la santé, afin d'en améliorer la connaissance.

L'Observatoire indique les besoins d'information du public et des professionnels de santé à partir de l'étude des conditions de la fin de vie et des pratiques médicales qui s'y rapportent.

Il identifie également le besoin de recherche et promeut l'émergence de recherches pluridisciplinaires dans différents domaines d'application de la fin de vie.

Sa création a été proposée par le rapport d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie. Le choix a été fait de rattacher l'Observatoire à la Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon qui comprenait déjà le Centre de ressources national Soins palliatifs afin de mutualiser les ressources déjà disponibles et les moyens mis en œuvre.

Périmètre de financement

Est financée à travers la MIG, la mise en place d'une équipe chargée:

- de proposer au comité de pilotage des axes de travail permettant de répondre aux missions de l'Observatoire
- de mettre en œuvre les actions définies par le comité de pilotage ;
- de réaliser un rapport annuel.

Critères de compensation

Pour remplir les objectifs assignés par le décret, l'Observatoire est doté d'un budget correspondant au recrutement d'une équipe salariée de 5 ETP

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le suivi des travaux de l'Observatoire est effectué dans le cadre du comité de pilotage (2 réunions par an)
Les indicateurs d'évaluation seront issus du rapport annuel de l'Observatoire, du rapport d'activité et des comptes annuels produits par la Fondation œuvre de la Croix Saint Simon.

11. Les centres de coordination en cancérologie (3C)

Références juridiques

[Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.](#)
[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](#)
[Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie](#)
[Circulaire N° DGOS/R/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCa) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22.02.2005

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, **224** établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution) 29,7 M€

- 1^{er} quartile : 33 188 €
- Médiane : 75 178 €
- 3^{ème} quartile : 124 730 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer. La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.

Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonne pratique, remise du programme personnalisé de soins - PPS – accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).

Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients.

Critères d'éligibilité

Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG **soit environ 800** établissements publics et privés et répondant au « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22 février 2005 susvisée.

Il est loisible de rappeler que chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).

Périmètre de financement

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

- Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer
- Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue

- Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé
- Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. indicateurs Qualité IPAQSS)
- Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)
- Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches

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

Critères de compensation

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 échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C

In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualitatif, 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).

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale). Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de 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).

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Existence d'un programme annuel des actions du 3C
- Remplissage du tableau de bord annuel et transmission au RRC
- 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)

12. Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MIG a été créée pour la campagne 2012.
Aucune donnée d'exécution n'existe donc à ce stade (la délégation en circulaire aux régions équivaut à 535 000 €).

Définition

Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson assurent trois missions :

- Structurer et harmoniser les activités des centres régionaux de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson dans l'inter région, notamment coordonner les pratiques de prise en charge et les protocoles de soins ;
- Diffuser l'information, les bonnes pratiques et la formation des professionnels ;
- Assurer la cohérence de la collection de données épidémiologiques et des indicateurs de santé publique.

Critères d'éligibilité

7 centres interrégionaux sont désignés par la voie de labellisation via la première circulaire budgétaire et tarifaire 2012 et sont localisés dans les établissements suivants : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, CHU de Lille, CHU de Nantes, Hospices Civils de Lyon, CHU de Bordeaux, CHU de Strasbourg, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille.

Périmètre de financement

Sont compris dans le périmètre de financement :

- L'élaboration et la diffusion des référentiels de prise en charge régionaux ;
- L'élaboration et le suivi d'indicateurs de santé publique, d'indicateurs de performance et la garantie de la cohérence de la production d'indicateurs par les centres régionaux ;
- La tenue de réunions de concertation entre les centres régionaux ;
- La coordination des interventions de formation dans les centres régionaux ;
- Les réponses concertées et coordonnées aux appels d'offres dans le cadre des projets de recherche.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond au financement forfaitaire des surcoûts engendrés par les moyens humains dédiés à l'exercice des missions des centres interrégionaux. Sont financés ½ ETP de praticien hospitalier et ½ ETP d'assistante administrative.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les rapports d'activité des centres interrégionaux permettent un contrôle a posteriori de l'exercice de leurs missions. Les indicateurs suivants peuvent être mobilisés :

- Nombre de protocoles de prise en charge diffusés
- Nombre de réponses à des projets de recherche pour l'inter région
- Nombre d'interventions de formation organisées

I. Missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient :

1. Les équipes hospitalières de liaison en addictologie

Références juridiques

[Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive.](#)

[Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 251 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 42 461 598€

1^{er} quartile : 80 000€

Médiane : 148 659€

3^{ème} quartile : 212 738€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les établissements de santé doivent s'organiser pour mieux prendre en charge la problématique des personnes présentant une conduite d'addictologie d'une ou de plusieurs drogues, se présentant aux urgences, ou en hospitalisation, et notamment les jeunes et les femmes enceintes et à ce titre développer les activités de liaison au sein de leur structure.

Le travail de liaison repose sur le principe de rapprochement des équipes dotées de compétences d'alcoologie, de toxicomanie, et de tabacologie, troubles des conduites alimentaires, addictions sans produit.

Les équipes de liaison en addictologie ont pour mission de :

- Former et assister les personnels soignants
- Élaborer les protocoles de soins et de prise en charge
- Intervenir aux urgences et auprès de personnes hospitalisées en fonction de la demande du service
- Développer le lien avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients
- Mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement
- Participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs

Une équipe de liaison en addictologie doit être pluridisciplinaire, et les membres avoir reçu une formation spécifique. Sa taille varie en fonction des données épidémiologiques de la région considérée et de la capacité de l'établissement. En fonction du bassin de population et de la taille de l'hôpital, l'équipe d'addictologie de liaison peut être ou non séparée de l'équipe de consultation hospitalière. Si ces deux équipes sont distinctes, des liens étroits sont ou doivent être entretenus (réunions de concertation disciplinaire, bibliographie, recherche clinique).

Le partenariat intra et extra hospitalier devra être institué avec :

- L'ensemble des équipes soignantes (sensibilisation, formation en réunions ou au lit des patients) et notamment dans les services de gastro-entérologie, neurologie, infectiologie, médecine interne et psychiatrie
- Les équipes de psychiatrie de liaison,
- Les services de consultations externes
- Les services sociaux auprès des malades et les PASS
- La pharmacie de l'hôpital et de la ville

- Les centres de soins spécialisés en ville (CSST, CCAA...)
- Les médecins libéraux
- Les services de médecine préventive et du travail, et les centres de santé.

La place de l'équipe de liaison devra être particulièrement renforcée auprès :

- Des buveurs excessifs : doivent être organisées des consultations en interne ;
- Du service d'urgence : l'équipe soignante de ce service doit à la fois repérer les patients présentant des conduites d'usage à risque, souvent considérés comme perturbateurs, mais aussi envisager la suite à donner.. L'équipe de liaison aura pour rôle de sensibiliser et de former les équipes des urgences pour les aider dans l'accueil, le dépistage, les moyens thérapeutiques disponibles mais aussi l'identification des problèmes sociaux. En outre elle participera à l'élaboration de protocoles de prise en charge suivant les situations cliniques ;
- De la maternité : la grossesse chez une femme présentant des conduites addictives est une grossesse à risque de complication périnatales telles que la prématurité, les malformations fœtales, la transmission des infections par le VIH, VHB et VHC et des troubles d'attachement aboutissant à la séparation de la mère. L'incidence de ces complications peut être diminuée par un suivi de grossesse correct et précoce et une prise en charge complémentaire des conduites addictives. L'équipe de liaison en addictologie aura pour rôle de former et informer les équipes de maternité et de néonatalogie, d'œuvrer au rapprochement des équipes hospitalières, de rencontrer le personnel d'accueil de la consultation de maternité, et de coordonner les différents professionnels médico-psycho-sociaux des services de maternité, de néonatalogie, de médecine des centres de soins spécialisés, du secteur de la petite enfance, des centres d'hébergement en ville.

Le projet médical d'établissement devra comporter un volet addictologie dans lequel seront inscrites l'équipe de liaison et ses missions.

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 :

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

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.

Les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux)

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

Périmètre de financement

La 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.

l'ARS doit notifier la dotation MIG au regard des missions confiées à l'établissement et doit donc correspondre au projet de l'établissement. De ces éléments doit se dégager le calibrage d'une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés (voir ci-dessous).

Critères de compensation

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

- Coût unitaire de personnel 250 000 €, décomposé de la manière suivante²⁵ :
 - 1 ETP PH
 - 1 ETP IDE
 - 1 ETP psychologue
 - 0,5 ETP assistant social
 - 0,5 ETP diététicien
 - 1 ETP secrétaire médicale
- Coût unitaire de fonctionnement : + 30% du coût unitaire de personnel soit 75.000€

Le coût unitaire total moyen s'élèverait donc à 325.000 €.

Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constitue en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. Les données présentées ne sont que des données types, à titre informatif. En effet, Conformément aux dispositions de la circulaire du 8 septembre 2000, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement et aux données épidémiologiques de la région. Il est loisible de catégoriser les établissements :

- les établissements de capacité inférieure à 200 lits pour lesquels l'équipe type régionale doit être minorée;
- les établissements de capacité comprise entre 200 et 700 lits, correspondant à une équipe type régionale;
- les établissements de capacité supérieure à 700 lits, pour lesquels l'équipe type régionale doit être majorée.

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.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapport d'activité annuel de l'équipe (suivant le modèle de la circulaire DHOS du 14 juin 2004 relative au rapport d'activité standardisé des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie)

Les indicateurs pouvant être mobilisés sont les suivants :

- Nombre des patients pour lesquels l'équipe a été sollicitée, notamment au service des urgences et à la maternité
- Indiquer les actions de formation continue et de formation initiale
- Inscription des missions de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement
- Orientation principale de l'équipe (tabacologie, alcoolologie, etc.)
- Citer les principales structures médico-sociales et associations (autosupport) avec lesquelles l'équipe travaille
- Nombre d'ETP en place dans l'équipe

²⁵ Voir l'annexe 6 relative aux rémunérations moyennes du personnel médical et non médical afin de calculer plus finement la dotation.

2. Les équipes mobiles de gériatrie

Références juridiques

[Circulaire relative à la filière de soins gériatriques du 28 mars 2007](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 281 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 65 258 144€

1^{er} quartile : 130 000€

Médiane : 194 779€

3^{ème} quartile : 286 292€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'équipe mobile gériatrique permet de dispenser un avis gériatrique à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée. L'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'urgences et de l'ensemble des services de l'hôpital. L'équipe mobile peut également intervenir dans des structures externes (consultations, EHPAD)

Critères d'éligibilité

Peuvent bénéficier de ce financement, les équipes mobiles gériatriques rattachées à un établissement de santé MCO qui répondent au cahier des charges annexé à la circulaire d'octobre du 28 mars 2007.

Dans cette perspective et sur cette base, il est fortement conseillé aux agences régionales de labéliser (pour une durée limitée) les établissements actuellement financés (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)

En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG (à des fins de labellisation) 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

Les dépenses liées à l'activité spécifique de l'équipe mobile gériatrique, correspondant à la participation aux missions de santé publique prévue par l'article D.162-6 CSS, sont financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général, au titre de la formation, du soutien, de la coordination et de l'évaluation des besoins du patient

La dotation MIGAC finance essentiellement les personnels dédiés à l'équipe. La dotation MIGAC finance également les frais de déplacement des membres de l'équipe en dehors de l'établissement ainsi qu'une participation aux frais de structure de l'établissement de santé de rattachement (locaux, gestion du personnel,...)

Doivent être déduites les recettes de facturation d'actes externes et les éventuelles subventions perçues, qui ne font pas parties du périmètre de financement de la MIG.

Critères de compensation

In fine, doit être pris en compte le financement d'une équipe mobile dont le nombre d'évaluations est supérieur à 700 par an et la file active supérieure à 500 patients par an.

Sa composition type est la suivante²⁶ :

- 1 ETP de PH de gériatrie
- 1 ETP d'IDE
- 0.5 ETP d'assistante sociale
- 1 ETP de secrétaire
- 0.5 ETP d'ergothérapeute

+ 20% de frais de structure

Le coût unitaire total moyen s'élèverait donc à **263 400 €** (si évaluations intra et extra hospitalières supérieures à 700 /an et si file active supérieure à 500 /an).

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

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

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre d'évaluations intra et extra hospitalières
- File active
- Nombre d'ETP en place dans l'équipe

²⁶ Voir l'annexe 6 relative aux rémunérations moyennes du personnel médical et non médical afin de calculer plus finement la dotation.

3. Les équipes mobiles de soins palliatifs

Références juridiques

[Circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs](#)

Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs

[Instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes](#)

Dénombrément des établissements / Poids de la MIG

La MIG, telle que décrite dans la présente fiche, résulte de scission de la MIG : « équipes mobiles de soins palliatifs », permettant de distinguer les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (non comprise dans le périmètre de la MIG équipe mobile de soins palliatifs).

A titre informatif, les données de cette MIG en 2010 (comprenant les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques) :

En 2010, 353 équipes.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 112 M €

1^{er} quartile : 245 923 €

Médiane : 286 413 €

3^{ème} quartile : 386 394 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du patient et auprès des soignants, à la demande de ces derniers. Ses membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant aux médecins et soignants qui ont en charge la personne malade.

L'EMSP peut couvrir plusieurs établissements de santé et plusieurs établissements médico-sociaux (l'aire géographique d'intervention est définie en fonction du dimensionnement de l'équipe).

Elle fonctionne au minimum 5 jours sur 7 aux heures ouvrables et participe à la permanence de la réponse en soins palliatifs et accompagnement, en lien avec les réseaux de soins palliatifs quand ils existent.

L'équipe exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement et des structures médico-sociales avec lesquelles l'équipe a signé une convention de partenariat.

L'équipe peut également dans le cadre d'un réseau de soins palliatifs intervenir à domicile.

L'équipe met en œuvre des actions de formation et contribue au développement de la recherche en soins palliatifs.

Critères d'éligibilité

L'EMSP est implantée de préférence dans un établissement de santé disposant d'une unité de soins palliatifs (USP) ou de lits identifiés de soins palliatifs (LISP).

L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative

à la « La prise en charge des soins palliatifs » (2° de l'article L.6112-1).

L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères fixés par le référentiel national annexé à la circulaire du 25 mars 2008 :

- Fonctionnement au minimum 5 jours sur 7 aux heures ouvrables
- Équipe pluridisciplinaire et modalités de travail pluridisciplinaire
- Formation et expérience des membres de l'équipe en soins palliatifs et accompagnement
- Formation de type DIU ou DESC et expérience préalable du médecin responsable
- Compétences en évaluation et traitement de la douleur d'au moins un membre soignant de l'équipe
- Formation à l'éthique clinique d'au moins un membre soignant de l'équipe
- Formalisation et diffusion à l'ensemble des partenaires concernés des règles de fonctionnement
- Formalisation de la collaboration avec les LISP ; avec les USP (mention au CPOM)
- Formalisation de la collaboration avec les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux (convention entre plusieurs établissements)

Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.

Périmètre de financement

La dotation MIGAC finance avant tout les personnels dédiés à l'équipe. Si le personnel est partagé avec l'USP ou les LISP, seul le temps d'intervention consacré à l'activité de l'équipe doit être financé par la dotation MIG, l'activité des USP et des LISP bénéficiant de tarifs spécifiques.

La dotation MIGAC finance également les frais de déplacement des membres de l'équipe en dehors de l'établissement ainsi qu'une participation aux frais de structure de l'établissement de santé de rattachement (locaux, gestion du personnel,...) Cette participation aux frais de structure pourra être appréciée par les ARS à partir des données issues du retraitement comptable de l'établissement.

Critères de compensation

Le calcul du montant par établissement doit intégrer prioritairement les coûts de personnel. Les effectifs en équivalent temps plein indiqués ci-dessous sont établis sur la base d'une activité correspondant à une file active de 200 nouveaux patients par an (*Rappel des éléments issus du référentiel national annexé à la circulaire du 25 mars 2008*) :

Médecin	1,5 ETP
Cadre infirmier	1 ETP
Infirmier	2 ETP
Psychologue	0,75 ETP
Assistant Social	0,75 ETP
Secrétaire	1 ETP
Psychologue superviseur	2 vacations par mois
Kinésithérapeute	quelques vacations

Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission. Il revient aux agences de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe.

En outre, s'ajoutent à cela les frais de fonctionnement pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée (*Outils de recueil des données : SAE, EHPA 2007 (future EHPA 2011), rapport d'activité de l'équipe*)

Les indicateurs permettant d'évaluer la pertinence de la mission effectuée²⁷, et à partir desquels un recalibrage de l'équipe (et donc de la dotation) pourra être fait, sont les suivants²⁸ :

Indicateurs quantitatifs :

Partenariats

- Nombre de conventions signées par l'établissement de l'EMSP :
 - avec d'autres établissements de santé (y compris HAD)
 - avec des ESMS
- Pourcentage des EHPAD du département / territoire de santé d'intervention ayant formalisé leur relation avec l'établissement de l'EMSP

Actions initiées à l'issue de demandes concernant des patients

Interventions

- Nombre d'interventions du personnel de l'EMSP
 - Physiques au chevet du patient ou dans un service
 - Téléphoniques (conseil/ soutien)

File active

- Nombre de patients ayant bénéficié des interventions de l'équipe (physique ou téléphonique)
- Nombre moyen d'interventions par patients

Mobilité de l'équipe

- Pourcentage des interventions du personnel de l'EMSP :
 - au sein de l'établissement,
 - au sein des ESMS rattachés à l'établissement de santé de l'EMSP,
 - au sein des autres établissements de santé,
 - au sein des autres ESMS,
 - à domicile

Formation et enseignement

- Nombre total d'heures de formation de type formation action en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'EMSP
 - Au sein de l'établissement
 - En dehors de l'établissement
- Nombre total d'heures d'enseignement en formation initiale en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'EMSP :
 - A la faculté de médecine
 - Dans les écoles professionnelles
- Nombre total d'heures d'enseignement en formation continue en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'EMSP :
 - A la faculté de médecine (DU, DIU...)
 - Dans le cadre d'actions de FMC, EPP, DPC

Appui et soutien des soignants

- Nombre d'interventions de type soutien individuel
- Nombre de soignants et/ou médecins ayant bénéficié d'un soutien individuel
- Nombre d'interventions en direction des équipes (groupes de parole, analyses des pratiques...)
 - au sein de l'établissement,

²⁷ Dans la mesure où l'intervention des EMSP dans les établissements sociaux et médicaux sociaux est particulièrement promue par le programme national de développement des soins palliatifs, il ne semble pas opportun de retenir le nombre de séjours MCO couverts par l'établissement de rattachement comme critère pour définir le montant de la dotation MIG à l'exception des dotations des équipes identifiées comme exclusivement intra hospitalières.

²⁸ Il convient de rappeler qu'un ou deux indicateurs choisis parmi ceux proposés ci-dessous doivent être privilégiés dans le suivi des MIG.

- au sein des autres établissements de santé,
- au sein des ESMS liés par convention
- Nombre d'équipes ayant bénéficié d'un soutien

Indicateurs qualitatifs :

Les variations du nombre de sollicitations et d'interventions de l'équipe peuvent être interprétées de différentes façons. Une diminution des sollicitations peut par exemple refléter les premiers résultats du travail d'acculturation des équipes non spécialisées mais aussi un défaut de publicité sur le service rendu par l'équipe auprès des services et établissements du territoire concerné.

A l'inverse une augmentation des sollicitations et des interventions peut refléter une trop grande substitution de l'équipe.

Les données quantitatives doivent donc être complétées par des éléments d'appréciation plus qualitatifs permettant d'apprécier le travail d'acculturation des services réalisé par l'EMSP.

Par exemple,

- une analyse qualitative de l'évolution des demandes d'intervention permettra de rendre compte du travail de diffusion de la démarche palliative réalisé par l'équipe. A priori les équipes devraient être moins sollicitées ou pour des situations de plus en plus complexes par les services ayant initialement fait appel à l'équipe.
- Une analyse des contenus de formation contribuera également à la perception de l'évolution de l'acculturation des équipes.

4. Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques

Références juridiques

[Circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs](#)

Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs

Note adressée aux directeurs généraux d'ARS (validée en CNP le 17/12/2010 (2010-309)) comportant un cadre de référence pour l'organisation des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ainsi que les dotations attribuées par région.

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

La MIG, telle que décrite dans la présente fiche, résulte de scission de la MIG : « équipes mobiles de soins palliatifs ».

A titre informatif, les données de cette MIG en 2010 (comprenant les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques) :

En 2010, 353 équipes.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 112 M €

1^{er} quartile : 245 923 €

Médiane : 286 413 €

3^{ème} quartile : 386 394 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Une Équipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) est une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle dont l'objectif principal est d'intégrer la démarche palliative dans la pratique de l'ensemble des professionnels de santé confrontés à la fin de vie en pédiatrie.

A l'instar des EMSP, l'ERRSPP exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes. Elle apporte son expertise en matière de prise en charge des nouveaux nés, enfants et adolescents et de leurs proches ainsi qu'en matière de gestion des symptômes en collaboration avec les équipes référentes.

L'ERRSPP intervient à l'échelle régionale et exerce une activité inter et extrahospitalière, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile.

L'équipe a pour missions :

- d'acculturer les équipes pédiatriques à la démarche palliative ;
- de sensibiliser les équipes de soins palliatifs (EMSP, USP, LISP, HAD) aux spécificités des prises en charge pédiatriques ;
- de s'assurer de la prise en charge de l'entourage des patients ;

L'équipe ressource structure avec les professionnels impliqués dans les prises en charge, le suivi des parents, des fratries et des proches endeuillés et met en œuvre des actions de prévention des deuils compliqués. L'équipe contribue au recensement et à la mobilisation des ressources locales (professionnelles et bénévoles) existantes sur le territoire.

- de mettre en œuvre des actions de formation ;

- de contribuer à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques.

Critères d'éligibilité

L'ERRSPP est rattachée à un établissement de santé.

L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la « La prise en charge des soins palliatifs » (2° de l'article L.6112-1).

L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des missions énoncées ci-dessus et des critères généraux relatifs aux équipes mobiles fixés par le référentiel national annexé à la circulaire du 25 mars 2008.

Périmètre de financement

La dotation MIGAC allouée à l'équipe inclut la rémunération des personnels, les frais de déplacements et de gestion ainsi que le financement du dispositif de suivi et d'évaluation de l'activité de l'équipe.

Chaque équipe réalise un rapport d'activité annuel comprenant notamment la description des interventions correspondant à chacune des missions décrites ci-dessus, la composition de l'équipe, les modalités de collaboration avec les autres intervenants du secteur et une annexe financière relative à l'utilisation des crédits consacrés à l'équipe ressource.

Critères de compensation

Le calcul du montant doit correspondre essentiellement aux moyens en ressources humaines (qui peuvent être établis par référence aux équipes mobiles de soins palliatifs) auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédiés, pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale), ainsi que les frais de déplacement.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée (Outils de recueil des données : rapport d'activité de l'équipe)

Les indicateurs proposés ci-dessous pour évaluer la pertinence de ces nouvelles équipes sont appelés à évoluer avec la montée en charge de ces missions. Le recalibrage de l'équipe (et donc de la dotation) pourra être fait, sont les indicateurs suivants²⁹ :

Indicateurs quantitatifs :

Partenariats

- Nombre de conventions signées par l'établissement de l'ERRSPP :
 - avec d'autres établissements de santé (y compris HAD)
 - avec des établissements médico sociaux prenant en charge des enfants ou adolescents

Actions initiées à l'issue de demandes concernant des patients

Interventions

- Nombre d'interventions du personnel de l'ERRSPP
 - Physiques au chevet du patient ou dans un service
 - Téléphoniques (conseil/ soutien)

Origine de la demande

²⁹ Il convient de rappeler qu'un ou deux indicateurs choisis parmi ceux proposés ci-dessous doivent être privilégiés dans le suivi des MIG.

- Nombre d'interventions répondant à une demande de services pédiatriques
- Nombre d'interventions répondant à une demande de structures de soins palliatifs

File active

- Nombre de patients ayant bénéficié des interventions de l'équipe (physique ou téléphonique)
- Nombre moyen d'interventions par patients

Mobilité de l'équipe

- Pourcentage des interventions du personnel de l'ERRSPP :
 - au sein de l'établissement,
 - au sein des ESMS rattachés à l'établissement de santé de l'équipe,
 - au sein des autres établissements de santé,
 - au sein des autres ESMS,
 - à domicile

Formation et enseignement

- Nombre total d'heures de formation de type formation action en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'ERRSPP
 - Au sein de l'établissement
 - En dehors de l'établissement
- Nombre total d'heures d'enseignement en formation initiale en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'ERRSPP
- Nombre total d'heures d'enseignement en formation continue en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'ERRSPP :

Appui et soutien des soignants

- Nombre d'interventions de type soutien individuel
- Nombre de soignants et/ou médecins ayant bénéficié d'un soutien individuel
- Nombre d'interventions en direction des équipes (groupes de parole, analyses des pratiques...)
 - au sein de l'établissement,
 - au sein des autres établissements de santé,
 - au sein des ESMS liés par convention
- Nombre d'équipes ayant bénéficié d'un soutien dont services pédiatriques et structures de soins palliatifs

Indicateurs qualitatifs :

Les variations du nombre de sollicitations et d'interventions de l'équipe peuvent être interprétées de différentes façons. Une diminution des sollicitations peut par exemple refléter les premiers résultats du travail d'acculturation des équipes non spécialisées mais aussi un défaut de publicité sur le service rendu par l'équipe auprès des services et établissements du territoire concerné.

A l'inverse une augmentation des sollicitations et des interventions peut refléter une trop grande substitution de l'équipe.

Les données quantitatives doivent donc être complétées par des éléments d'appréciation plus qualitatifs permettant d'apprécier le travail d'acculturation des services réalisés par l'EMSP.

Par exemple,

- une analyse qualitative de l'évolution des demandes d'intervention permettra de rendre compte du travail de diffusion de la démarche palliative réalisé par l'équipe. A priori les équipes devraient être moins sollicitées ou pour des situations de plus en plus complexes par les services ayant initialement fait appel à l'équipe.
- Une analyse des contenus de formation contribuera également à la perception de l'évolution de l'acculturation des équipes.

5. Les équipes de cancérologie pédiatrique

Références juridiques

[Décrets du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer](#)

[Critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans](#)

[Circulaire du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique](#)

Les décisions portant identification d'une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique :

- [9 mars 2010](#) (Groupe Ouest des cancers de l'enfant)
- [9 mars 2010](#) (Réseau interrégional d'oncologie pédiatrique de la région Nord Ouest de la France)
- [22 juin 2010](#) (Auvergne-Rhône Alpes)
- [22 juin 2010](#) (Grand Est-Hémato-oncologie-Pédiatrique)
- [22 juin 2010](#) (ONCOSOLEIL)
- [22 juin 2010](#) (Interrégion Sud-ouest contre les cancers et leucémies de l'enfant)
- [24 septembre 2010](#) (CANPEDIF)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 46 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 15 M €

1^{er} quartile = 51 780 €

Médiane = 167 488 €

3^{ème} quartile = 344 306 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Assurer et coordonner la prise en charge spécifique des enfants et adolescents de moins de 18 ans atteints de cancer et permettre l'équité d'accès à l'expertise pour tous les patients par la discussion de l'ensemble des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) interrégionale pédiatrique.

Critères d'éligibilité

Les établissements de santé éligibles sont ceux répondant aux critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans (voir en ce sens le décret précité du 21 mars 2007) dont notamment :

- o la qualité de membre d'une organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (critère d'agrément n°3)
- o une activité minimale de 12 nouvelles mises en traitement annuelles pour la radiothérapie des patients de moins de 16 ans, hors traitements palliatifs et irradiations corporelles totales (critère d'agrément n°17)

Périmètre de financement

Relève du périmètre de financement de la MIG :

1. Les missions d'un centre spécialisé en cancérologie pédiatrique

- Mettre en œuvre, de manière spécifique et adaptée à l'âge, les mesures qualité transversales en

cancérologie (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, remise du Projet Personnalisé de Soins, accompagnement psychologique et social du patient)

- Apporter l'environnement pédiatrique adapté à l'âge et au contexte d'une maladie grave (projet socio-éducatif, accueil et hébergement de la famille et la fratrie).
- Organiser et coordonner la prise en charge du patient en lien avec les intervenants de proximité (CH, HAD, prestataires de soins à domicile)

2. La mise en œuvre des missions de l'organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (OIR)

- Participer à la RCP interrégionale pédiatrique au cours de laquelle sont discutés l'ensemble des dossiers de patients de moins de 18 ans de l'interrégion
- Organiser les 5 filières de prise en charge spécifiques (tumeurs osseuses, tumeurs cérébrales, greffes de cellules souches hématopoïétiques, radiothérapie, mise en œuvre des essais précoces) suivant les ressources et l'expertise disponibles dans chacun des établissements
- Contribuer à l'amélioration des connaissances concernant l'activité de recherche clinique des établissements de l'interrégion

Critères de compensation

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), déduction faite des recettes éventuelles par des dotations finançant d'autres missions d'intérêt général.

Concrètement, ces surcoûts se composent du financement d'une équipe pluridisciplinaire et le cas échéant, des frais de structures (notamment coût lié au fonctionnement des locaux pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Pour information, cette équipe est composée d'ETP (mis partiellement à disposition) de :

- Pédiatre
- hors interne Pédopsychiatre
- IDE
- Puéricultrice
- Aides Puéricultrice
- Psychologue
- secrétaire
- Personnel de Recherche
- travailleurs sociaux.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager le montant correspondant à ces frais.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de nouveaux patients pris en charge
- Nombre de pratiques thérapeutiques exercées par l'établissement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie)
- Nombre de dossiers de patients discutés en RCP interrégionale pédiatrique (cf. rapport d'activité des OIR)
- Nombre de patients pris en charge pour les 5 filières spécifiques (cf. rapport d'activité des OIR)
- Nombre d'ETP en place dans l'équipe

J. Au titre des missions de collecte, de conservation et de distribution des produits d'origine humaine

1. Les lactariums

Références juridiques

Art [L.2323-1](#) CSP/ Art [L.164-1](#) et [R.164-1](#) du CSS

[Décret n° 2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums](#) notamment son article 2 (JO du 16 juillet 2010)

[Arrêté du 18 mars 2009 relatif aux tarifs de cession et tarif de remboursement du lait maternel](#)

[Arrêté du 25 août 2010 relatif aux tests de dépistage réalisés pour les dons de lait maternel et à leurs conditions de réalisation](#)

[Décision du 3 décembre 2007 du directeur de l'AFSSAPS définissant les règles de bonnes pratiques prévues à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique](#)

[Instruction n°DGOS/R3/2010/459 du 27 décembre 2010 relative à l'autorisation et à l'organisation des lactariums](#)

[Élaboration de bonnes pratiques- AFSSAPS](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 19 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 5 162 290 €

1^{er} quartile : 102 728€

Médiane : 256 360€

3^{ème} quartile : 326 871€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'activité des lactariums répond à un besoin de santé publique reconnu sur les avantages du lait maternel à court terme comme l'amélioration de la tolérance digestive et la réduction du risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante et à long terme (développement neurosensoriel). Ces bénéfices concernent notamment le nouveau-né prématuré et les indications médicales d'un traitement du lait en raison des risques d'ordre infectieux qu'un allaitement direct peut représenter pour les nouveau-nés grands prématurés dont le terme est inférieur à 32 semaines ou le poids à la naissance est inférieur à 2 kilogrammes. Le lait traité fait alors l'objet d'une prescription médicale.

Les lactariums participent à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel auprès des équipes des maternités et notamment de celles qui prennent en charge des nouveau-nés prématurés et mènent des campagnes d'information sur le don de lait.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles au financement, les établissements de santé MCO gérant les lactariums (Existence d'une activité - quantités de lait collectés, traités et distribués > 0) et autorisés comme tel par décision du DG d'ARS. En outre, les résultats de l'inspection de l'AFSSAPS doivent être positifs.

Les lactariums gérés directement par des collectivités territoriales ou des organismes sans but lucratif (associations, fondations) sont exclus d'un financement MIGAC.

Périmètre de financement

Relèvent du financement de la MIG les actions de collecte, de préparation, de qualification, de distribution et de délivrance du lait maternel, produit à finalité sanitaire dès lors qu'il est prescrit par un médecin pour un nourrisson.

Le financement est limité aux seuls surcoûts non couverts par les tarifs de cession et tarif de remboursement du lait maternel (arrêté du 18 mars 2009). Sont également déduites les éventuelles subventions perçues (collectivités territoriales, associations).

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations soit la collecte, la préparation, la qualification, la distribution et la délivrance de lait maternel, déduction faite des tarifs de cession et de remboursement du lait maternel ainsi que des éventuelles subventions perçues. Sont donc financés uniquement les surcoûts occasionnés par ces actions.

In fine, la MIG participe donc au financement du médecin chargé de l'organisation et du fonctionnement du lactarium pour le site principal et pour ses antennes, ainsi que d'une sage-femme ou d'un cadre de santé ou d'un infirmier de puériculture chargés, notamment pour les lactariums à usage intérieur et extérieur, de la coordination de l'activité de collecte et des liens avec les établissements de santé sièges des antennes de collecte du lait maternel.

En outre, la MIG participe au financement (frais de fonctionnement/amortissement) du matériel et des locaux (aménagés pour respecter la chaîne du froid). Ces frais peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale). 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 le cas échéant aux frais de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Quantification de l'activité : volumes de collecte, production, cession

Qualité : mise aux normes (personnels affectés, équipement, fonctionnement) ; respect des règles de bonnes pratiques définies par l'AFSSAPS et des référentiels en vigueur (matériels, équipements et flux de produits)

2. Les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité

Références juridiques

Art [L.1244-1](#), [R.1244-1](#) et suivants du CSP
Art [L.2142-1](#), [R.2142-1](#) et suivants du CSP (régime d'autorisation)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 27 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 15 409 997€

1^{er} quartile : 186 997 €
Médiane : 366 597€
3^{ème} quartile : 686 362€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'Assistance Médicale à la Procréation (**AMP**) s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Il s'agit de l'ensemble des méthodes cliniques et biologiques destinées à pallier l'infertilité d'un couple et comportant une intervention médicale directe sur les ovules et/ou les spermatozoïdes provenant du couple ou, dans certains cas, de tiers donneurs. Les activités d'assistance médicale à la Procréation, d'après le Décret N° 95560 du 6 Mai 1995 comprennent :

Les activités médicales suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes
- recueil par ponction de spermatozoïdes
- transfert des embryons en vue de leur implantation.

Les activités biologiques suivantes :

- recueil et traitement du sperme en vue d'une assistance médicale à la procréation
- traitement des ovocytes
- fécondation in vitro sans micromanipulation
- fécondation in vitro par micromanipulation
- conservation des gamètes
- conservation des embryons en vue de transfert.

La MIG en question a pour objet la prise en charge des surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don de gamètes et de la préservation de la fertilité non pris en charge dans les tarifs (GHS, CCAM).

Critères d'éligibilité

A l'exception de l'insémination artificielle et de la stimulation ovarienne, les activités, tant cliniques que biologiques, d'assistance médicale à la procréation sont soumises à autorisation.

Périmètre de financement

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG, les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don de gamètes et de la préservation de la fertilité non couverts par les tarifs (GHS, CCAM).

Cela concerne le coût des activités connexes à la prise en charge des couples en AMP, soit :

- l'organisation et la planification des tentatives,
- les réunions d'information des couples,
- les entretiens individuels avec des professionnels,
- les staffs pluridisciplinaires intervenants au cours des cycles
- le suivi des grossesses et la participation au recueil de données du registre national des FIV.

Sont donc financés uniquement les surcoûts occasionnés par l'activité d'AMP de don d'ovocytes et de spermatozoïdes, d'accueil d'embryon et de préservation de la fertilité. *In fine*, sont donc financés du personnel médical, soignant, voire administratif pour les frais de recueil et de traitement, ainsi que des frais de fonctionnement (voire d'amortissement) pour les frais liés à la conservation.

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG 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, notamment tarifaire, liées à l'AMP.

Pour une ponction, une modélisation est proposée à hauteur de 192 €

Pour le don d'ovocytes, cela correspond au coût de la prise en charge de la donneuse y compris l'indemnisation des frais engagés par celle-ci (transport,...). Le coût complet est estimé à 5000 €. Le coût pris en charge dans la MIG est de 2206 € par donneuse (5000 € moins la valeur du GHS majoré à 1500 € en 2012, les actes et médicaments pris en charge à 100% par l'assurance maladie).

Pour le don de sperme, cela correspond également au coût complet déduction faite des recettes d'activités (tarifs CCAM, NABM et tarif par paillette fixé par arrêté ministériel), soit 177 € par paillette en 2012.

Pour l'accueil d'embryon, le coût humain est estimé à 400 € pour prendre en charge un couple donneur et de 265 € pour un couple receveur.

Comme cette activité est financée exclusivement via l'enveloppe MIG, il est nécessaire de compléter les moyens humains par des coûts de matériels (cuves), consommables et de logistique générale imputables au fonctionnement des centres (entretien, chauffage, loyers....). D'après les données de l'ENCC la part relative des ces charges pèse pour environ 20% des dépenses totales.

Par ailleurs, l'AMP en contexte viral génère également des surcoûts cliniques et biologiques. Les temps d'entretien avec les professionnels et les besoins d'expertise sont, en effet, plus importants car il est nécessaire d'informer les couples sur l'intérêt et les limites de la technique d'AMP pour limiter la contamination au moment de la procréation. De plus, les établissements sont contraints d'affecter un laboratoire spécifique avec des postes de travail et du personnel dédié de façon à organiser un circuit séparé pour le recueil, le traitement des gamètes et des embryons qui comportent un risque viral. Certains établissements ont pu bénéficier de crédits AC à ce titre. Ces surcoûts relèvent désormais de cette MIG. Ils sont estimés par FIV ou IA (insémination artificielle) en contexte viral à hauteur de :

- 164 € de surcoût biologiques non pris en compte dans la MIG BHN ou dans la NABM (dans l'attente d'une éventuelle future inscription des actes correspondants à la NABM)
- 193 € de surcoût clinique.

Enfin la mesure 21.3 du plan cancer poursuit l'objectif d'améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer. Les crédits y afférents relèvent également de cette MIG.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Volume d'activité d'AMP
- Volume de dons d'ovocytes recueillis,
- Volume de dons de sperme recueillis
- Nombre d'embryons accueillis
- Volume d'activité réalisée en contexte viral
- Volume d'activité de préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer

3. Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté

Références juridiques

[Loi N°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique](#)

Art L. 1241-1 et s. R. 1241-1 et s. R. 1243.1 et s. du CSP

[Décret N° 2004-1024 du 28 septembre 2004 relatif à l'importation à des fins de recherche de cellules souches embryonnaires, aux protocoles d'études et de recherche et à la conservation de ces cellules et portant application des dispositions de l'article 37 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 10 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 1 429 683 €

1^{er} quartile : 51 358€

Médiane : 91 955€

3^{ème} quartile : 164 465€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Cette MIG a pour objet le prélèvement de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté.

Critères d'éligibilité

Seuls des établissements de santé ayant obtenu une autorisation de l'AFSSAPS peuvent pratiquer ce type de prélèvements.

Il s'agit d'une autorisation qui permet la préparation, la conservation, la distribution et la cession à des fins thérapeutiques, autologues (pour soi-même) ou allogéniques (pour autrui) des tissus et de leurs dérivés et des préparations de thérapie cellulaire.

Les autorisations sont délivrées pour une période de 5 ans renouvelable.

Périmètre de financement

Sont financés à travers cette MIG les frais de prélèvement et de conservation par les « banques de tissus »/centres de ressources biologiques (CRB) à des fins thérapeutiques (et non pas de recherche) des tissus suivants : artères, veines, os massifs.

Ne relèvent pas d'un financement au titre de cette MIG, les activités déjà financées en MERRI au titre de la conservation de tissus à des fins de recherche (tumorothèques, banques d'ADN). Il est rappelé que les greffons cornéens sont inclus dans les GHM créés en 2006 et que les greffons de peau le sont dans le GHM "brûlure étendue". Les greffons de valves cardiaques ont également été intégrés dans un GHM.

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG 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, notamment tarifaire.

En effet, cette MIG vient en complément des recettes T2A perçues par ailleurs par la structure dans le cadre des prélèvements d'organes.

Sont donc financés uniquement les surcoûts occasionnés par le prélèvement de tissus et sa conservation.

In fine, sont donc financés du personnel médical, infirmier, voire administratif pour les frais de prélèvement, ainsi que des frais de fonctionnement (voire d'amortissement) pour les frais liés à la conservation de tissus

Ces frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

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 le cas échéant aux frais de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de tissus éligibles à la MIG prélevés
- Nombre de tissus conservés

K. Au titre des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci

1. Les réseaux de télésanté, notamment la télémédecine

Références juridiques

Art. [L.6316-1](#) du CSP

[Art. 78 de la loi HPST](#) recommandant la télémédecine comme une activité médicale à part entière

[Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 114 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 9 313 035 €

1^{er} quartile : 9 024€

Médiane : 16 913€

3^{ème} quartile : 51 134 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémédecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémédecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

2° La télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient

3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Critères d'éligibilité

Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémédecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement.

En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémédecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémédecine.

Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémédecine)

En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements 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

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

Critères de compensation

Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémédecine pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service.

Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Nombres d'actes de télémédecine réalisés

2. La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales de garde

Références juridiques

Art [L. 162-3](#) du CSS

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 13 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 13 546 010€

1^{er} quartile : 34 357 €
Médiane : 74 069 €
3^{ème} quartile : 150 000 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Cette MIG a pour objet de financer notamment les centres délocalisés de prévention et de soins situés essentiellement en Guyane. Éléments essentiels de la permanence des soins en territoires isolés, ils sont davantage organisés pour la prise en charge des besoins aigus, que le suivi de pathologies chroniques ou les activités de prévention.

En outre, cette MIG a pour objet de financer un établissement de santé pour la mise à disposition de moyens auprès de maisons médicales de garde.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements de santé mettant à disposition des moyens au bénéfice de centres délocalisés de prévention et de soins avec qui une convention est signée ou au bénéfice d'une maison médicale de garde.

Périmètre de financement

La dotation MIG couvre les dépenses avancées par un établissement de santé au bénéfice des centres de préventions et de soins (et des maisons médicales de garde), **qui ne sont donc pas couvertes par une source de financement existante (notamment par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville ou par les collectivités territoriales).**

Critères de compensation

Le montant de la dotation doit correspondre à la mise à disposition de moyens à laquelle procède l'établissement.

En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel

dédié pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale), avancés par l'établissement.

Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de consultations/ vaccinations dans les centres de préventions et de soins
- Nombre de consultations dans les maisons médicales de garde

3. Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes

Références

[Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#) ;
[circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes \(LS\)](#) ;
[État des lieux de l'activité en 2007 des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes \(LS\) publié en novembre 2008 par la DHOS](#).

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 12 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 4 027 69 €

1^{er} quartile : 255 665€
Médiane : 293 210€
3^{ème} quartile 465 268€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La mission des unités consiste à offrir aux personnes sourdes et malentendantes un accueil adapté à leur handicap, à leur faciliter et leur garantir un égal accès aux soins à l'instar de la population en général, à les informer et les accompagner dans leur parcours de soins.

Critères d'éligibilité

Tout établissement est en principe éligible s'il peut mettre en place une équipe dont les caractéristiques sont celles rappelés dans la circulaire précitée, à savoir :

- La compétence linguistique
- Des équipes comprenant nécessairement des professionnels sourds et entendants
- Des équipes pluridisciplinaires (Pour les unités de soins somatiques / Pour l'(les) unité(s) en santé mentale)
- Des équipes transversales (Lors des soins ambulatoires / Lors des hospitalisations/ Lors des démarches auprès des services administratifs)
- Des équipes mobiles (Lors de consultations de médecine générale ou de consultations spécialisées en psychiatrie dans des établissements de santé locaux de la région / Lors de l'hospitalisation d'un patient / Lors d'actions de sensibilisation et d'information à la santé)

En outre, ces équipes devront répondre à un certain nombre de caractéristiques minimales techniques rappelées dans la circulaire précitée.

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

En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements 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

La prise en charge des patients sourds ou malentendants se situe à plusieurs niveaux. Plusieurs actions rentrent donc dans le périmètre de financement de la mission :

1) Un accueil personnalisé en fonction des capacités de communication du patient : s'il s'agit d'un patient pratiquant la langue des signes, l'accueil doit être assuré par un professionnel sourd et/ou entendant pratiquant la LS (secrétaire, aide soignant, infirmier(e)...). L'accueil organise les prises de rendez vous, coordonne les interventions des membres de l'équipe au sein de l'unité et de la structure hospitalière et s'assure de la compréhension des informations reçues par le patient.

2) L'accès aux soins :

Le médecin de l'unité propose des consultations de médecine générale en s'adaptant aux capacités de communication du patient : assistance d'un autre membre de l'équipe, appel à un proche du patient...

L'accueil du patient dans la structure hospitalière et dans la structure interne des urgences : dans la mesure où la problématique de ce type de patient est souvent mal connue par les équipes, il convient qu'un protocole soit élaboré au sein de chaque établissement de santé ayant une unité

S'agissant du suivi des patients hospitalisés, le médecin intervient, à la demande de la structure hospitalière, au lit du patient hospitalisé seul ou accompagné, en vue de lever et prévenir tous les obstacles linguistiques.

3) Les missions d'appui :

A caractère social : le travailleur social, s'il existe au sein de l'unité, ou un professionnel de l'unité en lien avec le service social partenaire, veille à restaurer et/ou maintenir l'accès au droit commun du patient en proposant un accompagnement et/ou une orientation personnalisée.

Dans le domaine de l'information : outre les fonctions habituelles de secrétariat, la secrétaire assure plus spécifiquement l'information sur les offres de service de l'unité, sur les relais sociaux...

Dans le domaine de la communication : l'interprétation est assurée par un/des interprète(s) de l'unité et/ou éventuellement appartenant à des structures extérieures (service d'interprètes) dans le cadre d'une convention de partenariat. Deux types d'interventions sont possibles :

- pour les patients ou leurs proches et pour les professionnels de santé au sein de l'établissement : lors de consultations de spécialistes, d'hospitalisation et d'examens complémentaires, lors de consultations de médecine générale de l'unité et lors des entretiens avec un psychiatre ou un psychologue à l'extérieur de l'unité
- pour les professionnels ou stagiaires sourds au sein de l'unité : lors des rencontres avec les personnels soignants ou lors de réunions institutionnelles ...

Critères de compensation

L'unité d'œuvre retenue est le nombre de consultations réalisées (médecin, psychologue, travailleur social ...). Le seuil d'activité permettant une pérennisation de la structure est à minima de 500 consultations annuelles.

La structure de base doit permettre de réaliser entre 500 et 1.000 consultations annuelles. En de ça de 500 consultations annuelles, un demi forfait est alloué. Au-delà de 1.000 consultations annuelles, un forfait supplémentaire est alloué.

Le forfait de base couvre les moyens en personnels suivants :

- 1 ETP PH
- 0,2 ETP travailleur social
- 0,5 ETP aide soignant
- 0,5 ETP psychologue
- 1 ETP interprète
- 0,5 ETP secrétaire médicale
- 0,3 ETP moniteur éducateur

Cela représente un montant total de 285.600 €, charges de logistique générale et structure incluses à hauteur de 15 % des charges de personnel.

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

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

En conséquence, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte, la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de consultations médicales
- Files actives
- Existence de protocoles avec les autres unités hospitalières notamment le service des urgences
- Actions de sensibilisation à l'accueil auprès des professionnels de santé

L. les consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ou d'autres maladies transmissibles

Références juridiques

Art [L.3121-2](#) du CSP / Art [L. 174-16](#) du CSS

[Décret n° 99-1177 du 30 décembre 1999 relatif à la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses des consultations de dépistage anonyme et gratuit \(CDAG\);](#)

[Décret n° 2000-763 du 1er août 2000 relatif aux CDAG;](#)

[Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux CDAG ;](#)

[Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux objectifs et aux missions des CDAG.](#)

[Circulaire DGS/DHOS/SD6A/E 2 n° 2004-371 du 2 août 2004 relative aux CDAG](#)

[Circulaire DGS/SD6 A n° 2000-531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions des CDAG](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 176 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 19 158 602 €

1^{er} quartile 29 654 €

Médiane : 57 792 €

3^{ème} quartile : 128 193€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Créées il y a 23 ans, les consultations de dépistage ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre le VIH. Elle permet l'accès au dépistage, contribue à la politique de prévention favorise la prise en charge des patients

Critères d'éligibilité

Les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) doivent répondre au cahier des charges fixé par l'arrêté d'octobre 2000 (amplitude d'ouverture, équipe médicale et paramédicale...).

In fine, un établissement doit :

- Participer au dépistage et à l'amélioration de la prise en charge (protocole, procédure, coordination,
- Participer au suivi épidémiologique de la file active élargi au territoire de santé correspondant à la région (suivi de cohorte en liaison avec l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), l'INSERM ou l'INVS)

Périmètre de financement

La dotation MIGAC peut financer toute activité de consultations externes (VIH, IST, accident d'exposition au sang (AES)...) rattachées à un CDAG hospitalier. Sont donc exclues, par exemple, les consultations externes rattachées à une structure PMI ou à un CIDDIST (ex dénomination des dispensaires antivénéériens). Est également exclu le financement d'activités d'hospitalisation partielle ou complète.

A noter que les CDAG non hospitalières ne sont pas incluses dans ce périmètre car elles bénéficient d'un financement de l'ARS fondé sur l'ONDAM de ville, et suivant un taux d'évolution annuel.

Critères de compensation

Le modèle consiste à valoriser l'activité des CDAG hors charges de laboratoire et prescription d'actes de biologie et hors activités complémentaires éventuelles (prévention, activités hors les murs).

Au regard de l'ensemble des informations disponibles, on estime qu'un CDAG « standard » est ouvert au minimum 10 heures par semaine et réalise entre 1 400 et 2 000 consultations par an.

Est donc pris en compte dans le calcul de la dotation :

Remboursement des frais de personnel :

Pour le fonctionnement d'un CDAG, une équipe minimum se compose de :

- 0,3 ETP de temps médical (en comptant 0,2 ETP de PH, 0,1 ETP de médecins attachés)
- 0,3 ETP d'infirmière
- 0,3 ETP de secrétaire ou autre agent

Sur la base des rémunérations moyennes, on aboutit à une valorisation de 53 730€.

Remboursement des frais de structure :

Les charges de structures moyennes constatées représentent 15 % des charges de personnel.

Le financement minimum d'un CDAG « standard » doit donc être de 61 790€.

Les financements accordés aux différents CDAG peuvent varier en fonction du nombre de consultations réalisées selon les principes suivants :

- Tout diagnostic de séropositivité accroît le nombre de consultations correspondant d'un facteur 8 (i.e. on multiplie par 8 le nombre de diagnostics positifs que on l'ajoute au nombre précédent de consultations) ;
- Si le CDAG assure la prise en charge des AES, on ajoute 3% au nombre de consultations résultant des étapes précédentes.

Ces aménagements conduisent à un nombre de consultations corrigé, qui est celui sur lequel se base le calcul du forfait et des tranches.

Le modèle suivant est proposé :

- forfait de base calculé pour un CDAG « standard », ouvrant au moins 10 heures par semaine, et assurant une activité entre 1400 et 2000 consultations (61 790 €)
- forfait augmenté d'un montant additionnel par tranche de 500 consultations supplémentaires (+ 14 400 € par tranche de 500 consultations)
- forfait diminué pour les CDAG assurant moins de 1400 consultations :
 - o 36 000 € entre 700 et 1 400 consultations
 - o 18 000 € en dessous de 700 consultations

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les rapports d'activité des CDAG permettent un contrôle de la mise en application des missions

Pour permettre une évaluation *a posteriori*, les indicateurs suivants peuvent être mobilisés :

- Pour la recherche : nombre de publications/nombre de travaux de recherche engagés ;
- Pour l'amélioration de la prise en charge : rédaction des protocoles, procédures, actes de coordination ;
- Pour le suivi épidémiologique : File active territoriale incluant celle du service ;
- **Nombre de consultations;**
- **Nombre de dépistages;**
- **Diagnostics de séropositivité (VIH, IST, Hépatite).**

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

Références juridiques

Art [L 6111-1](#) et [L 6112-1](#) du CSP

[Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient](#)

[Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique](#)

[Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation](#)

[Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient](#)

[Circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé](#)

[Circulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques](#)

[Circulaire DHOS/ MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 336 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 67 510 907€

1^{er} quartile = 32 303 €

Médiane = 67 711 €

3^{ème} quartile = 170 335€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Développer des programmes structurés d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies chroniques dans un cadre d'activités ambulatoires.

Les programmes d'ETP se distinguent de la simple information délivrée aux patients mais aussi des programmes d'apprentissage et d'accompagnement. Elles consistent en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le malade plus autonome dans la gestion de sa maladie et ainsi à restreindre ou à retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications permettant de limiter le recours aux soins.

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

Critères d'éligibilité

En application de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions développées au titre de l'ETP doivent répondre à une procédure d'autorisation spécifique par les ARS. Toutes les actions d'ETP autorisées n'ouvrent néanmoins pas droit à financement.

La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP en fonction du nombre de patients entrant dans un programme d'éducation dès lors que ce programme répond aux critères suivants :

- un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients, acquisition de compétences, autonomie, qualité de vie, état de santé...);
- un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé formés ;
- un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec le médecin traitant pour l'orientation initiale et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital.

Les financements ainsi alloués sont précisés dans l'avenant MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

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

En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements 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

La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclues en revanche de son périmètre les actions de prévention et d'éducation réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour.

Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas aux pathologies citées dans le libellé de la MIG.

Critères de compensation

Le calcul du montant à notifier est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation (dispositions de la circulaire DHOS/MT2A du 16 juillet 2008).

Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la pathologie, de la situation du patient, des données du diagnostic éducatif initial. Il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme est, en moyenne, de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Ainsi, la prise en charge, en une année, de 200 patients par exemple, pour un programme d'éducation thérapeutique répondant aux conditions minimales de qualité énumérées ci-dessus, justifierait d'un financement de 50 000 euros, hors missions spécifiques (recours, formation, etc.).

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

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- File active de patients entrant dans le programme d'éducation ;
- Nombre de diagnostics éducatifs initiaux réalisés ;

- Nombre de bilans remis aux médecins traitants à l'issue du suivi d'un module d'ETP.

N. Les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux

Références juridiques

[L 1412-3](#), [L 1412-6](#), [R 1412-14](#), L 6111-1 du CSP ;

Arrêté en cours fixant les règles de constitution, de composition et de fonctionnement des espaces de réflexion éthique soumis pour avis au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 22 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 2 349 063 €

1^{er} quartile : 144€

Médiane : 1 184€

3^{ème} quartile : 71367€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Des espaces de réflexion éthique (ERE) sont créés au niveau régional ou interrégional ; ils constituent, en lien avec des centres hospitalo-universitaires des lieux de formation, de documentation, de rencontre et d'échanges interdisciplinaires sur les questions d'éthique dans le domaine de la santé. Ils font fonction d'observatoires régionaux ou interrégionaux des pratiques au regard de l'éthique. Ces espaces participent à l'organisation de débats publics afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens sur les questions de bioéthique.

Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif mènent en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Un espace de réflexion éthique pourrait se résumer en 6 points :

1. Lieu de formation universitaire
2. Lieu de documentation
3. Lieu de rencontres et d'échanges interdisciplinaires
4. Observatoire régional ou interrégional des pratiques inhérentes aux sciences de la vie et de la santé au regard de l'éthique :
5. Organisateur de débats publics
6. Partage des connaissances

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements de santé (CHU) labélisés à des fins d'accueil d'un espace de réflexion éthique. Cette labellisation est régionale et s'effectue sur la base d'un cahier des charges national (la définition de l'ERE renvoie implicitement à ce cahier des charges).

Périmètre de financement

Le périmètre de financement de la MIG est constitué par:

- des actions mis en œuvre par l'ERE et visant à soutenir la réflexion, la recherche et l'élaboration de l'enseignement à l'éthique par les organes de formation initiale et continue ; Ces actions visent les professions des sciences de la vie et de la santé, les professions de santé mais également toute autre profession concernée par les questions d'éthique ;
- des publications réalisées pendant l'année;
- de la constitution d'un fond documentaire en matière d'éthique (travail de veille des publications réalisées dans le domaine de l'éthique des sciences de la vie et de la santé, réalisation de dossiers thématiques en soutien des groupes de réflexion thématique, archivage de travaux relatifs à l'éthique, réalisés par les professionnels des sciences de la vie et de la santé de la région, etc.) accessible au public grâce à un internet;
- de l'organisation annuelle d'un événement bénéficiant d'une promotion auprès du grand public, sur une question relative à l'éthique ;
- de la conduite de projets thématiques associant la réflexion du public à celle des professionnels des sciences de la vie et de la santé ;
- des partenariats, collaborations et interfaces avec les différentes composantes de l'Université (facultés de médecine, de pharmacie et de biologie, départements de sciences-humaines, autres établissements d'enseignement supérieur et de recherche), ainsi qu'avec, le cas échéant, le Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES).

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines, auxquels s'additionnent certains frais spécifiques (liés à l'organisation d'événements par exemple).

Ces moyens en ressources humaines sont constitués :

- entre 0.25 et 0.5 ETP de médecin ;
- entre 0.25 et 0.5 ETP de secrétariat ;
- entre 0.25 et 0.5 ETP de juriste,

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.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale). Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque espace. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les Espaces doivent établir un rapport annuel des activités qui est transmis au Comité national consultatif d'éthique comme aux directions du ministère en charge de la santé notamment la direction générale de la santé, la direction générale de l'offre de soins. Ainsi les espaces sont évalués en prenant en compte :

- le nombre et la qualité des formations universitaires associant, de manière interdisciplinaire, les compétences universitaires et académiques requises dispensées au sein de l'espace ;
- l'ensemble des actions concourant à la définition du périmètre de financement.

O. Mission de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques

Au titre de la contribution des établissements de santé à la mise en œuvre des plans blancs élargis :

1. Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles

Références juridiques

[L.3131-7](#) du CSP

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

La MIG, telle que décrite dans la présente fiche, résulte de la redéfinition des anciennes MIG « missions de veille sanitaire ».

Aucune donnée d'exécution ne peut donc être apportée.

Définition

La MIG a pour objet le financement de la participation d'un établissement aux actions de santé publique ponctuelles mises en place par les agences régionales de santé (ARS) pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, notamment l'organisation de campagnes de vaccination exceptionnelles.

Critères d'éligibilité

Les ARS déterminent les établissements éligibles à recevoir la MIG dès lors que leur concours à la gestion de situations exceptionnelles est rendu nécessaire. Ce concours peut notamment s'inscrire dans le cadre des missions des établissements de santé prévues dans le plan blanc élargi préparé par l'ARS. Ainsi, par exemple, les missions confiées aux établissements de santé par certaines ARS dans le cadre de campagnes de vaccination contre une hyperendémie de méningites B peuvent être éligibles à ce financement.

Selon la circonstance, l'objectivation du choix de l'établissement peut évoluer.

En outre, l'urgence peut justifier de passer outre toute procédure d'appel à candidature. Il conviendra néanmoins de justifier le choix de l'établissement au regard des moyens pouvant être mis en place (personnel et locaux) afin de faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Périmètre de financement

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG :

- Les renforcements ponctuels en personnels permettant de faire face à une situation exceptionnelle ;
- Le financement d'actions supplémentaires et nécessaires à la gestion de la situation exceptionnelle ;
- La compensation d'éventuelles pertes financières dues à d'éventuelles déprogrammations pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Il est loisible de noter que cette MIG n'a pas pour objet de sur abonder financièrement les actions déjà

financées par ailleurs (notamment par les MIG relatives à l'acquisition et la maintenance des moyens zonaux et interrégionaux des établissements de sante pour la gestion des risques lies a des circonstances exceptionnelles et à la mise en œuvre des missions des établissements de sante de référence).
Sont également déduites les éventuelles subventions perçues (collectivités territoriales, état), finançant par exemple les médicaments et les dispositifs médicaux.

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des missions dévolues par l'ARS, déduction faite des éventuelles subventions perçues.

Sont donc financés uniquement les surcouts occasionnés par ces actions.

In fine, la MIG participe donc au financement du personnel, des moyens et des locaux mobilisés

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 le cas échéant aux frais de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les indicateurs sont spécifiques en fonction des circonstances exceptionnelles.

Au titre de la contribution des établissements de santé à la mise en œuvre des plans zonaux de mobilisation :

1. Mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnées à l'article R.3131-10 du code de la santé publique

Références juridiques

[Art L.3131-9, L.3131-11, R.3131-9 et R.3131-10](#) du CSP
[Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

La MIG, telle que décrite dans la présente fiche, résulte de la redéfinition des anciennes MIG « missions de veille sanitaire ».

Aucune donnée d'exécution ne peut donc être apportée.

Définition

La définition est triple, conformément aux missions des établissements de santé de référence mentionnées à l'article R.3131-10 du code de la santé publique :

- Assurer un appui aux Agences régionales de santé de zone dans leurs missions zonales et interrégionales mentionnées à l'article L.1435-2 du code de la santé publique
- Assurer un appui technique aux établissements de santé situés dans la zone de défense et de sécurité en matière de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et assurer la formation de leurs personnels dans ce domaine
- Élaborer des actions et des supports de formation des personnels des établissements de santé au sein de la zone de défense et de sécurité en matière de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et d'utilisation des matériels et équipements ad hoc

Critères d'éligibilité

L'éligibilité d'un établissement est basée sur un référencement établi par arrêté ministériel. L'article R3131-9 dispose en effet qu'un arrêté du ministre chargé de la santé désigne pour chaque zone de défense un ou plusieurs établissements de santé de référence pour les situations sanitaires exceptionnelles mentionnées à l'article L. 3131-9.

Il convient en l'occurrence de faire un renvoi vers l'arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence.

Périmètre de financement

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG :

- La rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'État ou de ses établissements publics chargés de la prévention et

- de la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ;
- Les actions de formation pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Les actions et les supports de formation développés au cours de l'année et éligibles au financement de cette MIG sont discutés au préalable avec les ARS et les ARS de zone dans le cadre d'un programme annuel de formation à formaliser avec elles. Sont donc financées au travers de cette MIG des outils pédagogiques ...

Ne relèvent pas d'un financement au titre de cette MIG :

- les actions de formation mises en œuvre par les CESU pris en charge par une autre MIG ;
- les mises à disposition de personnel au profit de l'État ou de ses établissements publics ne remplissant pas des missions de formation ou de gestion dans le domaine des risques liés à des circonstances exceptionnelles ;
- les frais de structures des établissements de santé de référence.

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par la mise en œuvre des missions spécifiques confiées aux ESR.

Concrètement, ces surcoûts se concrétisent par le financement d'une équipe composée en moyenne de deux ETP de praticien hospitalier et d'un ETP de cadre infirmier mis à disposition

La dotation de base est de 3 ETP par établissement de santé éligible en métropole et de 2 ETP par établissement de santé éligible en outre-mer.

Pour l'établissement de santé de référence de la zone Sud, la dotation de base est de 5 ETP, dont 2 seront mis à la disposition du centre de formation et d'entraînement dans le domaine NRBC situé à Aix en Provence.

En sus, doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation l'ensemble des frais avancés dans le cadre de la confection des actions de formations.

Les missions réalisées par les établissements de référence et éligibles au financement de cette MIG font l'objet d'une programmation annuelle discutée au préalable avec les ARS et les ARS de zone et d'une contractualisation spécifique. En particulier les actions et les supports de formation développés au cours de l'année sont dans le cadre d'un programme annuel de formation à formaliser.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre d'actions de formation des professionnels de santé à la gestion des crises sanitaires mises en œuvre
- Nombre de professionnels formés et temps de formation
- Nombre de conseils techniques rendus aux établissements de santé
- Nombre d'appuis techniques rendus aux Agences régionales de santé de zone

2.Acquisition et maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles

Références juridiques

[Art L.3131-9 L.3131-11 du CSP](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

La MIG, telle que décrite dans la présente fiche, résulte de la redéfinition des anciennes MIG « missions de veille sanitaire ».

Aucune donnée d'exécution ne peut donc être apportée.

Définition

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).

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...).

L'ARSZ doit donc désigner l'établissement 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.

Sont notamment visés :

- Les postes sanitaires mobiles de seconde génération (PSM 2) et les équipements logistiques associés (remorque, tente, lot radio...);
- Les équipements pour la prise en charge des victimes de risques NRBC (respirateurs, unité mobile de décontamination).

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 :

- l'utilisation en routine des équipements pour la prise en charge des victimes ;
- 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 ;
- 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 compensation

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),

Concrètement, ces surcoûts se concrétisent par :

- 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:
 - o la maintenance et renouvellement des PSM 2 ;
 - 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 ;
 - o ce montant est à diminuer si l'établissement de santé ne dispose pas du lot radio ;
- 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 :
 - o La maintenance et les provisions pour renouvellement ;
 - 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.

Ces hypothèses de calcul ne sont que des indications et ne doivent en aucune mesure être considérées comme une modélisation de la mission.

Prise en compte du coefficient géographique

L'exercice de la mission ne génère théoriquement pas de surcoûts liés à l'implantation géographique.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Opérationnalité des équipements vérifiés par inspections régulières des ARSZ

P.L'intervention des équipes pluridisciplinaires
pour la prise en charge de certaines
pathologies

1. Les consultations mémoire

Références juridiques

[Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/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.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 318 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 52 809 919€

1^{er} quartile : 83 055€
Médiane : 130 640€
3^{ème} quartile 190 385€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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

Critères d'éligibilité

Peuvent bénéficier de ce financement les consultations mémoire rattachées à un établissement de santé MCO qui répondent au cahier des charges annexé à la circulaire d'octobre 2011.

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

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

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.

Relèvent d'un financement MIGAC les surcoûts des structures de diagnostic de la maladie d'Alzheimer respectant le cahier des charges figurant dans la circulaire de 2011. Ces consultations mémoires constituent le premier niveau du dispositif gradué de diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relèvent d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG.

Dans ce cadre, l'établissement de santé ne peut facturer à l'assurance maladie qu'une seule consultation spécialisée (CS) lorsque la consultation est assurée pas un médecin spécialiste ainsi que des consultations cotées C2, C2, 5 et C3 concernant des avis ponctuels³⁰. 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 compensation

Pour une file active annuelle de 150 nouveaux patients et une file active comprise entre 200 et 400 patients référencés dans la Banque Nationale Alzheimer, il est proposé le calibrage suivant :

- un mi- temps de gériatre ou/et neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre - 0,7 ETP de PH
- des compétences de neuropsychologie, psychologue ou orthophoniste formé à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants
- un temps de secrétariat chargé de l'accueil et du recueil des données d'activité pour la Banque Nationale Alzheimer - 1 ETP agent administratif

Si le nombre de bilans neuropsychologiques demandés par les consultations mémoire libérales tracé dans la BNA est supérieur à 50 par an : ajouter au modèle 0,2 psychologue soit 1,2 ETP.

Les frais de structure sont estimés à 20% des frais de personnel.

Le forfait de base atteint donc **188 160 €³¹**.

Ce forfait est minoré par les recettes de titre 2 si la file active est de 300 patients (300*23€)=6900€. Au total, le montant moyen est de **181 260€**.

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

	ETP	Coût moyen structure
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

³⁰ C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste / C2, 5 : consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue / C3 : consultation effectuée par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces **fonctions**, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant.

³¹ Voir l'annexe 6 relative aux rémunérations moyennes du personnel médical et non médical afin de calculer plus finement la dotation.

si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans	ETP	Coût moyen structure
ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs 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.

Prise en compte du coefficient géographique

- MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.
- Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire extrait des données de la BNA
 Nombre d'ETP en place dans l'équipe

2. Les consultations hospitalières d'addictologie

Références juridiques

[Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive.](#)

[Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 361 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 48 958 531 €

1^{er} quartile : 33 561€

Médiane : 73 874€

3^{ème} quartile : 136 832€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les missions des consultations sont :

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

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 :

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

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

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

En cas d'offre insatisfaisante ou 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'attire pas aux prises en charge directe des patients.

La dotation MIG contribue au financement des surcoûts incompressibles non financés par les tarifs des GHS,

ou par les subventions éventuellement reçues. Elle exclut les dépenses ne relevant pas d'activités dispensées dans le champ MCO.

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

Critères de compensation

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

- Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante :
 - 1 ETP PH
 - 1 ETP IDE
 - 1 ETP psychologue
 - 1 ETP assistant social
 - 0,5 ETP diététicien
 - 1 ETP secrétaire médicale
- Coût unitaire de fonctionnement : 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale)..

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

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

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

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- 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
- nombre d'ETP en place dans l'équipe

3.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

Références juridiques

Art. [D.6124-46 CSP](#)

[Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 459 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 30 193 070 €

1^{er} quartile : 22 724€

Médiane : 34 526€

3^{ème} quartile : 60 765€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité.

Le rapport Molénat (2004) a mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents sans qu'il soit toujours nécessaire de faire appel à un psychiatre ou un pédopsychiatre.

Le psychologue intervient directement auprès des femmes et de leur famille selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, mais aussi en soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance. Enfin, il assure un relais avec les spécialistes du soin psychique.

Les besoins en psychologues sont notamment fonction :

- De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an)
- De la complexité de la prise en charge
 - o Type de maternité
 - o Assistance médicale à la procréation

Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.

Critères d'éligibilité

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

Périmètre de financement

Le périmètre de financement est strictement égal au remboursement des frais liés à la participation de psychologues au sein des maternités.

A noter que cette participation n'équivaut pas à un équivalent temps plein.

Critères de compensation

Le calcul économique de la dotation est basé sur le nombre d'ETP intervenant au sein des maternités.

En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.

A des fins de calculs plus fins de la dotation par les ARS, il est loisible d'utiliser la SAE permettant de déterminer le nombre d'ETP à financer.

Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n. Puis dans un second temps, pour connaître la ventilation entre M C et O, il convient de se référer à la répartition de 2008 et d'en déduire une clé de répartition (2008 est la dernière année où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique).

Enfin, il suffira d'appliquer cette clé au nombre d'ETP en MCO et d'en déduire le nombre d'ETP de psychiatre à financer.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

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...)

4. Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

Références juridiques

[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.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 241 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 59,4 M€

1^{er} quartile : 69 237 €
Médiane : 141 703 €
3^{ème} quartile : 259 537 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Ce montant en évolution tient compte des 9,5M€ de mesures nouvelles reconductibles engagées de 2006 à 2011 au titre du renforcement en personnel (mesures 4 et 22 du 3^e plan Douleur 2006-2010)

Définition

Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont des structures de recours. Elles sont de deux niveaux : consultations et centres.

Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.

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

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.

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. définition), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs.

Cette MIG finance les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles.

Les recettes issues des activités de consultations externes (codées au titre de consultations externes médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG.

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

Les activités concernant les patients hospitalisés et dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chronique » et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les soins) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.

Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la recherche.

Critères de compensation

L'indicateur de référence est le nombre annuel de consultations médicales externes. Ainsi les consultations ou avis médicaux réalisés auprès de patients hospitalisés ne seront pas pris en compte (ils sont déjà inclus dans les GHS).

La dotation est calculée selon les principes suivants :

- En dessous de 500 consultations médicales externes par an, y compris assurée par le biais de coopération inter-établissements et de permanences avancées (instruction du 19 mai 2011, annexe 4) aucun financement n'est proposé et la structure ne peut pas être identifiée par son ARS (critère 5 du cahier des charges du 19 mai 2011).
- de 500 à 1000 consultations médicales externes par an, le forfait de base proposé pour un fonctionnement satisfaisant est de 0,6 ETP de praticien hospitalier, et pour le personnel non médical de 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et de 0,5 ETP de secrétaire. Soit un montant de base estimé à 140 000 euros calculé sur le coût moyen complet (salaires moyens chargés) des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2% (chiffre actualisé 2012)
- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 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.
- Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Les indicateurs d'évaluation découlent des critères du cahier des charges. Peuvent être suivis :

- 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'hospitalisations réalisées.

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.

5. Les consultations hospitalières de génétique

Références juridiques

[Art L. 1131-1 à L. 1131-7](#), [L. 1132-1](#), [L. 6211-6](#), [L.6241-1](#); [R. 1131-1 à R. 1131-23](#), [R. 6122-25](#) 19°, [R. 6123-127](#), [D. 6121-8](#) et [D. 6124-178](#) du CSP

[Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyses de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales ;](#)

[Arrêté du 13 février 2009 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-15 du CSP à produire à l'appui d'une demande d'autorisation pour pratiquer les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 80 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 26 823 151€

1^{er} quartile : 54 713€

Médiane : 148 027€

3^{ème} quartile : 299 006€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'activité de consultation de génétique permet à partir d'une approche clinique, d'établir une juste prescription d'analyses évitant les examens inutiles, une interprétation pertinente des résultats, un diagnostic précis, une information encadrée, une orientation des personnes concernées.

Cette activité est à structurer dans le cadre de l'identification et de la mise en œuvre de « **centres de génétique clinique** » à vocation régionale ou interrégionale couvrant un bassin de population de 2 à 6 millions de personnes regroupant un ensemble de compétences ; ces centres, au besoin multicentriques sont articulés avec les laboratoires d'analyses et les unités de recherche, cette organisation visant à renforcer l'expertise, à mutualiser les ressources et à limiter les prescriptions d'analyses non pertinentes.

Critères d'éligibilité

Les centres de génétique clinique identifiés par l'ARS sont éligibles à cette MIG. Ces centres doivent assurer :

- la prise en charge des personnes concernées via un panel de compétences mêlant des consultations généralistes (oncogénétique, cardiogénétique, neurogénétique) et spécialisées (les centres de référence et les centres de compétences « maladies rares » d'origine génétique, reconnus et localisés dans la région ou l'inter-région relèvent du niveau de consultation spécialisé du centre de génétique) ;
- une offre de soins large et lisible pour les professionnels de santé adresseurs et les usagers ;
- une présence minimale de 2 EPT de généticiens pour assurer la continuité des soins ;
- une optimisation de l'accès aux soins prenant en compte la distance et le temps d'accès ;
- une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux (généticiens, conseillers en génétique, travailleurs sociaux, psychologues) ;
- des liens organisés avec les consultations dites « avancées » de génétique (convention inter-établissements, partage de compétences) ;
- une intégration dans les filières de prises en charge de maladies rares (filières thématiques de centres de référence et de centres de compétences de maladies rares en cours de restructuration dans le cadre du plan maladies rares 2) et filières cancer ;
- une concertation médico-biologique avec les laboratoires d'analyses permettant une meilleure interprétation des résultats.

Périmètre de financement

La MIG consultation hospitalière de génétique a vocation à couvrir les surcoûts de cette activité de consultation non financés dans le cadre des cotations classiques compte tenu de son caractère pluridisciplinaire et/ou long. Il convient donc de déduire des charges constatées au titre de cette activité, les recettes issues des consultations externes facturées.

Articulation avec les autres MIG :

- Centre de diagnostic préimplantatoire : la MIG CDPI inclut l'activité de consultation génétique correspondante laquelle n'est donc pas éligible à la MIG CS génétique,
- Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) : la MIG CS génétique doit couvrir les frais liés à l'activité de consultation génétique prénatale (la MIG CPDPN couvre uniquement les surcoûts des consultations longues des gynécologues obstétriciens et sage femmes participant au DPN),
- Centres de référence maladies rares ou cancers rares d'origine génétique : la MIG perçue par ces centres au titre de leur label a vocation à couvrir les seuls surcoûts liés à leurs missions spécifiques ; ils restent éligibles à la MIG CS génétique au titre de leur activité,

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre du périmètre de cette MIG (principalement de la prise en charge), auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (pouvant représentant entre 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

In fine, est donc financé la **participation** à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire à des fins de prise en charge pouvant comprendre du temps de :

- Généticiens
- Conseillers en génétique
- Travailleurs sociaux
- Psychologues

Le cas échéant, l'équipe pourra comprendre du personnel administratif.

C'est aux agences qu'il revient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. En effet, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement, aux données épidémiologiques de la région et aux nombres de consultations déclarées.

Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte, la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.

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 (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts : coût de l'activité de consultation génétique déduction faite des recettes de consultations externes.).

Lorsque le centre de génétique clinique s'articule avec un centre de référence de maladies ou cancers rares d'origine génétique, il convient d'avoir une vigilance particulière pour éviter les redondances de compensation, dans la mesure où les charges liées aux missions spécifiques de ces centres de référence font l'objet d'un mécanisme de compensation propre.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Rapport d'activité attestant du déploiement d'une activité répondant aux critères d'un centre de génétique clinique
- Résultats d'inspection : organisation mise en œuvre répondant aux missions d'un centre de génétique clinique

Peuvent notamment être suivis :

- Nombre de prise en charge globale
- Nombre de consultations dites avancées de génétique
- Nombre d'ETP en place dans l'équipe

6. La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile

Références

Art [R.4311-5](#) du CSP
[Circulaires ministérielles 84 B 176 du 18/12/1984 et 87 B 2 du 18/02/1987 relatives à la thérapeutique de nutrition parentérale](#)
[Recommandations de l'AFSSAPS](#)
[Fédération des Centres de Lutte contre le Cancer : standards, options et recommandations concernant la nutrition en situation palliative \(juin 2001\)](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 30 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 19 579 150€

1^{er} quartile = 41 413 €
Médiane = 243 732 €
3^{ème} quartile = 599 139 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La nutrition parentérale est une technique d'assistance nutritive par voie veineuse exclusive ou complémentaire. Elle n'est indiquée que s'il existe une nécessité de nutrition artificielle et que la nutrition entérale, à privilégier, est impossible.

La nutrition artificielle vise à corriger ou prévenir la dénutrition de malades incapables de satisfaire leurs besoins énergétiques, azotés, hydriques, en oligo-éléments et vitamines.

La nutrition parentérale consiste en l'administration de nutriments par voie autre que digestive, en règle générale par voie intraveineuse, centrale ou périphérique.

La nutrition parentérale n'est indiquée qu'en cas d'insuffisance intestinale ou d'intestin inaccessible.

Coûteuse et non dénuée de risques, elle doit être conduite de façon rigoureuse pour en réduire les complications et en obtenir le meilleur bénéfice pour le patient.

Cette technique est mise à disposition des patients lorsque leurs soins se poursuivent à domicile. C'est l'objet de la présente MIG.

Critères d'éligibilité

Les établissements éligibles sont ceux ayant été agréés par le comité national de coordination pour la nutrition parentérale à domicile.

Les nouveaux établissements hospitaliers souhaitant réaliser un programme de nutrition parentérale à domicile devront faire une demande d'agrément auprès du Comité National de Coordination.

Périmètre de financement

La nutrition parentérale est conduite dans deux contextes :

- soit dans une situation aigue : elle est toujours réalisée en milieu hospitalier, souvent en réanimation
- soit dans une situation chronique : débutée en milieu hospitalier, elle est ensuite réalisée en centre spécialisé après éducation et poursuivie enfin au domicile.

La nutrition parentérale par voie veineuse périphérique peut être envisagée pour une durée comprise entre une et trois semaines chez l'adulte et rarement plus d'une semaine chez l'enfant.

La poursuite à domicile de la nutrition parentérale est réalisée sous le contrôle et l'assistance d'un(e) infirmier(e). C'est uniquement cette action qui est financée par la MIG.

Critères de compensation

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

Doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation :

- du temps d'IDE. Il a été constaté que les régions considéraient que le temps de personnel consacré à cette activité équivalait à 1,5 ETP pour 15 patients suivis à domicile. Cette donnée n'est qu'une simple indication et ne doit en aucune mesure être considérée comme une modélisation de la mission.
- La fabrication des poches de nutrition parentérale (A noter que dans certains cas, les consommables doivent être pris en charge par la caisse du patient **s'ils sont délivrés par une pharmacie de ville** ou rétrocédés si la pharmacie de l'établissement les dispense).
- Les charges de logistique générale et structure doivent être prises en compte. Il a été constaté que les régions prenaient en compte ces charges à hauteur de 20 % des charges de personnel.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de patients suivis à domicile
- Information et éducation du patient
- Formation à la nutrition parentérale
- Nombre d'incidents

7. Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents

Références

Conférence de la famille de 2004 : lance le programme national 2006-2010 de soutien à 75 maisons des adolescents ;

[Lettres-circulaires des 4 janvier et 4 août 2005 : précisent les modalités de création des maisons des adolescents ; cahier des charges des structures](#)

[Plan « santé des jeunes » de 2008](#) : amplification du programme, objectif fixé d'une maison des adolescents par département ;

[Cartographie des maisons des adolescents](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 46 établissements concernés (A noter que 95 maisons des adolescents situées dans 87 départements ont bénéficié du soutien financier de l'assurance maladie entre 2006 et 2011, toutes étant adossées à un établissement de santé ; sur les 94 maisons des adolescents subventionnées, 56 ont reçu un financement MIGAC)

Montants délégués en 2010 (en exécution): 14 667 027 €

1^{er} quartile : 141 586€

Médiane : 156 000€

3^{ème} quartile 158 602€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La maison des adolescent est une structure d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté, elle fournit des réponses rapides et adaptées à l'intention des adolescents, de leur entourage familial et des professionnels concernés, elle ne se substitue pas aux outils existants mais permet de mieux les utiliser, elle organise l'expertise interprofessionnelle sur des situations individuelles afin de mettre en œuvre des prises en charge globales pluri professionnelles et pluri institutionnelles (à la fois médicales, sociales, éducatives) de qualité.

La MIG a pour objet de participer au financement de ces structures en lien avec l'État et la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements respectant les critères du cahier des charges des maisons des adolescents et ayant été retenus suite aux appels à projets régionaux lancés par l'ARS.

Ce cahier des charges a été élaboré par le comité de pilotage national du programme et annexé à chacun des 5 appels à projets lancés auprès des ARH et DRASS pendant la durée du programme. Sa dernière version date du 5 novembre 2009.

Périmètre de financement

Relèvent du périmètre de financement de la mission l'ensemble des actions visant à favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (à la fois médicales, psychologiques, sociales, éducatives, voire judiciaires) :

- Développer chez ces professionnels une culture commune sur l'adolescence.

- Organiser l'expertise interprofessionnelle sur des situations individuelles en vue de la définition d'une prise en charge précisant les engagements et les limites des différents intervenants.
- Évaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité de ces prises en charge.
- Assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné.
- Permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention.

A noter que les maisons des adolescents ont également bénéficié entre 2006 et 2010 de crédits d'État d'aide au démarrage, pour un montant total de 12 644 812 €, du concours de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France pour un montant total de 6 813 532 €, et de subventions diverses qui leur ont été versées par les partenaires locaux des projets (collectivités locales, associations...etc..).

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par la mise en place d'équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures (cf. périmètre de financement) auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Cette équipe pluridisciplinaire est composée d'ETP (mais pas en temps complet) en médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie, dermatologie, addictologie, nutrition...

Il conviendra dans le calcul économique de la dotation de prendre en compte les subventions spécifiques versées (si leur objet est identique) afin de ne pas venir surcompenser financièrement les missions assurées au titre de la MIG.

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 le cas échéant aux frais de fonctionnement.

A noter que le montant maximum de financement est fixe à 156 000€ par projet.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Rapport d'activité de la structure (inclus en principe dans le rapport annuel d'activité de l'établissement de santé de rattachement).
- Enquête flash DGOS-DGCS sur l'ouverture et l'activité des structures (transmissible sur demande aux ARS).
- Groupe de travail sur l'évaluation des MDA (Quelles réponses apportent-elles aux besoins spécifiques des adolescents, comment s'inscrivent-elles dans le projet sanitaire et social du territoire où elles sont implantées).
- Nombre d'ETP en place dans l'équipe

8. Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie

Références juridiques

[Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer](#)

[Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé](#)

[Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 801 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 97,2 M€

1^{er} quartile : 28 384 €

Médiane : 50 000€

3^{ème} quartile : 116 632 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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

Critères d'éligibilité

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

Périmètre de financement

Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes :

- Le développement des dispositifs d'annonce
- Les réunions de coordination pluridisciplinaire
- Les soins de supports

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

Critères de compensation

Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.

Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.

Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:

- Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP)
- File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour les établissements ex-DG
- Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%)
- Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale.
- Prise en compte du coefficient géographique.
- Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.

Prise en compte du coefficient géographique

La modélisation nationale des dotations tient compte des coefficients géographiques.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Enquête ad-hoc auprès des ARS
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer

9. Coordination des parcours de soins en cancérologie

Références juridiques

[Mesure 18 et mesure 25 du plan cancer 2009-2013](#)

Recommandations DGOS/INCa à paraître au 1^{er} trimestre 2012, élaborées à l'issue des résultats de l'expérimentation sur le contenu du parcours de soins et les rôles et activités des infirmiers coordonnateurs hospitaliers.

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MIG est nouvellement créée. Aucune donnée d'exécution ne peut donc être fournie.

Un financement de 10 M€ en mesure nouvelle est fléché par le plan cancer pour les années 2012 et 2013 à hauteur de 5 M€ par an. Par la suite, il est prévu que ce financement soit complété par abondement d'une dotation issue de la MIG 3C.

Définition

La personnalisation du parcours de soins et la vie après le cancer sont deux mesures phares du Plan cancer 2009-2013.

Dans ce cadre, l'Institut national de Cancer en lien avec la Direction générale de l'offre de soins a soutenu, 35 projets expérimentaux visant à proposer aux malades un nouveau dispositif de prise en charge appelé « Parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer ».

Ce dispositif a pour but de mieux coordonner l'ensemble de la prise en charge du patient. Il fait l'objet d'une phase expérimentale qui vise à préciser les modalités de sa mise en œuvre et en définir les principaux éléments.

A l'issue des résultats de cette expérimentation, il est prévu de déployer le dispositif au niveau national.

Critères d'éligibilité

Les établissements éligibles sont tous les établissements publics et privés autorisés à la pratique du traitement du cancer (en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG).

L'attribution de cette dotation sera fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement en fonction notamment de l'activité des établissements de santé, du nombre/type d'activités autorisées (Chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) et des données issues de l'évaluation des expérimentations.

Périmètre de financement

La mission finance le dispositif d'accompagnement et de prise en charge personnalisée des patients atteints de cancer.

Ce dispositif, permettant une meilleure coordination entre les acteurs de soins et renforçant le rôle du médecin traitant, s'appuie notamment sur des infirmiers coordonnateurs hospitaliers, et sur du temps dédié à l'accompagnement social.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens humains et matériels pour la mise en place du dispositif.

In fine, est pris en charge les frais liés à la mise à disposition *a minima* d'un temps d'infirmier coordonnateur et d'un travailleur social.

Il revient aux agences de définir l'équipe adaptée au besoin de l'établissement et de calibrer l'effectif nécessaire. Cette détermination du besoin doit se baser sur les résultats d'indicateurs permettant d'évaluer *a posteriori* la pertinence de la mission effectuée.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale). Il appartient néanmoins aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures constituant les frais de fonctionnement.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer *a posteriori* la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un entretien avec un infirmier coordonnateur
- Nombre de patients pour lesquels une situation de fragilité sociale a été détectée
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge sociale
- Nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'un suivi spécifique
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide au maintien dans l'emploi et/ou à la réinsertion professionnelle

Q. L'aide médicale urgente

1. Les SAMU, y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgence

Références juridiques

Art [L.6112-1](#) (mission de service public), [L.6311-1 et L.6311-2](#) (aide médicale urgente), [R.6123-1](#) (autorisation d'activité), [D.6124-1 à D.6124-11](#) (conditions techniques de fonctionnement), [R.6311-1 à R.6311-7](#) (missions des SAMU) CSP

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 102 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 222 732 741 €

1^{er} quartile : 864 619€

Médiane : 1 488 788€

3^{ème} quartile : 2 183 048€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Ils sont en charge de la régulation des appels et doivent :

- Assurer une écoute médicale permanente ;
- Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé,
- Veiller à l'admission du patient.

Les SAMU peuvent également participer à la couverture des grands rassemblements. Ils participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention, de recherche. Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue et participent à la formation des secouristes.

Les SAMU travaillent en étroite collaboration avec les SAU, les SMUR, les filières de prises en charge hospitalières, la médecine de ville, les SDIS et les transporteurs sanitaires.

Critères d'éligibilité

La délivrance d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence est basée sur trois modalités :

- 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à [l'article L. 6112-5](#) ;
- 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;
- 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

L'éligibilité à la dotation renvoie donc à la délivrance de l'autorisation d'activité « médecine d'urgence ».

L'autorisation est délivrée par le DG ARS, sur la base du SROS et sous condition que les exigences fixées

par le code de la santé publique soient respectées (définition des missions, interconnexion et collaboration avec les SDIS, niveau de formation du personnel...).

Périmètre de financement

Relève du financement de la MIG, l'ensemble des missions des SAMU, à savoir :

- Les centres de réception et de régulation des appels « CRRA » ou « Centre 15 »
- Les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), chargé de la formation initiale et continue des acteurs de l'urgence (il existe des CESU dans chaque département, sauf dans l'Ardèche, le Gers, le Lot et la Nièvre).

La mutualisation de moyens au sein d'un même établissement, entre un SAMU et un SMUR ne doit pas engendrer de double financement. Il en est de même pour les mutualisations d'équipe au sein d'un même établissement avec les services d'urgence des hôpitaux sièges de SAMU.

Le financement est alloué à l'établissement de santé gestionnaire du SAMU.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités du SAMU (ETP de médecins, de permanenciers auxiliaires de régulation médicale et fonctions administratives), auxquels s'additionnent le cas échéant certaines autres charges (frais de fonctionnement, d'investissement et d'amortissement propres aux missions des SAMU pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Le calcul de ces frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale (à hauteur de 50% de la dotation).

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Le nombre d'appel et le nombre de dossiers de régulation médicale doivent être suivis.

Il est recommandé d'inciter les SAMU-centres 15 à établir un rapport d'activité annuel qui soit transmis à l'ARS

2. Les SMUR

Références juridiques

Art [R6123-14 à R6123-17](#) du CSP

[Circulaire du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 371 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 667 772 549 €

1^{er} quartile : 982 962€

Médiane : 1 166 988€

3^{ème} quartile : 1 964 347€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La structure mobile d'urgence et de réanimation a pour mission :

- d'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel elle est rattachée, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
- d'assurer le transfert entre 2 établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Le fonctionnement d'une ligne de garde SMUR nécessite la présence d'une équipe composée d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier, 24h/24 et 365j/an.

Critères d'éligibilité

La délivrance d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence est basée sur trois modalités :

1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à [l'article L. 6112-5](#) ;

2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;

3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

L'éligibilité à la dotation renvoi donc à la délivrance de l'autorisation d'activité « médecine d'urgence ».

L'autorisation de faire fonctionner une structure mobilité d'urgence et de réanimation ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences ou s'il obtient simultanément cette autorisation.

Périmètre de financement

La MIG couvre l'ensemble des frais de fonctionnement des lignes de garde SMUR, transports primaires et transports inter-hospitaliers

Le financement MIG correspond aux dépenses de fonctionnement non couvertes par les autres financements.

notamment les collectivités territoriales ou les activités hospitalières tarifées.

La mutualisation de moyens entre SMUR, SAMU et services d'urgences ne doit pas engendrer de double financement.

Critères de compensation

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités du SMUR (ETP médecin, infirmier anesthésiste, ambulancier), auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (amortissement et consommables – pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.

Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale (à hauteur de 50% de la dotation).

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de transports,
- couverture territoriale,
- mise en commun des moyens avec les SAMU ou les SAU.

3. Le transport sanitaire bariatrique

Références juridiques

[Plan obésité du 20 juillet 2011](#)

[INSTRUCTION N°DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé \(PNNS\) et du plan obésité \(PO\) par les Agences régionales de santé.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MIG a été créée pour la campagne 2012.
Aucune donnée d'exécution n'existe donc à ce stade.

Définition

L'axe 1 du plan obésité prévoit l'amélioration de l'offre de soins et la promotion du dépistage. Le système de soins doit s'adapter à l'épidémiologie de l'obésité et singulièrement à la prévalence accrue de ses formes les plus sévères, qui concernent près de 4% de la population adulte.

Le transport est un point clé pour l'accès aux soins. L'impossibilité de transport médicalisé introduit des retards en situations d'urgence et des prolongations de séjours (difficultés d'accès aux explorations ou de retour à domicile). Cela est vrai pour les transports internes dans les établissements et pour les transports externes (ex SAMU).

Cette situation tient à l'absence de matériels de transport adaptés à l'obésité massive. (Médicalisé ou non et pour tous types de transport), à des questions de coûts (le transport mobilise la plupart du temps deux équipes d'ambulancier et prend plus de temps).

Sous l'égide des ARS, il s'agit d'organiser des filières de soins, des coordinations territoriales, et d'adapter les équipements dans un but d'accessibilité, de lisibilité et de cohérence dans la gradation des soins.

Ainsi, la question du transport des personnes présentant une obésité majeure est une problématique émergente. **L'action 10 du plan obésité a pour objectif de définir un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique.**

La MIG transport bariatrique a pour objectif de répondre à cette problématique pour accompagner les établissements dans leur investissement en véhicules de transport bariatrique et anticiper le renouvellement du parc en sécurisant la ressource.

Critères d'éligibilité

Les établissements éligibles à cette MIG sont ceux auxquels sont rattachés les centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions (voir en ce sens l'annexe 1 de l'instruction du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité (PO) par les Agences régionales de santé).

Périmètre de financement

Le périmètre de financement de la MIG est égal à l'amortissement et la maintenance des véhicules.

In fine, ce périmètre comprend le financement chaque année de 1/5 de l'investissement initial et du fonctionnement considérant que les véhicules seront amortis sur 5 ans. Ce dispositif permet d'accompagner les établissements dans leur investissement et d'anticiper le renouvellement du parc en sécurisant la ressource.

Critères de compensation

Le modèle de financement est le suivant :

- coûts de fonctionnement et d'entretien annuels estimés à 3 200 € par ambulance
- montant de l'amortissement sur 5ans : $126\ 000 / 5 = 25\ 200$ €/an

Chaque établissement concerné devra donc recevoir une dotation d'un montant égal à 28 200 € par an et par ambulance.

Prise en compte du coefficient géographique

L'exercice de la mission ne génère théoriquement pas de surcoûts liés à l'implantation géographique.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Existence d'un véhicule
- Nombre de sorties par type de sortie :
 - Transports primaires
 - Transports secondaires
 - Retour à domicile

4. Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques

Références juridiques

CCMM :

[Art D.98-8-1 et suivants Code des postes et des télécommunications](#) (codification du décret n° 2008-346 du 14 avril 2008, relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives)
[Convention internationale de 1979 sur la recherche et le sauvetage maritimes.](#)
[Instruction interministérielle relative à l'organisation opérationnelle de l'aide médicale en mer du 29 avril 1983](#)
[Arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé médicales maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer](#)

CNR 14:

[Arrêté du 1er février 2010 relatif à la composition du Comité national de pilotage du centre national de relais chargé de la réception et de l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives](#)
[Arrêté du 1er février 2010 désignant l'établissement de santé assurant les missions du centre national de relais mentionné à l'article D. 98-8-1 du code des postes et des communications électroniques](#)
[Arrêté du 1er février 2010 relatif au financement du centre national de relais mentionné à l'article D. 98-8-1 du code des postes et des communications électroniques](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

S'agissant du centre de consultation médicale maritime (CCMM) :

Montants délégués en 2010 (en exécution): 203 391 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

S'agissant du centre national de relai des appels d'urgence des personnes déficientes auditives (CNR) :

Le CNR 114 est mis en service à compter du 14 septembre 2011 pour répondre aux fax et SMS. Une seconde phase du projet permettra au CNR de répondre à d'autres types d'appel (vidéo...). Les besoins de financement seront amenés à évoluer en conséquence.

Définition

Le CNR 114 (centre national de relai des appels d'urgence des personnes déficientes auditives) et le CCMM (centre de consultations médicales maritimes) sont des plateformes de réception des appels ayant des missions et une organisation spécifiques.

- 1) Le CCMM assure 24h/24h un service gratuit de consultations télémédicales destinées aux marins. Il est également chargé de proposer d'éventuelles évacuations sur l'ensemble du territoire. Il est institué comme unité fonctionnelle au sein du SAMU du CHU de Toulouse.
Cette organisation répond à des obligations internationales. En vertu de la convention internationale de 1979 sur la recherche et le sauvetage maritimes, la France est tenue d'organiser la délivrance de premiers soins médicaux à bord des navires ou des évacuations sanitaires, en cas de besoin. Le principe est celui de la gratuité de l'intervention pour ceux qui sont secourus. Il se décline au niveau national de façon à ce que les coûts d'intervention restent à la charge des administrations et des organismes fournissant les moyens.
- 2) Le CNR114, grâce à un numéro d'appel téléphonique unique et gratuit (114), qui doit permettre un accès permanent à ce centre d'appel, assure l'accessibilité de la communication de l'utilisateur sourd ou malentendant vers un numéro d'urgence (15, 17, 18 ou 112) en le transférant vers le centre d'appels d'urgence local compétent.
Le CNR114 n'est pas encore opérationnel. Il le sera à compter du mois de septembre 2010 pour la réception et le traitement des fax et des SMS.

Le CHU de Grenoble a été désigné pour assurer les missions du CNR 114.

Critères d'éligibilité

Il s'agit de structures spécifiques, uniques en France, répondant à un besoin national, voire international (cf. bases juridiques). Leurs éligibilités sont donc basées sur une désignation nationale par voie d'arrêté.

Périmètre de financement

La dotation MIG a pour objet de financer les missions et le fonctionnement du CCMM et du CNR114, notamment sur la base du:

- nombre d'appels, nombres de dossiers de régulation médicale et de téléconsultations ;
- Nombre d'appels (fax et SMS) et nombre d'appels transmis aux SAMU pour le CNR 114.

Critères de compensation

Le calcul de la dotation est spécifique à chaque centre.

Pour le CCMM :

Son budget global est basé sur une clef de répartition définie par convention (80% assurance maladie/20% État).

Est pris en compte dans le calcul de la dotation MIG:

- Ressources humaines : personnel médical et non médical (fonctionnement réseau...)
- Fonctionnement : fournitures informatiques, de bureau, communication, logistique, communication...

Pour le CNR114 :

Son budget global est basé sur une clef de répartition définie par convention (cf. bases juridiques – 64% État/36% assurance maladie)

Est pris en compte dans le calcul de la dotation MIG:

- Les ressources humaines : équipe projet et équipe opérationnelle (recrutement de PARM entendant et malentendant) spécialement formée à la réponse urgente aux personnes sourdes ;
- La communication nécessaire auprès du grand public et des personnes sourdes ;
- L'investissement nécessaire dans un progiciel, du matériel télécom et informatique ;
- Le fonctionnement du CNR: fournitures informatiques, de bureau, communication, logistique, communication...

Prise en compte du coefficient géographique

L'exercice de la mission ne génère théoriquement pas de surcoûts liés à l'implantation géographique (centres situés dans des régions non soumises au coefficient géographique).

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

De manière générale, est pris en compte dans l'évaluation de la dotation le bilan financier N-1 ainsi que les projections financières N+1 à N+3

Un certain nombre d'indicateurs peuvent être mobilisées à des fins d'évaluation :

- Nombre d'appels et de téléconsultations médicales pour le CCMM
- Nombre d'appels, fax et SMS pour le CNR (à compter de la phase opérationnelle).

R. La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques

1. La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 150 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 3 043 303 €

1^{er} quartile : 23 368€
Médiane : 24 000€
3^{ème} quartile : 40 602€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'objet de cette MIG est de permettre une meilleure définition des politiques de santé publique en associant les établissements de santé à travers la mise en œuvre d'actions expérimentales ou d'études et analyses ciblées.

Sont notamment concernées: les études nationales de coûts (MCO et HAD), l'étude sur la charge en soins, l'analyse conjoncturelle des établissements de santé (ACCES)...

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 compensation

Le montant versé correspondant à la compensation des charges induites est fonction des actions expérimentales ou études menées. Il est alloué sur la base d'un montant forfaitaire non reconductible, pouvant être composé d'une part fixe et d'une part variable en fonction des données transmises, identique pour une catégorie d'établissements donnée ou pour un type d'étude donnée.

Exemple : ENC MCO

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

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Qualité et exhaustivité des données transmises par les établissements participants.

2. La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'État chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires

Références juridiques :

[Décret du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 104 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 15 855 056 €

1^{er} quartile : 55 362€
Médiane : 93 635€
3^{ème} quartile : 199 199€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition :

L'emploi de mises à disposition par des établissements de santé permet de faire bénéficier à la direction générale de l'offre de soins (DGOS – ministère de la santé) de personnes ayant l'expérience du terrain.
L'objet de la MIG est le remboursement des salaires charges salariales comprises à l'établissement auquel le personnel mis à disposition du ministère de la santé, par convention, est rattaché.

Critères d'éligibilité :

Est éligible tout établissement auquel est rattaché le personnel mis à disposition du ministère de la santé.
Le plafond d'emplois est limité à 123 mises à disposition.

Périmètre de financement :

Le périmètre de financement comprend les salaires et charges salariales du personnel mis à disposition au prorata du temps de sa mise à disposition (temps plein, mi-temps...) ainsi que le remboursement de frais professionnels pour un missionné par le ministère de la santé.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Renouvellement de la convention de la mise à disposition

3. La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales

Références juridiques :

Art [L.6144-1](#) CSP relatif aux commissions médicales d'établissements (CME)

[L.6161-2](#) CSP (relatif aux conférences médicales (secteur privé))

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 6 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 287 279 €

1^{er} quartile : 24 431 €

Médiane : 53 781€

3^{ème} quartile : 105 397€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition :

La MIG a pour objet de financer les frais de structure et de personnel inhérent à la constitution de :

- La conférence des Présidents de CME des CHU, constituée des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement (CME) des 29 CHU français ;
- La conférence nationale des président(e)s nationale des présidents de CME de CH
- Conférence Nationale des Présidents & Vice-présidents de CME de CH (ex CHS)
- Conférence des Directeurs Généraux de CHU
- Conférence des directeurs de CH
- La Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée (CNPCMEHP).

Ces instances agissent en interface entre les CME/CH/CHU et le Ministre de la Santé et les tutelles, dont elle est l'interlocuteur régulier.

Outres leurs missions spécifiques, ces instances sont forces de proposition et de réflexion pour ce qui concerne l'hôpital et le monde de la santé, et d'animation du monde hospitalier. Elles sont consultées sur les projets de textes législatifs ou réglementaires concernant la santé

Critères d'éligibilité :

Sont éligibles à la dotation les établissements auxquels est rattaché le président:

- De la commission médicale d'établissement (CME) des CHU,
- De la CME des CHG,
- De la CME de CH (ex-CHS – secteur psy),
- Des DG de CHU,
- Des DG de CH,
- De la CM des établissements privés.

Périmètre de financement :

Le périmètre de la MIG comprend des frais de secrétariat, et d'organisation des conférences.

Critères de compensation :

Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines (frais de secrétariat), auxquels s'additionnent les frais de fonctionnement (pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales (données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Un coût moyen a été calibré à 95 400 € par conférence.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

4. La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé (ex-DG)

Références juridiques :

[Art 97 de la loi n° 86-33 du 9/1/1986 modifiée](#) et [art.19 et suivants du décret n°86-660 du 19/3/1986 modifié](#).
Protocole d'accord du 10 mai 1999 sur l'exercice du droit syndical des cadres de direction modifié par l'avenant en date du 23 juillet 2008

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 55 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 3 425 041 €

1^{er} quartile : 24 696 €
Médiane : 45 000 €
3^{ème} quartile : 66 657 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Cette MIG a pour objet le remboursement des salaires et charges salariales comprises à l'établissement auquel le personnel mis à disposition auprès d'organisations syndicales nationales est rattaché

Critères d'éligibilité

L'article 19 du Décret n°95-687 du 9 mai 1995 dispose que le nombre total en équivalent temps plein des agents mis à disposition au titre de l'article 97 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 auprès d'organisations syndicales pour exercer un mandat à l'échelon national est fixé à quatre-vingt-quatre.

Ces ETP sont répartis entre les organisations syndicales représentatives de la FPH proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenu lors des dernières élections professionnelles (décret du 19 mars 1986).
En outre, le protocole du 23 juillet 2008 (en application de l'article 97 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) fixe à 8 le nombre d'ETP appartenant au corps des personnels de direction pouvant être mis à disposition pour le même objet et selon des règles identiques (DH, D3S, DS).

Le choix de la mise à disposition syndicale et donc de l'établissement éligible est décidé par les syndicats en fonction du quota précité.

Périmètre de financement

Le salaire et les charges de l'agent mis à disposition d'une organisation syndicale nationale sont remboursés à l'établissement de rattachement de l'agent puisque l'établissement continue de rémunérer l'agent en question Art. 27 du décret du 19/03/86).

Critères de compensation

Le montant alloué à chaque établissement est donc égal au salaire et charges salariales du personnel mis à disposition au prorata du temps de sa mise à disposition.

Le temps de sa mise à disposition peut également être de 75 % pour les personnels. Il peut être égal à un mi-temps pour les personnels de direction.

Prise en compte du coefficient géographique

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Pas de critère particulier. Le financement est assuré tant que le personnel est mis à disposition auprès du syndicat.

5. Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État

Références juridiques

Art. : [L 6134-1](#), [R 6134-1](#) et [R 6134-6](#) du CSP

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 18 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 1 755 210 €

1^{er} quartile : 30 000€

Médiane : 50 000€

3^{ème} quartile : 163 270€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

L'article L 6134-1 du CSP prévoit que les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et de droit privé.

Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'État français.

Le ministère chargé de la santé finance des actions de coopérations internationales hospitalières proposées par les établissements de santé et sélectionnées par le ministère dans le cadre d'un appel à projet annuel : environ 30 projets sélectionnés par la DGOS par an.

Critères d'éligibilité

L'éligibilité des établissements est basée sur le respect d'un cahier des charges et sur la pertinence des actions. L'objectivation se fait au niveau national par appel à projets piloté par la DGOS – département stratégie ressources.

Cet appel à projet concerne les projets de coopération internationale d'établissements de santé français, de métropole et d'outremer, proposant d'associer des équipes médicales, administratives ou techniques à une ou des actions déterminées permettant le développement de l'établissement de santé étranger. Les destinations sont choisies en conformité avec la stratégie du ministère des affaires étrangères et européennes et en cohérence avec les objectifs de l'appel à projet conduit par l'agence française pour le développement (AFD).

Les projets concernent un ou plusieurs des thèmes suivants développés par la loi "Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et considérés comme prioritaires et structurants pour la coopération : développement de la planification de l'offre de soins (SROS...); mise en place d'une gouvernance et d'un pilotage hospitalier performants ; problématique des ressources hospitalières (codification, T2A, facturation...); promotion des normes de qualité et de sécurité des soins ; définition des systèmes d'information médicale et d'un dossier médical personnel ; reconnaissance des droits des patients.

Périmètre de financement

Le périmètre de la mission est égal au Financement de déplacements et per diem des personnels hospitaliers participant à ces missions : frais de mission et indemnités prévus par la réglementation : Dispositions applicables aux fonctionnaires de l'État :

- Décret n°2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État.
- Arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités de mission prévues à l'article 3 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État (Dernière modification : 22 mai 2010)

Critères de compensation

Le montant des dépenses est fonction des frais réels engagés par les établissements de santé.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

La dotation rembourse les charges subies par l'établissement au titre de cette mission.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Nombre de missions de l'établissement de santé français à l'étranger financées pour l'année d'exécution de la MIG.

6. Participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997

Références juridiques

[décret 97-215 du 10 mars 1997](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

Cette MIG ayant été créée en 2012, aucune donnée financière ne peut être présentée.

Définition

Au moment de la création de la contribution sociale généralisée (CSG), le décret 97-215 du 10 mars 1997 est venu modifier les droits acquis et les avantages du personnel de l'AP précédemment fondés sur un arrêté du 8 juillet 1955 du préfet de la Seine confirmé par la loi du 31 décembre 1975.

Aux termes du décret de 1997, les pertes de revenus liées au basculement en CSG d'une partie des cotisations salariales d'assurance maladie doivent être compensées par l'employeur à due concurrence sous la forme d'une indemnité exceptionnelle.

A noter que cette obligation réglementaire ne s'applique qu'aux fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 1998.

La MIG a pour objet de venir compenser les surcoûts supportés par l'employeur hospitalier éligible du fait de l'application du décret susmentionné.

Critères d'éligibilité

Est éligible, eu égard au décret susmentionné, l'établissement public : Assistance Public –Hôpitaux de Paris (seul employeur hospitalier visé par le décret susmentionné).

Périmètre de financement

Le périmètre de cette MIG est égal au surcoût de l'employeur devant prendre en compte dans le traitement des employés cette indemnité exceptionnelle.

Critères de compensation

Le montant des dépenses est fonction des frais réels engagés par l'assistance publique.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Nombre de fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 1998 présents dans les effectifs.

S. La permanence des soins en établissement de santé

Références juridiques

Art [L. 6112-1 et suivant du CSP](#)

Art [L. 162-22-15 du CSS](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 604 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 756 163 197€

1^{er} quartile : 200 911€

Médiane : 648 508€

3^{ème} quartile : 1 312 837€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins (intervention et/ou hospitalisation) dans une structure de soins MCO d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Critères d'éligibilité

La MIG PDESSES a vocation à être versée à compter de 2012 à l'ensemble des établissements attributaires de la mission de service public de PDESSES dans le cadre du SROS-PRS, qu'il s'agisse d'établissements ex-DG ou ex-OQN (voir en ce sens l'annexe 4).

Les modalités de reversement des crédits MIG aux praticiens libéraux participant à la PDESSES en clinique seront précisées dans le décret d'application relatif au FIR.

Périmètre de financement

La MIG PDESSES indemnise les lignes de garde et d'astreintes MCO retenues dans les schémas cibles de PDESSES. Les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif d'indemnisation de la PDESSES.

La MIG PDESSES vise à compenser les surcoûts liés à l'activité de permanence et ne permet en aucun cas de couvrir l'intégralité des lignes de gardes et astreintes des établissements (la part de la continuité des soins est financée par les tarifs).

En fonction du volume d'activité attendu, les lignes de garde ou d'astreinte sénior peuvent être complétées par une ou plusieurs lignes de gardes d'internes.

La PDESSES inclut l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence lorsqu'elle n'est pas financée par le Forfait Annuel Urgence (ES ex-DG). Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Critères de compensation

Le montant de la MIG versée à l'établissement s'appuie, pour la participation des médecins libéraux à la PDES, sur le montant d'indemnisation forfaitaire par plage de garde ou d'astreinte fixé par arrêté en application de l'article L. 6112-3-2. Les montants seront identiques à ceux figurant dans la convention médicale actuelle (150€ pour la plage d'astreinte et 228,68€ pour la plage de garde)

S'agissant du montant de la MIG versée à l'établissement pour la participation de médecins salariés, la dotation MIG peut être valorisée comme suit :

- lignes de garde sénior au coût minimum de l'indemnité de sujétion PH 264,63€ x 1,5 (charges); peuvent être pris en compte au-delà de ce minimum les surcoûts réglementaires liés à la participation de médecins hospitalo-universitaires ;
- plages d'astreinte au coût minimum de l'indemnité d'astreinte opérationnelle 42,13€ x 1,5 (charges), le nombre de déplacements étant à déterminer en fonction de l'activité attendue;
(montants hors charges par plage indiqués dans l'arrêté du 12 juillet 2010 y afférant)

Prise en compte du coefficient géographique

L'exercice de la mission ne génère théoriquement pas de surcoûts liés à l'implantation géographique.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant. Ils pourront comprendre un rapport d'activité réalisée aux horaires de PDES pour les spécialités retenues. Il conviendra de privilégier des indicateurs robustes issus des systèmes d'information et partagés par l'ensemble des acteurs.

proposition d'indicateurs:

- nombre de patients accueillis et pris en charge dans le cadre de la PDS (par spécialité) : nombre d'interventions chirurgicales, de recours au plateau technique de l'établissement, etc....
- nombre de déplacements pour les astreintes
- nombre de passages aux urgences durant les plages de PDES,

Ces données pourront être confrontées aux rapports d'activité des services d'urgence : les établissements attributaires de la MIG PDES ont en effet vocation à avoir un « droit de refus » limité ou un « devoir de réponse » plus fort face aux sollicitations des urgences pour les spécialités concernées.

T. Les dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations

1. Les centres périnataux de proximité

Références juridiques

Art [R.6123-50](#) du CSP / Art [D.162-7](#) du CSS
[Plan Périnatalité 2005-2007](#) (mesure 2.2)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 87 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 17 877 642€

1^{er} quartile : 100 900€
Médiane : 186 071€
3^{ème} quartile : 283 034€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.

Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.

Critères d'éligibilité

Tout CPP est éligible à la MIG. L'éligibilité est donc strictement liée à leur création.

Périmètre de financement

Figurent dans le périmètre de financement les consultations prénatales et postnatales, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.

La dotation MIG a vocation à couvrir les charges que les recettes d'activité ne couvrent pas. En conséquence, la dotation n'a pas vocation à sur abonder financièrement les activités financés au travers des GHM relatifs à la « gynécologie », à l' « obstétrique » et aux « nouveaux nés ».

Critères de compensation

Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG 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, notamment tarifaire.

En effet, cette MIG vient en complément des recettes T2A perçues par ailleurs par la structure notamment des recettes tarifaires liées aux consultations et aux échographies.

In fine, sont donc financés du personnel médical (médecin et sage femme), ainsi que des frais spécifiques de fonctionnement et d'amortissement pour les frais liés aux échographes et appareils de monitoring, auxquels s'ajoutent les frais généraux de la structure (pouvant être considérés comme représentant 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements

comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

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 aux frais de structure.

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Documents transmis par l'établissement permettant de mesurer l'activité.
Participation au réseau de santé périnatale.

2. Les unités hospitalières sécurisées interrégionales

Références juridiques

[Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)

Art. [R. 6112-26](#) du CSP

[Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 :](#)

[Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées](#)

[Cirulaire N°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 :](#)

[Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ;](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 11 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 24 79 6208 €

1^{er} quartile : 784 390€

Médiane : 1 809 406€

3^{ème} quartile : 2 226 540€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les hospitalisations des personnes détenues excédant la très courte durée ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé sont mises en œuvre dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté interministériel du 24 août 2000.

L'objectif poursuivi est de concilier les impératifs de qualité des soins et de rationalisation des escortes et des gardes des détenus hospitalisés.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements possédant une UHSI, désignés par l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, bénéficient de cette MIG.

Périmètre de financement

Le financement par les crédits MIGAC ne vient qu'en complément de la facturation des GHS d'hospitalisation à l'assurance maladie et du forfait journalier à l'administration pénitentiaire pour les patients détenus hospitalisés.

A titre d'amorce, les moyens alloués peuvent être temporairement supérieurs mais le principe demeure d'un financement prioritaire de ces structures par facturation de l'activité réalisée.

Critères de compensation

Ce financement vise à couvrir les surcoûts liés à l'organisation propres des UHSI par rapport à une structure d'hospitalisation "classique".

Il est proposé de corréliser le financement au nombre de lits de l'UHSI au travers d'un forfait par lit.

Ce forfait a été calibré à partir des effectifs moyens déclarés par lit d'UHSI dans le RTC 2005 soit 0,25 ETP

de personnel médical et 2,4 ETP de personnel non médical.

Il a été estimé que les surcoûts non pris en charge par la T2A s'établissaient à 20% de ces effectifs soit :

- 0,05 ETP de médecin sénior / lit soit 5 200€
- 0,25 ETP d'infirmier / lit soit 11 500€
- 0,25 ETP d'aide-soignant / lit soit 9 300€

A ces surcoûts de personnel (26 000€) s'ajoutent les surcoûts en exploitation courante évalués à 20% du total des surcoûts de personnel soit un total de 31 200€ / lit de l'UHSI.

Si les moyens alloués à ces structures lors de leur création ont souvent été largement supérieurs, il convient de noter qu'ils avaient alors été calibrés sans tenir compte des recettes liées à la tarification à l'activité ce qui n'était guère incitatif à un codage et une facturation des séjours. Il est proposé aux ARS de procéder aux évolutions de dotations budgétaires jugées nécessaires.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

- Suivi du nombre de détenus hospitalisés,
- Suivi de la durée moyenne des séjours,
- Suivi des GHS produits, de leur facturation,

3. Les unités de consultations et de soins ambulatoires

Références juridiques

[Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)
[Art L.6112-1](#), 12°, [et R. 6112-14 à R.6112-27](#) du CSP ;

[Décret N°94-929 du 27 octobre 1994](#) ;

[Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale](#) ;
[Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005](#) ;

[Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 151 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 163 626 896 €

1^{er} quartile : 423 438€

Médiane : 803 966€

3^{ème} quartile : 1 465 886€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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'examen 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.

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).

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).

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 compensation

La dotation doit être calculée selon le schéma suivant :

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

Le % des frais de structure est fixé à 20%.

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

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

D'un point de vue qualitatif, le rapport annuel d'activité détaillé de l'UCSA peut être mobilisé (inclus en principe dans le rapport annuel d'activité de l'établissement de santé de rattachement).

En outre, figurent un certain nombre d'indicateurs inscrits dans le rapport d'activité standardisé pouvant être mobilisés (disponible sur l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues) :

- Nombre de consultations de médecine générale
- Nombre de consultations de médecine spécialisée
- Nombre de consultations dentaires
- File active totale

Enfin, 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 importants pour cette activité spécifique en milieu pénitentiaire)

4. Les chambres sécurisées pour détenus

Références juridiques

[Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)

Articles [R. 6112-14 à R.6112-27](#) du CSP

[Décret N°94-929 du 27 octobre 1994](#) ;

[Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale](#)
[Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale](#)

[Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 63 établissements concernés.

Montants délégués en 2010 (en exécution): 5 657 603 €

1^{er} quartile : 45 600€

Médiane : 90 600€

3^{ème} quartile : 93 401€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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

Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé en annexe de la circulaire du 13 mars 2006. Leur implantation doit répondre aux critères suivants : implantation au sein des services dits d'aigus de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage. A l'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.

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).

Outre le régime d'attribution des MSP, le critère supplémentaire d'éligibilité est le respect des cahiers des charges et la procédure d'autorisation décrite dans la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

Pour obtenir la dotation MIG il faut qu'un dossier ait été constitué et que les démarches de mise en conformité 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 personnes détenues qui y sont accueillies. Il ne vise qu'à compenser les surcoûts liés à l'organisation particulière de la prise en charge médicale et soignante des personnes qui y sont accueillies et la mobilisation de ces capacités d'hospitalisation.

Une autre dotation forfaitaire de 15 245 € par chambre est allouée par le Ministère de la Justice en plus de la MIG. Cette dotation permet le financement des travaux de sécurisation.

Critères de compensation

Il est proposé de corréler le financement au nombre de chambre sécurisée au travers d'un forfait par chambre.

Ce forfait est calibré comme suit :

- 0,1 ETP de médecin sénior / chambre soit 10 400€
- 0,6 ETP d'infirmier / chambre soit 27 600€

A ces surcoûts de personnel (38 000€) s'ajoutent les surcoûts en exploitation courante évalués à 20% du total des surcoûts de personnel soit un total de 45 600€ par chambre sécurisée.

Il est rappelé que ce montant vient en sus des recettes d'activité.

Prise en compte du coefficient géographique

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

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)

En outre, le rapport d'activité des établissements doit également décrire l'activité des chambres sécurisées.

U. La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

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

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 274 établissements concernés.
Montants délégués en 2010 (en exécution): 147 356 350 €€

1^{er} quartile : 102 292€
Médiane : 259 602€
3^{ème} quartile : 568 242€

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

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.

Critères d'éligibilité

C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements.

Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements.

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

A noter néanmoins que 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).

Tout établissement rentrant donc dans ce modèle de financement est attributaire d'une mission de service public. Le besoin à couvrir est donc déterminé en relation directe avec ce modèle.

In fine, tout établissement sortant de ce modèle n'est plus attributaire de la mission.

A noter que cette mission doit faire l'objet d'une mention explicite au CPOM dans l'avenant MSP et renvoyer à l'avenant financier quant aux modalités de compensation financière.

Périmètre de financement

La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées.

Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.

Critères de compensation

Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences.

Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs.

Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010.

Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.

Prise en compte du coefficient géographique

La modélisation nationale des dotations tient compte des coefficients géographiques.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

Une des missions du groupe de travail ad hoc 2012 sur la redéfinition du modèle de financement de la MIG précarité sera une enquête auprès des ARS pour évaluer l'adéquation entre la dotation perçue et le niveau de besoin de l'établissement en termes de financement de l'accueil des populations précaires, ainsi que l'évaluation de l'utilisation des montants délégués au sein de l'établissement.

2. Les permanences d'accès aux soins de santé

Références juridiques

[La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 : relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé \(PASS\).](#)

[Art L.6112-6 du CSP](#)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2010, 389 établissements concernés par des PASS œuvrant au sein des établissements de santé ; 9 établissements où sont financées des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements.

Montants délégués en 2010 (en exécution):

37 582 282€ pour des PASS en établissements

4 801 182 € pour des PASS extérieures

Soit 42 383 464 € au total

1^{er} quartile : 42 785 €

Médiane : 65 596 €

3^{ème} quartile : 105 633 €

Source ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH)

Définition

Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils 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.

Critères d'éligibilité

L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la « lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1).

L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :

- Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation;
- Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ;
- Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ;

Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.

In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.

Périmètre de financement

Relèvent du financement les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.

L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.

Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'examens radiographiques pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'identifier et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission.

Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantifié national).

Critères de compensation

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 15 à 25% des charges nettes totales - données purement indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale). Dans des cas particuliers (PASS buccodentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examens est intégré dans le budget.

Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport pourront être intégrés. Il convient alors de 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.

Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure

Prise en compte du coefficient géographique

MIG à caractère régional. Le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Le coefficient géographique est intégré *de facto* dans le calibrage de la dotation basé sur les charges.

Indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la pertinence de la mission effectuée

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 :

- 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 ;
- 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.).

3. Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.

Références juridiques

Art. [R.6142-2 et suivant](#) du CSP (centres de soins et d'enseignement et de recherche dentaires –CSERD)

Dénombrement des établissements / Poids de la MIG

En 2011 (MIG créée en 2010), 16 établissements concernés.
Montants délégués en 2011 (en exécution): 1,943 M€

Définition

L'objet de la mission est d'assurer des soins dentaires complexes à une population présentant des pathologies, un handicap ou une dépendance lourde (transplantés et greffés, personnes atteintes de troubles congénitaux ou acquis de l'hémostase, ...) sans que ces soins relèvent d'une hospitalisation à temps partiel.

Ces soins sont dispensés en externe et supposent des dispositifs médicaux ou un accompagnement paramédical spécifique.

Critères d'éligibilité

Sont éligibles les établissements de santé disposant d'un centres de soins et d'enseignement et de recherche dentaires –CSERD).

Périmètre de financement

Le financement ne couvre que des prises en charge en externe. Il ne couvre pas les prises en charge en hospitalisation à temps partiel.

Le financement couvre les surcoûts liés à des prises en charge lourdes non couvertes par les tarifs des consultations externes en raison de la complexité de ces prises en charge (personnel supplémentaires, développement de certaines techniques, consommation de produits ou médicaments onéreux,...).

Critères de compensation

Le financement est assis sur une dotation forfaitisée par établissement en fonction du nombre de séances de soins dentaires (nombre de passages). Elle est calibrée sur la base des données recueillies dans le cadre de la mission DECOUR (2010), et sur l'évaluation des surcoûts à dire d'experts qui ont permis d'évaluer que :

- 15% des passages en CSERD (mesurés par l'ensemble des actes d'odontologie facturés) relèvent de ces prises en charge lourdes ;
- Ces prises en charge génèrent un surcoût moyen de 70 € par passage.

Trois niveaux de compensation sont définis en fonction du % de passages correspondants aux prises en charge complexes (45, 60 et 754 euros).

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques sont intégrés dans la modélisation de la dotation (à compter de 2012).

Indicateurs permettant d'évaluer a priori la pertinence de la dotation : critères de sélection de l'établissement (éligibilité par procédure transparente et sélection finale)

% de passages correspondants à ces prises en charge complexes par site de chaque CSERD

Annexes

Annexe 1 : Modèle d'annexe au CPOM ou à un contrat spécifique

La présente annexe répertorie les crédits versés par l'ARS au titre de l'accompagnement budgétaire à la mise en œuvre du CPOM. Elle vise les dotations déléguées en sus des éventuels produits de la tarification à l'activité. L'avenant est révisé à chaque délégation de ressources nouvelles et, par souci de traçabilité, constitue un rappel exhaustif des dotations accordées.

Par souci de lisibilité, des encadrés ont été insérés visant à aider au remplissage de l'annexe.

AVENANT N°X AU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS RELATIF AUX Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

Entre, d'une part,
L'Agence Régionale de santé

Et

L'établissement de santé XXX

Vu la décision de la Commission Européenne en date du 20 décembre 2012,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Cadrage général

Conformément à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale, les engagements de l'établissement XXX pouvant donner lieu à l'attribution d'une dotation MIGAC sont mentionnés dans le présent avenant.

Pour chaque mission retenue, figurent l'analyse du dossier ayant conduit à retenir l'établissement pour accomplir cette mission, l'analyse technique (activité, qualité, conditions d'exécution et modalités d'évaluation) et l'analyse financière (dotation MIGAC, participation financière de l'établissement, autres financements).

Article 2 : Mission d'intérêt général

1) Nom de la MIG attribuée à l'établissement

a) généralité

Montant annuel indicatif

Il convient d'inscrire, au regard des critères de compensation, le montant annuel prévisionnel (à titre purement indicatif) que l'établissement pourra recevoir. Ce montant est révisable chaque année.

Ce n'est pas le CPOM qui attribue en tant que tels les crédits. C'est l'arrêté de versement annuel, postérieur au CPOM, qui a vocation à mentionner le montant délégué pour la réalisation de telle ou telle mission, en se référant au CPOM détaillant l'objet de la mission et l'engagement de l'établissement.

b) critères d'éligibilité

critères d'éligibilité	<p>Si la dotation est la résultante d'un appel à candidature ou d'une labellisation (nationale/ régionale), il est nécessaire de faire apparaître la référence audit acte.</p> <p>Le but étant de prouver que l'attribution de la dotation s'est faite à travers une procédure publique et transparente</p>
Durée de financement	<p>La durée pendant laquelle l'ARS s'engage à financer l'établissement (nonobstant toute réévaluation des montants) est fonction de l'acte rendant éligible l'établissement à la dotation : durée de la labellisation, durée inscrite dans le cahier des charges de l'appel à candidature ...</p> <p>Si l'établissement est éligible de par sa place dans le territoire de santé et par son activité, la durée d'éligibilité est celle du CPOM.</p> <p><i>In fine</i>, nonobstant toute révision du montant alloué à l'établissement, celui-ci est éligible à la MIG durant toute la durée de son CPOM.</p>

c) périmètre du financement et compensation

périmètre de financement
Définir strictement et précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la dotation.

Critères de compensation
<p>Le calcul du montant de la dotation doit correspondre aux coûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (dont l'octroi de crédits est la résultante).</p> <p>Il convient donc de faire apparaître, selon la dotation, le modèle de financement – par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">- Un modèle de financement où la dotation est forfaitisée par établissement en fonction de critères d'activité (modélisation nationale par exemple).- Un référentiel de moyens valorisés.

d) Engagement et suivi

Il s'agit de décrire les moyens financiers, techniques, matériels et humains mis en œuvre par l'établissement pour réaliser cette mission. Il convient ici de procéder à une analyse des moyens mis en œuvre.

Il s'agit de définir les axes stratégiques, les opportunités et les potentiels d'amélioration que peut développer l'établissement et de décrire les engagements de celui-ci (qualité, activité, conditions d'exécution). Cette analyse peut porter à la fois sur l'offre de soins, les recettes et les coûts de l'établissement relatifs à cette mission.

En outre, pour un suivi pratique et pluriannuel, il est proposé le tableau ci-dessous. Il permet d'y associer chaque objectif à un indicateur permettant d'éclairer sur la légitimité et la transparence des délégations. A un indicateur correspond une cible régionale et la cible établissement, permettant une comparaison et une optimisation du financement.

Objectif fixé à l'ES	Actions	modalités de mise en œuvre (moyens financiers, techniques, matériels et humains mis en œuvre)	Indicateur Deux types d'indicateurs doivent être utilisés - indicateur de résultat (permettant de vérifier la bonne tenue des engagements) - indicateur de moyen (permettant de fixer/réévaluer le montant de la dotation)	Cible régionale (le cas échéant)					Cible Établissements										Montant de la MIG en année N (à titre indicatif)	Source d'information					
									Valeur cible					Résultat											
				N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5							

Fait à....., le...



Annexe 2 : Modèle d'arrêté

Arrêté fixant les dotations ou forfaits annuels de [...] pour l'exercice 2012

Du [...]

EJ FINESS: [...]

EG FINESS: [...]

- Vu** Le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-12, L.162-22-13, L.162-22-14, L.174-1 et R.162-42-4 ;
- Vu** Le code de la santé publique, notamment l'article R.6145-26 ;
- Vu** La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment l'article 33 modifié ;
- Vu** La loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;
- Vu** L'arrêté ministériel du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Vu** L'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;
- Vu** L'arrêté ministériel du [...] fixant pour l'année [...] 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 ministériel [...] fixant pour l'année [...] les éléments tarifaires mentionnés au 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 ;
- Vu** L'arrêté du [...] fixant pour l'année [...] les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- Vu** L'arrêté du [...] fixant pour l'année [...] les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- Vu** La circulaire [...] relative à la campagne tarifaire XXX des établissements de santé ;
- Vu** La circulaire [...] relative à la campagne tarifaire XXX des établissements de santé ;
- Vu** La décision de la Commission Européenne en date du 20 décembre 2012 [uniquement dans l'hypothèse où l'arrêté délègue des crédits finançant des missions n'ayant pas fait l'objet d'une contractualisation préalable),

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement de santé, en date du [...]

Considérant l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens relatif aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation en date du ... ;

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

ARRETE

ARTICLE 1 : Les dotations ou forfaits annuels de l'établissement ci-après :

Etablissement [...]

N° FINESS : [...]

pour l'année [...] sont fixés par le présent arrêté.

ARTICLE 2 : Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés à :

- *forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences [...] €*
- *forfait annuel relatif à l'activité de prélèvements d'organe [...] €*
- *forfait annuel relatif à l'activité de transplantation d'organes et de greffes de moelle osseuse [...] €*

ARTICLE 3 : 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 [...]€ dont :

- missions d'intérêt général [...] €
- aide à la contractualisation [...] €

Le tableau ainsi que les fiches annexés au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

ARTICLE 4 Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé, conformément aux dispositions de l'article R.6145-26 du code de la santé, à 4 304 117 € dont :

- DAF SSR [...] €
- DAF PSY [...] €

ARTICLE 5 : Le présent arrêté est notifié à l'établissement ... et la caisse, selon le cas, mentionnée à l'article R.174-1 ou R.174-17 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 6 : Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale - [...] - dans le délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 7 : Le Directeur général de l'Agence régionale de santé [...], le Directeur du [...] sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à,

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé

Tableau détaillant les MIG et les AC alloués à l'Établissement

Remarque : si les fiches du guide MIG sont annexées à l'arrêté, le tableau ci-dessous ne doit pas être reproduit dans son intégralité (cf. page 27), seules les cinq premières colonnes sont utiles.

Récapitulatif et motivation de l'arrêté [...]												
Nom de la mission	Nom de la catégorie de gestion le cas échéant	R/NR/JP E	Montant alloué	valorisation (année pleine ou non)	Éligibilité de l'établissement (Voir page 19 : Sélection des établissements : définition des critères)						Périmètre de financement (8)	Critères de compensation
					Labellisation national ou régional (1)	Appel à candidature national ou régional (2)	modélisation nationale (3)	Attribution / renouvellement d'une mission de service public (4)	Délivrance d'une autorisation (5)	Justification par l'activité de l'établissement et sa place (6)		
Total des sommes notifiées												

- 1 La délivrance de certaines MIG est soumise dans certains cas à une procédure de labellisation nationale ou régionale : dans cette perspective, il convient de renseigner dans cette colonne les références juridiques de cette labellisation (voir items "référence juridique" et "critères d'éligibilités" de chaque fiche), Ex : Les MIG "centres de référence".
- 2 La délivrance de certaines MIG est soumise dans certains cas à une procédure d'appel à candidature national ou régional : dans cette perspective, il convient de renseigner dans cette colonne les références juridiques de cet appel (voir items "référence juridique" et "critères d'éligibilités" de chaque fiche), Ex : les MIG "PHRC",
- 3 Pour certaines dotations, le choix de l'établissement est issue de l'application d'une clé de répartition nationale (ou régionale) : celle-ci doit être renseignée dans cette case, Ex: la MIG "précarité"
- 4 Certaines MIG dépendent du régime d'attribution des missions de service public, il convient dans ce cas de donner les références du CPOM, acte d'attribution de la mission, Ex: la MIG "PDSSES".
- 5 Certaines MIG dépendent du régime d'autorisation (d'une activité de soins par ex.), il convient dans ce cas de donner les références de l'acte de délivrance ou de renouvellement de l'autorisation, Ex: la MIG "SAMU".
- 6 Compte tenu de la réalisation de la MIG et des besoins exprimés, le directeur général d'ARS peut reconduire l'établissement dans l'exercice de sa MIG (il confirme donc son éligibilité). Ce renouvellement est limité à la durée du CPOM et subordonné aux résultats de l'évaluation annuelle du CPOM. Il convient donc dans ce cas de donner les références du CPOM permettant "d'objectiver le renouvellement" de la mission.
- 7 Pour certaine dotation, la délégation est égale au remboursement à l'euro près des charges supportées par l'établissement. Dans ce cas, tout établissement déclarant ces charges spécifiques est éligible à la dotation. Ex : MIG relative à la mise à disposition de personnel auprès des services de l'État.
- 8 Il s'agit ici de définir l'ensemble des actions et/ou des structures financés via la MIG (voir item "périmètre de financement de chaque fiche)
- 9 Il s'agit ici de définir les critères permettant de comprendre le montant alloué au regard du périmètre de financement (voir item "critère de compensation" de chaque fiche)

Annexe 3 : Utilisation du retraitement comptable³²

1) FINALITES DU RETRAITEMENT COMPTABLE (RTC).

Le RTC est un tableau destiné à « l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques »³³. Il consiste donc à affecter les dépenses de fonctionnement courant figurant au compte de résultat principal du compte financier des établissements entre :

- leurs activités de soins : MCO, HAD, SSR psychiatrie et certaines activités spécifiques (missions d'intérêt général – MIG - en règle générale) ;
- leurs activités subsidiaires³⁴ hors activités de soins : rétrocession de médicaments, ventes de biens et services, prestations aux accompagnants

2) PRINCIPES GENERAUX

En premier lieu, les établissements de santé publics doivent procéder au découpage de leur activité en sections d'analyse pour :

• Les activités cliniques :

- Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en distinguant hospitalisation et consultations et actes externes,
- Hospitalisation à domicile (HAD),
- accueil des urgences (hors passages non suivis d'hospitalisation),
- soins de suite et de réadaptation (SSR),
- Psychiatrie,
- activités spécifiques de MCO, de SSR et/ou de psychiatrie (les MIGAC en règle générale)

• Les activités auxiliaires :

- Activités médico-techniques : blocs, laboratoires, imagerie, passages aux urgences... ;
- activités logistiques :
 - logistique médicale : pharmacie, stérilisation, biomédical, hygiène hospitalière... ;
 - logistique et gestion générale (LGG) : blanchisserie, restauration, services administratifs, accueil et gestion des malades, services hôteliers (chauffage, nettoyage, sécurité incendie ...), systèmes d'information, DIM, transports hors SMUR... ; lorsque les établissements ne sont pas en mesure d'isoler les charges correspondantes à chaque rubrique, ils les inscrivent en LGG non détaillée
- fonction « charges de structure » : frais financiers, taxes foncières, dotations aux amortissements, charges de location des immeubles, charge d'entretien des bâtiments....

Les établissements de santé publics doivent répartir leurs charges de fonctionnement (classe 6 dans le plan comptable hospitalier) entre chaque service utilisateur (cliniques, médico-techniques, logistiques ...) :

- les charges de personnel médical et non médical,
- les charges à caractère médical (produits pharmaceutiques, petit matériel médical et médico-technique, sous-traitance, entretien et réparation...)
- les charges à caractère hôtelier et général (alimentation, fournitures hôtelières et produits d'entretien, entretien et maintenance, consommables informatiques ...)
- les charges financières et exceptionnelles (intérêts des emprunts, dotations aux amortissements, dotations aux provisions...).

³² ³² Il convient de préciser que le périmètre de cet outil est restreint aux établissements publics

³³ Article R.6145-7 du code de la santé publique

³⁴ Les activités subsidiaires génèrent des produits spécifiques ou consomment des ressources en dehors des fonctions principales de soins ; n'agissant pas sur le coût des activités cliniques et médico-techniques, elles doivent être isolées.

Puis, les charges des fonctions auxiliaires seront déversées sur les fonctions cliniques, selon les étapes décrites ci-après.

3) ETAPES DU RETRAITEMENT COMPTABLE (RTC).

Le RTC est réalisé au moyen de l'outil ICARE (informatisation des comptes administratifs retraités) développé par l'ATIH. Cet outil est renseigné par les établissements suivant une logique d'ordre analytique :

- 1^{ère} étape
 - affectation des charges directes³⁵ aux services utilisateurs (cliniques, médico-techniques, logistiques ...)
 - déduction des recettes subsidiaires (recettes de titre 3 – cf. exemple n°2) et des ressources exceptionnelles (crédits non reconductibles/CNR ...), afin de déterminer les charges nettes à financer par des crédits pérennes.

- 2^{ème} étape
 - Ventilation des charges de logistique médicale sur les services cliniques et les services médico-techniques, au prorata des unités d'œuvre ou des charges consommées par ces services ;
 - Ventilation des charges des fonctions auxiliaires, hors logistique médicale (répartie préalablement – cf. ci-dessus), sur les fonctions définitives.

- 3^{ème} étape :
 - Affectation des recettes de titre 2 (exemples n°2) aux activités qui les ont générées : activités MCO, urgences, autres activités et activités hors champs T2A (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation). Les recettes de titre 2 correspondent au montant des frais de séjour ou des actes et consultations externes laissé à la charge des patients ou de leur organisme complémentaire (ticket modérateur pour les assurés sociaux ou intégralité pour les non assurés sociaux) ; elles doivent être réparties
 - A noter : les recettes prises en charge par l'assurance maladie (recettes de titre 1 dont les dotations MIGAC) ne sont pas renseignées dans le retraitement comptable.

Chaque étape est illustrée dans le RTC sous forme de tableaux.

- « Tableau 1 » : détermination des coûts nets de l'activité analysée soit :

Charges directes nettes = Charges directement affectées à chaque service utilisateur
- CNR³⁶ – recettes subsidiaires

- « Tableau des coûts composés » : les charges de logistique médicale sont déversées sur les services cliniques et médico-techniques au prorata des unités d'œuvre ou des montants consommés par ceux-ci. Le montant obtenu, les « charges nettes majorées » des charges de logistique médicale pour chaque service, permet de déterminer le coût des unités d'œuvre qui seront utilisées pour répartir les charges des activités médico-techniques sur les fonctions cliniques.

Charges nettes majorées = Charges directes nettes + charges de logistique médicale

³⁵ Les charges sont directes lorsqu'elles peuvent être affectées sans passer par des clés de ventilation ou des unités d'œuvre

³⁶ Crédits non reconductibles

- « Tableau 2 » = total des charges nettes majorées. Il constitue le coût réel des activités identifiées et ne doit pas être confondu avec la colonne « charges nettes majorées » qui ne prend en compte que les surcoûts liés aux charges médicales.

Total des charges nettes majorées = Charges nettes majorées + charges des services médico-techniques + charges de logistique générale et de gestion + charges de structure

4) MODE DE DETERMINATION DES MIG en 2004/2005

Le RTC a servi de base au calcul des MIG lors de la mise en place de la T2A, conformément à un arrêté du 28 mai 2004³⁷ indiquant que le RTC : « doit permettre d'identifier les charges réalisées par les établissements qui ont vocation à être financées par les tarifs de prestations d'hospitalisation sur la base de l'activité réalisée ou par une dotation annuelle de financement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et dans le cadre des disciplines non financées à l'activité en 2004 (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) .

De plus, un retraitement des produits de l'activité (recettes de groupe 2) est également intégré afin de déterminer la part des dépenses financées par l'assurance maladie et la part des dépenses à la charge des assurés et non assurés sociaux ».

Enfin, « la structure des dépenses qui doit être déterminée in fine correspond à des charges nettes, financées par des crédits pérennes. Les charges directes sont donc corrigées des recettes subsidiaires et de la totalité des ressources exceptionnelles ».

Les dotations MIGAC ont donc été obtenues à partir des montants déclarés dans les RTC au titre des charges d'exploitation courantes déduction faite des crédits non reconductibles, des recettes subsidiaires et, le cas échéant, des recettes en provenance des SMUR. Ces montants ont toutefois été, dans certains cas, corrigés :

- après analyse statistique des écarts par mission et revalidation par les ARH ;
- des choix opérés sur certaines missions comme l'attribution d'un plancher de 900 000 € au titre de charges fixes incontournables pour les SMUR autorisés (circulaire n°2005-119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005, qui concernait également les équipes mobiles de soins palliatifs)
- des options prises en matière de calcul des MERRI
- des options prises en matière d'AC.

Par ailleurs, l'arrêté du 28 mai 2004 précisait que les charges de fonctionnement correspondant aux activités spécifiques « ne préjugeaient pas de leur financement dans le cadre des MIGAC » et étaient « susceptibles d'être réimputées » dans la section MCO et donc dans les bases tarifaires, si elles ne correspondaient pas « au champ des MIGAC tel qu'il sera défini par décret »

³⁷ NOR : SANH0421883A

Exemple n°1

Recettes de titre 2

Produits des prestations de soins à la charge des patients, organismes complémentaires et autres

- Recettes d'hospitalisation, de consultations et soins externes délivrés aux patients assurés sociaux (ticket modérateur)
 - En hospitalisation complète (médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation ...)
 - En hospitalisation incomplète (chirurgie ambulatoire...)
 - En hospitalisation à domicile
 - En consultations et actes externes
 - IVG
 - SMUR
 -
- Forfait journalier
- Recettes d'hospitalisation, de consultations et soins externes délivrés aux patients étrangers (intégralité des tarifs)
 - Conventions internationales
 - Aide médicale d'État
 - Soins urgents
 - Autres
- Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement (actes de chirurgie, de laboratoire, d'imagerie....)
- ...

Exemple n°2

Recettes de titre 3

Recettes subsidiaires

- Ventes de produits
- Travaux
- Prestations de services
- Rétrocession de médicaments
- Produits des services exploités dans l'intérêt du personnel (logements, repas, crèches...)
- Prestations délivrées aux usagers et accompagnants (chambres, repas, téléphone...)
- Mise à disposition de personnel facturé
- Remboursement de frais des comptes de résultat prévisionnels annexes (dotation non affectée, unités de soins de longue durée, écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux, EHPAD, maisons de retraite)
- Subventions et participations
- Remboursements de frais
- Formation professionnelle
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice
- Rabais, remises et ristournes
- Remboursement sur rémunérations
- Remboursements sur charges sociales

Annexe 4 : La procédure d'attribution des missions de service public : réponse à la problématique d'éligibilité des établissements aux MIG

Les missions de service public, au nombre de quatorze, recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements, au-delà des soins hospitaliers de court séjour.

Le financement de ces missions recouvre parfois, intégralement ou en partie, une mission d'intérêt général et *in fine* les dotations qui y sont rattachées.

Or pour l'attribution de certaines de ses missions de service public, une procédure ad hoc a été instituée.

Ces missions, mentionnées à l'article L.6112-1, pour lesquelles un lien existe avec les MIG et pour qui la procédure d'octroi ad hoc est applicable sont les suivantes :

- La permanence des soins dont le financement (1° de l'art. L.6112-1) renvoi intégralement à la dotation finançant la MIG PDSSES;
- La prise en charge des soins palliatifs (2° de l'art. L.6112-1) renvoi à la dotation finançant les MIG : « Équipes mobiles de soins palliatifs » et « Équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques » ;
- 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'art. L.6112-1). Cette mission de service public renvoi à la MIG « permanence d'accès aux soins » ainsi qu'à la MIG « dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières »;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier (12° de l'art. L.6112-1). Cette mission renvoi aux MIG : « unités hospitalières sécurisées interrégionales », « chambres sécurisées pour détenus », « unités de consultation et de soins ambulatoires ».

Les principes d'attributions, tels que fixés à l'article L.6112-2 CSP, sont les suivants :

- Pour les premiers SROS-PRS à venir, reconnaissance prioritaire des établissements assurant ces missions depuis le 22 juillet 2009 et continuant de l'assurer dans les conditions définies réglementairement.
- En cas de besoins non couverts: appel à candidatures ;
- En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale.

En outre, compte tenu des résultats de l'évaluation de la mission (évaluation du CPOM) et des besoins établis par le schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'ARS peut reconduire la désignation c'est-à-dire l'attribution de la mission à l'établissement concerné. Il tient compte :

- du respect des obligations liées à l'exercice de la mission
- des résultats de l'évaluation du CPOM mesurant la qualité de la réalisation,

A noter enfin que les MSP relatives à la recherche (4° de l'art L.6112-1), à l'enseignement universitaire et post-universitaire (3° de l'art L.6112-1) et à l'aide médicale urgente (8° de l'art L.6112-1), renvoyant respectivement à l'ensemble des MERRI, à la MERRI « rémunération des internes » et aux MIG « SAMU » et « SMUR », ne sont pas des missions pour lesquelles une procédure ad hoc a été instituée.

Dans la perspective d'un choix motivé de l'établissement, il convient de renvoyer aux procédures classiques d'éligibilité (délivrance d'une autorisation d'activité ou d'un agrément ...).

Toutes choses égales par ailleurs, le CPOM de l'établissement doit mentionner « l'attribution » de ces MSP (avenant MSP) dont le financement renvoi à des MIG (avenant financier).

Pour davantage d'éléments il convient de se reporter à la circulaire **N° DGOS/R5/2011/311 du 1^{er} août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).**

Annexe 5 : L'application du droit communautaire aux établissements de santé

Les services d'intérêt économique général (SIEG), sont définis comme des « activités de service marchand remplissant des missions d'intérêt général et soumises de ce fait par les États membres à des obligations spécifiques de service public³⁸ » (ex. : services de réseaux de transports, d'énergie ou de communication).

Au-delà de cette définition, la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (UE) précise trois conditions cumulatives à réunir pour qualifier une entreprise en charge d'un SIEG.

1. L'entreprise doit exercer une activité économique au sens du droit de la concurrence. La notion d'entreprise en droit communautaire vise toute entité, quelle que soit sa forme juridique, qui exerce une activité économique. Les activités de nature économique sont définies largement par la Cour de justice comme toute activité consistant à offrir des biens et des services sur un marché donné.

L'absence de but lucratif n'est pas de nature à écarter la qualification d'activité économique.

Seuls de rares critères relatifs à l'absence totale de contrepartie économique, aux prérogatives de puissance publique ou à des obligations de solidarité permettent d'y échapper.

2. La mission doit être dévolue à l'entreprise par un acte exprès et explicite de la puissance publique de nature législative, réglementaire ou conventionnelle.

3. La mission dévolue doit revêtir un intérêt économique général qui présente des caractères spécifiques par rapport à celui que revêtent d'autres activités de la vie économique. La présence d'obligations de service public constitue, pour la Cour, le révélateur de la nature d'intérêt général de l'activité de même que le financement principalement assuré par des « fonds d'État », catégorie comprenant notamment les cotisations des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Les établissements de santé correspondent à cette catégorie d'acteurs économiques, même si à l'heure actuelle, aucune jurisprudence n'est venue confirmer ce propos. La présente annexe est donc à lire à la lumière de cette incertitude jurisprudentielle.

La portée de la définition dans le domaine des aides d'État :

L'article 107 TUE pose dans son premier paragraphe l'incompatibilité des aides d'État avec le marché commun, dans la mesure où ces aides affectent les échanges entre États membres. Il précise toutefois dans les deux paragraphes suivants un ensemble de dérogations pour certains types d'aide.

L'article 106, quant à lui, dispose que les règles de concurrence ne doivent pas s'opposer à l'accomplissement d'une mission assignée à une entreprise chargée d'un SIEG.

L'articulation de ces deux articles est délicate et fait l'objet d'une jurisprudence importante. Le débat porte sur la question suivante : une « compensation de service public » attribuée à une entreprise est-elle ou non une « aide d'État » au sens de l'article 107 TUE.

Dans l'affirmative, cette compensation doit être soumise à l'appréciation de la Commission européenne ; dans le cas contraire, l'article 107 ne s'applique pas et l'article 106 permet de considérer cette compensation comme un moyen d'assurer l'accomplissement de la mission d'intérêt général confiée à l'entreprise.

L'arrêt « Altmark » de la Cour de justice a permis de préciser dans quel cas une compensation de service public est considérée comme une aide d'État. Par la suite, en juillet 2005, une série de textes dits « paquet Monti Kroes » ont formalisé cette solution :

³⁸ Livre vert de la Commission européenne sur les services d'intérêt général

Les compensations de SIEG sont des aides d'État présumées compatibles si les trois premiers critères de l'arrêt «Altmark » sont remplis :

1. Existence d'un mandat d'exécution des obligations de service public
2. Paramètres de calcul de la compensation établis préalablement
3. Pas de surcompensation

L'aide n'a pas à être notifiée à la Commission dans le domaine de la santé³⁹.

³⁹ 16^{ème} considérant de la décision 2005/842/CE

Annexe 6 : les rémunérations moyennes du personnel médical et non médical

Il convient de noter que les informations délivrées via cette annexe ne sont données qu'à titre indicatif et ne sont opposables ni aux établissements de santé ni aux ARS.

I- Coût salarial moyen du personnel médical en 2008 (en €)

Source : DGOS/Enquête Coûts et Carrières 2004-2008

Données brutes correspondant à 229 établissements publics de santé de la France métropolitaine

Traitement de Base (TB) : Rémunération principale, y compris Allocation Année Recherche

Primes et Indemnités : Il s'agit de toutes les primes et indemnités perçues par l'agent (SFT, Indemnités d'exercice sur plusieurs établissements, Indemnités d'exercice de service public exclusif, Indemnité d'engagement de service public exclusif, etc.

Rémunération brute = TB + Primes et Indemnités

Coefficient de calcul du coût salarial total = Rémunération brute + Charges patronales, en % du TIB

Coût salarial total = TB x Coefficient de calcul du coût salarial total

Médecins

Statut	Statut détail	Traitement de base (a)	Primes et Indemnités (b)	Primes et Indemnités en % du TB	Rémunération brute (a) + (b)	Coef. de calcul du coût salarial total (c)	Coût salarial total (a) x (c)
Praticiens hospitaliers à temps plein	Praticiens hospitaliers médecins et biologistes à temps plein	68 702	20 849	30,35 %	89 552	1,8692	128 419
	Praticiens hospitaliers pharmaciens à temps plein	70 468	10 740	15,24 %	81 208	1,6578	116 822
	Praticiens hospitaliers odontologistes à temps plein	61 314	14 145	23,07 %	75 459	1,8038	110 596
	Ensemble	68 728	20 688	30,10 %	89 416	1,8658	128 231
Praticiens hospitaliers à temps partiel	Praticiens hospitaliers médecins et biologistes à temps partiel	37 071	7 703	20,78 %	44 774	1,6977	62 936
	Praticiens hospitaliers odontologistes à temps partiel	41 282	2 226	5,39 %	43 508	1,5062	62 178
	Praticiens hospitaliers pharmaciens à temps partiel	34 172	2 511	7,35 %	36 683	1,4884	50 863
	Ensemble	37 029	7 606	20,54 %	44 634	1,6941	62 730

Statut	Statut détail	Traitement de base (a)	Primes et Indemnités (b)	Primes et Indemnités en % du TB	Rémunération brute (a) + (b)	Coef. de calcul du coût salarial total (c)	Coût salarial total (a) x (c)
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires	Professeurs des universités - praticiens hospitaliers médecins et biologistes	47 523	8 154	17,16 %	55 677	1,2949	61 537
	Professeurs des universités - praticiens hospitaliers odontologistes	45 448	5 826	12,82 %	51 274	1,2487	56 751
	Maîtres de conférence des universités - praticiens hospitaliers médecins et biologistes	35 906	7 369	20,52 %	43 275	1,3264	47 626
	Maîtres de conférence des universités - praticiens hospitaliers odontologistes	22 424	1 951	8,70 %	24 376	1,1866	26 609
	Ensemble	43 042	7 599	17,65 %	50 641	1,2987	55 900
Personnels enseignants et hospitaliers temporaires	Praticiens hospitaliers universitaires médecins et biologistes	26 723	11 286	42,23 %	38 009	2,1062	56 284
	Chefs de cliniques des universités - assistants des hôpitaux médecins et biologistes	17 927	16 499	92,04 %	34 426	2,8801	51 631
	Assistants hospitaliers universitaires médecins et biologistes	18 168	8 935	49,18 %	27 103	2,1312	38 720
	Assistants hospitaliers universitaires odontologistes	8 581	95	1,11 %	8 677	1,3756	11 805
	Ensemble	17 494	13 664	78,11 %	31 158	2,6461	46 290
Associés	Praticiens attachés associés médecins et biologistes	34 689	12 672	36,53 %	47 361	1,8667	64 755
	Assistants spécialistes associés médecins et biologistes	31 194	20 856	66,86 %	52 050	2,4340	75 927
	Assistants généralistes associés médecins et biologistes	26 643	17 110	64,22 %	43 753	2,3919	63 727
	Assistants spécialistes associés pharmaciens	30 130	278	0,92 %	30 408	1,5034	45 297
	Ensemble	33 275	14 738	44,29 %	48 013	2,0128	66 974
Praticiens à recrutements contractuels	Praticiens adjoints contractuels médecins et biologistes	44 170	21 420	48,50 %	65 590	2,1316	94 154
	Praticiens contractuels médecins et biologistes	43 976	15 118	34,38 %	59 094	1,9392	85 279
	Praticiens contractuels pharmaciens	38 984	1 558	4,00 %	40 542	1,5169	59 135
	Attachés médecins et biologistes	37 989	9 410	24,77 %	47 398	1,7478	66 398

Statut	Statut détail	Traitement de base (a)	Primes et Indemnités (b)	Primes et Indemnités en % du TB	Rémunération brute (a) + (b)	Coef. de calcul du coût salarial total (c)	Coût salarial total (a) x (c)
	Attachés odontologistes	36 851	2 807	7,62 %	39 658	1,4694	54 148
	Attachés pharmaciens	39 278	3 120	7,94 %	42 398	1,5137	59 454
	Assistants spécialistes des hôpitaux médecins et biologistes	31 668	9 807	30,97 %	41 475	1,8747	59 366
	Assistants généralistes des hôpitaux médecins et biologistes	28 552	18 471	64,70 %	47 023	2,4018	68 574
	Assistants spécialistes des hôpitaux pharmaciens	31 981	6 321	19,76 %	38 302	1,7465	55 857
	Assistants pharmaciens	31 990	1 217	3,80 %	33 207	1,5055	48 161
	Ensemble		38 880	11 137	28,64 %	50 017	1,8239
Praticiens hospitaliers nommés à titre provisoire	Praticiens hospitaliers nommés à titre provisoire médecins et biologistes	55 225	26 094	47,25 %	81 319	2,1511	118 796
	Praticiens hospitaliers nommés à titre provisoire pharmaciens	36 833	1 133	3,08 %	37 966	1,4737	54 282
	Ensemble	54 644	25 305	46,31 %	79 949	2,1367	116 758

Interne

Statut	Statut détail	Traitement de base (a)	Primes et Indemnités (b)	Primes et Indemnités en % du TIB	Traitement brut (a) + (b)	Coef. de calcul du coût salarial total (c)	Coût salarial total (a) x (c)
Internes, résidents et FFI	Internes en médecine de spécialité	19 501	7 491	38,41 %	26 992	1,9486	38 000
	Internes en pharmacie	19 478	7 127	36,59 %	26 605	1,9215	37 426
	Internes en odontologie	19 703	4 189	21,26 %	23 891	1,7279	34 045
	Internes résidents de médecine générale	17 536	7 896	45,03 %	25 432	2,0260	35 528
	Faisant fonction d'internes en médecine	14 954	10 788	72,15 %	25 742	2,4191	36 175
	Faisant fonction d'internes en pharmacie	15 149	11 013	72,70 %	26 162	2,4006	36 366
	Ensemble		18 527	7 982	43,08 %	26 508	2,0113

II. Coût salarial moyen du personnel non médical en 2010 (en €)

Valeur annuelle du point au 01/07/2010 : 55,5635 €

Calcul de l'IM moyen théorique : (Somme des IM d'un grade donné) / (nombre d'échelons)

Traitement Indiciaire Brut (TIB) = IM moyen x Valeur annuelle du point au 01/07/2010

Primes et Indemnités : Il s'agit de toutes les primes et indemnités perçues par l'agent (Indemnité de résidence, SFT, Prime de service, Indemnités dimanche et jours fériés, Travail de nuit, Heures supplémentaires, etc.)

Rémunération brute = TIB + Primes et Indemnités

Coefficient de calcul du coût salarial total = Rémunération brute + Charges patronales, en % du TIB

Coût salarial total = TIB x Coefficient de calcul du coût salarial total

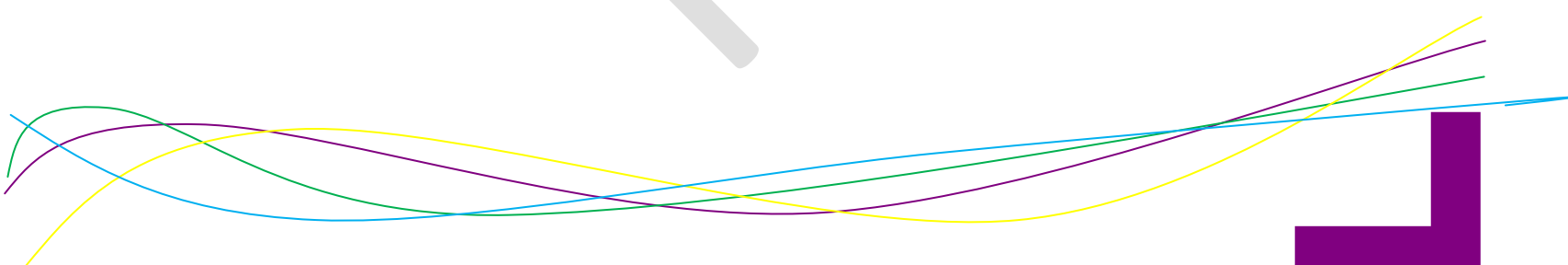
* Données 2008 extraites de l'enquête Coûts et Carrières 2004/2008.

Avvertissement : pour les nouveaux corps, dont la période de validité est supérieure à 2008, ce sont les données des anciens corps en vigueur en 2008 qui ont été appliquées. Par exemple, pour le nouveau corps Assistant médico-administratifs ce sont les données de l'ancien corps Secrétaire médical qui ont été appliquées. Pour le nouveau corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés : Infirmier en soins généraux Cat A (LMD), ce sont les données de l'ancien corps Infirmier diplômé d'État en catégorie B CII qui ont été appliquées. Etc.

Filière administrative

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
A/c. du 06/08/2005	A	Directeur d'hôpital (hors emploi fonctionnel)	Directeur d'hôpital de classe normale	618	34 363 €	37,55 %	12 905 €	47 268 €	2,0503	70 454 €	85 390 €
			Directeur d'hôpital de hors classe	862	47 870 €	41,38 %	19 808 €	67 678 €	2,0958	100 326 €	
A/c. du 01/01/2008	A	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social	DESSMS de classe normale	579	32 190 €	50,40 %	16 223 €	48 412 €	2,2018	70 875 €	80 756 €
			DESSMS hors classe (hors ech fonctionnel)	719	39 922 €	54,98 %	21 950 €	61 872 €	2,2703	90 637 €	
A/c. du 08/08/2007	A	Attaché d'administration hospitalière	Attaché d'administration hospitalière	487	27 073 €	33,00 %	8 933 €	36 007 €	1,9644	53 182 €	59 742 €
			Attaché principal d'administration hospitalière	611	33 944 €	30,97 %	10 512 €	44 455 €	1,9533	66 301 €	

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
A/c du 16/06/2011	B	Adjoint des cadres hospitaliers	Classe normale	373	20 707 €	32,65 %	6 760 €	27 467 €	1,9636	40 661 €	44 843 €
			Classe supérieure	402	22 319 €	32,99 %	7 363 €	29 683 €	1,9731	44 038 €	
			Classe exceptionnelle	454	25 241 €	31,69 %	7 998 €	33 239 €	1,9742	49 830 €	
A/c du 16/06/2011	B	Assistant médico-administratifs	Classe normale	373	20 707 €	24,26 %	5 024 €	25 730 €	1,8645	38 607 €	42 470 €
			Classe supérieure	402	22 319 €	23,71 %	5 291 €	27 611 €	1,8624	41 567 €	
			Classe exceptionnelle	454	25 241 €	23,97 %	6 050 €	31 291 €	1,8714	47 237 €	
A/c. du 08/08/2007	C	Adjoint administratif hospitalier (nouveau corps constitué des anciens corps d'agent adm+adjoint adm+standardiste)	Adjoint administratif hospitalier de 2è classe E3	311	17 290 €	23,50 %	4 064 €	21 354 €	1,8598	32 156 €	34 366 €
			Adjoint administratif hospitalier de 1ère classe E4	321	17 841 €	24,43 %	4 359 €	22 200 €	1,8645	33 265 €	
			Adjoint administratif hospitalier principal 2ème classe E5	333	18 482 €	24,47 %	4 522 €	23 004 €	1,8610	34 396 €	
			Adjoint administratif hospitalier principal 1ère classe E6 (7 ech)	365	20 281 €	22,54 %	4 571 €	24 852 €	1,8562	37 646 €	
En extinction a/c du 16/06/2011	C	Permanencier auxiliaire de régulation médicale (cadre d'extinction) A/c. du 16/06/2011, recrutements = corps AMA	Parm E4	321	17 841 €	40,82 %	7 282 €	25 123 €	2,0969	37 411 €	38 756 €
			Parm principal E5	333	18 482 €	39,01 %	7 210 €	25 693 €	2,0660	38 185 €	
			Parm chef E6 (7 ech)	365	20 281 €	33,37 %	6 768 €	27 049 €	2,0054	40 672 €	



FILIERE SOIGNANTE ET DE REEDUCATION

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
A/c. du 01/01/2002	A	Cadre de santé	Cadre de santé	488	27 108 €	32,34 %	8 768 €	35 876 €	1,9787	53 638 €	59 595 €
			Cadre supérieur de santé	580	32 208 €	39,05 %	12 577 €	44 785 €	2,0352	65 551 €	
A/c. du 01/01/2002	A	Directeur des soins (hors échelon fonctionnel)	Directeur des soins de 2ème classe	560	31 095 €	47,61 %	14 806 €	45 900 €	2,1653	67 331 €	72 897 €
			Directeur des soins de 1ère classe	650	36 140 €	48,12 %	17 392 €	53 532 €	2,1711	78 464 €	
A/c. du 01/12/2010	A	Corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés : Infirmier en soins généraux Cat A (LMD)	Grade 1 ISGS Infirmier en soins généraux (DE)	450	24 993 €	34,23 %	8 555 €	33 549 €	1,9898	49 732 €	50 741 €
			Grade 2 ISGS Infirmier en soins généraux (DE)	476	26 458 €	30,67 %	8 114 €	34 572 €	1,9559	51 751 €	
A/c. du 01/01/2002 (Avant le droit d'option LMD 01/07/2012)	A	Infirmier de bloc opératoire DE	IBODE Classe normale	423	23 524 €	36,15 %	8 505 €	32 029 €	2,0292	47 736 €	52 052 €
			IBODE Classe supérieure	496	27 575 €	37,97 %	10 469 €	38 045 €	2,0442	56 369 €	
A/c. du 01/01/2002 (Avant le droit d'option LMD 01/07/2012)	A	Infirmier puéricultrice DE	Puéricultrice Classe normale	423	23 524 €	29,98 %	7 052 €	30 576 €	1,9595	46 096 €	50 121 €
			Puéricultrice Classe supérieure	496	27 575 €	30,04 %	8 283 €	35 858 €	1,9635	54 145 €	
A/c. du 01/01/2002 (Avant le droit d'option LMD)	A	Infirmier anesthésiste diplômé d'État	IADE Classe normale	453	25 142 €	36,05 %	9 063 €	34 205 €	2,0206	50 802 €	55 134 €
			IADE Classe supérieure	525	29 171 €	37,24 %	10 862 €	40 033 €	2,0386	59 467 €	

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
01/07/2012)											
A/c. du 01/07/2012	A	Corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés : Infirmier en soins généraux Cat A (LMD)	Grade 1 ISGS Infirmier en soins généraux (DE)	453	25 175 €	34,23 %	8 618 €	33 793 €	1,9898	50 094 €	51 209 €
			Grade 2 ISGS Infirmier en soins généraux (DE)	481	26 751 €	30,67 %	8 204 €	34 955 €	1,9559	52 324 €	
A/c. du 01/07/2012	A	Corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés : Infirmier de bloc opératoire DE Cat A (LMD)	Grade 2 ISGS Infirmier de bloc opératoire	476	26 458 €	36,15 %	9 565 €	36 024 €	2,0292	53 690 €	55 436 €
			Grade 3 ISGS Infirmier de bloc opératoire	503	27 974 €	37,97 %	10 621 €	38 594 €	2,0442	57 183 €	
A/c. du 01/07/2012	A	Corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés : Puéricultrice Cat A (LMD)	Grade 2 ISGS Puéricultrice	476	26 458 €	29,98 %	7 931 €	34 390 €	1,9595	51 846 €	53 387 €
			Grade 3 ISGS Puéricultrice	503	27 974 €	30,04 %	8 403 €	36 376 €	1,9635	54 928 €	
A/c. du 01/07/2012	A	Corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés : Infirmier anesthésiste DE Cat A (LMD)	Grade 3 ISGS Infirmier anesthésiste	503	27 974 €	36,05 %	10 083 €	38 057 €	2,0206	56 523 €	59 961 €
			Grade 4 ISGS Infirmier anesthésiste	560	31 100 €	37,24 %	11 581 €	42 680 €	2,0386	63 399 €	
En vigueur	C	Aide soignant	AS Classe normale E4	321	17 841 €	41,26 %	7 361 €	25 202 €	2,0948	37 373 €	39 316 €
			AS Classe supérieure E5	333	18 482 €	40,13 %	7 418 €	25 900 €	2,0882	38 595 €	
			AS Classe exceptionnelle E6 (7 ech)	365	20 281 €	37,95 %	7 697 €	27 978 €	2,0700	41 981 €	
	C	Agent des services hospitaliers qualifiés	Agent des services hospitaliers qualifiés E3	311	17 290 €	26,19 %	4 529 €	21 819 €	1,8846	32 585 €	32 585 €
A/c. du 30/06/2011	B	Diététicien (prise en compte de la	Classe normale	404	22 454 €	25,76 %	5 784 €	28 238 €	1,8931	42 508 €	47 078 €

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
		bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe supérieure	492	27 313 €	25,20 %	6 883 €	34 196 €	1,8909	51 648 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Ergothérapeute (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	24,55 %	5 513 €	27 967 €	1,8824	42 268 €	47 108 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	25,06 %	6 844 €	34 157 €	1,9019	51 948 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Masseur-kiné (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	28,83 %	6 474 €	28 928 €	1,9277	43 283 €	47 703 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	26,53 %	7 246 €	34 560 €	1,9083	52 123 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Orthophoniste (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	26,21 %	5 885 €	28 339 €	1,8970	42 596 €	46 921 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	23,40 %	6 392 €	33 706 €	1,8762	51 246 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Ortoptiste (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	24,01 %	5 391 €	27 844 €	1,8797	42 206 €	46 865 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	23,27 %	6 355 €	33 668 €	1,8864	51 524 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Pédicure-podologue (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	28,24 %	6 341 €	28 795 €	1,8880	42 392 €	47 069 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	24,25 %	6 623 €	33 937 €	1,8946	51 747 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Psychomotricien (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le	Classe normale	404	22 454 €	24,74 %	5 554 €	28 008 €	1,8893	42 421 €	46 831 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	23,51 %	6 422 €	33 735 €	1,8760	51 241 €	

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
		corps)									
A/c. du 01/08/1996	A	Psychologue	Classe normale	482	26 797 €	20,56 %	5 509 €	32 305 €	1,8469	49 491 €	57 915 €
			Hors classe	645	35 854 €	20,60 %	7 386 €	43 240 €	1,8502	66 339 €	
A/c. du 01/01/2002	A	Sage-femme	Classe normale	451	25 045 €	29,48 %	7 383 €	32 428 €	1,9569	49 011 €	61 047 €
			Classe supérieure	528	29 330 €	28,41 %	8 333 €	37 662 €	1,9506	57 211 €	
			Cadre	587	32 634 €	29,99 %	9 788 €	42 422 €	1,9615	64 013 €	
			Cadre supérieur (cadre supérieur coordinateur)	676	37 575 €	31,16 %	11 708 €	49 283 €	1,9681	73 951 €	

FILIERE SOCIO-EDUCATIVE

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
A/c. du 14/05/2007	A	Cadre socio-éducatif	Cadre socio-éducatif	488	27 108 €	30,21 %	8 189 €	35 297 €	1,9461	52 755 €	58 829 €
			Cadre supérieur socio-éducatif	580	32 208 €	31,27 %	10 071 €	42 280 €	2,0151	64 903 €	
A/c. du 01/01/1993	B	Assistant socio-éducatif : Assistant de service social et éducateur spécialisé (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Assistant socio éducatif	415	23 079 €	21,94 %	5 064 €	28 143 €	1,8469	42 625 €	42 625 €

A/c. du 01/01/1993	B	Conseiller en économie sociale et familiale	Conseiller en économie sociale et familiale	392	21 775 €	20,09 %	4 375 €	26 150 €	1,8539	40 368 €	43 989 €
			Conseiller en économie sociale et familiale principal	452	25 139 €	23,06 %	5 798 €	30 937 €	1,8939	47 609 €	
A/c. du 01/08/1994	B	Animateur	Animateur	404	22 433 €	20,90 %	4 687 €	27 120 €	1,8449	41 387 €	41 387 €
A/c. du 08/08/2007	B	Éducateur technique spécialisé (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Éducateur technique spécialisé de classe normale	401	22 293 €	20,84 %	4 646 €	26 939 €	1,8670	41 621 €	44 051 €
			Éducateur technique spécialisé de classe supérieure	452	25 139 €	20,80 %	5 229 €	30 368 €	1,8490	46 481 €	
A/c. du 08/08/2007	B	Éducateur de jeunes enfants (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Éducateur de jeunes enfants de classe normale	401	22 293 €	21,56 %	4 807 €	27 100 €	1,8203	40 581 €	43 265 €
			Éducateur de jeunes enfants de classe supérieure	452	25 139 €	22,53 %	5 665 €	30 803 €	1,8278	45 949 €	
A/c. du 01/08/1995	B	Moniteur éducateur	Moniteur éducateur	368	20 430 €	22,13 %	4 522 €	24 952 €	1,8618	38 036 €	38 036 €
En extinction a/c du 14/05/2007	C	Moniteur d'atelier (corps mis en extinction)	Moniteur d'atelier	345	19 185 €	20,88 %	4 006 €	23 191 €	1,8559	35 605 €	35 605 €

FILIERE MEDICO-TECHNIQUE

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
A/c. du 01/01/2002	A	Cadre de santé	Cadre de santé	488	27 108 €	32,03 %	8 684 €	35 792 €	1,9652	53 272 €	58 893 €
			Cadre supérieur de santé	580	32 208 €	38,59 %	12 429 €	44 637 €	2,0030	64 514 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Manipulateur d'électroradiologie médicale (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	34,46 %	7 738 €	30 192 €	2,0037	44 990 €	49 492 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	31,95 %	8 728 €	36 041 €	1,9769	53 995 €	

A/c. du 30/06/2011	B	Préparateur en pharmacie hospitalière (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	24,40 %	5 479 €	27 933 €	1,8903	42 444 €	46 838 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	23,53 %	6 426 €	33 739 €	1,8757	51 232 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Technicien de laboratoire (prise en compte de la bonification d'ancienneté d'entrée dans le corps)	Classe normale	404	22 454 €	31,09 %	6 982 €	29 436 €	1,9531	43 854 €	48 190 €
			Classe supérieure	492	27 313 €	28,62 %	7 818 €	35 132 €	1,9231	52 526 €	
En extinction a/c. du 31/10/2001	C	Aide de laboratoire (corps mis en extinction)	Classe normale E3	311	17 290 €	25,57 %	4 420 €	21 711 €	1,8742	32 406 €	32 806 €
			Classe supérieure E4	321	17 841 €	22,35 %	3 987 €	21 828 €	1,8612	33 205 €	
En extinction a/c. du 31/10/2001	C	Aide de pharmacie (corps mis en extinction)	Classe normale E3	311	17 290 €	17,76 %	3 070 €	20 361 €	1,8042	31 196 €	31 982 €
			Classe supérieure E4	321	17 841 €	20,10 %	3 586 €	21 427 €	1,8367	32 768 €	
En extinction a/c. du 31/10/2001	C	Aide d'électroradiologie (corps mis en extinction)	Classe normale E3	311	17 290 €	18,67 %	3 228 €	20 518 €	1,8429	31 864 €	32 702 €
			Classe supérieure E4	321	17 841 €	23,35 %	4 165 €	22 006 €	1,8799	33 540 €	
En extinction a/c. du 31/10/2001	C	Aide technique d'électroradiologie (corps mis en extinction)	Aide technique d'électroradiologie E5	333	18 482 €	23,67 %	4 375 €	22 857 €	1,8801	34 748 €	34 748 €

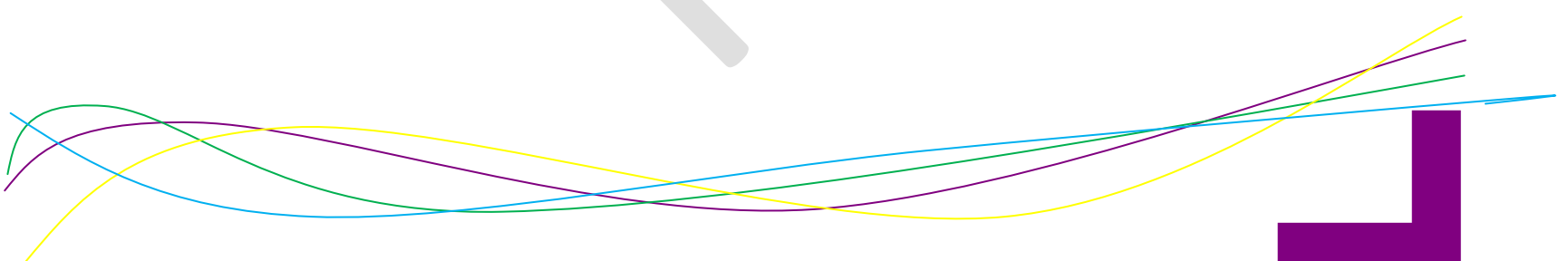
FILIERE TECHNIQUE ET OUVRIERE

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
A/c. du 25/06/2007	A	Ingénieur hospitalier	Ingénieur hospitalier	480	26 648 €	53,06 %	14 140 €	40 788 €	2,1727	57 900 €	76 792 €
			Ingénieur hospitalier principal	623	34 598 €	47,67 %	16 492 €	51 090 €	2,1626	74 822 €	
			Ingénieur hospitalier en chef de classe normale	580	32 238 €	52,21 %	16 831 €	49 069 €	2,1820	70 342 €	

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
			Ingénieur hospitalier en chef de classe exceptionnelle	857	47 593 €	50,98 %	24 264 €	71 857 €	2,1874	104 103 €	
			Ingénieur général	917	50 952 €	56,85 %	28 966 €	79 918 €	2,2225	113 241 €	113 241 €
En extinction a/c du 07/02/2007	A	Informaticien de cat A (en extinction)	Ingénieur informaticien	590	32 776 €	25,93 %	8 498 €	41 274 €	1,9289	63 222 €	81 033 €
			Chef de projet	737	40 932 €	27,68 %	11 331 €	52 263 €	1,9437	79 560 €	
			Chef de structure informatique	941	52 257 €	24,19 %	12 642 €	64 900 €	1,9197	100 317 €	
A/c. du 30/06/2011	B	Techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers (ex TSH + Agents chefs)	Technicien hospitalier	381	21 191 €	32,25%	6 835 €	28 026 €	1,9815	41 991 €	47 684 €
			Technicien supérieur hospitalier de 2ème classe	402	22 319 €	40,90%	9 129 €	31 449 €	2,0656	46 103 €	
			Technicien supérieur hospitalier de 1ère classe	454	25 241 €	50,63%	12 779 €	38 019 €	2,1773	54 958 €	
En extinction a/c du 07/02/2007	B	Informaticien de cat B (en extinction)	Technicien	371	20 614 €	25,36 %	5 228 €	25 842 €	1,9143	39 461 €	41 999 €
			Technicien supérieur	420	23 324 €	24,48 %	5 710 €	29 034 €	1,9095	44 538 €	
A/c. du 01/11/2006	C	Dessinateur	Dessinateur E4	321	17 841 €	25,54 %	4 556 €	22 397 €	1,8694	33 351 €	35 322 €
			Dessinateur chef de groupe E5	333	18 482 €	24,99 %	4 620 €	23 102 €	1,8620	34 415 €	
			Dessinateur principal E6 (ech exc)	373	20 732 €	22,46 %	4 655 €	25 388 €	1,8426	38 201 €	
A/c. du 08/08/2007	C	Maîtrise ouvrière (nouveau corps constitué des anciens corps de contremaître + chef de garage + agent technique d'entretien)	Agent de maitrise E5	333	18 482 €	30,14 %	5 571 €	24 054 €	1,9681	36 376 €	38 315 €
			Agent de maitrise principal E6 (ech exc)	373	20 732 €	30,16 %	6 253 €	26 985 €	1,9417	40 255 €	
A/c. du 08/08/2007	C	Personnels ouvriers (nouveau)	Agent d'entretien qualifié E3	311	17 290 €	22,37 %	3 868 €	21 158 €	1,8614	32 185 €	34 787 €

Période de validité	CAT	Corps	Grade	IM moyen	Traitement Indiciaire Brut (TIB)	Primes et Indemnités en % du TIB *	Primes et Indemnités	Rémunération brute	Coefficient de calcul du coût salarial total *	Coût salarial total	Coût moyen du corps
		corps constitué des anciens corps d'OPS + OPQ + conduct auto + AEQ+ MO+MOP)	Ouvrier professionnel qualifié E4	321	17 841 €	24,52 %	4 375 €	22 216 €	1,8773	33 493 €	
			Maître ouvrier E5	333	18 482 €	25,46 %	4 706 €	23 189 €	1,8803	34 753 €	
			Maître ouvrier principal E6 (ech exc)	373	20 732 €	24,68 %	5 118 €	25 850 €	1,8676	38 719 €	
A/c. du 01/11/2006	C	Conducteur ambulancier	Conducteur ambulancier 2è catégorie E4	321	17 841 €	38,71 %	6 906 €	24 747 €	2,0624	36 795 €	38 342 €
			Conducteur ambulancier 1ère catégorie E5	333	18 482 €	36,45 %	6 737 €	25 220 €	2,0336	37 585 €	
			Conducteur d'ambulancier hors catég E6 (ech exc)	373	20 732 €	30,98 %	6 423 €	27 155 €	1,9604	40 644 €	
En extinction a/c du 08/08/2007	C	Agent de service mortuaire et de désinfection (corps mis en extinction)	Agent de service mortuaire et de désinfection E4	321	17 841 €	32,29 %	5 761 €	23 602 €	1,9890	35 486 €	35 486 €

PRO



Annexe 7 : suivi de la campagne et utilisation des outils

1. Présentation de la campagne – rôle des ARS

La mise en œuvre de la T2A a modifié les conditions et le calendrier des campagnes budgétaires et tarifaires des établissements de santé. Par ailleurs, la LFSS fixe l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) lui-même décomposé en sous-objectifs (cf. fiche LFSS – ONDAM) qui se décomposent à leur tour en objectifs fixés par voie réglementaire.

L'ONDAM hospitalier regroupe 2 des 6 sous-objectifs de l'ONDAM.

Le premier sous-objectif, en rapport avec notre sujet, comprend :

- l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO)
- la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

La loi prévoit que les arrêtés fixant les objectifs (ODMCO, MIGAC, ODAM et OQN) sont publiés dans les 15 jours suivant la publication de la LFSS et que les arrêtés fixant les tarifs et dotations régionales sont publiés dans les 15 jours suivants. **En principe, l'ensemble des textes qui fixent le cadre de la campagne doit être publié fin janvier** ce qui, compte tenu de délais normaux de publication, implique qu'ils soient finalisés fin décembre.

La dotation **MIGAC** est fixée par arrêté sous forme de dotation régionale. Cet arrêté est accompagné d'une circulaire relative à la campagne tarifaire des établissements de santé détaillant les différentes mesures incluses dans les dotations régionales. En général, deux à trois délégations sont faites par an. Cette première circulaire donne les éléments utiles sur la construction de l'ONDAM, sur la mise en œuvre des priorités et sur les plans de santé publique. Les suivantes ont pour objet de permettre la délégation des crédits restants.

La campagne tarifaire et budgétaire commence donc le 1^{er} mars de chaque année. Il importe que chacun des acteurs ait suffisamment en amont connaissance des principales modifications tarifaires ou budgétaires envisagées afin d'anticiper et de préparer de manière réaliste son état des prévisions de recettes et de dépenses ou son budget.

Dès publication de l'arrêté et de la circulaire, les ARS doivent déléguer les crédits, dans le respect des principes énoncés dans le présent guide.

2. ARBUST et ARBUST MIGAC : outils de suivi

2.1. Généralités :

Dès publication de l'arrêté de versement, les ARS doivent compléter les outils de suivi de la réalisation de la campagne budgétaire :

- ARBUST permet le reporting de la campagne budgétaire, en ce qui concerne les dotations MIGAC, DAF et USLD pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, et MIGAC pour les établissements antérieurement financés sous OQN. Les forfaits annuels sont aussi connus grâce à ARBUST. Plusieurs modifications ont été apportées à l'outil afin de le rendre plus facile d'utilisation compte tenu du niveau de détail et de cohérence demandé.

Concernant les MIG, cet outil permet spécifiquement de retracer la délégation des mesures nouvelles. L'imputation qui est faite sous ARBUST respecte le cadre de la circulaire budgétaire (imputation le cas échéant par plan de santé public et non pas, plus finement, par MIG).

Après chaque circulaire (au plus tard un mois après la date de parution des circulaires) ainsi qu'après chaque campagne régionale de notifications, les délégations accordées aux établissements doivent être renseignées dans l'outil et transmises sur la plateforme ARBUST.

- ARBUST MIGAC : base de données gérée par l'ATIH et qui a pour objet le suivi intégral des crédits de l'enveloppe MIGAC. Il est renseigné depuis 2005 par les instances régionales (ARH/ARS) et couvre le champ de tous les établissements recevant une dotation MIGAC, quel que soit son secteur. L'imputation qui est faite sous ARBUST MIGAC correspond aux catégories réglementaires des MIG (ou se situe à un niveau plus fin : catégorie de gestion).

2.2. Conseils pour optimiser les saisines

2.2.1. Saisie simultanée des données sous ARBUST et ARBUST MIGAC :

La saisie simultanée est uniquement possible dans le sens ARBUST vers ARBUST MIGAC. Le premier onglet « Total MIGAC » du classeur ARBUST MIGAC permet de visualiser le total des sous enveloppes MIGAC lorsque des montants ont déjà été inscrits dans la composante ARBUST. Dans cet onglet, si les montants diffèrent pour un établissement et une sous enveloppe de ceux renseignés dans la composante ARBUST, ils s'affichent en rouge.

Il est vivement conseillé de saisir simultanément les données sous ARBUST et ARBUST MIGAC : **les données enregistrées devant être strictement identiques.**

2.2.2. Le choix de la MIG :

- Problématique des plans de santé publique

L'arrêté et la circulaire budgétaire présentent les crédits à déléguer non pas en référence aux MIG, mais à un plan de santé publique.

Afin de vous indiquer à quelle(s) MIG ces dotations correspondent, une table de correspondance réglementaire des mesures nouvelles en LFSS est annexée à la circulaire budgétaire.

Il convient donc de s'y rapporter avant toute délégation de crédit.

- Attention aux confusions

Avant toute délégation et imputation, veuillez vérifier l'intitulé de la MIG.

En effet, la relecture de l'intitulé permet d'éviter un certain nombre d'erreurs. Pour illustrer le propos, voici certaines MIG faisant l'objet de confusion :

- MIG PASS (confusion entre permanence des soins et permanence d'accès aux soins)
- MIG Prise en charge des patients précaires à l'extérieur des ES (confusion avec prise en charge des patients précaires)

2.2.3. L'éligibilité des établissements

En outre, avant toute délégation et imputation, veuillez vérifier l'éligibilité de l'établissement.

Voici les incohérences relevées en 2010 (ces données ne sont pas exhaustives):

- Centre national de ressources de la douleur : 11 établissements dotés alors que la MIG a pour objet le financement d'un centre national.
- Centre national de ressources pour les soins palliatifs : 2 établissements dotés alors qu'un seul centre national (HDJ Croix St Simon)
- CECLIN: 5 établissements éligibles à la dotation (car labélisés) mais 14 établissements ont été destinataires de la dotation
- Pôle de référence hépatite C : 7 établissements éligibles alors qu'ils devraient en avoir 30
- DIRC: 29 établissements sous ARBUST alors que seuls 7 devraient être éligibles

3. La SAE : outil d'évaluation du montant délégué

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM) y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins.

Les données sont collectées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Elle produit deux types de données

- Une base dite « administrative » restituant les déclarations des établissements,
- Une base dite « statistique » destinée aux études.

Cette étude permet de mesurer l'activité d'un certain nombre de structures, de services bénéficiant d'une dotation MIG.

Il est intéressant de mesurer la pertinence des crédits alloués au regard de l'activité produite.

In fine, l'objectif est d'intégrer ces éléments dans le calibrage de la MIG afin de lier l'activité produite et le montant délégué. La dotation évoluerait donc en fonction des données collectées.

Actuellement, les données collectées en lien avec les MIG portent sur

- la lutte contre la douleur : lien avec la MIG « structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle »
- le développement des soins palliatifs : lien avec la MIG « équipes mobiles de soins palliatifs »
- lutte contre les infections nosocomiales : lien avec les MIG « ARLIN » et « CECLIN »
- la prise en charge sanitaire des personnes détenues : lien avec les MIG « UCSA », « UHSI » et « chambres sécurisés »
- la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : lien avec la MIG « les centres mémoires de ressources et de recherche »

Annexe 8 : synthèse de l'applicabilité du coefficient géographique aux MIG

Catégorie de MIG	Missions	Raisons de la non-application du CG
MIG à caractère régional	<ul style="list-style-type: none"> - Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et prestations - Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales - Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance - Registres à caractère épidémiologique - Équipes hospitalières de liaison en addictologie - Équipes mobiles de gériatrie - Équipes mobiles de soins palliatifs - Équipes de cancérologie pédiatrique - Lactariums - Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté - Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) - La prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé - La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales - Réseaux de télésanté, notamment la télé-médecine - Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG - Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques - Actions de prévention et de gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles - Consultations mémoires - Les consultations hospitalières d'addictologie - L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique - Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle - Les consultations hospitalières de génétique - La nutrition parentérale à domicile - Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents - Services d'aide médicale urgente (à hauteur de 50%) - Les services mobiles d'urgence et de réanimation (à hauteur de 50%) - Les actions de coopération internationale - Les centres périnataux de proximité 	<p>La péréquation interrégionale opérée sur ces missions a tenu compte de la majoration pour les régions bénéficiant du coefficient géographique (DOM, Corse, Île-de-France).</p> <p>Par ailleurs, les dotations sont, pour l'essentiel de ces missions, reconduites depuis 2005. Or le calibrage initial des dotations s'est basé sur le retraitement comptable 2003 des établissements, qui intègre de facto les surcoûts liés à l'implantation géographique.</p>
MIG soumises au remboursement des charges	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté - Agents MAD auprès État (risques circ.exc.) - La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts - MAD auprès des services de l'État - MAD auprès de l'IGAS - Coordination des instances de représentation - MAD auprès des organismes syndicaux 	<p>Ce sont des missions ayant trait à la participation aux politiques nationales et pour lesquelles les dotations remboursent, à l'euro près, les charges supportées par les établissements.</p>
MIG calibrées selon un modèle national qui intègre le coefficient géographique	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité - Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie 	<p>Les dotations de l'Île-de-France, de la Corse et des DOM issues de la forfaitisation de ces MIG ont été majorées du niveau du coefficient géographique.</p>

Catégorie de MIG	Missions	Raisons de la non-application du CG
MIG calibrées selon un modèle national dans lequel il n'y a pas lieu d'appliquer le coefficient géographique	<ul style="list-style-type: none"> - Centre national de ressources de la douleur - Centre national de ressources soins palliatifs - Observatoire national de la fin de vie - Centres nationaux d'appel d'urgence 	<p>Pour les 3 premières missions, les établissements référents sont situés en Île-de-France et le modèle de financement s'est basé sur les coûts déclarés. Le modèle prend donc en considération les surcoûts franciliens.</p> <p>La question du coefficient géographique ne se pose pas pour la MIG « centres nationaux d'appel d'urgence » puisque ces centres ne sont pas situés dans des régions soumises à coefficient géographique.</p>
MIG calibrées sur les RTC de 2003 et reconduites d'année en année	<ul style="list-style-type: none"> - Centres de coordination des soins en cancérologie - Recueil, traitement, conservation des gamètes et embryons - Permanence des soins en établissement de santé - Chambres sécurisées - CCLIN - UCSA 	<p>- Le calibrage initial de ces MIG tient théoriquement compte des surcoûts géographiques.</p> <p>Par ailleurs, pour la PDESE, les rémunérations des gardes et astreintes sont les mêmes dans toutes les régions.</p> <p>- Pour les 3 dernières MIG, des référentiels existent pour le calibrage des dotations des établissements par les ARS mais ils n'ont pas modifié les montants des dotations régionales et sont appliqués de façon hétérogène selon les régions.</p>

Annexe 9 : nomenclature des MIG

Concernant la catégorie d'éligibilité associée à chaque MIG :

Modélisation nationale : Pour certaines dotations, le choix de l'établissement est issue de l'application d'une clé de répartition nationale, Ex: la MIG "précarité"

Appels à projets nationaux ou régionaux : La délivrance de certaines MIG est soumise dans certains cas à une procédure d'appel à candidature national ou régional (voir items "référence juridique" et "critères d'éligibilités" de chaque fiche), Ex : les MIG "PHRC",

Labellisations nationales ou régionales : La délivrance de certaines MIG est soumise dans certains cas à une procédure de labellisation nationale ou régionale (voir items "référence juridique" et "critères d'éligibilités" de chaque fiche), Ex : Les MIG "centres de référence"

Agrément, autorisation diverses délivrées en lien direct avec la mission : Certaines MIG dépendent d'un régime d'autorisation ou d'agrément délivré par le DG d'ARS ou par une autre autorité sanitaire. Ex: la: MIG SAMU,

Attribution d'une mission de service public : Certaines MIG dépendent du régime d'attribution des missions de service public, Ex: la MIG "PDES"

Justification par l'activité de l'établissement et sa place : Compte tenu de la réalisation de la MIG et des besoins exprimés, le directeur général d'ARS peut reconduire l'établissement dans l'exercice de sa MIG (il confirme donc son éligibilité). Ce renouvellement est limité à la durée du CPOM et subordonné aux résultats de l'évaluation du CPOM.

	Libellé 2012	Catégorie de MIG 2012	Éligibilité	référence juridique (le cas échéant)
1	Part fixe des MERRI	L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation	Modélisation nationale	-
2	Part modulable des MERRI	L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation	Modélisation nationale	-
3	Les centres d'investigation clinique	Recherche médicale et innovation	Labellisation nationale	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011
4	Les centres de recherche clinique	Recherche médicale et innovation	Labellisation nationale	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2012
5	Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation	Recherche médicale et innovation	Modélisation nationale	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2013
6	Les centres de ressources biologiques et tumorothèques	Recherche médicale et innovation	Modélisation nationale	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2014
7	PHRCN (Programme hospitalier de recherche clinique national)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2015
8	PHRCK (Programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2016
9	PHRCI (Programme hospitalier de recherche clinique inter-régional)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2017

10	PRT (Programme de recherche translationnelle)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2018
11	PRTK (Programme de recherche translationnelle en cancérologie)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2019
12	PREPS (Programme de recherche sur la performance du système de soins)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2020
13	PHRIP (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2021
14	CHRT (Contrats hospitaliers de recherche translationnelle)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2022
15	PSTIC (Programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2023
16	PSTICK (Programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non en cancérologie)	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2024
17	L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Recherche médicale et innovation	Appels à projets nationaux	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2025
18	Les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation	Recherche médicale et innovation	Labellisation nationale	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2026
19	L'effort d'expertise des établissements de santé	Recherche médicale et innovation	Modélisation nationale	-
20	Stage de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux	Agrément délivré par la société française de physique médicale	-
21	Financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie	Enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux	Agrément délivré par le DG d'ARS	-
22	Centres mémoire de ressources et de recherche	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation régionale	Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011
23	COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH)	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	Arrêté du 4 octobre 2006 relatif à la composition des COREVIH
24	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation régionale	Circulaire DHOS/O 1 n° 2001-209 du 4 mai 2001
25	Centres de références pour la prise en charge des maladies rares	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	cf, références juridiques de la fiche
26	Centres de référence sur l'hémophilie	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	Arrêté du 9 août 2004 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares
27	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	Arrêté du 4 juin 2004 portant désignation des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose

28	Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Appels à projets régionaux	Circulaire DHOS/DGS/DGAS N°2002-229 du 17 avril 2002
29	Centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	circulaire n°919 du 23 décembre 1987
30	Centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation régionale	Circulaire n°DHOS /OPRC/DGS/DSS/2009/95 du 3 avril 2009
31	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
32	Les services experts de lutte contre les hépatites virales	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	Circulaire N° DGS/VS2/DH/99/299 du 21 mai 1999
33	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Autorisation délivrée par le directeur général de l'agence de la biomédecine	Art L2131-1 CSP
34	Les centres de diagnostic préimplantatoire	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Autorisation délivrée par le directeur général de l'agence de la biomédecine	Art L1418-1 CSP
35	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	-
36	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées	Labellisation nationale	Lettre DHOS/E2/87 du 15 janvier 2009 sur la reconnaissance interrégionale de centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes, lettre DGOS/PF2/01 du 3 janvier 2011 sur la reconnaissance d'un centre de référence interrégional pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes au CHU de Rennes
37	Laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs	Appels à projets nationaux (pour l'oncogénétique) / autorisation délivrée par le DG d'ARS après avis de l'ABM (pour la génétique moléculaire)	-
38	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs	-	-
39	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU en attente de leur agrément	Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs	Remboursement à l'euro près	-
40	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	Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-



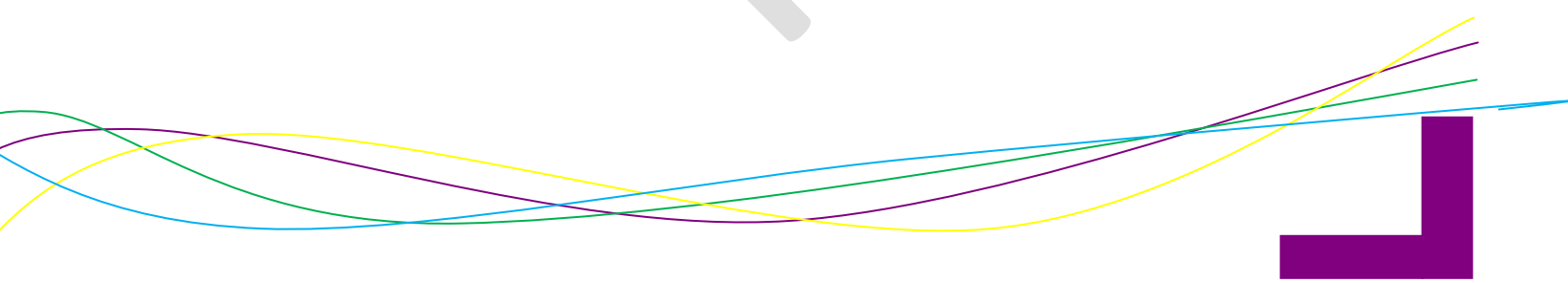
41	Organes artificiels	Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs	Délivrance d'une autorisation interrégionale de greffe d'organes par le DG d'ARS, après avis de l'agence de biomédecine	Art L1234-2 CSP
42	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
43	Soutien exceptionnel à l'enseignement, la recherche, la référence et à l'innovation	L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation	Modélisation nationale	-
44	Financement des activités de recours exceptionnel	L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation	Modélisation nationale	-
45	Les observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	Circulaire n° DHOSIE2IDSS/IC/2006/30 du 19 janvier 2006
46	Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale	-
47	Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale	-
48	Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Agrément par arrêté du ministre sur proposition du directeur général de l'ANSM	-
49	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	-	-
50	Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale	Arrêté du 1er juin 1998 fixant la liste des CHU comportant un centre anti-poisons
51	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale du comité national des registres	-
52	Centre national de ressources de la douleur	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale	-
53	Centre national de ressources pour les soins palliatifs	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale	Ordonnance N°2003-850 du 4 septembre 2003
54	Observatoire national de la fin de vie	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Labellisation nationale	Décret n° 2010-158 du 19 février 2010 portant création de l'Observatoire national de la fin de vie
55	Les centres de coordination des soins en cancérologie	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	-
56	Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson	Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	Modélisation nationale	-
57	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
58	Equipes mobiles de gériatrie	Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient	Labellisation régionale	Circulaire relative à la filière de soins gériatriques du 28 mars 2007
59	Equipes mobiles de soins palliatifs	Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP

60	Equipes de cancérologie pédiatriques	Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient	Agrément	Décrets du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
61	Equipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques	Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
62	Lactariums mentionnés à l'article L.2323-1 du CSP	Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS près avis du DG l'AFSSAPS	Art D2323-6 CSP
63	Les surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	Art R.2142-1 CSP
64	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté	Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	Délivrance d'une autorisation d'activité par le directeur général de l'AFSSAPS	Art R1243-4 CSP
65	Réseaux de télésanté, notamment la télémedecine	Faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
66	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L.162-3 CSS	Faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
67	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	Faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007
68	Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG	Activité de dépistage anonyme et gratuit	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux CDAG ;
69	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	Missions de prévention et d'éducation pour la santé	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	Art R1161-3 CSP
70	Espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux	Mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	Labellisation régionale	-
71	Actions de prévention et de gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	Veille sanitaire, prévention et gestion des risques : au titre de la contribution des établissements à la mise en œuvre des plans blancs élargis	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
72	La mise en œuvre des missions des établissements de référence mentionnés à l'art, R,3131-10 CSP	Veille sanitaire, prévention et gestion des risques : au titre de la contribution des établissements pour la gestion des risques liées à des circonstances exceptionnelles	Labellisation nationale	Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence
73	L'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	La participation aux missions de santé publique	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
74	Consultations mémoires	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011
75	Les consultations hospitalières d'addictologie	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Justification par l'activité de l'établissement et sa	-

			place	
76	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	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	Art D6124-35 CSP
77	Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	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.
78	Les consultations hospitalières de génétique	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	Art D6124-178 CSP
79	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Agrément par le comité national de coordination pour la nutrition parentérale à domicile	-
80	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Appels à projets régionaux	-
81	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Modélisation nationale	-
82	La coordination des parcours de soins en cancérologie	Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Modélisation nationale	-
83	Services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L.6112-5 CSP y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences	Aide médicale urgente	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	R 6123-1 CSP
84	Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP	Aide médicale urgente	Délivrance d'une autorisation d'activité par le DG d'ARS	R 6123-1 CSP
85	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques	Aide médicale urgente	Labellisation nationale	Arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse - Arrêté du 1er février 2010 désignant l'établissement de santé assurant les missions du centre national de relais
86	Le transport sanitaire bariatrique	Aide médicale urgente	Appels à projets régionaux	Instruction N°DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité (PO) par les Agences régionales de santé
87	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	Remboursement à l'euro près	-
88	La rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière et de la gestion des crises sanitaires	La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	Remboursement à l'euro près	-
89	La coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale mentionnées aux articles L.6144-1, L.6161-2 et L.6161-8 CSP	La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	Remboursement à l'euro près	-

90	La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 CSP	La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques	Remboursement à l'euro près	-
91	Les actions de coopération internationale	La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques	Remboursement à l'euro près	-
92	La participation à la rémunération des agents hospitaliers bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques	Modélisation nationale	-
93	Les dépenses correspondant aux frais de gardes et d'astreintes des personnels des établissements de santé ainsi que les frais de structure d'urgence pour les établissements ex OQN	La permanence des soins en établissements de santé	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
94	Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R.6123-50 CSP	dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Justification par l'activité de l'établissement et sa place	-
95	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales	dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
96	Les unités de consultations et de soins ambulatoires	dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
97	Les chambres sécurisées pour détenus	dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
98	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité	Modélisation nationale / attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
99	Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 CSP, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité	Attribution ou renouvellement d'une mission de service public	Art L6112-2 CSP
100	La prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies psychiatriques dans les CSERD	La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité	Modélisation nationale	-

PRE



Annexe 10 : Exemple de fiche d'évaluation (ARS Franche Comté)

FICHE D'EVALUATION

MISSIONS D'INTERET GENERAL

Thématique « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique »

Établissement de santé :

Raison sociale :
 FINESS (juridique) :
 Ville :

Contact au sein de l'établissement :

Nom : **Prénom :**

Fonction :

Tel : messagerie électronique :

1. CONTEXTE

Reprise des informations contenues dans les fiches du présent guide

2. DONNEES D'ACTIVITE en éducation thérapeutique

2.1. Synthèse de l'offre et de l'activité en 2010 (public pris en charge et type d'activités pratiquées)

	Enfant (file active)	Adulte (file active)	Indifférenciée (file active)	Activité		
				Nombre total de séances		Nb moyen de patients par séance collective
				individuelles	collectives	
Diabète type 1/2						
Asthme						
BPCO						
Pathologie cardiovasculaire						
Obésité						
Insuffisance rénale (hors éducation dialyse)						
Stomathérapie						
VIH						
Hépatites						
Allergologie						
Mucoviscidose						
Troubles de la déglutition						
Laryngectomisés						
Autres						
Pathologies indifférenciées						

Actions de formation développées au sein de l'établissement : ...

Mises en place d'outils d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement : ...

Actions d'éducation thérapeutique dans d'autres établissements : ...

2.2. Modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique au sein de l'établissement

2.2.1. Organisation

- Existence d'un programme d'éducation thérapeutique écrit : oui non

- Suivi téléphonique : oui non
 Nombre moyen de contacts téléphoniques hebdomadaires :

- Plate-forme structurée dédiée à l'éducation du patient et ayant vocation à fédérer de manière transversale des actions au sein de l'établissement : oui non

- Unité transversale d'éducation thérapeutique oui non
 Nombre de membres médicaux :
 Nombre de membres paramédicaux :

- Existe-t-il un suivi post-éducatif ? oui non
 Si oui, lequel ?
 Ce suivi permettra-t-il d'évaluer le bénéfice clinique (en terme de morbidité) de l'action d'éducation thérapeutique ?
oui non

- Articulation avec les réseaux de santé : oui non
 Si oui, lesquels :

- Organisation avec les médecins libéraux : oui non
 Si oui, laquelle :
 Formalisation du suivi avec les médecins libéraux oui non
 Si oui, laquelle :

Modalités d'adressage des patients :

Education thérapeutique prescrite :	nombre	%
Suite à une hospitalisation		
Par un médecin libéral		
Autre : préciser		

2.2.2. Moyens humains

Tableau récapitulatif de personnel (personnel mobilisé)

Spécifier si le personnel est dédié à l'éducation thérapeutique de toutes les maladies chroniques ou seulement certaines d'entre elles.

CATEGORIE	Equivalent Temps Plein
Personnel médical (préciser la spécialité) PH Non PH Préciser (CCA, AHU, PA, etc...)	
Personnel non médical IDE Diététicien Kinésithérapeute Psychologue Autres (préciser)	
Autres personnels	

Niveau de formation des intervenants :

<i>Remplir une colonne par professionnel concerné</i>	médecin		infirmier
niveau 1				
niveau 2				
niveau 3				
niveau 4				

niveau 1 : expert en éducation thérapeutique (formations spécialisées)

niveau 2 : responsable de programmes d'éducation thérapeutique (diplôme d'Université de 120 à 200 h)

niveau 3 : sensibilisation intensive à l'éducation thérapeutique (modules de formation de 30 à 50 h)

niveau 4 : sensibilisation à l'éducation thérapeutique (congrès, enseignements postuniversitaires)

Décrire brièvement les outils et méthodes pédagogiques utilisées : ...

2.2.3. Financements

Dépenses 2010 :

	Montants en €
Charges directes de titre 1 : personnel médical	
Charges directes de titre 1 : personnel non médical	
Charges directes de titre 2 : médicales et pharmaceutiques	
Charges directes de titre 3 : gestion générale	
Charges indirectes affectées à la MIG : médico-technique, logistique médicale, logistique générale et structure	
TOTAL CHARGES	

Recettes 2010 :

	Montants en €
Recettes de titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	
Recettes de titre 2 : produits de la tarification	
Recettes de titre 3 : subventions ou autres ressources	
TOTAL PRODUITS	

Mesures nouvelles 2010

. Montant : ...

. Détailler les modifications d'activité, personnels, organisation etc... : ...

Objectifs d'évolution :