

Annexe III. Financement des plans de santé publique en 2008

La mise en œuvre des grands plans et programmes de santé publique se poursuivra en 2008 pour un montant total de 449 millions d'euros (reports et mesures nouvelles, tarifs et dotations) : plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, plan de solidarité grand âge, plan cancer, plan urgences, plan périnatalité, plan santé mentale, plan pour la prise en charge et la prévention des addictions, plan maladies rares, plan de lutte contre la douleur, programme national de lutte contre les infections nosocomiales, développement des soins palliatifs et prise en charge de la santé des personnes détenues.

Ces programmes et plans de santé publique sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par les dotations. Ils intéressent tous les établissements éligibles, qu'ils soient publics ou privés.

1. Les plans de santé publique relatifs à la prise en charge des personnes âgées

1.1. Le volet hospitalier du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer

Les mesures s'intègrent dans le plan Alzheimer dont le volet hospitalier représente un effort de 25M€ pour 2008.

1.1.1. Le développement des consultations mémoire

Une première mesure vise à compléter le maillage du territoire en créant des consultations dans les zones non pourvues de manière à proposer une consultation mémoire pour 15 000 habitants de plus de 75 ans. En 2008, la création de 24 consultations mémoire sera financée à hauteur de 4,224 M€ sur la base d'un financement de 176 000 € par consultation.

La deuxième mesure a pour objet d'augmenter les moyens des consultations à forte activité notamment pour améliorer le dispositif d'annonce de la maladie. A partir de deux critères cumulatifs (une file active supérieure ou égale à 200 patients et un ratio de nouveaux patients rapporté à la file active supérieur ou égal à 40%), les moyens de 122 consultations mémoire vont être augmentés de 20%. Chacune de ces consultations va voir ses crédits augmenter de 35 540€. Cette mesure représente un coût total de 4,34 M€.

Un montant de 5,4 M€ est également consacré à l'extension en année pleine des créations et renforcement de consultations mémoire financées en 2007.

1.1.2. La création de centres de mémoire et de ressources (CMRR) dans les zones non pourvues.

Il reste à créer trois CMRR pour atteindre l'objectif d'un CMRR par région. 1,14 M€ sont consacrés à cette mesure en 2008, l'estimation du coût d'un CMRR étant de 0,38 M€.

1.1.3. La création d'unités cognitivo-comportementales en SSR

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans les structures SSR préexistantes. Le financement a pour objet de couvrir les coûts supplémentaires liés à cette spécialisation, d'une part le recrutement des personnels spécifiques (1 psychomotricien/ ergothérapeute, 1 assistante de gérontologie, 1 psychologue, 0,2 ETP de psychiatre pour une unité de 12 lits) et d'autre part les travaux d'adaptation des locaux.

Les moyens alloués en 2008 permettent de financer les premiers travaux nécessaires (100 000 euros, crédits non reconductibles) ainsi que le recrutement des personnels à mi-année (100 000 euros, crédits reconductibles).

La répartition régionale de l'enveloppe de 4,8 M€ a pour objet de permettre l'individualisation d'une unité par région métropolitaine, hors Corse. Les régions Rhône-Alpes et Ile de France bénéficient respectivement de deux et trois unités en raison de leur poids démographique.

La montée en charge se poursuivra sur la durée du plan, tant en renforcement en personnel qu'en adaptation des locaux, de façon à pourvoir notamment les régions non dotées en 2008.

1.2. Le plan de solidarité grand âge

1.2.1. Le court séjour gériatrique

La mesure consiste à poursuivre le développement des services ou des lits de court séjour gériatrique. L'objectif poursuivi vise à proposer un lit de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu à ce titre une enveloppe de 29,10M € sur la part tarifaire. En effet, à partir de 2008, avec le passage à 100% de la part tarifée à l'activité, le développement du court séjour gériatrique est intégré dans la progression de l'ODMCO et ne requiert plus une répartition fléchée des crédits contrairement aux années précédentes.

1.2.2. L'hôpital de jour gériatrique

Le plan de solidarité grand âge a fixé comme objectif 0,5 place d'hôpital de jour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Une enveloppe de 13,43 M€ est prévue dans l'ODMCO (part tarifaire) pour couvrir l'augmentation prévisionnelle de l'activité d'hôpital de jour gériatrique

1.2.3. Le SSR gériatrique

L'objectif poursuivi par le plan de solidarité grand âge est de 3 lits de SSR gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Les dotations de l'ODAM sont majorées de 12,10 M € dont 6,51M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2007. Les mesures nouvelles 2008, d'un montant de 5,59 M€ ont été réparties pour moitié sur un critère populationnel (nombre de personnes de plus de 75 ans) et pour moitié en fonction des prévisions de créations de lits de SSR en 2008 conformément à l'enquête DHOS sur la filière gériatrique. Dans la cadre de cette mesure, les moyens affectés à l'OQN sont majorés de 1,43 million d'euros.

1.3. Le plan urgences : renforcement des équipes mobiles gériatriques

Pour mémoire, le plan urgences prévoit le renforcement des équipes mobiles de gériatrie (cf infra).

2. Le plan cancer

Dans la continuité du plan cancer 2003-2007, 18,15 millions d'euros de mesures nouvelles sont mobilisés en 2008 et visent à renforcer la sécurité des soins de radiothérapie, à développer la recherche clinique et à soutenir les pôles régionaux de cancérologie. L'ONDAM 2008 (enveloppe tarifaire) prévoit les moyens nécessaires (3M€) pour assurer le financement de la généralisation du dépistage du cancer colorectal à l'ensemble du territoire, financement calibré en fonction du nombre de coloscopies attendues. Vous voudrez bien vous assurer de cette mise en œuvre.

La majorité des financements 2008 sont délégués en ce début de campagne ; les crédits restant à déléguer concerneront la cancérologie pédiatrique, les plateformes de génétique moléculaire et l'indemnisation des stagiaires radio physiciens.

Les établissements privés ex-OQN sont aidés au titre de ces mesures nouvelles à hauteur de 2,80 millions d'euros dont une partie des crédits est déléguée par la présente circulaire.

2.1. L'accompagnement de la mise aux normes des centres de radiothérapie

2.1.1. L'appui à l'acquisition de systèmes de dosimétrie in vivo au titre du FMESPP

Le renforcement de l'assurance qualité et de la sécurité des traitements en radiothérapie prévoit de généraliser la pratique de la dosimétrie in vivo. A cet effet, vous recevrez prochainement une délégation de crédits d'un montant de 2 millions d'euros au titre du FMESPP pour financer l'acquisition de dosimètres au sein des centres de radiothérapie dont 0,420 millions d'euros pour les établissements privés ex-OQN. Ces financements viennent compléter une dotation d'un montant de 1 million d'euros destinée aux cabinets libéraux de radiothérapie déléguée par ailleurs dans le cadre du FIQCS.

Ces moyens permettront de compléter l'équipement des accélérateurs pour la dosimétrie in vivo à raison de un ou deux systèmes de mesure par centre de radiothérapie en mettant **très rapidement plus de 300 systèmes de dosimétrie** à disposition de ces centres.

2.1.2. Le renforcement en personnels des équipes de radiothérapie

Un accompagnement spécifique d'un montant de 2 millions d'euros vous est délégué au titre de l'aide à la contractualisation. Ces moyens supplémentaires doivent vous permettre de soutenir et d'accélérer, dans certains centres de radiothérapie, les recrutements nécessaires à la mise en conformité avec les critères d'agrément de radiothérapie, concernant en particulier les manipulateurs en électroradiologie médicale et les radiophysiciens.

La répartition régionale tient compte des effectifs actuels au regard du nombre de patients traités annuellement (Données Observatoire de la radiothérapie).

2.2. Le développement de la Recherche Clinique

2.2.1. Le financement des équipes mobiles de recherche clinique

Dans le prolongement du soutien apporté en 2004 par la DHOS au renforcement de la recherche clinique en cancérologie (circulaire DHOS – OPRC n° 346 du 22 juillet 2004), l'Institut National du Cancer a financé en novembre 2006, par appel à projets, la création de 26 équipes mobiles de recherche clinique (EMRC).

Ces équipes mobiles assurent des missions de proximité, en soutien aux investigateurs. Elles sont plus particulièrement chargées :

- de faciliter la mise en place des essais et des inclusions dans les services de soins ;
- de mettre en place des outils de travail et de suivi de l'activité spécifiques aux différents essais concernés ;
- de participer au repérage des patients susceptibles d'être inclus dans les essais suivis et sensibiliser les investigateurs aux objectifs portant sur le nombre d'inclusions ;
- d'assurer le suivi des inclusions, des procédures de tirage au sort et de l'organisation des actes médicaux prévus dans le déroulement des essais.

Ces équipes sont mises à disposition en priorité des centres hospitaliers et des établissements privés afin d'améliorer leur capacité à inclure les malades dans une recherche clinique de qualité. Elles peuvent néanmoins être affectées au sein d'établissements membres du pôle régional de cancérologie et encadrées par les professionnels de la recherche clinique hospitalière.

Un financement de 3 millions d'euros vous est délégué en MIGAC pour consolider le financement de ces équipes, dont 0,262 million d'euros destinés aux établissements privés ex-OQN.

2.2.2. Le soutien aux Centres de Traitements de Données

Un financement de 1 million d'euros est délégué à sept régions afin de prendre le relais de l'appel à projet INCa, publié le 30 mars 2007, relatif à la « Labellisation des Centres de Traitements de Données (CTD) » dont les missions sont, en concertation avec les promoteurs d'essais cliniques, tout ou partie des points suivants :

- fournir l'aide logistique informatique permettant de garantir la qualité des données recueillies ;
- apporter une expertise pour la gestion de projets : coordonner la collecte, la vérification et les corrections éventuelles de données ;
- apporter une expertise méthodologique pour la conception des protocoles, des cahiers d'observations et des formats de données et une expertise statistique pour l'analyse des résultats et la rédaction de la publication.

Le financement délégué doit servir aux onze CTD retenus pour recruter les personnels nécessaires à la mise en œuvre de ces missions de manière à optimiser la qualité du traitement de données et à assurer le suivi des essais cliniques en cancérologie.

2.3. Le soutien aux pôles régionaux de cancérologie

Un financement de 2 millions d'euros vous est délégué afin de mettre à disposition des pôles régionaux de cancérologie des postes de coordination médicale pour leur permettre de respecter les objectifs fixés par les SROS III et d'accomplir leurs missions.

Le pôle régional rassemble les établissements de santé exerçant en sus de leurs activités de soins des missions régionales hautement spécialisées de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation. Il doit garantir pour tout patient, quel que soit le lieu de prise en charge initiale, l'accès à des ressources de recours, d'expertise et de recherche, et mettre en place l'organisation et les critères permettant l'accès à ces ressources.

3. Les financements destinés aux structures de médecine d'urgence

3.1. Renforcer la régulation des SAMU : recrutement de PARM

Un effort supplémentaire est à nouveau réalisé en 2008 afin de permettre le recrutement de **permanenciers d'accueil et de régulation médicale** (PARM). L'enveloppe de 12 M€ correspond à l'extension en année pleine de la mesure financée en 2007 (6M€) ainsi qu'à une nouvelle tranche de financement pour 2008, permettant le recrutement de 300 PARM, en mi-année (6M€). La répartition régionale des crédits est effectuée en fonction du nombre d'affaires régulées.

Vous veillerez à ce que la répartition des crédits entre les SAMU de la région tienne compte des crédits déjà attribués en 2007, des dotations en PARM et de l'activité. Vous veillerez également à encourager les mutualisations entre les différents SAMU, notamment la nuit, pour optimiser les ressources humaines et assurer des relais efficaces, en particulier en période de crise sanitaire.

3.2. Renforcer la filière urgences dans son ensemble par les mesures du plan urgences

En 2008, les mesures du Plan Urgences, telles qu'annoncées le 30 septembre 2003, visent à poursuivre la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie, le développement de la médicalisation des hôpitaux locaux et le renforcement des structures de SSR. Les objectifs sont précisés ci-dessous.

Comme les années précédentes, il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures du plan urgences, afin de répondre au mieux aux priorités et spécificités locales identifiées dans la région. Celles-ci devront être analysées en lien avec les professionnels de la filière urgences, dans le cadre des commissions régionales "urgences", et en associant également des représentants des professionnels de la gériatrie et des services d'aval (hôpital local, SSR).

Cette fongibilité doit également vous permettre d'assurer la cohérence des mesures pluriannuelles déjà engagées localement, en veillant notamment à ce que les mesures déjà engagées soient opérationnelles avant d'initier de nouveaux programmes.

3.2.1. Poursuivre la médicalisation et le renforcement de la permanence médicale dans les hôpitaux locaux

Le plan Urgences prévoit des financements consacrés au développement de la médicalisation des hôpitaux locaux pour la période 2004-2007 à hauteur de 88,8 M€. 13,3 M€ sont délégués en 2008 au titre de l'extension en année pleine de la mesure financée à mi-année en 2007.

Au même titre qu'en 2006 et 2007, l'effort de médicalisation des hôpitaux locaux doit être privilégié, notamment par le financement des mesures prévues par le décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 et précisées par l'arrêté du 27 décembre 2007 relatif au plafond d'indemnisation des médecins généralistes participant à la continuité médicale des soins de l'hôpital local.

Les crédits de la tranche 2008 doivent donc être mobilisés pour financer les priorités suivantes :

- le **renforcement de la continuité des soins en hôpital local**, notamment par l'indemnisation des médecins libéraux pour leur participation à la permanence médicale et la rémunération du contrat de médecin coordonnateur prévu par les textes susmentionnés ;
- le **renforcement de la médicalisation** de l'hôpital local dans ses activités de soins de suite et de réadaptation. Vous financerez à cette occasion l'élévation du plafond d'actes médicaux réalisés en SSR par semaine prévue par le décret n°2007-1741 susmentionné ;
- **l'évolution vers une pleine mixité d'exercice** entre les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes autorisés intervenant à l'hôpital local. Conformément aux possibilités offertes par le décret, vous vous assurerez que le travail commun entre les médecins généralistes libéraux et les praticiens hospitaliers soit rendu possible au sein d'une même activité ;
- **l'indemnisation de la formation médicale continue** des médecins généralistes autorisés intervenant en hôpital local. Lorsqu'une formation médicale est organisée par l'hôpital local, une indemnisation des médecins généralistes autorisés participant à cette formation est prévue à hauteur de 5 C par demi-journée ;
- **l'organisation efficace d'un traitement de l'information médicale**. Vous veillerez à ce que les hôpitaux locaux améliorent l'organisation du traitement de l'information médicale dans le cadre des conventions qu'ils ont passées avec les centres hospitaliers.

Pour 2008, les montants alloués à hauteur de 13,3 M€ ont été répartis en tenant compte :

- de critères de population : population totale et population de plus de 75 ans,
- du nombre d'hôpitaux locaux par région ainsi que du nombre de lits SSR et médecine dans les hôpitaux locaux.

3.2.2. *Améliorer le positionnement des structures de SSR dans la filière de prise en charge des patients*

L'objectif est d'améliorer la fluidité de la prise en charge des patients, tant en amont qu'en aval, des structures de SSR, en travaillant sur la lisibilité de l'offre et sur les organisations de travail entre acteurs, dans le respect des objectifs thérapeutiques d'un séjour en soins de suite et de réadaptation.

Dans ce but, il vous est demandé de financer ou contribuer à financer prioritairement, sur ces crédits :

- des postes d'assistantes sociales dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il est à noter que les futurs décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation rendront obligatoire la présence d'assistante sociale dans les structures de SSR.
- la création de dispositifs de coordination SSR, par exemple comme il en existe en région Rhône-Alpes (dispositif Trajectoire). La participation des structures de SSR au réseau de prise en charge des urgences fait partie des missions qui leur seront conférées par les futurs décrets. Ces dispositifs de coordination ont pour mission :
 - de recenser l'offre de SSR sur un territoire donné, d'identifier les besoins, de rendre lisibles les filières de prise en charge, de favoriser la communication entre établissements et professionnels des SSR ;
 - de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les structures de court séjour et les structures de SSR, en développant les outils de transmission (fiches d'admission communes, supports informatiques, site internet, ...) ;
 - de favoriser les relations entre les structures de SSR et les acteurs des secteurs d'aval (structures sociales et médico-sociales, médecine de ville, services de soins à domicile, associations...) pour contribuer à la mise en place de réponses adaptées lors de la sortie des personnes de SSR.

Ces travaux contribueront également à enrichir le répertoire opérationnel des ressources prévu par le décret " urgences ".

Le montant des crédits 2008 du Plan " Urgences " consacré aux structures de SSR est de 26 millions d'euros, correspondant à l'extension en année pleine de la tranche 2007 (soit 13 millions d'euros) et à la tranche 2008, financée en mi-année. Les crédits sont répartis pour moitié au prorata de la population régionale et pour moitié au prorata de la population âgée de plus de 75 ans.

3.2.3. Renforcer la compétence gériatrique

L'objectif poursuivi est de mettre en place une équipe mobile dans les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique. L'enquête réalisée par la DHOS en 2007 indique qu'il reste 88 équipes mobiles gériatriques à créer d'ici 2012. En 2008, 10 M€ sont consacrés au financement de ces équipes mobiles gériatriques dont 4,215 M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2007. Le solde (5,785 M€) est réparti au vu des résultats de l'enquête en deux sous-enveloppes identiques : 2,89 M€ sont consacrés au renforcement des équipes mobiles existantes, avec une répartition des moyens en fonction du nombre de personnes de plus de 75 ans ; l'autre moitié (2,89M€) est consacrée à la création de nouvelles équipes et est répartie au prorata du nombre d'équipes mobiles à créer.

4. Le développement des soins de suite et de réadaptation

4-1 La création de places SSR et accompagnement de l'évolution de l'activité :

L'enveloppe de 63 millions d'euros est destinée à développer l'offre de soins de suite et de réadaptation, d'une part pour accompagner l'évolution de l'activité attendue pour l'année 2008 et d'autre part pour mettre en œuvre les créations ou extensions des structures de SSR.

Elle est répartie entre les régions en tenant compte de deux critères :

- le soutien de l'activité attendue pour l'année 2008 estimée en fonction des objectifs quantifiés prévisibles pour l'année 2008 qui ont été déclarés dans le cadre de l'enquête flash SSR réalisée par la DHOS durant l'été 2007 ;
- la mise en œuvre des projets de renforcement des capacités en SSR déclarés dans le cadre de l'enquête flash SSR – 2007.

Je vous demande de financer en priorité des projets qui sont en voie d'achèvement et qui seront opérationnels en 2008 ainsi que des créations susceptibles d'être financées en tout ou partie par des redéploiements internes des crédits de l'établissement ou de l'enveloppe régionale (notamment lors de la reconversion des plateaux techniques).

4-2 Le développement des soins palliatifs :

Dans le cadre de l'accompagnement des situations de fin de vie en établissements de santé, une enveloppe de 7 millions d'euros est dévolue au développement des soins palliatifs au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et notamment au sein des services de SSR prenant en charge des patients gériatriques ou présentant des affections chroniques susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'identifier au sein de ces services des petites capacités de lits identifiés qui devront bénéficier et d'un encadrement en personnels renforcé et répondre aux principales dispositions du cahier des charges annexé à la circulaire relative au développement des soins palliatifs à paraître prochainement.

A titre indicatif et sans que cela constitue une norme opposable, le renforcement du ratio de personnel par lit de SSR identifié a été calculé sur la base de 0,33 ETP par lit.

5. Le plan « périnatalité »

Le plan "périnatalité" 2005-2007 a fait l'objet d'une mise en œuvre en 2005, 2006 et 2007 qui doit se poursuivre et s'achever en 2008. Près de 195 millions d'euros ont d'ores et déjà été délégués aux établissements publics, et 30 millions d'euros pour le secteur privé. 110 millions d'euros ont été consacrés à la mise aux normes des établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique et 30 millions d'euros ont permis la revalorisation des GHS et des suppléments de néonatalogie pour les établissements privés.

Un bilan réalisé auprès des ARH au début de l'année 2007 a montré que le plan avait permis la

création de plus de 2 500 postes, dont 318 postes de médecins et 746 postes de sages-femmes.

En 2008, les mesures financées doivent permettre de poursuivre les mesures engagées en 2007, à savoir la mise aux normes des services de réanimation pédiatrique à hauteur de 11,25 millions d'euros (enveloppe tarifaire) et le recrutement de psychologues dans les maternités afin d'améliorer l'environnement psychologique de la naissance pour un total de 3 millions d'euros (dotation MIGAC) dont 1 pour les établissements ex-OQN qui vous sera délégué ultérieurement.

Pour la répartition de ces mesures, vous vous appuyerez sur les préconisations du SROS dans une logique de complémentarité régionale des établissements et dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité. Dans un souci de cohérence des mesures pluriannuelles déjà engagées localement en matière de périnatalité, et afin de permettre une adaptation fine aux spécificités locales, il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures du plan, dans le respect des objectifs généraux de ce plan.

5.1. Organisation et mise aux normes des réanimations pédiatriques

L'organisation de la réanimation pédiatrique prévue par les décrets n° 2006-72 et n° 2006-74 du 24 janvier 2006 permet une meilleure structuration d'une offre relativement peu développée (41 services en France métropolitaine), en deux niveaux de prise en charge - réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée - de façon à assurer le maintien d'une accessibilité au niveau régional d'une part, tout en identifiant des centres de référence (réanimation spécialisée) d'autre part.

Le financement accordé en 2008 au titre de cette mesure correspond à l'extension en année pleine de la mesure 2007. Le financement est intégré dans les suppléments réanimation pédiatrique (« REP ») qui ont été revalorisés en 2007.

Il vous est précisé qu'une réflexion sur l'organisation interrégionale des services de réanimation pédiatrique spécialisée est actuellement en cours.

5.2. Meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance

Cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents, notamment par des collaborations médico-psychologiques en maternité, dont les modalités de mise en œuvre sont précisées dans la circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Le suivi des futurs parents par des psychologues doit se poursuivre et se développer, conformément aux préconisations de la circulaire et sur la base d'un état des lieux en maternité réalisé par les Commissions régionales de la Naissance (CRN). Les crédits, alloués dans le cadre de la dotation MIGAC, correspondent à l'extension en année pleine de la mesure accordée en 2007. Il vous est rappelé que les moyens doivent être prioritairement affectés dans les services où des besoins avaient été identifiés dans l'état des lieux réalisé par les CRN.

5.3. Développement des permanences d'accès aux soins de santé

Le plan périnatalité prévoit la création ou le renforcement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) afin d'optimiser l'accès aux soins et la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Le plan prévoit la création de nouvelles PASS dans les zones déficitaires ou le renforcement de PASS existantes en fonction des besoins et des contextes déterminés dans les PRAPS et les SROS. Neuf projets ont été financés entre 2005 et 2007. Six autres projets ont été retenus pour être financés en 2008 pour un montant total de 300 000 euros.

6. Le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

Selon les termes du plan et de la circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, les structures de niveau 1 disposent d'une consultation en addictologie et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie. Les structures de niveau 2 et 3 disposent en plus d'un service ou d'une unité d'hospitalisation en

addictologie et d'un hôpital de jour en addictologie.

La mise en œuvre de ce plan bénéficie d'un financement de 29,85 millions d'euros en 2008, qui se répartissent de la façon suivante :

- le renforcement ou la création de structures hospitalières en addictologie concernant les structures de niveau 2 de recours (5,54 millions d'euros), et de niveau 3 de référence (2,31 millions d'euros) dans chaque centre hospitalo-universitaire (CHU). Ces structures sont financées par leur activité notamment de pratique des sevrages complexes. Un GHS spécifique a ainsi été créé afin de financer de manière adaptée ce type d'activité, quel que soit le type d'addiction (alcool ou autres toxicomanies). La facturation de ce GHS ne peut être réalisée que dans les unités contractuellement reconnues.
- la création d'équipes de liaison et de soins en addictologie (2,31 millions d'euros en MIGAC).
- le développement de consultations (3,64 millions d'euros en MIGAC et 3,44 millions d'euros en provision pour augmentation d'activité sur l'ODMCO).
- l'augmentation du nombre de sevrages bénéficie d'une provision de 12,62 millions d'euros sur l'ODMCO.

Les mesures rémunérées par la dotation MIGAC réparties au prorata de la population. Elles sont financées à mi-année et bénéficieront d'une extension en année pleine en 2009.

7. Les mesures relatives à la santé mentale

7.1. Le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008

La tranche 2008 du plan psychiatrie et santé mentale s'établit à 34,6 millions d'euros en 2008 et recouvre :

- le renforcement des moyens humains des équipes de psychiatrie à hauteur de 28,1 millions d'euros répartis entre les régions selon des critères identiques aux années précédentes (critère de population pondéré par les effectifs) ;
- l'extension en année pleine des crédits alloués en 2007 aux centres de ressources pour auteurs d'infractions sexuelles (0,6 millions d'euros pour l'Île de France et PACA) et aux équipes de psychogériatrie (1 million d'euros) ;
- le financement des centres ressources pour auteurs d'infractions sexuelles (1,9 million d'euros) et des équipes mobiles précarité (3 millions d'euros) qui sera alloué en cours d'année après appel d'offres.

Par ailleurs, l'utilisation en 2008 des ressources allouées au titre des « marges de manœuvre régionales » doit permettre de poursuivre les objectifs des années précédentes et concerner l'ensemble des modalités de prise en charge à temps plein, à temps partiel ou en consultation. Les choix d'allocation de ressources devront tenir compte de la nécessité d'avoir, au terme des quatre années de ce plan, renforcé les prises en charge hors hospitalisation à temps plein et rééquilibré les crédits en faveur de la pédopsychiatrie. Ces éléments seront détaillés, comme l'an dernier, dans une instruction commune DGS/DHOS/DGAS/CNSA à paraître.

7.2. Le renforcement des moyens destinés à la psychiatrie pour les établissements sous OQN

La progression des dépenses a été évaluée à 11,56 millions d'euros. Outre une revalorisation des tarifs de psychiatrie, les ressources qui en découlent permettront de prendre en compte le développement de l'activité en santé mentale des établissements privés sous OQN.

7.3. La création de maisons des adolescents

La création de structures consacrées à la prise en charge des adolescents fait l'objet d'un programme pluriannuel géré au plan national par appel à projets. Onze nouvelles maisons des adolescents seront créées en 2008, pour un montant total de 1,71 millions d'euros. Chaque projet bénéficie d'un financement d'environ 150 000 euros destinés notamment à financer les équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures.

8. Le plan national maladies rares

Le Plan national maladies rares 2005 - 2008 vise à assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge. Il prévoit la labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares. La quatrième et dernière campagne de labellisation a retenu les dossiers de 29 équipes portant le nombre total des centres de référence à 132.

Ces centres de référence ont pour mission :

- d'assurer au malade et à ses proches une prise en charge globale et cohérente ;
- d'améliorer la prise en charge de proximité avec les établissements et professionnels de santé ;
- de participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles ;
- de développer les outils de la coordination entre les différentes structures et acteurs ;
- d'apporter aux autorités les connaissances essentielles dans le domaine des maladies rares et être l'interlocuteur des associations de malades.

Les crédits délégués (4,98M€) correspondent à l'effet année pleine des crédits versés en 2007. 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.

9. Les soins palliatifs :

30 millions d'euros sont destinés en 2008 au développement des dispositifs hospitaliers de soins palliatifs (hors SSR- cf. supra point 4-2) : unités de soins palliatifs (USP), lits identifiés de soins palliatifs (LISP), et équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

S'agissant de la répartition de ces 30M€ : l'ODMCO (part tarifaire) a été abondé de 25 millions d'euros afin de financer l'activité supplémentaire liée à la création ou au renforcement d'USP et de LISP en court séjour.

Le solde (5 millions d'euros) est consacré en 2008 au développement des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) pour tous les établissements concernés, publics ou privés, financé par la dotation MIGAC. La répartition régionale de la dotation est basée sur 2 critères :

- Les crédits vont permettre la création de 12 équipes mobiles dans les régions qui se situent en dessous du seuil de 95% de l'objectif cible d'une EMSP pour 200 000 habitants ; il est alloué 275 000 € par EMSP ;
- pour les régions qui ont dépassé ce seuil, (ou qui ont indiqué que des créations de nouvelles équipes mobiles étaient prématurées), les crédits sont accordés au titre de renforcement au prorata de la population.

10. Les soins aux personnes détenues

Les crédits alloués correspondent à la création de cinq nouvelles UCSA et au renforcement de quatre UCSA suite à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires.

Compte tenu de la modélisation des UCSA (volet soins somatiques) introduite par le guide méthodologique d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, l'attribution se fait sous deux formes :

- un montant de 2,916 millions d'euros pour les soins somatiques réparti selon le principe suivant : un forfait de base de 432 000 euros est alloué pour les structures de détention dont la capacité est comprise entre 70 et 200 places ; au delà de 200 places, le forfait de base est "proratisé" à la capacité exacte de la structure ; en deçà de 70 places, un demi-forfait (soit 216 000 euros) est alloué ;
- un montant de 0,930 millions d'euros pour les soins psychiatriques, en crédits DAF.

11. La qualité des soins

11.1. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Le renforcement des équipes d'hygiène hospitalière en établissements de santé

L'existence d'une équipe opérationnelle dédiée à la gestion du risque infectieux pour mener les actions de prévention des infections nosocomiales est un des gages de performance et de progression en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Aussi, un des objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales est que tous les établissements de santé disposent d'une équipe opérationnelle d'hygiène. La nécessité de renforcer les moyens a été mise en évidence en 2006, à la suite des premiers résultats du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN). Ce renforcement s'est traduit en 2007 par une première enveloppe de 10,39 millions d'euros répartis en fonction de la part tarifaire de l'ODMCO. L'objectif poursuivi est d'assurer au travers des tarifs le financement des équipes opérationnelles d'hygiène dans les établissements de santé publics et privés. Pour 2008, une nouvelle enveloppe de 8,26 millions d'euros est allouée et répartie sur tous les GHS.

Le renforcement des antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales

L'arrêté du 17 mai 2006 a officialisé la création dans chaque région d'une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), implantée dans un établissement de santé et dotée au minimum des compétences d'un médecin ou pharmacien formé en hygiène et d'un infirmier ou cadre de santé formé en hygiène. Chaque antenne est chargée de mener des actions de proximité, dans le cadre d'un programme validé par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Les financements 2008 pour un total de 0,920 million d'euros, sont alloués en priorité aux régions qui n'avaient pas été dotées lors de la campagne précédente. Par ailleurs, les financements des ARLIN qui transitaient antérieurement par les CCLIN sont réaffectés aux ARH correspondantes afin de mieux clarifier les financements alloués pour chaque structure.

11.2 Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010

Parmi les axes prioritaires du programme national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 figure le renforcement en personnel des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle, pour un budget total prévu à hauteur de 8,8 millions d'euros sur la durée du plan.

Afin de poursuivre les efforts engagés depuis 2006 pour le renforcement en personnel des structures spécifiques de prise en charge de la douleur chronique rebelle, une enveloppe de 1,88 millions d'euros est allouée en 2008 en crédits MIGAC pour les établissements de santé publics et privés. Cette dotation est répartie prioritairement dans les régions apparaissant les plus sous-dotées.

11.3 Expérimentation des unités transversales de nutrition clinique

Le programme national nutrition santé (2006-2010) prévoit l'expérimentation du concept d'unité transversale de nutrition clinique. Cette unité est constituée d'une équipe de professionnels de santé qui intervient directement auprès du patient pour lui délivrer des soins nutritionnels adaptés à ses besoins. Cette organisation doit permettre d'assurer les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients. Ses objectifs sont en particulier d'améliorer le dépistage de la dénutrition, la qualité de sa prévention et de son traitement avec un impact en termes médico-économiques, d'assurer une mission de recherche clinique en matière de nutrition et d'assurer l'éducation thérapeutique des patients.

L'équipe de l'unité, placée au sein d'un CHU/CHR, est constituée d'un ETP de praticien hospitalier en nutrition, ainsi que d'un ETP de diététicien, un ETP d'infirmière et 0,5 ETP de secrétaire. Huit établissements ont été retenus dans le cadre d'un appel à projets national pour participer à cette expérimentation qui doit durer trois ans. L'évaluation globale de la pertinence et de l'efficacité de cette organisation déterminera la généralisation éventuelle de ce type d'organisation à l'ensemble des CHU/CHR.

11.4 Programme national de lutte contre le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et les IST (infections sexuellement transmissibles) 2005 – 2008

Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) ont remplacé les Csih (centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine). Leurs missions sont précisées par le décret du 15 novembre 2005. Il s'agit en particulier de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels, participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de celle-ci, à l'harmonisation des pratiques et d'augmenter l'exhaustivité du recueil des données médico-épidémiologiques. 28 COREVIH doivent être implantés, le territoire de référence retenu étant généralement la région.

Dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC (juin 2007), une modélisation du financement a été élaborée tenant compte des moyens en personnels prévus dans la circulaire de décembre 2005 et en les corrélant à l'importance des files actives suivies et à la zone géographique couverte par le Corevih. Pour 2008, une dotation en MIGAC à hauteur de 0,83 millions d'euros est allouée pour le renforcement des COREVIH. Les mesures nouvelles ont été affectées en priorité aux régions pour lesquelles la modélisation a mis en évidence un besoin de renforcement.

11.5 Création de centres de référence de prise en charge des patients atteints d'infections ostéo-articulaires

Les centres de référence de prise en charge des patients atteints d'infections ostéo-articulaires seront inscrits dans la liste des structures relevant d'un financement au titre des missions d'intérêt général, et figureront dans le nouvel arrêté MIGAC en cours de parution.

Les crédits destinés à financer la création de ces centres vous seront alloués ultérieurement.