

SECRETARIAT D'ETAT À LA SANTÉ
ET AUX HANDICAPÉS
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement
de l'hospitalisation publique
et des activités spécifiques de soins
pour les personnes âgées - F 2
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement
du système de soins
Bureau des établissements de santé - 1 A
Direction générale de la santé

Circulaire DHOS-O-F 2/DGS/DSS-1 A n° 2000-603 du 13 décembre 2000 relative à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements sanitaires financés par dotation globale

SP 3 332
3684

NOR : MESH0030562C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et L. 6145-4 ;
Articles LO. 111-3 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
Loi n° 98-657 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ;
Guide méthodologique de conduite de campagne ;
Circulaire DGS n° 98-771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en oeuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eaux dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelloses dans les installations à risque et dans les bâtiments recevant du public ;
Circulaires DGS-SP 1-SQ/DSS-1 A/DH-EO-AF 2 n° 99-627 du 16 novembre 1999, DSS-1 A/DH-AF 2 n° 2000-38 du 24 janvier 2000, DSS-1 A/DHOS-F 2 n° 2000-439 du 8 août 2000 et DSS-1 A/DHOS-F 2 n° 2000-534 du 17 octobre 2000 relatives à la campagne budgétaire pour 2000 des établissements de santé financés par dotation globale ;
Circulaires n° 628 du 17 novembre 1999 et n° 347 du 26 juin 2000 relatives à l'organisation de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse ;
Circulaire DSS-1 A/DH-AF 2 n° 99-593 du 26 octobre 1999 relative à la clôture de la campagne budgétaire pour 1999 des établissements sanitaires financés par dotation globale ;
Circulaire DH/EO 2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabac dans les établissements de santé ;
Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives ;
Circulaire DH/MF n° 2000-247 du 4 mai 2000 relative à la campagne pour 2000 du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO).
Pièces jointes : tableaux notifiant les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales

[pour information]) La présente circulaire a pour objet de vous préciser les priorités de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de la campagne budgétaire pour 2001 des établissements sanitaires financés par dotation globale. Elle vous notifie également les dotations régionalisées provisoires de dépenses hospitalières pour 2001, au vu du vote par le Parlement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les montants définitifs seront notifiés après la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

L'allocation de ressources aux établissements de santé doit être l'occasion de mettre en oeuvre les priorités du Gouvernement : adapter l'offre de soins aux besoins de la population, améliorer la qualité et la sécurité des soins et réduire les inégalités dans l'accès aux soins. La campagne budgétaire pour 2001 est marquée par un effort important en faveur des priorités nationales de santé publique et d'organisation des soins. Plus de 2,1 milliards de francs (environ 320 millions d'euros) leur seront en effet directement consacrés. Elles se caractérisent en outre par la poursuite de la mise en oeuvre des protocoles pour le service public hospitalier, le développement du dialogue social, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ainsi que le renforcement de l'attractivité des carrières médicales publiques, qui doivent contribuer au fonctionnement efficient des établissements de santé.

1. Les priorités de santé publique et d'organisation des soins pour 2001

L'effort en faveur des mesures de santé publique est considérablement renforcé à l'occasion de la campagne budgétaire pour 2001. Les patients atteints de pathologies lourdes doivent pouvoir bénéficier du progrès médical avec une prise en charge mieux adaptée à leur situation et de façon égale sur tout le territoire. Ces priorités réaffirmées ont conduit le Gouvernement à mettre en place en 2000 deux programmes volontaristes : le « plan cancer » et le « plan greffe ». La nécessité de renforcer les mesures de sécurité sanitaire, pour prévenir la transmission des maladies infectieuses, notamment virales ou à prions, justifie également que les moyens consacrés à la santé publique soient accrus.

Par ailleurs, la mise en oeuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS-II) relève des priorités de cette campagne budgétaire, notamment dans les domaines des urgences et de la périnatalité.

1.1. L'émergence de nouvelles priorités

1.1.1. La prévention de la transmission des maladies infectieuses, notamment virales ou à prions

Le renforcement des mesures de sécurité sanitaire s'impose pour prévenir la transmission des maladies infectieuses, notamment virales et à prions et tout particulièrement du nouveau variant de la maladie de Creutzfeld-Jacob. En effet, compte tenu de l'évolution des connaissances scientifiques en matière d'encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles (ESST), des recommandations visant à améliorer la sécurité des actes vis-à-vis du risque de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob vont être diffusées. Elles concernent notamment l'utilisation en priorité de dispositifs médicaux à usage unique ou supportant une procédure d'inactivation des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) et l'amélioration de la qualité des procédures de désinfection. Il est rappelé en effet que :

- les établissements de santé doivent se conformer à l'obligation résultant de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui prévoit la mise en place d'un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux, dont les conditions d'application seront prochainement précisées par décret, qui a dès à présent fait l'objet d'une large consultation ;
- la publication prochaine du décret relatif aux pharmacies à usage intérieur (PUI) conduira avant la mi-2002 à l'instruction de l'ensemble des demandes des établissements de santé qui souhaitent assurer, au sein de leur PUI, des activités de stérilisation et à la vérification de la conformité de leurs pratiques en la matière ;
- les établissements de santé doivent désinfecter, conformément aux référentiels disponibles, les dispositifs médicaux qui ne sont pas à usage unique et qui ne peuvent être stérilisés ; il est en effet indispensable que le meilleur niveau de sécurité soit garanti aux patients bénéficiant d'un acte de soins, que le dispositif médical ait été stérilisé ou désinfecté, s'il n'est pas à usage unique.

Dès à présent, en vue de se mettre en conformité avec les obligations réglementaires, les établissements, et tout particulièrement ceux pour lesquels le plan d'inspection mené par les pharmaciens inspecteurs de santé publique a révélé des dysfonctionnements, doivent engager un plan pluriannuel d'amélioration de la sécurité des actes de

soins. Les actions devront porter, dans un premier temps, sur le renouvellement ou l'achat de matériels (dispositifs à usage unique, lave-endoscope, remplacement de dispositifs médicaux ayant été en contact avec des patients atteints de MCJ [maladie de Creutzfeld-Jacob]), la mise en place des procédures d'assurance qualité et le renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène pour améliorer les modalités de traitement des dispositifs médicaux.

Dans ce contexte, l'organisation de la lutte contre l'ensemble des infections nosocomiales reste un objectif prioritaire. Il convient de rappeler que les établissements de santé publics et privés doivent mettre en place un comité de lutte contre les infections nosocomiales (décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 abrogeant le décret n° 88-657) et disposer d'une équipe opérationnelle d'hygiène capable de développer les actions de prévention du risque infectieux pour le 31 décembre 2001 au plus tard. Ces équipes opérationnelles d'hygiène participeront en particulier au signalement des infections nosocomiales prévu par l'article L. 6111-4 du code de la santé publique, dont les modalités d'organisation seront prochainement précisées par décret.

Vous poursuivrez le financement de postes de praticiens, d'infirmiers ou autres personnels affectés en hygiène. Vous inviterez les établissements à recourir à des formules de coopération interétablissements afin de mutualiser les moyens et compétences. En outre, la formation continue dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales reste prioritaire en 2001.

En matière de lutte contre la iatrogénie, vous veillerez à promouvoir la coordination des activités transversales de sécurité sanitaire (vigilances et risques) et leur rattachement soit à une structure à caractère elle-même transversale, de type fédération, soit à une structure libre, de type pôle transversal d'activités.

L'ensemble des actions que les établissements de santé devront engager à ces divers titres en 2001 font l'objet de mesures substantielles d'accompagnement financier, décrites ci-après pour un montant global de 326 millions de francs en métropole (environ 50 millions d'euros) et 11 millions dans les DOM (environ 1,7 million d'euros, cf. point 2.4). Vous veillerez donc à la mise en oeuvre effective de ces différentes actions.

Dès instructions ultérieures vous préciserez la procédure à suivre pour procéder au recensement des besoins qui resteraient à satisfaire à l'issue de cet effort.

Enfin, le Gouvernement a décidé de généraliser le dépistage génomique viral (DGV) des produits sanguins. Les coûts qui en résultent pour l'établissement français du sang seront financés par une augmentation des tarifs des produits sanguins labiles. Le financement de cette mesure est d'ores et déjà intégré dans les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2001.

1.1.2. La lutte contre les pathologies cancéreuses

En 2000, le lancement du plan national de lutte contre le cancer 2000-2005, organisé selon les 5 axes suivants : la prévention, le dépistage, l'organisation des soins, le droit des patients, la recherche, a confirmé que la cancérologie est bien une des priorités majeures de santé publique. Vous veillerez à ce que ces 5 thèmes s'articulent avec ceux retenus dans le volet « cancérologie » du SROS-II. Le développement des réseaux s'inscrit bien dans cette logique ; ainsi dans le cadre de l'organisation des soins, une attention particulière sera portée à la mise en place effective des réseaux gradués de prise en charge des patients associant les structures de soins de référence, orientés en cancérologie, les structures de proximité et le secteur ambulatoire.

Pour répondre à cet objectif, plusieurs pistes peuvent être retenues :

- le soutien aux structures de soins notamment aux structures de référence et orientées en cancérologie pour le respect des règles de qualité et de sécurité des soins ; vous veillerez notamment, au travers des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec ces structures, à accompagner financièrement l'augmentation des dépenses de médicaments à visée carcinologique ;
- le soutien aux réseaux de soins, via notamment la mise en place de coordonnateurs de ces réseaux, et le soutien logistique nécessaire pour la mise en place de dossiers médicaux partagés ;
- le soutien aux équipes pluridisciplinaires associant l'ensemble des partenaires hospitaliers et ambulatoires impliqués dans la prise en charge des patients ; ces équipes doivent s'organiser pour offrir aux malades une consultation initiale longue et approfondie ;
- un effort particulier sera fait en 2001, pour l'accompagnement psychologique des patients et de leurs familles au travers du recrutement de psychologues intervenant dans le cadre de réseau de soins.

Pour mettre en oeuvre ces orientations, vous disposez d'une enveloppe de 683 millions de francs (environ 104 millions d'euros) déléguée au sein des dotations régionalisées de dépenses hospitalières (Cf. point 2.4. ci-après).

Cette politique d'organisation des soins sera pleinement conduite en intégrant les dimensions de prévention et de dépistage des pathologies cancéreuses. Les établissements de santé contribueront notamment au programme national de dépistage du cancer du sein. Ils devront également développer les tests de prédisposition génétique.

Le plan cancer 2000-2005 prévoit la généralisation des programmes régionaux de santé consacrés au cancer. Pour les régions dans lesquelles ces programmes sont déjà en oeuvre, vous veillerez à la cohérence des actions conduites en référence aux objectifs du SROS et du PRS sur cette thématique. Les orientations de la politique des soins palliatifs et de lutte contre la douleur participent pleinement de la politique de la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses.

1.1.3. L'accompagnement du progrès médical

Déjà renforcée en 2000 par la mise en place d'un nouveau programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses, l'aide au progrès médical connaît un nouvel essor en 2001, avec un accompagnement financier national de 668 millions de francs (environ 101 millions d'euros), dont 418 millions de francs (environ 64 millions d'euros) vous sont délégués immédiatement. Cette aide prend en compte l'évolution de l'innovation médicale dans le temps :

1. le soutien à la recherche clinique sera conforté par un nouveau programme hospitalier de recherche clinique pour 2001 ;
2. après le stade de la recherche clinique, certaines innovations scientifiquement validées ne peuvent pas être généralisées immédiatement parce que les indications en terme de stratégies diagnostiques et thérapeutiques demandent à être précisées, qu'une formation préalable des praticiens et des équipes paramédicales est nécessaire, ou que la sécurité de l'environnement doit être garantie. Afin d'assurer dans les meilleures conditions le déroulement de ces étapes préalables à la diffusion des innovations, il est apparu nécessaire d'initier en 2001 un nouveau programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses ; ce dernier répond à deux objectifs :

- d'une part, favoriser la prise en compte dans les établissements de certaines innovations particulièrement prometteuses en terme de santé publique ;
- d'autre part, faire participer les professionnels au choix de ces innovations et à l'évaluation de leur impact médico-économique, pour contribuer à la détermination de leurs conditions de diffusion.

3. Une fois les innovations validées, elles peuvent être insuffisamment diffusées au regard des besoins de la population et, dans certains cas, un soutien spécifique peut s'avérer nécessaire. Les freins à la diffusion de ces innovations en sont généralement le coût et parfois le décalage avec les projets des établissements, au motif que les pathologies concernées ne s'intégreraient pas dans les objectifs poursuivis par les projets d'établissement (prise en charge de maladies orphelines ou de diagnostics rares par exemple). C'est pourquoi en 2001 un programme spécifique sera lancé pour aider à la prise en charge de ces soins ou diagnostics rares.

La diffusion des progrès diagnostiques et thérapeutiques doit être facilitée, dès lors que ceux-ci ont été validés, notamment par les programmes nationaux d'évaluation. Votre dotation régionalisée vous permet de compléter les efforts accomplis par les établissements de santé pour financer l'utilisation de médicaments et de dispositifs coûteux.

1.1.4. La prise en charge des personnes atteintes de pathologies mentales

Le haut comité de la santé publique, dans son rapport de décembre 1992 intitulé « stratégie pour une politique de santé » indique que « la santé mentale est un grave problème de santé publique par l'importance de la morbidité, par l'intensité de la souffrance éprouvée par les malades et leur famille, par l'invalidation sociale considérable induite ».

La politique de santé mentale a notamment pour objet d'améliorer les modes d'organisation de la psychiatrie vis-à-vis :

- des usagers pour faciliter leur accès aux soins ;
- des professionnels pour encourager une dynamique de partenariat permettant d'ancrer l'offre de soins dans une action coordonnée et concertée avec l'environnement social ;
- du public pour changer l'image de la psychiatrie.

L'évolution et la croissance des besoins en santé mentale, et plus particulièrement de certaines populations comme les adolescents, ainsi que la persistance de disparités en matière de réponse aux besoins de la population des secteurs militent en faveur d'un soutien spécifique de la psychiatrie. Les protocoles des 13 et 14 mars 2000 pour le service public hospitalier ont mis en évidence la nécessité de porter une attention particulière sur le

thème de la psychiatrie.

Dans ce contexte, vous serez particulièrement attentifs à la mise en oeuvre du schéma régional de psychiatrie, notamment en veillant :

- au renforcement du dispositif d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ;
- à la mise en place des secteurs nouvellement créés par la carte sanitaire de psychiatrie ;
- au soutien des secteurs les moins équipés.

Vous serez également vigilants aux cohésions et complémentarités à établir avec les programmes régionaux de santé en cours (suicide, santé des jeunes).

Vos dotations régionalisées de dépenses hospitalières intègrent un premier effort financier de 129 millions de francs (environ 20 millions d'euros) pour 2001. Les résultats du groupe de travail sur la psychiatrie, qui sera prochainement réuni en application des protocoles pour le service public hospitalier, permettront de préciser les priorités pour les années ultérieures.

Au cours de l'année 2001 devront également être mises en oeuvre les dispositions de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et notamment le suivi socio-judiciaire des délinquants sexuels pour lesquels peut être prononcée une injonction de soins. Des instructions ultérieures vous en préciseront les modalités.

1.1.5. Le plan « greffes »

Aujourd'hui, en France, près de 6 000 patients sont inscrits sur la liste d'attente de greffe d'organes et espèrent trouver en cette thérapeutique une issue favorable à leur maladie ou un soulagement à leur handicap. Or, chaque année, sur près de 10 000 morts encéphaliques estimées, seuls 2 000 sujets en état de mort encéphalique sont recensés et la moitié d'entre eux, seulement, est prélevée. Le plan greffe, annoncé le 22 juin 2000, porte à la fois sur les activités de prélèvement et de greffe d'organes de tissus et de cellules. Il s'articule autour de quatre grands axes :

- favoriser l'accès à la greffe, c'est-à-dire avant tout au greffon ;
- réduire les inégalités régionales d'accès à la greffe ;
- renforcer la solidarité et soutenir la générosité de nos concitoyens ;
- enfin, accompagner les efforts d'évaluation et de recherche pour améliorer les résultats.

Pour assurer la réussite de ce plan, établi pour 3 ans, les moyens consacrés à cette activité dans les établissements de santé doivent être renforcés en liaison avec l'établissement français des greffes.

Vous veillerez à favoriser la formalisation des réseaux inter-hospitaliers existants à partir des établissements préleveurs, la promotion de nouveaux réseaux, ainsi que l'optimisation de l'organisation hospitalière du prélèvement. Vous veillerez aussi à ce que le renforcement des moyens des équipes de greffes en matière d'études cliniques se fasse dans le cadre de fédérations inter-hospitalières des greffes.

1.1.6. Le développement de l'hospitalisation à domicile

Compte tenu de l'évolution des modes de prise en charge et du vieillissement de la population, un nouvel élan doit être donné à la prise en charge à domicile, encore trop peu développée en France. Un groupe de travail, mis en place en 1996, a fait des propositions de nature à faire évoluer l'hospitalisation à domicile, qui répond incontestablement à des besoins. Ces propositions ont été largement reprises dans la circulaire DH/EO 2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Vous veillerez, d'une part, à amorcer la création de services dans les départements où n'existe aucune structure de ce type et, d'autre part, à renforcer les moyens en personnel des services d'hospitalisation à domicile qui prennent en charge ou acceptent de prendre en charge une part accrue de pathologies « lourdes » nécessitant une charge en soins plus importante.

1.2. La poursuite des actions déjà engagées

Plusieurs priorités définies au cours des trois dernières années nécessitent d'être encore soutenues en 2001. Ainsi, vous poursuivrez les actions déjà entreprises en matière de mise aux normes des installations de sécurité anesthésique, de l'accueil et du traitement des urgences et de périnatalité, dans le cadre des SROS-II. Une évaluation de ces différentes actions vous sera demandée dans le courant de la prochaine année. De plus, le développement des soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, l'accueil des personnes âgées demeurent une priorité pour 2001.

Vous veillerez à conforter les établissements afin que la prise en charge des patients atteints d'hépatite C se

fasse dans de bonnes conditions. Vous veillerez également à ce que soit assurée une meilleure prise en charge des personnes ayant des conduites addictives. La création de nouveaux réseaux de soins permettant la continuité de la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital et le développement de la prévention devront être accentués.

1.2.1. La prise en charge des urgences

La prise en charge des urgences demeure une priorité de santé publique en 2001. Vous veillerez particulièrement :

- à faire respecter les normes de fonctionnement en matière de qualité et de sécurité des soins dans les structures autorisées à l'accueil et au traitement des urgences ;
- à dégager les moyens nécessaires à la participation des médecins libéraux à la prise en charge des urgences, notamment pour assurer leur participation à la régulation des appels dans les centres 15 et aux réseaux de soins de l'urgence ;
- en lien avec l'ensemble des acteurs de santé et partenaires concernés, à informer la population sur les rôles et conditions de fonctionnement des différents systèmes de réponse à l'urgence.

Conformément aux protocoles des 13 et 14 mars pour le service public hospitalier, la prise en charge des urgences et la chirurgie feront l'objet d'une réflexion approfondie dans le cadre de deux groupes de travail associant l'ensemble des parties concernées.

1.2.2. La mise en oeuvre de la réforme de l'organisation de la périnatalité

Toutes les régions ont à présent fixé par arrêté ministériel le délai exceptionnel de dépôt des demandes d'autorisations pour les activités de soins d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale. L'ensemble des autorisations nouvelles concernant ces activités aura été délivré d'ici le 31 décembre 2001, date à laquelle la recomposition de l'offre de soins sera connue pour la totalité du territoire.

Dans cette perspective, il vous appartient de veiller tout particulièrement :

- au respect des procédures d'autorisation (carte sanitaire et SROS) et des dispositions issues des décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs à la périnatalité (normes techniques de fonctionnement notamment) ;
- à la mise en réseau des différents établissements et partenaires concernés par la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (conventions entre établissements et adhésions aux réseaux de soins) afin d'orienter les femmes enceintes préalablement à l'accouchement en cas de risques décelés pour elles-mêmes ou leurs enfants vers la structure la mieux adaptée ;
- à la sécurité des patientes, la continuité de leur prise en charge et l'information de la population lors de l'arrêt de la pratique des accouchements dans certains établissements et leur transformation en centres périnataux de proximité ;
- à l'évaluation - notamment au plan qualitatif - de la nouvelle organisation du système de soins issue de la recomposition de l'offre de votre région.

1.2.3. La lutte contre l'hépatite C

Le plan quadriennal de lutte contre l'hépatite C adopté en janvier 1999 reste une priorité de santé publique en 2001. En effet, compte tenu des progrès thérapeutiques, il importe de tout mettre en oeuvre pour dépister les personnes infectées afin de leur permettre d'accéder aux soins et de bénéficier des traitements.

Le nombre de personnes suivies pour avoir contracté le virus de l'hépatite C connaît une augmentation tendancielle. L'enquête sur les nouveaux cycles de traitement pour l'hépatite C met en évidence une augmentation de 32 % du nombre de patients traités en 1999 par rapport à 1998. En juin 2000, une campagne nationale de dépistage de l'hépatite C a été lancée et réactivée en fin d'année ; il est donc vraisemblable que la montée en charge va se poursuivre, voire s'accélérer d'autant plus que le dépistage a été élargi aux personnes ayant été exposées à des risques nosocomiaux ainsi qu'à des actes pouvant comporter des risques de transmission (piercing, tatouage).

Le recours aux soins hospitaliers va donc s'accroître. Actuellement, les services spécialisés des établissements de santé sont déjà très fortement sollicités. Il est donc nécessaire de conforter les services cliniques et, en particulier, les consultations, dans la mesure où l'accès au traitement susceptible de prévenir les complications (cirrhose, cancer) impose une biopsie et une première prescription hospitalière.

examinées rapidement par un médecin compétent en gériatrie, quel que soit leur service d'hospitalisation et, si possible, dès leur admission aux urgences. Les centres hospitaliers universitaires devront développer des équipes mobiles gériatriques, comportant, outre un médecin compétent en gériatrie, une équipe paramédicale et une assistante sociale.

En outre, la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) connaîtra une accélération décisive en 2001. En effet, la révision des décrets du 26 avril 1999 et l'application du plan quinquennal de 6 milliards de francs (environ 915 millions d'euros) donneront aux établissements les moyens d'engager une amélioration substantielle et durable de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées, tant dans le domaine de la dépendance que des soins. La réforme se traduira également par une diminution moyenne des dépenses restant à la charge des usagers.

1.2.7. La prise en charge des conduites addictives

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le Gouvernement le 16 juin 1999 insiste sur la nécessité d'organiser une politique générale de prise en charge des consommations abusives et de lutter contre l'usage nocif et la dépendance. Tous les produits psycho-actifs sont concernés, quel que soit leur statut légal : tabac, alcool, stupéfiants, médicaments psycho-actifs, produits dopants. Pour la mise en oeuvre de ces orientations, il convient de s'appuyer sur les instructions de la circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives et sur la circulaire DH/O2/DGS 2000/182 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. En 2001, l'accent devra être porté sur le développement d'équipes de liaison en addictologie et de consultations de tabacologie.

1.2.8. La prise en charge des IVG

L'examen du projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse par l'Assemblée nationale montre bien l'importance que les pouvoirs publics attachent à l'amélioration de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. La circulaire n° 628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses (IVG) dans les établissements de santé publics et privés a rappelé le caractère prioritaire de cet objectif. En outre, la circulaire DSS-1A / DH-AF2 n° 99-593 du 26 octobre 1999 relative à la clôture de la campagne budgétaire pour 1999 a réparti une dotation de 12 millions de francs (environ 2 millions d'euros) pour permettre le recrutement de personnels médicaux et non médicaux dans les centres d'orthogénie et pour améliorer le statut des personnels qui y sont affectés.

L'instruction n° 347 du 26 juin 2000 est venue compléter ces mesures afin de garantir la continuité de la prise en charge des IVG, notamment en période estivale, dans les établissements assurant le service public hospitalier.

Par ailleurs, ces deux derniers textes vous enjoignent de veiller à la mise en place d'un dispositif régional d'information et d'orientation des femmes, en mettant notamment à leur disposition une permanence téléphonique. Cette permanence a pour mission de les informer sur la contraception, sur les établissements pratiquant les IVG dans les départements ainsi que sur les différentes techniques d'IVG proposées. Il vous appartient de veiller à la mise en oeuvre rapide et au bon fonctionnement des différents dispositifs préconisés par ces deux textes.

Au vu des résultats de la dernière enquête annuelle (2000) sur l'activité des centres pratiquant l'IVG et d'après une enquête de besoins auprès des agences régionales de l'hospitalisation, des moyens supplémentaires pourront être délégués, afin d'assurer dans les meilleures conditions cette mission de service public.

1.2.9. Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Le cadre réglementaire des CDAG a été redéfini courant 2000 (Décret n° 2000-763 du 1er août 2000, arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux CDAG et circulaire DGS/SD6A n° 2000-531 du 17 octobre 2000). Les consultations ont donc dû être désignées de nouveau, suivant un cahier des charges répondant à une évolution et une extension de leurs missions : accueil des personnes les plus vulnérables aux risques de contamination et stratégie d'approche de ces populations, partenariat avec les services médico-sociaux et communautaires locaux, conseil personnalisé de prévention, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale adaptée, tant pour l'infection à VIH que pour les hépatites B et C. Depuis le 1er janvier 2000, les dépenses des CDAG des établissements sanitaires sont financées par la dotation globale.

Afin que les CDAG remplissent pleinement l'ensemble de leurs missions, vous veillerez à ce que leurs équipements et leurs personnels leur permettent de répondre aux préconisations du cahier des charges, et vous

1.2.4. Les soins palliatifs

Dans le cadre du plan triennal de développement des soins palliatifs et en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, les actions engagées devront être poursuivies. Les crédits dégagés en 1999 et 2000 à hauteur de 150 et de 75 millions de francs (environ 23 millions d'euros et 11 millions d'euros) afin de soutenir le développement d'équipes mobiles et d'unités de soins palliatifs constituent une mesure pérenne. Dans le cadre du montant total des dépenses hospitalières pour 2001, une nouvelle dotation spécifique de 155 millions de francs (environ 23 millions d'euros) permettra de financer de nouveaux projets (équipes mobiles, unités, HAD, réseaux de soins palliatifs), qu'il vous appartient de sélectionner dans un souci d'une meilleure réponse aux besoins.

Il est utile de rappeler que les deux premières années du plan ont permis de réduire de manière conséquente les inégalités existantes entre les régions en matière de prise en charge en soins palliatifs, notamment par le développement des équipes mobiles.

Ces efforts méritent d'être poursuivis, en insistant sur trois points :

- conforter l'implantation des équipes mobiles et des unités existantes afin d'assurer leur pérennité ;
- impulser le développement des unités de soins palliatifs dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), constituant ainsi des pôles références et d'appui à la formation de l'ensemble des structures qui se mettent progressivement en place ; les dotations allouées en 1999 et 2000 ont, certes, permis, dans quelques régions, soit de créer, soit de renforcer ou d'individualiser des unités de soins palliatifs dans les CHU, mais un effort particulier doit être porté en matière de création d'unités dans ces établissements, notamment dans les régions les plus en retard ;
- améliorer l'organisation et le fonctionnement en réseau des différentes structures créées ; il s'agit en l'occurrence d'organiser au plan régional un maillage du territoire par une structuration de l'offre en distinguant les pôles de références des pôles de proximité tout en assurant la mise en réseau des acteurs de terrain.

Vous veillerez donc à assurer, sur tout le territoire, un développement harmonieux des soins palliatifs, à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital, par le développement de structures alternatives à l'hospitalisation, en particulier l'hospitalisation à domicile, en fixant des objectifs régionaux.

Enfin, il est précisé que le thème de la prise en charge des soins palliatifs en équipes pluridisciplinaires est inscrit comme priorité d'actions nationales de formation continue pour l'année 2001 des personnels des établissements publics de santé. (Cf. circulaire DH/FH/2000 n° 390 du 11 juillet 2000.)

1.2.5. La prise en charge de la douleur

Les actions mises en oeuvre dans le cadre du plan triennal de lutte contre la douleur, lancé en mars 1998, devront se poursuivre en 2001. Il s'agit de veiller plus particulièrement :

- à la mise en place des différents outils d'information (carnet douleur), d'évaluation (échelles visuelles analogiques, questionnaires de sortie) et de prescription (ordonnances sécurisées) ;
- à l'intégration, dans les projets de formation des établissements, d'actions pluridisciplinaires portant sur la prise en charge de la douleur ;
- à la pérennisation et au bon fonctionnement des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle ; vous veillerez à soutenir les projets de création de telles structures, notamment dans les régions qui en sont dépourvues, et à impulser une dynamique de fonctionnement en réseau, qui pourraient étendre leur champ de compétence aux soins palliatifs. Ces réseaux doivent comprendre l'ensemble des établissements de soins publics et privés et notamment les structures de lutte contre le cancer, ainsi que les médecins libéraux.

Par ailleurs, un carnet pédiatrique d'information sur la douleur, spécifiquement destiné aux enfants et à leur famille, vient d'être diffusé à tous les établissements de santé concernés.

1.2.6. La prise en charge des personnes âgées

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées continue de constituer une priorité de santé publique en 2001. A ce titre, les établissements de santé sont invités à participer à la politique de maintien des personnes âgées à domicile en développant, notamment, des réseaux de soins gérontologiques ville-hôpital, l'hospitalisation à domicile, en s'appuyant également sur les services de soins infirmiers à domicile. Les établissements de santé doivent également s'organiser pour que les personnes âgées malades soient

vous assurerez que ces personnels puissent bénéficier d'une formation spécifique.

Par ailleurs, l'adhésion aux traitements, son intérêt et ses difficultés, est une préoccupation qui doit être tout particulièrement prise en compte dans la prise en charge des personnes bénéficiant de traitements lourds et de long terme. Cet accompagnement des patients pour une meilleure observance des traitements s'adresse notamment aux personnes atteintes de l'infection à VIH sous antirétroviraux. Il peut être mis en place sous la forme d'organisations spécifiques (consultations d'aide à la thérapeutique, « formation » aux traitements), en s'appuyant plus particulièrement sur l'éducation à la santé, qui est un outil à développer. Pour s'assurer de la qualité de l'échange avec les patients d'origine étrangère souhaitant pouvoir utiliser leur langue maternelle, le recours gratuit à des services d'interprétariat doit être rendu facile.

1.2.10. La prévention des légionelloses nosocomiales

La circulaire DGS n° 98-771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en oeuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eaux dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelloses dans les installations à risque et dans les bâtiments recevant du public a demandé aux responsables d'établissements de santé de mettre en oeuvre divers moyens de prévention des légionelloses nosocomiales. Entre autres, il leur est demandé de programmer et de mettre en oeuvre différentes actions d'entretien et de surveillance par la recherche de légionelles à des points critiques des réseaux de distribution d'eaux. Selon les données épidémiologiques, parmi les 440 légionelloses déclarées en France en 1999, 17 % sont d'origine nosocomiale. Par ailleurs, différentes enquêtes locales dressant un bilan d'application de la circulaire précitée ont montré que les actions préventives contre les légionelles ne sont que partiellement mises en oeuvre. C'est pourquoi, il est demandé d'assurer une vigilance particulière pour que l'ensemble des dispositions de la circulaire précitée soit mis en oeuvre par les établissements de santé et de demander à leurs responsables de faire figurer les actions de lutte contre ces infections dans leurs priorités pour 2001.

1.3. La coordination avec les programmes régionaux de santé : les PRS et les PRAPS

Vous vous attacherez à renforcer l'articulation des programmes de santé avec les orientations tracées par les schémas régionaux d'organisation sanitaire et à rendre compte des avancées en la matière dans les comités régionaux des politiques de santé qui sont les lieux à privilégier pour la mise en oeuvre et le suivi des priorités arrêtées par les conférences régionales de santé. Vous pourrez notamment vous appuyer sur le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en sa qualité de secrétaire du comité régional des politiques de santé, et de vice-président de la commission exécutive de l'agence, pour assurer la liaison avec la conférence régionale de santé.

En ce qui concerne la lutte contre les exclusions, vous veillerez tout particulièrement à ce que les établissements de santé concernés mettent en place les permanences d'accès aux soins (PASS) et disposent des moyens nécessaires à leur fonctionnement effectif. Par ailleurs, la mise en oeuvre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ouvre de nouveaux champs de coopération entre les établissements de santé et les autres acteurs de la santé.

2. La composition et la gestion des dotations régionales de dépenses hospitalières

La présente circulaire ne traite pas des dépenses des établissements de soins de longue durée. En raison de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification, des instructions particulières vous seront données prochainement sur la campagne budgétaire des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour 2001. Les dotations régionales abordées ici ne concernent donc que les « budgets généraux » des établissements de santé financés par dotation globale.

Les dotations régionales de dépenses hospitalières intègrent les mesures à financer dans le cadre des budgets primitifs des établissements de santé financés par dotation globale, et notamment les effets reports des mesures décidées dans le cadre des protocoles en faveur du service public hospitalier mises en oeuvre en 2000, une provision correspondant à la revalorisation des traitements de la fonction publique à intervenir en 2000 et 2001, ainsi que des mesures spécifiques de santé publique ou de personnel.

2.1. L'évolution des dépenses hospitalières encadrées augmente de manière significative et permet de consolider et de développer le service public hospitalier, conformément aux objectifs réaffirmés par les protocoles de mars 2000

2.1.1. Le montant total des dépenses hospitalières

encadrées pour 2001 progresse de 3,3 %

Pour 2001, sous réserve de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale et des effets de champ qui affecteront d'ici la fin de l'année les différentes enveloppes de l'ONDAM, l'objectif de dépenses d'assurance maladie pour les établissements sanitaires financés par dotation globale est fixé à 257 198 millions de francs (environ 39 210 millions d'euros, hors soins de longue durée), pour la France métropolitaine, soit une évolution de 3,4 % par rapport à l'objectif final de 2000.

Le respect de l'objectif des dépenses d'assurance maladie dépend largement de l'évolution de la déformation de la structure des recettes. D'après les études conduites actuellement, la part de la dotation globale dans les recettes hospitalières encadrées pourrait progresser de 0,1 % en 2001. C'est pourquoi le taux de progression des dépenses hospitalières encadrées a été fixé à 3,3 %. Pour 2001, sous réserve des dotations complémentaires qui pourront encore vous être déléguées en 2000 et des effets de champ qui affecteront les bases de dépenses, le montant total de dépenses s'élève ainsi à 276 968 millions de francs (environ 42 223 millions d'euros) pour la métropole, hors soins de longue durée.

Comme les années précédentes, nous vous demandons d'exercer une vigilance particulière sur l'effet de déformation de la structure des recettes lors de la fixation des budgets des établissements. Les recalages de la part de la dotation globale devraient être extrêmement limités et acceptés seulement dans les cas où les établissements auront fourni des justifications étayées.

Il convient de rappeler que, cette année encore, le forfait journalier hospitalier n'est pas modifié, afin de ne pas alourdir les coûts pesant sur les usagers.

L'augmentation des dépenses hospitalières encadrées représente 8,85 milliards de francs (environ 1,35 milliard d'euros). Elle permet de financer la hausse des traitements de la fonction publique en cours de négociation et l'effet de glissement-vieillesse-technicité (GVT), ainsi que, dans les établissements privés financés par dotation globale, la transposition des mesures prises pour la fonction publique, qui peut le cas échéant, être convertie en complément de financement pour la réduction du temps de travail.

La réduction du temps de travail pour les personnels de la fonction publique hospitalière doit s'appliquer en 2002. Si à l'issue de la négociation nationale engagée sur ce sujet, une mise en place anticipée était décidée, elle ferait l'objet d'un financement particulier.

L'évolution des dépenses hospitalières intègre le financement des effets d'extension en année pleine des mesures engagées partiellement en 2000 et notamment des mesures décidées dans le cadre des protocoles de mars 2000 en faveur du service public hospitalier. Il intègre également des mesures nouvelles pour 2001 avec un effort tout particulier en faveur des mesures de santé publique, d'organisation des soins et de soutien à l'investissement de sécurité sanitaire, pour mieux répondre aux attentes de la population en matière de qualité et de sécurité des soins. Cet apport de crédits très significatif facilitera en outre la recomposition du tissu hospitalier et la mise aux normes des installations.

L'augmentation des dépenses hospitalières prend également en compte un certain nombre de mesures diverses, telles que la hausse du taux de cotisation de la CNRACL, la quatrième tranche de création d'emplois jeunes, les transformations en postes de praticiens hospitaliers des postes de praticiens adjoints contractuels, si vous les jugez pertinentes et la mise en place du recueil de données pour le PMSI en psychiatrie, qui pèseront en 2001 sur les budgets hospitaliers.

S'agissant des emplois jeunes, vous privilégieriez non seulement la création de postes, mais également les actions de formation des jeunes. L'association nationale pour la formation des hospitaliers (ANFH) examine dans cette perspective un projet d'accord cadre national. Cet accord cadre, s'il était signé, permettrait au programme d'être co-financé par le fonds social européen. Cet effort devra de toute façon être relayé par les établissements. Ils y seront aidés par les financements intégrés au titre des emplois jeunes dans les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2001.

2.1.2. L'effort de convergence pour les régions d'outre-mer est poursuivi

L'objectif de dépenses d'assurance maladie pour les départements d'outre-mer et la collectivité territoriale de Mayotte est fixé à 5,8 %. Ce taux, nettement plus élevé que celui de la métropole, permettra de poursuivre la convergence engagée les années passées, tout en tenant compte des surcoûts spécifiques des DOM, tels que majoration des traitements dans la fonction publique, l'octroi de mer, les charges liées à la situation géographique, etc.

En 2001, et sous réserve des effets de champ qui pourront affecter les bases de dépenses, le montant total de dépenses hospitalières des établissements de santé d'outre-mer financés par dotation globale (Mayotte comprise) pour 2001 est fixé à 7 778 millions de francs (environ 1 186 millions d'euros), en évolution de 5,7 % par rapport à 2000. L'écart entre le taux d'évolution de l'objectif des dépenses d'assurance maladie et le taux de progression des dépenses hospitalières encadrées s'explique, comme en métropole, par la constitution d'une

provision de 0,1 % pour couvrir un éventuel effet défavorable de la déformation de la structure des recettes en 2001. Les résultats des enquêtes récentes menées sur ce point montrent en effet que la composition de la structure des recettes dans les DOM et son évolution d'un exercice à l'autre se sont nettement rapprochées de la métropole.

2.2. Les dotations régionalisées de dépenses hospitalières permettent d'engager immédiatement l'essentiel de la campagne budgétaire

Les dotations régionalisées comprennent les effets de la péréquation nationale et le financement de mesures générales et spécifiques.

2.2.1. L'effort de réduction des inégalités entre les régions se poursuit

Réduire les inégalités constitue le troisième objectif de la politique hospitalière. En effet, les inégalités, notamment entre régions, sont fortes en matière de santé. Les inégalités en termes d'offre hospitalière ont été corrigées depuis trois ans, mais elles restent trop importantes. Par conséquent, la nécessité de réduire ces inégalités a été constamment réaffirmée, notamment à l'occasion de la signature des protocoles en mars dernier. Ces principes ont pour corollaire de différencier nécessairement les crédits accordés aux établissements au titre de la reconduction des moyens. Les évolutions moyennes nationales ne sauraient être mécaniquement transposées aux établissements.

La mise en oeuvre de la solidarité nationale s'effectue en 2001 conformément aux principes établis en 1999 et 2000, après actualisation des données disponibles. Elle repose sur la combinaison des quatre indicateurs suivants :

- un indicateur représentatif des besoins de santé : l'indice comparatif de mortalité (ICM), qui mesure la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale ;
- un indicateur de besoins de soins hospitaliers, fondé sur les taux moyens nationaux de recours à l'hospitalisation et la structure démographique de la région ;
- un indicateur d'efficacité économique mesuré à travers la valeur moyenne du point ISA produite par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- une valorisation des dépenses liées aux flux de patients entre les régions ; cet indicateur a été modernisé puisqu'il repose désormais, pour les flux dans les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique, sur les bases de résumés de sortie anonymes (RSA) du PMSI.

L'effort est, comme les deux années précédentes, concentré sur les trois régions les moins bien dotées que demeurent le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais. Ces régions poursuivent leur convergence accélérée ; elles atteindront dans trois ans le niveau de la quatrième. Quant aux départements d'outre-mer, ils bénéficient, comme chaque année depuis 1998, d'un apport de péréquation équivalent à celui de la région la plus défavorisée (Poitou-Charentes).

Nous vous rappelons que les crédits accordés au titre de la réduction des inégalités doivent être impérativement employés à l'amélioration du dispositif régional de soins et contribuer à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins.

Chaque région, sans exclusive, doit consentir en son sein un effort de solidarité au moins comparable à celui mis en oeuvre au niveau national, pour contribuer à la réduction des inégalités de ressources entre établissements.

2.2.2. Les dotations régionalisées intègrent la majeure partie des financements nouveaux

L'évolution moyenne des dotations régionalisées de dépenses hospitalières, déléguée en début d'exercice, est de 3 % en métropole et de 5,14 % dans les DOM.

Certains financements spécifiques sont cependant réservés au niveau national en début de campagne, en raison du calendrier législatif et réglementaire de leur élaboration et de leur application, ou en raison de leur gestion nationale, par exemple sous forme d'appel à projets.

Au-delà des mesures immédiates, les protocoles ont ouvert de nombreux chantiers destinés à mieux associer les personnels à la démarche de consolidation et de développement de l'hôpital. Des négociations sont actuellement en cours, ou à engager prochainement, tant sur la revalorisation générale des traitements des fonctionnaires, sur l'examen des différentes filières de la fonction publique hospitalière, que sur la mise en place du repos de sécurité pour les médecins et l'organisation du temps médical à l'hôpital.

Afin de vous permettre de majorer les budgets hospitaliers dès la mise en oeuvre de ces mesures, vos dotations

régionalisées de dépenses hospitalières pour 2001 intègrent à ce titre une provision de 0,98 %. Une quotité de 0,69 % peut être déléguée immédiatement aux établissements publics et privés, afin notamment de financer l'effet report de l'augmentation du point d'indice de 0,5 % au 1er décembre 2000. Le solde, soit 0,29 %, ne peut pas être inscrit dans les budgets primitifs, mais doit être mis en réserve, en attendant l'issue des négociations. Il va de soi que cette provision serait abondée au cas où le coût pour 2001 des diverses mesures de revalorisation excéderait le montant.

2.3. Le financement des protocoles de mars 2000 en faveur du service public hospitalier

Le Gouvernement a dégagé en 2000 des moyens substantiels pour accompagner la nouvelle étape de sa politique hospitalière : plus de 4,3 milliards de francs (environ 656 millions d'euros), dont plus de 1,9 milliard de francs (environ 290 millions d'euros) financés par l'assurance maladie. Son action sera poursuivie en 2001, et tous les engagements pris lors de la signature des protocoles des 13 et 14 mars dernier seront respectés. Les dotations régionalisées intègrent donc les crédits nécessaires au financement des extensions en année pleine des mesures engagées dans le cadre des protocoles en 2000. Parmi celles-ci on peut rappeler : la prime pour les praticiens hospitaliers et les praticiens universitaires qui se consacrent exclusivement au service public ; la revalorisation des carrières de l'ensemble du personnel médical ; le financement des postes de moniteur supplémentaires pour faire face à l'augmentation des quotas d'élèves infirmiers à la rentrée 2000 ; l'indemnité pour l'exercice multi-établissements ; et le dispositif concernant les postes à recrutement prioritaire. Les dotations régionalisées intègrent également les crédits nécessaires au financement de nouvelles tranches de mesures engagées en 2000, comme l'augmentation des primes pour les médecins du travail et la création de 400 postes supplémentaires de moniteur dans les IFSI, pour assurer le maintien des quotas à la rentrée 2001. Au total, les dotations régionalisées intègrent 1 554 millions de francs (environ 237 millions d'euros) pour le financement des mesures prises dans le cadre des protocoles.

A ces crédits vont s'ajouter en cours d'année 2001 les crédits correspondant au financement de la prévention des situations de violence - qui vous seront délégués par instruction particulière dans les tout prochains jours - et de l'augmentation de la contribution employeur au congé de formation professionnelle, en attente de modification du texte législatif.

Les engagements antérieurs seront bien entendu honorés, et les nouvelles tranches de création de postes d'assistant, de chef de clinique et de praticien hospitalier du plan en faveur de la médecine d'urgence seront mises en oeuvre en milieu d'année prochaine comme prévu initialement.

Le protocole du 14 mars dernier a mis en place un dispositif particulier pour faire face aux difficultés de remplacement des agents absents. Ce dispositif est maintenu en 2001, le montant alloué à chaque région est identique à celui de 2000. Vous avez bien entendu la possibilité de moduler les sommes réparties entre les établissements en fonction de l'évolution des situations locales et de procéder aux ajustements nécessaires. Nous rappelons que les crédits accordés à ce titre doivent être inscrits en groupe 3 de recettes, comme en 2000. Vous recevrez en temps utile toutes les indications nécessaires à leurs modalités de versement.

2.4. Le financement des priorités de santé publique et d'organisation des soins 2.4.1. Des moyens renforcés

La part des mesures de santé publique et d'organisation des soins, ainsi que l'aide pour l'investissement de sécurité sanitaire ont été considérablement accrues dans les dotations régionalisées pour 2001. Plus de 2 milliards de francs (environ 305 millions d'euros) y sont consacrés. Ces crédits doivent permettre d'engager ou de renforcer les actions à mener pour résoudre les grandes questions posées en matière de santé publique. Parmi celles-ci, la prévention de la transmission des maladies infectieuses, notamment virales et à prions, constitue une priorité absolue du Gouvernement. Elle nécessite la mise en oeuvre de mesures immédiates en ce qui concerne la désinfection des dispositifs médicaux et la mise en conformité des services de stérilisation. Les dotations régionalisées intègrent des montants de 326 millions de francs (environ 50 millions d'euros) en métropole, et de 11 millions de francs (environ 1,7 millions d'euros) dans les DOM, expressément prévus pour ces actions. Compte tenu de l'obligation de résultat qui s'attache à la mise en conformité des procédures et des équipements, vous êtes invités à nous faire connaître, sous le timbre de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, toute difficulté que vous pourriez rencontrer, et notamment une éventuelle insuffisance des crédits alloués.

L'aide au progrès médical et à sa diffusion est également un axe fort de la politique gouvernementale. C'est pourquoi les moyens qui y sont consacrés ont été renforcés en 2001. L'essentiel de ces moyens nouveaux (418 MF [environ 64 millions d'euros]), est délégué immédiatement.

L'amélioration des prises en charge des patients atteints d'affection cancéreuse est une priorité du Gouvernement, qui a décidé la mise en chantier d'un « plan cancer » dont la réalisation est prévue sur 2000-2005. Dans le cadre de ce plan (683 millions de francs en 2001 [environ 104 millions d'euros]) doivent être privilégiées notamment : l'amélioration de la prévention par la lutte contre le tabac ; l'amélioration de la prise en charge psychologique des patients ; le développement des soins palliatifs, et la prise en charge des molécules coûteuses. Vous veillerez à répartir les crédits sur les établissements les plus engagés dans la lutte contre cette pathologie.

Un « plan greffe » a également été mis en place en 2000 pour favoriser l'accès à la greffe (organes et tissus). Pour cela, les moyens de coordination et d'évaluation et de recherche dans les établissements de santé doivent être développés. Une enveloppe de 45 millions de francs (environ 7 millions d'euros) est consacrée à ce plan en 2001.

Par ailleurs, l'aide à l'investissement intégrée dans les dotations régionalisées est portée à 225 millions de francs, afin de vous permettre d'accompagner les opérations nécessaires pour mettre en oeuvre les SROS-II et moderniser le parc et l'équipement hospitaliers.

2.4.2. Des crédits globalisés en une dotation incompressible

La majeure partie des crédits, correspondants à des mesures de santé publique, d'organisation des soins et d'aide à l'investissement de sécurité sanitaire (1,953 milliard de francs en métropole [environ 298 millions d'euros] et 63 millions de francs [environ 10 millions d'euros] dans les DOM) est intégrée aux dotations régionalisées. Ces crédits sont cette année constitués en une enveloppe globale incompressible. Cette dotation doit être exclusivement affectée au financement de mesures de santé publique ou de mise en conformité avec les normes de sécurité, en application des orientations nationales. Les moyens consacrés à ces mesures ne sont d'ailleurs pas exclusifs des moyens qui pourraient être dégagés au niveau régional ou par redéploiement de crédits au sein des établissements.

Toutefois, les moyens sont fongibles à l'intérieur de votre dotation de santé publique et d'organisation des soins. A partir des dotations qui vous sont attribuées, il vous appartient d'affecter l'ensemble de votre « dotation de santé publique et d'organisation des soins » à la mise en oeuvre des priorités du Gouvernement, en fonction des priorités régionales, ainsi que de la qualité et de la maturité des projets qui vous sont présentés. Cette fongibilité des crédits vous apportera une plus grande marge de manoeuvre dans le financement des projets locaux, mais elle devra s'accompagner également d'un suivi plus précis de la mise en oeuvre des différentes mesures au niveau national. Il faut en effet que le Gouvernement puisse être informé de l'utilisation des crédits affectés aux mesures de santé publique.

Quatre mesures de cette dotation globalisée et incompressible doivent toutefois faire l'objet d'un traitement prioritaire. La prévention de la transmission des maladies infectieuses, notamment virales et à prions, et la lutte contre le cancer constituent les deux priorités absolues du Gouvernement. Les moyens prévus à ce titre ne sauraient être utilisés à d'autres fins. La création et le développement des soins palliatifs constituent la troisième tranche d'un plan pluriannuel, dont les projets ont été proposés par vos services. Pour mener à bien l'achèvement de ce plan, ce sont ces projets qui devront être mis en oeuvre en priorité. En ce qui concerne le « plan greffe » qui repose sur de fortes coopérations inter-hospitalières allant au-delà des limites régionales, la mise en place des mesures doit se faire en étroite liaison avec l'établissement français des greffes.

Nous souhaitons parvenir en 2001 à mieux identifier les résultats que nous aurons atteints avec vous, grâce à l'allocation de ressources. Vous devrez nous rendre compte non seulement du montant des crédits que vous aurez alloués aux établissements, mais surtout des progrès que vous pourrez accomplir dans la sécurité des soins.

2.5. Des dispositifs pour aider à la recomposition et à la modernisation du dispositif de soins

2.5.1. Le FIMHO

Le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) a pour vocation d'attribuer des subventions d'investissement aux établissements sous dotation globale qui présentent des projets contribuant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional. Les critères de sélection des opérations ont été élargis, par la circulaire DH/AF/2000/n° 247 du 4 mai 2000. Toutes ces dispositions restent applicables à la campagne FIMHO pour 2001.

L'Etat accompagne ainsi la recomposition du tissu hospitalier, en participant au financement des investissements nécessaires. Sous réserve du vote de la loi de finances de l'Etat, les crédits ouverts pour 2001 s'élèveront à 500 millions de francs (environ 76 millions d'euros) en autorisations de programme.

Dans le but de nous permettre de décider plus tôt les opérations retenues, vous devrez nous faire parvenir vos

demandes pour le 1er mars 2001 au plus tard, sous le timbre de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2).

Pour 2001, les opérations de travaux présentées devront impérativement pouvoir disposer d'un avant-projet sommaire (A.P.S.), avant le 15 octobre 2001 au plus tard. Les opérations relatives aux systèmes d'information devront disposer du résultat d'un appel d'offres à la même date.

Nous attirons à nouveau votre attention sur la responsabilité, qui vous échoit, d'instruire, de sélectionner et de classer par ordre de priorité régionale les opérations répondant strictement aux critères définis dans la circulaire du 4 mai 2000 susvisée. Les dossiers présentés par les agences régionales de l'hospitalisation devront donc être accompagnés, conformément au modèle figurant dans la circulaire du 4 mai 2000 susvisée, de listes classant par ordre de priorité les opérations immobilières d'une part et les opérations informatiques d'autre part. Seuls les dossiers présentés par les agences régionales de l'hospitalisation pourront être instruits.

En outre, nous vous demandons de porter une attention particulière à la qualité et à la précision du contenu des rapports de présentation des opérations. Nous vous rappelons que ces rapports, qui sont un élément clé de l'instruction des dossiers, doivent être élaborés par l'agence régionale de l'hospitalisation et validés par son directeur, qui est chargé de les transmettre à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

2.5.2. Le FASMO/FMES

Au 1er janvier 2001, en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) se substitue au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

Le FMES reprend l'ensemble des missions du FASMO, récemment élargies par le décret n° 2000-684 du 20 juillet 2000, et le financement :

- des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (cf. circulaire du 20 juillet 2000) ;
- des actions de modernisation sociale, pour lesquels une circulaire vous sera adressée avant la fin de l'année ;
- des aides individuelles destinées à favoriser l'adaptation des personnels et leur mobilité lorsqu'ils sont personnellement concernés par une opération de restructuration ou de modernisation.

Les moyens du fonds ont été portés à un milliard de francs au titre de l'an 2000, dont 400 MF (environ 61 millions d'euros) pour les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et 400 MF (environ 61 millions d'euros) pour les actions de modernisation sociale, et seront abondés de 300 MF (environ 46 millions d'euros) en 2001, en application du protocole du 14 mars 2000.

La montée en charge des aides individuelles versées par le FASMO est effective dès 2000, puisque les dépenses à ce titre auront atteint 100 MF (environ 15 millions d'euros), et doit être activement poursuivie en 2001 par les ARH et les établissements. Un prochain décret, présenté au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le 1er décembre, modifiera les critères de versement de l'indemnité de mobilité, qui sera plus facilement adaptée aux opérations de réorganisation hospitalière.

Nous vous rappelons enfin que les demandes d'aides doivent être adressées à la Caisse des dépôts et consignations par les établissements, accompagnées de la décision d'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent. Nous invitons à cet effet les établissements concernés par la mise en oeuvre d'une opération de modernisation à se rapprocher de l'agence régionale de l'hospitalisation dont ils dépendent afin d'étudier l'éligibilité de certaines de leurs actions aux diverses formes de financement du fonds.

Le FMES constitue un levier important de la politique hospitalière. Les droits de tirages régionaux, qui vous ont été ou vous seront prochainement communiqués, constituent des objectifs à atteindre pour 2001 : nous attendons de vous que vous encouragiez les établissements à se saisir de cet outil, afin d'accompagner plus activement la modernisation des établissements, et que les crédits disponibles soient effectivement mobilisés au cours de l'année 2001.

La campagne budgétaire pour 2001 doit être l'occasion de poursuivre la recomposition du tissu hospitalier. Les crédits dont vous disposez en 2001 vous permettront d'engager les mesures nouvelles nécessaires et d'amplifier les mesures déjà engagées, dans un climat de concertation renouvelée avec l'ensemble des professionnels de santé. Vous voudrez bien nous rendre compte de la répartition des dotations régionalisées sous le présent timbre et au plus tard le 15 février prochain. Vous détaillerez notamment l'utilisation des crédits complémentaires dont votre région a bénéficié au titre de la correction des inégalités de ressources, et l'utilisation de la dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins.

Vous voudrez bien nous tenir informés des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de cette

campagne budgétaire.

Pour la ministre et par délégation :
 Le directeur général de la santé,
 P.-L. Bras
 Pour la ministre et la secrétaire d'Etat
 et par délégation :
 Le directeur de l'hospitalisation
 et de l'organisation des soins,
 E. Couty
 Pour la ministre et par délégation :
 Le directeur de la sécurité sociale,
 Professeur L. Abenhaim
 MINISTÈRE DE L'EMPLOI
 ET DE LA SOLIDARITÉ
 DHOS/F 2

ANNEXE

Dotations régionales 2001

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	BASES de référence pour 2001 (après effets de champ 2000)	PÉRÉQUATION, abondement et mesures nouvelles	DONT DOTATION incompressible de santé publique et d'organisation des soins	DOTATIONS régionalisées	TAUX d'évolution des dotations régionalisées	DOTATIONS régionalisées (en milliers d'euros)
Alsace	9 296 787	297 918	67 592	9 594 705	3,20 %	1 462 703
Aquitaine	12 143 933	373 254	88 899	12 517 187	3,07 %	1 908 233
Auvergne	6 082 671	186 481	44 328	6 269 152	3,07 %	955 726
Bourgogne	6 652 238	232 427	48 519	6 884 665	3,49 %	1 049 560
Bretagne	13 465 210	439 162	98 428	13 904 372	3,26 %	2 119 708
Centre	8 961 462	313 467	65 767	9 274 929	3,50 %	1 413 954
Champagne-Ardenne	5 744 058	186 649	41 751	5 930 707	3,25 %	904 130
Corse	1 038 485	32 989	7 729	1 071 474	3,18 %	163 345
Franche-Comté	5 105 715	182 803	37 368	5 288 518	3,58 %	806 229
Ile-de-France	59 843 298	1 181 738	437 583	61 025 036	1,97 %	9 303 207
Languedoc-Roussillon	9 156 307	269 947	66 796	9 426 254	2,95 %	1 437 023
Limousin	3 765 331	120 928	27 212	3 886 259	3,21 %	592 456
Lorraine	12 003 733	367 239	88 123	12 370 972	3,06 %	1 885 942
Midi-Pyrénées	10 687 237	290 643	78 141	10 977 880	2,72 %	1 673 567
Nord - Pas-de-Calais	16 550 178	680 931	120 682	17 231 109	4,11 %	2 626 866
Basse-Normandie	6 870 428	224 083	49 945	7 094 511	3,26 %	1 081 551
Haute-Normandie	6 836 992	233 101	49 726	7 070 093	3,41 %	1 077 829
Pays-de-la-Loire	12 297 534	405 676	90 093	12 703 210	3,30 %	1 936 592

Picardie	8 031 399	386 654	58 257	8 418 053	4,81 %	1 283 324
Poitou-Charentes	6 569 198	327 695	47 835	6 896 893	4,99 %	1 051 425
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20 562 126	524 360	150 074	21 086 486	2,55 %	3 214 614
Rhône-Alpes	25 574 367	768 316	188 233	26 342 683	3,00 %	4 015 916
France métropolitaine	267 238 687	8 026 461	1 953 080	275 265 148	3,00 %	41 963 901
Guadeloupe	1 714 807	91 131	15 329	1 805 938	5,31 %	275 313
Guyane	747 925	38 913	6 396	786 838	5,20 %	119 953
Martinique	2 150 150	108 835	19 022	2 258 985	5,06 %	344 380
Réunion	2 530 052	127 912	22 206	2 657 964	5,06 %	405 204
DOM	7 142 934	366 790	62 954	7 509 724	5,14 %	1 144 850
France entière	274 381 621	8 393 251	2 016 034	282 774 034	3,06 %	43 108 751

La dotation régionale est égale à la somme de la dotation régionalisée et de la dotation correspondant aux mesures nationales qui seront déléguées ultérieurement, à hauteur de 0,30 % en moyenne en métropole et de 0,29 % en moyenne dans les DOM.