

**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 – F2
Affaire suivie par :Marcelle Fénies
Tel : 01.40.56.43.73

Sous-Direction de l'organisation du système de soins
Affaire suivie par : Huguette Mauss
Tel : 01.40.56.70.33

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité
Le Ministre délégué à la Santé
à

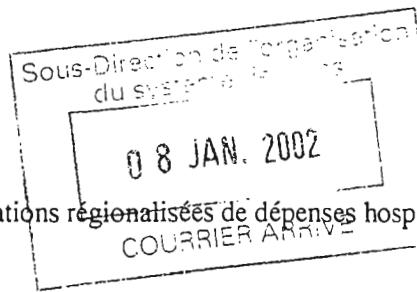
Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (*pour mise en œuvre*)

Madame et Messieurs les Préfets de régions
Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (*pour information*)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions Départementales des Affaires Sanitaires Et Sociales (*pour information*)

CIRCULAIRE DGS-/DSS-1A/DHOS-O-F2 n° 2001/649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale (hors unités de soins de longue durée).

Date d'application : immédiate

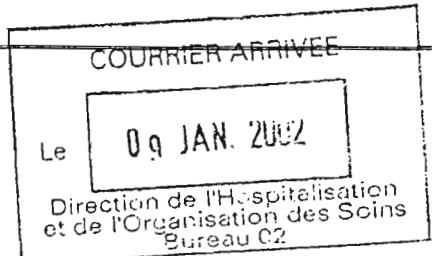


Pièces jointes : tableaux notifiant les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2002

Résumé : La présente circulaire organise la campagne budgétaire 2002 des établissements de santé financés par dotation globale et notifie les dotations régionales initiales de dépenses hospitalières pour 2002. Elle fixe par ailleurs les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de cette campagne budgétaire.

Textes de référence :

- 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°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;
- Circulaire DHOS-O-F2 / DGS / DSS –1A / n° 2000-603 du 13 décembre 2000, Circulaire DSS-1A/DHOS-F2 n° 2001-125 du 6 mars 2001, Circulaire DSS-1A / DHOS-F2 n°2001/465 du 27/09/2001 et Circulaire du 28/11/2001, relatives à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements de santé financés par dotation globale;
- Circulaire du 15/11/2001 relative au FIMHO pour 2002.



NOR MESH 013 0812C

La présente circulaire a pour objet de vous notifier les dotations régionales provisoires des dépenses hospitalières pour la campagne budgétaire 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale et de vous préciser les priorités de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans ce cadre. Les montants définitifs des dotations régionales seront notifiés après publication de l'arrêté interministériel fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie.

Cette campagne budgétaire s'inscrit dans la logique de la politique hospitalière définie ces dernières années et renforcée à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Les moyens mis à votre disposition doivent vous permettre de poursuivre la mise en œuvre des priorités gouvernementales réaffirmées : assurer des soins de qualité pour tous avec pour l'hôpital une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins des malades, la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et la promotion de la qualité et de la sécurité des soins. La réalisation de ces priorités s'accompagne d'une politique sociale ambitieuse qui doit contribuer à l'amélioration des conditions de travail dans les établissements.

En 2002, la progression des dépenses hospitalières résultant de l'ONDAM voté par le Parlement atteint 4,57% en métropole, soit 1951 Millions d'Euros. Les crédits notifiés par la présente circulaire représentent d'ores et déjà une augmentation des moyens de 4,37% en métropole et de 6,13% dans les départements d'Outre-Mer. Ces moyens supplémentaires doivent pouvoir financer à la fois l'amélioration du fonctionnement interne et la relance des investissements nécessaires à une meilleure qualité et sécurité des soins.

- La modernisation de l'hôpital exige un dialogue social plus dynamique. L'amélioration des conditions de travail avec notamment la mise en place de la réduction du temps de travail, la reconnaissance de l'évolution des métiers et l'accès facilité à la promotion professionnelle doivent largement y contribuer. Des moyens budgétaires importants accompagnent ces mesures.

- En matière de santé publique, les programmes nationaux sont largement déclinés dans vos orientations régionales. Ils servent de base à une allocation de ressources ciblée sur des priorités de santé publique et sont pris en compte dans les contrats d'objectifs et de moyens que vous signez. Pour leur financement, vos dotations régionalisées comprennent une enveloppe de 168 millions d'euros (France entière). Ces programmes visent à proposer une approche globale alliant le traitement des pathologies à des actions de prévention, dépistage, organisation et qualité des soins. Le renforcement de la sécurité sanitaire doit aider à mieux prévenir les risques sanitaires et les actions en faveur des populations fragiles doivent être poursuivies.

En outre, vos dotations comprennent une enveloppe supplémentaire de 165 millions d'euros (1 082 millions de francs, chiffre France entière) consacrée aux nouveaux médicaments, en vue de faciliter l'accès de tous les patients aux progrès réalisés en matière diagnostique et thérapeutique.

- L'accompagnement de cette politique sera facilité par l'**élargissement des missions et du champ d'intervention du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé (FMES)** et par une augmentation importante des moyens de ce fonds, à hauteur de 198 millions d'euros au titre des exercices 2001-2002, ainsi que ceux du **Fonds d'aide à l'adaptation des établissements de santé (FIMHO)**, à hauteur de 198 millions d'euros pour 2002.

Ces moyens doivent vous permettre de réaliser l'adaptation de l'offre de soins conformément aux orientations des SROS que vous avez arrêtés. Outils de pilotage à court et moyen terme, ces schémas doivent permettre de réduire les inégalités dans l'accès aux soins, d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et de développer une organisation plus cohérente des structures hospitalières au sein de coopérations et de réseaux.

1. Composition et gestion des dotations régionales de dépenses hospitalières

1.1. Evolution des dépenses hospitalières encadrées

1.1.1. Evolution en métropole

Le taux d'évolution de la dotation hospitalière est régulièrement croissant depuis 1997 et a été multiplié par trois depuis cette date. De plus, un effort tout particulier de 1 milliard de francs non reconductible a été accompli en fin de campagne 2001 avec le plan de soutien au titre des tensions budgétaires dont ont pu bénéficier 406 établissements en métropole, dans les départements d'outre-mer et à Mayotte. La politique engagée ces dernières années pour moderniser le service public et assurer ainsi des soins hospitaliers encore de meilleure qualité doit être poursuivie. Le taux de croissance des dépenses hospitalières pour 2002 doit permettre de mener de front l'adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients, la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et de développer une politique sociale ambitieuse avec notamment la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

- L'objectif des dépenses de l'assurance maladie pour les établissements sanitaires financés par dotation globale en métropole (hors soins de longue durée) progresse de **4,88%** avec le financement de la réduction du temps de travail (RTT) **et de 3,66 %**, hors financement de la RTT, par rapport à l'objectif final de 2001. Le montant total des dépenses d'assurance maladie est ainsi porté à 40 755,87 millions d'euros hors RTT (267 341 millions de francs) et à 41 232,89 millions d'euros RTT comprise (270 470 millions de francs), avant prise en compte des effets de champ qui affecteront les différentes lignes de l'ONDAM d'ici la fin de l'année.

- Le montant provisoire des dépenses hospitalières encadrées correspondant à cet objectif des dépenses d'assurance maladie s'élève à 44 268,6 millions d'euros RTT comprise en métropole, soit **une augmentation de 1951 millions d'euros** (12 686 millions de francs), représentant une évolution de **4,57 %** par rapport à 2001.

L'évolution des dépenses encadrées doit en effet tenir compte de l'évolution de la déformation de la structure des recettes. Or la part de la dotation globale dans l'ensemble des recettes des établissements devrait encore progresser en 2002. En effet, le montant du forfait journalier hospitalier reste fixé à 70 francs (10,67 euros), afin de ne pas alourdir les coûts pesant sur les usagers. Par ailleurs, certaines dépenses jusqu'ici financées par des recettes comptabilisées en groupe 2 seront prises en charge à partir du 1^{er} janvier 2002 exclusivement par l'assurance maladie au travers de la dotation globale de financement : il s'agit des écoles paramédicales adossées à un établissement hospitalier qui ne bénéficieront plus de subventions de l'Etat et des dépenses de soins à des ressortissants du régime des accidents du travail des exploitants agricoles, qui vient d'être intégré à l'assurance maladie en 2002. Ces transferts de recettes sont sans conséquence sur le montant des dépenses encadrées des établissements, mais se traduisent

par une augmentation correspondante de leur dotation globale. Au total, la déformation de la structure des recettes pourrait représenter 0,27% de la base budgétaire en 2002.

C'est pourquoi le taux de progression des dépenses encadrées métropolitaines a été fixé à **3,394%**, hors réduction du temps de travail, correspondant à un montant provisoire de **43 771,62 millions d'euros** (287 123 millions de francs). L'augmentation des dépenses encadrées représente **1437,14 millions d'euros** (9 426 millions de francs). Ce montant permet de financer l'augmentation des traitements dans la fonction publique et sa transposition éventuelle dans le secteur privé sous dotation globale, l'effet de glissement-vieillesse-technicité (GVT), l'extension en 2002 des mesures engagées partiellement en 2001, la poursuite de la mise en œuvre des protocoles des 13 et 14 mars 2000 en faveur de l'hôpital public et du 14 mars 2001 sur les filières professionnelles de la fonction publique hospitalière. Il permet également d'accompagner la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins avec notamment la poursuite des mesures engagées dans le cadre de la prévention de la transmission des maladies infectieuses et un effort très significatif pour assurer le plus rapidement possible aux patients l'accès aux progrès réalisés en matière de thérapeutique et de diagnostic.

A ce montant, s'ajoute le financement du coût en 2002 des mesures accompagnant la réduction du temps de travail, soit **513 millions d'euros** (3 365 millions de francs, dont 3 260 millions de francs soit près de 497 millions d'euros pour la métropole). En effet, la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière à compter du 1^{er} janvier 2002 se traduira par la création de 45 000 emplois non médicaux dans les trois ans qui viennent (2002-2004) et la création de 2000 postes de médecins hospitaliers sur 2 ans. Sur ce dernier point, une circulaire spécifique vous apportera toutes les précisions nécessaires à la mise en place de ce dispositif.

1.1.2. Evolution en Outre-mer

Les départements d'outre-mer doivent bénéficier de soins de qualité équivalente à celle de la métropole. La politique de convergence menée à leur égard depuis 1997 est donc maintenue. De plus des surcoûts spécifiques tels que la majoration des traitements, l'octroi de mer, ou les charges liées à la situation géographique doivent être pris en considération. C'est pourquoi, comme les années précédentes, le taux moyen de progression des dépenses hospitalières est dès le début de campagne plus élevé qu'en métropole. Il s'établit à 4,73% (hors RTT) et à 6,13% (RTT incluse).

1.2. Les dotations régionalisées des dépenses hospitalières

Les dotations régionalisées comprennent les effets de la péréquation nationale, le financement des effets reports des mesures engagées en 2001 et le financement de la plupart des mesures à mettre en œuvre en 2002, dont la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Elles vous permettent donc d'engager dès maintenant l'essentiel de la campagne budgétaire.

1.2.1. La réduction des inégalités

1.2.1.1. La réduction des inégalités entre les régions.

Réduire les inégalités d'accès aux soins constitue l'un des trois objectifs de la politique hospitalière du gouvernement. En effet, les inégalités, notamment entre régions, sont fortes en matière de santé. Les inégalités en termes d'offre hospitalière ont été corrigées depuis quatre ans, mais elles restent encore trop importantes pour changer les actions menées dans ce domaine. Par ailleurs, la mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières ne remet pas en cause la pertinence d'ensemble des critères qui déterminent la péréquation. En l'état actuel des travaux de la mission, il apparaît nécessaire de maintenir le système de péréquation comme étant le seul moyen susceptible de réduire les inégalités régionales et de conforter l'engagement des agences régionales de l'hospitalisation et des hôpitaux vers les nécessaires recompositions de l'offre de soins hospitaliers.

La mise en œuvre de la solidarité nationale s'effectue en 2002 conformément aux principes établis depuis 1999, 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'efficience économique mesuré à travers la valeur moyenne du point ISA produit par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- une valorisation des dépenses liées aux flux de patients entre les régions.

L'effort est, comme les années précédentes, concentré sur les trois régions les moins bien dotées qui demeurent le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais. Ces régions poursuivent leur convergence accélérée. 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. Ils peuvent notamment accompagner le financement des mesures prévues à ce titre dans les contrats d'objectifs et de moyens.

1.2.1.2. La réduction des inégalités au sein des régions

Chaque région doit consentir en son sein un effort de solidarité au moins comparable à celui mis en œuvre au niveau national, pour contribuer à la réduction des inégalités de ressources entre établissements. Il est en effet particulièrement important, pour garantir la cohérence de la politique de correction des inégalités dans l'accès aux soins, que l'allocation régionale de ressources prolonge le dispositif de péréquation interrégional et s'appuie sur les mêmes

critères. Une attention particulière doit être apportée à ce titre à l'évolution de l'activité des établissements ainsi qu'à leur efficience réelle pour déterminer leurs enveloppes budgétaires.

1.2.2. Les financements intégrés dès la campagne initiale.

L'évolution moyenne des dotations régionalisées est supérieure à celle de l'année précédente : elles progressent en moyenne de **4,37% en métropole** et de **6,13% dans les DOM** si l'on inclut la réduction du temps de travail et de 3,23% en métropole et de 4,73% dans les départements d'outre-mer hors réduction du temps de travail. Le niveau des crédits délégués dès le début de la campagne budgétaire vous permet d'assurer la mise en œuvre des grandes priorités nationales en cohérence avec la recomposition du dispositif de soins défini au niveau de vos régions, notamment au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaire

1.2.2.1. Financement des mesures de personnel

Les mesures générales prises en compte comportent l'augmentation des traitements, les mesures en faveur des bas salaires et les effets du glissement-vieillesse-technicité (GVT). Toutefois certaines mesures, déterminantes pour l'évolution de la masse salariale en 2002, ne sont pas encore définitivement fixées (taux de revalorisation des traitements pour 2002, montant de la cotisation au fonds pour l'emploi hospitalier), c'est pourquoi une provision de 0,36% a été constituée. Comme pour la provision constituée l'an passé, **nous vous demandons de mettre les crédits correspondants en réserve dans l'attente d'instructions ultérieures**. Vos dotations intègrent également les crédits nécessaires à la transposition éventuelle au secteur privé de ces mesures. Des instructions vous en préciseront les modalités d'attribution au fur et mesure des agréments donnés aux avenants aux conventions collectives.

- Les protocoles des 13 et 14 mars 2000 en faveur du service public hospitalier, prolongés par divers accords ultérieurs avec les diverses catégories de personnel hospitalier, se sont traduits par des mesures qui ont amélioré les conditions de travail, facilité les formations et les promotions professionnelles, revalorisé la situation des praticiens et des agents et renforcé les services d'urgence. Les dépenses hospitalières ont d'ores et déjà intégré plus de 435 millions d'euros pour le financement de ces mesures en 2000 et 2001. La poursuite des actions engagées dans le cadre des protocoles se traduit par un financement supplémentaire de 341 millions d'euros en 2002 (France entière).

Les dotations régionalisées intègrent donc les crédits nécessaires au financement des extensions en année pleine des mesures déjà engagées : indemnité de service public exclusif pour les praticiens et les praticiens universitaires à temps plein qui exercent la totalité de leur activité au sein du service public, création de postes de médecins urgentistes, créations de 417 postes d'enseignants dans les instituts de formation en soins infirmiers, protocole en faveur des élèves infirmiers.

Elles intègrent également les financements nécessaires à la mise en œuvre de diverses mesures découlant des protocoles : la transformation des postes de praticien adjoint contractuel (PAC) en postes de praticien hospitalier (PH), pour les PAC qui sont reçus au concours de PH et inscrits sur la liste d'aptitude dès lors que cette transformation est cohérente avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire pour l'établissement et l'activité concernés et la création de 30 postes de médecins du travail. A ces mesures s'ajoute la dernière tranche de la revalorisation de la carrière des directeurs d'hôpital.

Le protocole du 14 mars 2000 a par ailleurs mis en place un important dispositif pour faire face aux difficultés de remplacement des agents absents avec un financement par l'Etat à hauteur de 2 milliards de francs. Ce dispositif sera reconduit en 2002 selon les mêmes modalités qu'en 2001, le montant alloué à chaque région étant identique à celui de 2000 et 2001. Pour 2001, les crédits sont inscrits dans la loi de finances rectificative. Une procédure exceptionnelle sera mise en place par l'intermédiaire des caisses d'assurance maladie pour accélérer le versement effectif des crédits alloués à ce titre aux établissements.

- Les dotations régionalisées comprennent également les crédits pour la mise en œuvre des mesures de revalorisation et d'amélioration des carrières prévues par le protocole du 14 mars 2001 sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière, afin de mieux reconnaître les qualifications et les responsabilités professionnelles de ces personnels. Ces crédits concernent d'une part l'extension en année pleine des mesures déjà engagées en 2001 pour les personnels administratifs, techniques et ouvriers et, d'autre part, les mesures nouvelles d'amélioration de la situation des personnels paramédicaux et des sages-femmes. Les décrets statutaires sont parus au journal officiel pour la très grande majorité d'entre eux et ceux présentés au dernier conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le seront prochainement.

Cette politique sociale soutenue est renforcée en 2002 par la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Les protocoles des 27 septembre 2001 (personnel de la fonction publique hospitalière) et 22 octobre 2001 (personnel médical) signés après négociation avec les organisations syndicales prévoient la création de 45 000 postes non médicaux en 3 ans (2002-2004) dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux concernés et de 2000 postes de médecins en 2 ans (2002-2003) dans les établissements publics de santé. Le protocole du 22 octobre 2001 prévoit également l'intégration des gardes médicales dans le temps de travail. Nous vous rappelons les grandes lignes du cadrage de ce dispositif qui vous a d'ores et déjà été présenté, notamment dans la lettre circulaire du 31 octobre dernier. Pour les établissements publics de santé les créations d'emplois non médicaux liées à la réduction du temps de travail seront, hors soins de longue durée et activités sociales et médico-sociales, de 34 600 emplois sur 3 ans. Pour 2002, les dotations régionales déléguées comprennent le financement de la tranche 2002 de créations d'emplois et l'enveloppe d'heures supplémentaires. Les précisions vous sont apportées par les tableaux annexés à la présente circulaire qui vous ont déjà été remis le 29 octobre dernier. Figurez par ailleurs, dans ces mêmes tableaux le niveau indicatif d'utilisation du compte épargne temps pour l'exercice 2002. Ses modalités seront précisées par des projets de décrets examinés lors de conseils supérieurs du 15 janvier 2002 (CSFPH et CSH respectivement pour la FPH et pour les médecins), à l'occasion desquels seront indiqués le traitement financier des droits accumulés en 2002 sur le compte épargne temps, et le mode de financement assuré à compter de 2003. La réduction du temps de travail doit contribuer à l'amélioration des conditions de vie au travail des agents et en conséquence à l'amélioration la qualité de la prise en charge des patients. Nous vous demandons de suivre tout particulièrement sa mise en place dans les établissements.

- Les capacités de formation des instituts de soins infirmiers ont été augmentées de 8000 étudiants chaque année depuis septembre 2000. Les moyens en personnel d'encadrement nécessaires au maintien des quotas actuels lors de la rentrée de septembre 2002 seront financés en mi-campagne. Il a été décidé d'accroître également les capacités de formation des aides soignants en formant 7000 élèves supplémentaires à compter de février 2002. Au delà de la création de postes supplémentaires de cadres enseignants dans les IFSI, des crédits d'un montant total de 15,66 millions d'euros (102 millions de francs) pour la France entière doivent vous

permettre d'aider les écoles paramédicales à faire face à leur dépenses de fonctionnement supplémentaires.

Enfin, nous vous rappelons que les articles L6144-5 et D 714-19-2 du code de la santé publique indiquent que le conseil d'administration de chaque établissement public de santé détermine, dans le cadre de son budget, les moyens de fonctionnement mis à la disposition de la commission médicale et du comité technique d'établissement pour remplir leurs missions. A cet égard, il est notamment essentiel que soient organisées, en particulier au profit des nouveaux membres de ces instances, des actions de formation à visée institutionnelle. En outre, dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, il paraît notamment souhaitable de compenser par du temps médical le temps consacré par le président de la CME à l'exercice de son mandat et de mettre à sa disposition un temps de secrétariat.

Au total, l'ensemble des mesures relatives aux personnels décrites ci-dessus représentent une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie de **899,32 millions d'euros** (5899 millions de francs), et de **1 381 millions d'euros** (9058 millions de francs) avec le financement de la réduction du temps de travail en 2002.

1.2.2.2 Les mesures en faveur du progrès médical et de la santé publique

L'effort considérable engagé en 2001 en faveur des mesures de santé publique et d'organisation des soins, ainsi que de l'aide pour l'investissement de sécurité sanitaire se poursuit en 2002. Parmi ces mesures, la diffusion des innovations induites par le progrès médical constitue une des grandes priorités de cette campagne budgétaire. Les patients doivent pouvoir avoir accès aux innovations thérapeutiques et diagnostiques dès que l'efficacité de celles-ci est démontrée. C'est pourquoi un effort tout particulier a été fait dès 2001 pour la prise en charge des dépenses de l'hôpital liées à l'arrivée de nouvelles molécules pour lutter contre le cancer ou la polyarthrite rhumatoïde. L'objectif des dépenses d'assurance maladie a ainsi été augmenté de 150 millions de francs en fin d'année 2001 pour compléter les crédits consacrés au financement des molécules coûteuses.

En 2002, cet effort est amplifié avec la constitution, au sein de votre dotation régionalisée, de deux enveloppes spécifiquement consacrées au financement des molécules coûteuses et des programmes de santé publique.

Le financement des molécules coûteuses

Pour permettre la diffusion rapide des innovations thérapeutiques et notamment des nouvelles molécules, une enveloppe spécifique, nettement individualisée, a été constituée. Dotée de **165 millions d'euros** pour la France entière, elle représente une progression considérable des dépenses de médicaments, de l'ordre de **5,6%** pour l'ensemble des dépenses de médicaments et de **7,7%** pour les dépenses de médicaments hors rétrocession.

Les crédits qui vous sont ainsi délégués sont répartis en trois sous-enveloppes distinctes pour la France entière. Les deux premières doivent être strictement consacrées au financement de la montée en charge des traitements de la polyarthrite rhumatoïde par anti TNF α (pour 45,7 millions d'euros) et des molécules innovantes en cancérologie (Mabthéra, Glivec et Herceptin par exemple, pour 82,3 millions d'euros). La troisième (36,9 millions d'euros) est laissée à votre disposition pour vous permettre de faciliter la diffusion des autres médicaments innovants utilisés par les établissements de votre région. Elle doit permettre de faire face aux besoins de financement en médicaments innovants pour l'ensemble de l'année. Nous

soulignons que la répartition régionale de ces enveloppes a tenu tout particulièrement compte des besoins des populations de patients concernés par ces différents traitements.

Vous veillerez à ce que les crédits octroyés dans le cadre de cette enveloppe permettent effectivement la diffusion des médicaments innovants et coûteux et, en particulier, de prendre en charge les nouvelles molécules susceptibles de recevoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en cours d'année 2002. De plus, les établissements bénéficiaires de ces crédits devront s'engager clairement dans une politique de gestion optimale de ce poste de dépenses. Il est donc souhaitable qu'ils contractent des engagements sur le bon usage de ces molécules et sur l'élaboration de bonnes pratiques.

Compte tenu de l'importance qui s'attache au suivi de l'évolution des besoins des établissements en matière de molécules innovantes, nous vous demandons de nous adresser avant la fin du mois de février 2002 un compte rendu détaillé, par établissement et molécule, des crédits que vous aurez alloués à ce titre à l'issue de votre campagne budgétaire. Un bilan de l'utilisation de ces crédits pourra ainsi être établi par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et sera annexé à la circulaire de mi-campagne.

La dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins

L'essentiel des autres mesures de santé publique déléguées dès à présent sont constituées comme l'an passé en une « *dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins* ». D'un montant total de **168 millions d'euros** pour la France entière, cette dotation doit vous permettre de mettre en œuvre les priorités du Gouvernement –telles qu'elles sont présentées dans la deuxième partie de cette circulaire- dans le cadre défini par votre schéma régional d'organisation sanitaire. Nous vous rappelons que vous devez consacrer l'intégralité de cette dotation au financement de mesures de santé publique et d'organisation des soins. Vous disposez cependant d'une certaine latitude dans la répartition des crédits au sein de cette enveloppe de manière à répondre aux besoins locaux tels que vous les avez analysés.

Nous vous demandons d'accorder une attention particulière à la réalisation de deux mesures qui doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire : la lutte contre le cancer et la prévention des maladies infectieuses. La lutte contre le cancer demeure une priorité absolue et les moyens qui sont consacrés à la lutte contre le tabagisme, à l'amélioration de la prise en charge psychologique des patients, au développement de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs et du renforcement des équipes de radiothérapie doivent être nettement accrus pour assurer la réussite du « plan cancer » décidé par les ministres en 2000. Au total, si l'on inclut les dépenses de médicaments nouveaux, la lutte contre le cancer devrait bénéficier de 120 millions d'euros supplémentaires. La prévention des maladies infectieuses demeure également une priorité de la campagne budgétaire pour 2002 et les actions engagées en 2001 doivent être poursuivies, s'agissant de la mise en conformité des services de stérilisation, et de la désinfection des dispositifs médicaux, et renforcées, s'agissant de l'utilisation du matériel à usage unique. Plus de 45,04 millions d'euros sont consacrés à ces mesures dont 22,63 millions d'euros pour l'usage unique.

Les programmes gouvernementaux engagés antérieurement : lutte contre les conduites addictives, prise en charge des patients atteints de l'hépatite C, doivent être poursuivis de manière à atteindre dans chaque région les objectifs fixés pour ces programmes.

Par ailleurs, la « dotation incompressible de santé publique » doit vous permettre de mettre en œuvre les opérations prévues dans vos schémas régionaux en matière de psychiatrie, de développer les alternatives à l'hospitalisation ou d'améliorer l'offre de soins aux personnes détenues. Elle doit également être l'occasion de préparer l'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de démence telle que prévue par le programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées (2002/2005) et de développer les actions de prévention et de travail en réseau pour améliorer la prise en charge des mineurs en grande difficulté dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la délinquance.

La « dotation incompressible » intègre comme en 2001 des crédits d'un montant de 36,33 millions d'euros pour accompagner les opérations d'investissement rendues nécessaires pour assurer une meilleure sécurité sanitaire et notamment la mise aux normes des services d'urgence et de périnatalité. Elle intègre également les crédits du «plan greffes», qui doivent permettre la mise en œuvre de la deuxième phase de ce plan, selon des modalités qui vous seront précisées très prochainement.

Les autres mesures de santé publique intégrées dans les dotations régionalisées

Vous veillerez enfin à la mise en œuvre de deux mesures, dont la répartition ne peut pas être homogène sur l'ensemble du territoire, et qui figurent spécifiquement dans un tableau joint en annexe technique :

- * le financement du fluorodésoxyglucose utilisé lors des tomographies à émission de positons pour les appareils déjà en fonctionnement ou qui le seront en tout début d'année 2002
- * la mise en place d'équipes référentes pour la procréation médicale assistée pour les couples dont l'un des membres est atteint d'une maladie virale transmissible (VIH – VHC).

1.2.3.Les mesures intégrées ultérieurement

Comme les années précédentes, vos dotations ne comprennent pas l'intégralité des crédits à attribuer dans le cadre de la campagne 2002. Les financements qui n'ont pas été intégrés en début de campagne dans vos dotations régionalisées concernent principalement des mesures à gestion nationale par appel à projets. Les précisions concernant leurs modalités d'attribution vous seront apportées en cours d'année.

Nous appelons votre attention sur cinq de ces mesures qui doivent être mises en œuvre sans attendre l'allocation des moyens qui sera effectuée en mi-campagne:

La prise en charge par l'assurance maladie des stages de résidents chez les praticiens généralistes dans le cadre du semestre supplémentaire de résidanat.

Ces dépenses auparavant à la charge de l'Etat sont transférées à l'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier prochain. Dans l'attente des précisions qui vous seront apportées prochainement sur les montants des crédits ajoutés à vos dotations régionales et sur leur modalités de gestion, les établissements doivent continuer à rémunérer les résidents, comme ils le faisaient jusqu'à présent. La rémunération des médecins généralistes, maîtres de

stage, sera assurée par les hôpitaux à partir du 1^{er} janvier 2002, selon des modalités qui vous seront précisées rapidement.

La prise en charge des patients atteints de la maladie de Fabry

Une fiche technique jointe en annexe vous expose les modalités de financement du traitement.

La formation des emplois-jeunes

Les établissements de santé ont largement participé à la réussite du programme emplois-jeunes. Des crédits seront attribués pour leur permettre d'assurer les formations nécessaires à la sortie du dispositif.

La mise en place du PMSI pour les activités de psychiatrie

Nous vous rappelons l'importance qui s'attache à la mise en œuvre du PMSI dans les établissements psychiatriques, c'est pourquoi nous vous ferons connaître très rapidement les crédits attribués aux établissements participant à ce dispositif dès 2002.

Le renforcement des C-CLIN

Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales seront renforcés. Cette mesure peut d'ores et déjà être évaluée à 0,5 millions d'euros, équivalant au recrutement d'un praticien hospitalier dans chaque centre.

1.3. Les dispositifs d'accompagnement de la recomposition et de la modernisation

L'accroissement très important des moyens pour le fonctionnement de l'hôpital est complété d'un dispositif d'accompagnement destiné à faciliter la modernisation de l'offre de soins. Ce dispositif est considérablement renforcé en 2002.

1.3.1. Le FIMHO

Depuis 1998, le 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 hospitalière au niveau régional. Les critères de sélection qui vous ont été rappelés par la circulaire du 15 novembre dernier ont été élargis en 2000, de manière à faire bénéficier davantage d'établissements de ce dispositif.

Le montant prévu en loi de finances pour 2002 a été augmenté de façon très significative puisqu'il sera de 198 millions d'euros. Cela traduit l'engagement fort de l'Etat dans l'accompagnement de la recomposition du tissu hospitalier, en participant au financement des investissements nécessaires.

1.3.2. Le FMES

Les mesures exceptionnelles décidées en faveur de l'hôpital comportent une augmentation substantielle des moyens du FMES. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 porte en effet la contribution des régimes d'assurance maladie à 600 millions de francs pour 2001, soit 300 millions de francs supplémentaires, et la fixe à 152,45 millions d'euros

(1 milliard de francs) pour 2002, soit une augmentation des moyens à hauteur de 198 millions d'euros (1,3 milliard de francs).

Vous serez informés très rapidement par une circulaire spécifique des conditions d'utilisation de ces moyens.

2. Les priorités de santé publique et d'organisation des soins pour 2002

Les principales actions de santé publique sont organisées autour d'un plan ou d'un programme. Chacun d'entre eux a été élaboré en lien très étroit avec les associations de malades et les professionnels de santé concernés et est décliné en mesures dont le coût a été chiffré au plan national. Les moyens consacrés à certains de ces programmes ont d'ores et déjà été annoncés (lutte contre la mucoviscidose, troubles d'apprentissage du langage oral ou écrit...) et feront l'objet d'un financement spécifique en cours d'année. Au delà du financement de chaque plan ou programme, ces politiques doivent être également accompagnées par les moyens appropriés au plan régional.

Il vous revient de mettre en œuvre ces plans ou programmes et d'apprécier au plan régional l'effort financier à réaliser à partir du calibrage réalisé au plan national. Chaque plan ou programme est accessible sur le site internet du ministère : <http://www.sante.gouv.fr>, dans chaque dossier concernant la pathologie, la catégorie de population concernée ou les actions d'intérêt général, ou bien auprès du bureau compétent de la direction générale de la santé ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Une évaluation de leur mise en œuvre sera réalisée au cours de l'année 2002. Cette évaluation comportera une dimension financière sur la base de tableaux annexes qui vous seront prochainement adressés par la DHOS.

2.1. La sécurité sanitaire :

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

Le bilan national du plan de contrôle des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux invasifs (mai 2001) a montré que des efforts importants devaient être faits en matière de stérilisation et de désinfection. C'est pourquoi l'effort d'accompagnement financier pour l'amélioration de ces activités doit être intensifié cette année.

De plus, la circulaire n°138 du 14 mars 2001 définit la politique de gestion du risque lié aux ATNC servant de base à l'organisation des établissements et aux contrôles par l'AFSSAPS du marché des dispositifs mis à disposition des professionnels par les industriels.

Le plan pluriannuel d'amélioration de la sécurité des actes de soins vis-à-vis du risque de transmission des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles doit être poursuivi en 2002.

2.1.2. La lutte contre l'antibiorésistance et la iatrogénie

Le bon usage des antibiotiques fait partie des priorités nationales. Les recommandations qui existent (ANAES en 1996 et INVS en 1999) ne sont pas généralisées. En France, le taux de résistance des bactéries vis à vis de certains antibiotiques reste élevé.

Une mission ministérielle vient de rendre ses conclusions qui confirment la nécessité de mettre en place un véritable plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Dans un premier temps, la sécurisation du médicament à l'hôpital devra être renforcée, grâce au rôle actif que joue le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles dans le bon usage et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et en particulier dans le domaine de l'antibiothérapie.

J'attire votre attention sur l'intérêt de faciliter l'aide à la prescription des antibiotiques des médecins de ville. A cet effet, vous serez amenés à conforter les services qui se porteraient volontaires (maladies infectieuses, médecine interne, microbiologie, pharmacie...) pour jouer ce rôle d'interface à titre expérimental.

Nous vous rappelons que les établissements doivent revoir l'organisation de leur pharmacie pour être en conformité avec les dispositions du décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

Vous serez attentif à accompagner les établissements qui mettent en place une amélioration du circuit du médicament dans ses différentes étapes.

2.2. L'appui au progrès médical

La politique d'accompagnement du progrès médical menée depuis deux ans est renforcée en 2002, pour les crédits délégués immédiatement aux régions comme pour les programmes nationaux.

Les crédits délégués aux régions

L'accélération des progrès de la recherche médicale et pharmaceutique, à caractère cognitif ou clinique, liée à celle de la recherche industrielle au titre du transfert technologique, suscite une aide à la diffusion de ce progrès dans le système de soins en général et dans les établissements de santé en particulier. C'est pourquoi la politique d'accompagnement du progrès médical s'est considérablement renforcée depuis 2 ans, tant au titre des programmes nationaux que des moyens donnés immédiatement aux régions pour la promotion des soins innovants. C'est un montant d'au moins 228,67 millions d'euros qui y est consacré en 2002.

Les programmes gérés au niveau national

Un nouveau programme hospitalier de recherche clinique et un nouveau programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques seront lancés en 2002. Il s'agit -nous vous le rappelons- de programmes pluriannuels permettant, pour le premier, de soutenir des projets de recherche clinique et, pour le second, des protocoles d'évaluation médico-

économiques d'innovations pour lesquelles une aide à la diffusion en aval immédiat de la recherche clinique paraît nécessaire.

Le programme d'aide aux soins coûteux rares nécessitant une régulation nationale, en raison d'une prise en compte parfois difficile par les établissements, mis en place en 2001, sera reconduit en 2002. Je vous rappelle qu'au titre du programme 2001 ont été soutenus des centres référents et des équipes spécialisées pour la pose des implants cochléaires ainsi que certains laboratoires effectuant les diagnostics par biologie moléculaire de la mucoviscidose. Les orientations pour 2002 seront précisées ultérieurement.

L'action relative à la mise en place de tumorothèques dans le cadre du plan de lutte contre le cancer sera poursuivie ainsi que cela a été déjà annoncé dans l'appel à projets lancé le 15 octobre 2001.

2.3. Le développement des réseaux de santé

Le développement des réseaux répond à une tendance lourde qui vise à repenser l'organisation du système de soins autour d'une logique centrée sur le patient, décloisonnant l'offre entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le social, entre généralistes et spécialistes et en permettant de répondre d'une manière globale et coordonnée aux besoins des personnes là où ils s'expriment.

De nombreux réseaux se sont notamment développés ou sont en cours de formalisation avec le soutien des ARH sur les thématiques cancer, périnatalité, urgence, diabète, asthme, psychiatrie, personnes âgées et soins palliatifs. En ce qui concerne les mesures spécifiques pour les personnes âgées, elles sont déclinées dans la circulaire relative aux établissements et services pour personnes âgées dépendantes qui vous sera transmise prochainement.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 instaure un cadre de financement pérenne des réseaux de santé en mettant en place une procédure unique d'octroi de financements. Il prévoit également la possibilité de financements dérogatoires au droit commun. Les financements seront attribués par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Ces financements s'imputeront sur des enveloppes limitatives régionales, alimentées par une enveloppe nationale, constituée au sein de l'ONDAM. Un arrêté précisera dans le courant du premier semestre le montant de chaque enveloppe limitative régionale.

La mise en œuvre de ces nouvelles procédures sera précisée par un décret d'application à paraître au cours du premier semestre 2002. Les décisions que vous serez susceptibles de prendre en relation avec les directeurs d'URCAM ne pourront intervenir qu'après la publication de ce texte.

2.4 Le développement de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile répond incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de patients et est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission, comme les cancers, les pathologies neurologiques ou l'infection à VIH.

Cette alternative à l'hospitalisation dispose aujourd'hui de 4000 places réparties inégalement sur le territoire. Compte tenu de l'impact particulier de l'hospitalisation à domicile sur l'organisation des soins et sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades, le nombre de places autorisées devra au minimum être multiplié par deux sur cinq ans.

2.5 L'IVG

L'amélioration de l'accès des femmes à l'IVG est une priorité pour le gouvernement. Un premier bilan de l'application de la loi du 4 juillet 2001 a été demandé à l'ensemble des ARH en novembre 2001. Les responsables d'établissements de santé et les chefs de service se doivent d'organiser cette activité qui constitue une mission de service public. Dès lors, les moyens nouveaux obtenus pour améliorer les délais dans lesquels sont traitées les demandes des femmes devront être affectés en fonction des besoins prioritaires des établissements. Les ARH devront réaliser un nouveau bilan de l'application de la loi avant le 30 septembre 2002. Celui-ci mettra en exergue les améliorations apportées au dispositif, les difficultés qui subsistent et les moyens d'y remédier. Je vous indique enfin qu'un groupe national d'appui vient d'être constitué pour permettre la résolution de difficultés ponctuelles. Sa présidence a été confiée à Mme Emmanuelle MENGUAL, inspectrice générale des affaires sociales, qui peut vous aider dans cette démarche.

2.6. Les Programmes Régionaux de Santé et les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

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 œuvre 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, en lien avec les professionnels et les associations œuvrant en faveur des plus démunis, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et disposent des moyens nécessaires à leur fonctionnement effectif. Par ailleurs, la mise en œuvre 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.

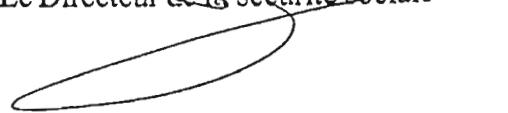
Vous voudrez bien nous rendre compte de la répartition des dotations régionalisées sous le présent timbre, au plus tard le 15 février prochain. Vous détaillerez notamment l'utilisation des crédits complémentaires dont votre région a bénéficié au titre de la correction des inégalités de ressources, et l'utilisation de la dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins.

Le directeur général de la santé



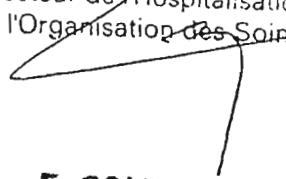
Professeur Lucien ABENHAIM

Le Directeur de la sécurité sociale



Pierre-Louis BRAS

Pour la Ministre et le Ministre délégué
Le Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins


E. COUTY

Taux d'évolution des dotations régionales initiales de dépenses hospitalières pour 2002
(hors soins de longue durée)

Les données sont en milliers d'euros

Régions	Bases de référence pour 2002	Péréquation, abondement et mesures nouvelles	dont dotation incompressive de santé publique et d'organisation des soins	Dotations régionalisées (hors RTT)	Taux d'évolution des dotations régionalisées (hors RTT)	dont provision (mesures salariales générales et FEH)	Dotations régionalisées (y compris RTT)	Taux d'évolution des dotations régionalisées (y compris RTT)
Alsace	1 464 891,60	50 744,58	5 497,21	1 515 636,18	3,46%	0,36%	1 531 979,90	4,58%
Aquitaine	1 914 993,97	64 298,31	7 157,07	1 979 292,28	3,36%	0,37%	2 002 275,06	4,56%
Auvergne	957 982,00	31 473,92	3 629,49	989 455,92	3,29%	0,36%	1 000 391,93	4,43%
Bourgogne	1 057 560,63	39 428,62	4 046,08	1 096 989,25	3,73%	0,37%	1 110 370,03	4,99%
Bretagne	2 126 829,05	74 880,08	8 163,53	2 201 709,13	3,52%	0,37%	2 226 210,59	4,67%
Centre	1 424 044,56	52 251,26	5 507,48	1 476 295,83	3,67%	0,37%	1 495 510,16	5,02%
Champagne-Ardenne	906 629,40	31 062,93	3 516,88	937 692,33	3,43%	0,37%	950 026,44	4,79%
Corse	165 009,90	5 296,60	657,32	170 306,50	3,21%	0,38%	172 463,94	4,52%
Franche-Comté	811 781,87	32 904,60	4 961,14	844 686,47	4,05%	0,37%	854 650,22	5,28%
* Ile-de-France	9 335 170,45	205 828,25	35 367,94	9 540 998,70	2,20%	0,36%	9 637 421,79	3,24%
Languedoc-Roussillon	1 445 403,13	46 479,29	5 556,94	1 491 882,42	3,22%	0,36%	1 508 651,98	4,38%
Limousin	596 295,95	21 355,14	2 284,26	617 651,09	3,58%	0,37%	625 216,24	4,85%
Lorraine	1 897 662,04	63 991,84	7 366,07	1 961 653,88	3,37%	0,36%	1 981 719,89	4,43%
Midi-Pyrénées	1 677 312,84	47 533,03	6 428,39	1 724 845,87	2,83%	0,37%	1 744 439,87	4,00%
Nord-Pas-de-Calais	2 635 679,47	113 131,09	10 052,43	2 748 810,56	4,29%	0,36%	2 778 414,48	5,42%
Basse-Normandie	1 090 632,16	37 326,23	4 143,60	1 127 958,39	3,42%	0,33%	1 141 098,01	4,63%
Haute-Normandie	1 085 869,35	40 944,72	4 100,12	1 126 814,06	3,77%	0,37%	1 140 287,18	5,01%
Pays-de-la-Loire	1 947 221,24	70 308,76	7 380,29	2 017 529,99	3,61%	0,37%	2 041 985,29	4,87%
Picardie	1 288 916,04	57 095,83	4 849,32	1 346 011,87	4,43%	0,37%	1 362 022,09	5,67%
Poitou-Charentes	1 055 864,33	52 213,51	3 965,89	1 108 077,84	4,95%	0,37%	1 121 763,88	6,24%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 248 870,27	93 847,10	12 286,80	3 342 726,38	2,89%	0,36%	3 377 312,18	3,95%
Rhône-Alpes	4 026 222,45	130 193,92	15 348,47	4 156 416,37	3,23%	0,36%	4 201 012,09	4,34%
France métropolitaine	42 160 851,70	1 362 589,62	162 266,73	43 523 441,32	3,23%	0,36%	44 005 223,26	4,37%
Guadeloupe	275 236,18	13 275,81	1 394,16	288 511,99	4,82%	0,37%	292 741,84	6,36%
Guyane	122 152,37	5 669,21	578,14	127 821,58	4,64%	0,35%	129 131,16	5,71%
Martinique	343 614,90	16 354,25	1 717,79	359 969,15	4,76%	0,37%	365 167,58	6,27%
Réunion	407 115,10	19 028,71	1 990,90	426 143,81	4,67%	0,36%	431 412,26	5,97%
DOM	1 148 118,55	54 327,98	5 680,99	1 202 446,53	4,73%	0,37%	1 218 452,84	6,13%
France entière	43 308 970,25	1 416 917,60	167 947,72	44 725 887,85	3,27%	0,36%	45 223 676,10	4,42%

nota : le taux d'évolution des dépenses hospitalières encadrées pour l'année 2002 est fixé à 4,57% en métropole (avant transferts)



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

REPUBLIQUE FRANCAISE

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 – F2

DHOS/MF/N°

Personne chargée du dossier : Marie Daudé

Tel : 01.40.56.51.94

Télécopie : 01.40.56.50.10

CIRCULAIRE DGS/DSS-1-A/DHOS-O-F2 n°2001/649 du 31 décembre 2001

SOMMAIRE DES ANNEXES TECHNIQUES

1. FICHES TECHNIQUES :

PERSONNEL

Mesures salariales générales

Protocole du 14 mars 2001 : mesures filières FPH

Mesures relatives aux praticiens hospitaliers

Mesures relatives aux écoles paramédicales

MÉDICAMENTS ET SANTÉ PUBLIQUE

Médicaments innovants

Principales mesures de santé publique

Dotation incomplète de santé publique

Mesures spécifiques de santé publique

DIVERS

Mesures affectant les groupes de recettes

Bilan de la campagne au 31 janvier 2002

2. TABLEAUX :

Tableau de synthèse décomposant le taux délégué

Régionalisation des mesures salariales générales

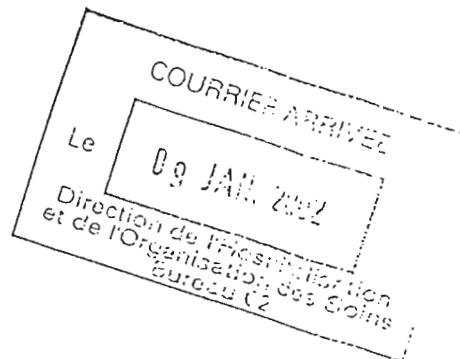
Extension en année pleine des mesures spécifiques engagées en 2001

Régionalisation de l'enveloppe « médicaments innovants » et spécificité des CHU

Mesures spécifiques intégrées dans les dotations régionalisées

Apports de péréquation

Financement de la réduction du temps de travail



CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

MESURES SALARIALES

Les crédits attribués au titre des mesures générales correspondent à l'augmentation des traitements de la fonction publique et à celles prévues par les différents accords salariaux conclus au sein des fédérations des établissements privés.

I . Augmentation des traitements de la fonction publique

Mesures décidées par le gouvernement

- 1) Mesures générales : 0,50% au 01/05/2001 effet report en 2002 : 5 mois
0,70% au 01/11/2002 effet report en 2002 : 10 mois
- 2) mesures en faveur des bas salaires au 01/05/2001*
 - 5 points pour les indices = ou <254
 - 4 points pour les indices = ou <263
 - 3 points pour les indices = ou <275
 - 2 points pour les indices = ou < 321
 - 1 point pour les indices = ou <350

Mesures prévues lors de l'élaboration du PLFSS

Mesures générales : 0,50% au 01/03/2002 effet en 2002 : 10 mois
0,70% au 01/12/2002 effet en 2002 : 2 mois

II. Accords salariaux des établissements privés sous dotation globale

Des accords salariaux pour 2001 (avec effet report en 2002) et 2002 ont été agréés ; ils concernent les conventions collectives suivantes :

- Centres de lutte contre le cancer (accord du 13/06/2001) :
 - ⇒ + 0,4% au 1/07/2001 ; effet report 2002 : 6 mois
 - ⇒ + 0,8% au 1/12/2001 ; effet report 2002 : 11 mois
 - ⇒ +0,18 % de la masse salariale pour le financement d'une mesure spécifique non pérenne concernant la reprise d'ancienneté des salariés ayant 25 ans d'ancienneté ou plus (rappel de 2% de la rémunération conventionnelle sur 2 ans (1999 et 2000) versé en 10/2001 et 08/2002).
 - ⇒ + 0,4 % au 1/08/2002
 - ⇒ + 0,8 % au 1/12/2002
 - ⇒ + 0,24 % de la masse salariale pour le financement du second volet de la mesure non pérenne précitée (versement d'une indemnité de 2% de la rémunération conventionnelle aux salariés concernés jusqu'à leur départ en retraite - 2005).
- Croix-Rouge Française (accord du 17/05/2001) :
 - ⇒ + 1,2% au 1/09/2001 ; effet report 2002 : 8 mois

Ces mesures sont financées dans vos dotations régionales puisque leur montant n'excède pas celui induit par la transcription des mesures salariales générales de la fonction publique. Il est donc possible de les financer dès à présent.

* Les mesures bas salaires ont été calculées au prorata des effectifs (source SPE 1999)

.../...

Par ailleurs, d'autres accords salariaux interviendront en 2002 pour lesquels des instructions ultérieures vous seront données. Il vous appartient de conserver les crédits nécessaires au financement de ces mesures dans le secteur privé dans l'attente des agréments des accords collectifs concernés.

III. Glissement vieillesse technicité

La valeur du GVT pris en compte : **0,63%** correspond à la moyenne constatée pour les trois derniers exercices connus de l'enquête « coûts et carrières » (1997/1999).

IV. Provision pour mesures générales

Une provision correspondant à une évolution de 0,36% des dotations régionalisées a été constituée pour faire face à deux mesures non encore décidées :

- l'augmentation de la cotisation au fond pour l'emploi hospitalier (FEH)
- l'augmentation des rémunérations des fonctionnaires supérieure à celle annoncée au printemps 2001.

Les crédits correspondants à cette provision doivent impérativement être réservés au niveau régional. Les conditions d'utilisation de cette provision vous seront précisées dès que les décisions nécessaires seront intervenues.

Par ailleurs il est rappelé que la base prise en compte pour le calcul de ces mesures correspond aux dépenses encadrées autorisées, qui par définition ne comprennent pas les dépenses financées par les recettes de groupe 3 et 4. Les dépenses de personnel couvertes par les dépenses encadrées ne correspondent donc pas à la totalité des dépenses de groupe 1 des établissements (elles représentent en moyenne 88% de ces dépenses, si l'on applique aux dépenses de personnel la répartition constatée pour l'ensemble du budget). Il appartient en effet aux établissements de santé de dégager les recettes subsidiaires suffisantes pour couvrir les dépenses correspondant aux activités subsidiaires.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

PROTOCOLE DU 14/03/2001

MESURES FILIERES PERSONNELS NON MEDICAUX DE LA FPH

Les crédits accordés pour le financement des mesures de revalorisation des carrières incluent la transposition éventuelle des ces mesures dans les conventions collectives du secteur privé pour les établissements financés par dotation globale.

Dans la mesure où cette transposition n'interviendrait pas au cours de l'exercice 2002 , il vous appartient de conserver les crédits nécessaires à un financement ultérieur éventuel.

FILIERE PARAMEDICALE

1 Corps relevant du CII (Classement Indiciaire Intermédiaire) :

Revalorisation de la carrière des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Pour rénover et rendre plus attractive la carrière des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et réduire les blocages démographiques à venir dans les années 2005-2010, en restructurant la carrière de 3 en 2 grades, en revalorisant les indices terminaux et en augmentant le pourcentage d'accès au 2^e grade de 15 à 30 %.

Classe normale : IB 322- 568

Classe supérieure : IB 471 - 638

Les personnels infirmiers non spécialisés, de rééducation et médico-techniques seront reclassés dans ces nouveaux grades en trois ans avec une montée en charge étalée sur cinq ans pour l'accès au nouvel indice terminal du 2^{ème} grade.

Texte en circuit signature ministre.

Mise en œuvre au 01 janvier 2002

2 . Corps des infirmiers spécialisés :

Revalorisation de la carrière des infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire et puéricultrices

Pour mieux reconnaître les qualifications des infirmiers spécialisés, leur carrière est revalorisée en les classant dans des corps de catégorie A en 2 grades avec des grilles spécifiques qui intègrent les points de NBI déjà attribués :

Infirmiers anesthésistes : IB 408 – 730

Infirmiers de bloc opératoire, puéricultrices : IB 368 - 685

Les personnels infirmiers spécialisés seront reclassés dans ces nouvelles grilles.

Texte en circuit signature ministre.

Mise en œuvre au 01 janvier 2002

3. Corps des surveillants et surveillants-chefs des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

Création d'un corps de cadres de santé pour les personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques avec attribution d'un régime indemnitaire spécifique

Il s'agit de mieux reconnaître les fonctions d'encadrement en créant dans le respect des métiers un corps de cadres de santé classé en catégorie A en 2 grades avec des grilles spécifiques :

Cadre de santé : IB 430-740

Cadre de santé supérieur : IB 625 – 780

Le régime indemnitaire est également revalorisé avec attribution d'une indemnité de responsabilité.

Les personnels infirmiers spécialisés et non spécialisés, de rééducation et médico-techniques surveillants et surveillants-chefs seront reclassés dans ce nouveau corps respectivement en 3 ans et 1 an.

Texte en circuit signature ministre.

Mise en œuvre au 01 janvier 2002

4. Corps des infirmiers généraux et des directeurs d'écoles paramédicales :

Création d'un corps de directeur des soins pour les filières infirmière, de rééducation et médico-technique

Il s'agit d'améliorer la situation des personnels infirmiers généraux et d'élargir l'accès du nouveau corps de directeurs des soins aux personnels de rééducation, médico-techniques et directeurs d'écoles paramédicales dans le respect des métiers, en créant un corps de direction de débouché pour les cadres de santé classé en catégorie A en 2 grades avec des grilles spécifiques :

Directeur des soins 2^{ème} classe : IB 535-820

Directeur des soins 1^{ère} classe : IB 665- 966

Le régime indemnitaire est également revalorisé avec attribution d'une indemnité de responsabilité.

Les infirmiers généraux et les directeurs d'école paramédicale seront reclassés dans ce nouveau corps.

Texte en cours de négociation (présentation en CSFPH du 18 décembre 2001)

Mise en œuvre au 01 janvier 2002

5. Corps des sages-femmes :

Revalorisation de la carrière des sages-femmes et de leur régime indemnitaire

Il s'agit, pour réaffirmer la place et le rôle essentiel des sages-femmes dans l'organisation des soins périnataux, de revaloriser les grilles indiciaires des quatre grades des sages-femmes.

Grade de recrutement : IB 379-710

Grade d'avancement : IB 515-760

Grade d'encadrement : IB 601-820

Grade d'encadrement supérieur : IB 750-901

Un régime indemnitaire revalorisé et spécifique leur sera attribué.

Texte en circuit signature ministre.

Mise en œuvre au 01 janvier 2002

FILIERE ADMINISTRATIVE

1. Corps de chefs de bureau :

Création d'un corps d'attachés d'administration hospitalière

Ce corps comportera trois grades avec des indices bruts terminaux de 780, 820 et 966. Les chefs de bureau seront intégrés dans ce nouveau corps sur 3 ans.

Texte en circuit signature ministre,

Mise en œuvre à la date de parution du décret.

2.. Corps des agents administratifs :

Transformation d'emplois d'agents administratifs en emplois d'adjoints administratifs

10 000 emplois d'agents administratifs seront transformés en emplois d'adjoints administratifs sur 3 ans. En conséquence les agents des échelles 2 et 3 de rémunération seront reclassés sur les échelles 4 et 5.

Décret n°2001-986 du 29 octobre 2001 fixant les modalités exceptionnelles de recrutement dans le corps des adjoints administratifs de la Fonction Publique Hospitalière.

Circulaire DHOS/P2/2001 n°348 du 17 juillet 2001 relative à la mise en œuvre du dispositif de promotion de certains agents de la Fonction Publique Hospitalière

3. Corps des adjoints des cadres hospitaliers et des secrétaires médicaux :

Attribution de points de nouvelle bonification indiciaire aux adjoints des cadres et aux secrétaires médicaux

Il s'agit de revaloriser une NBI de 15 à 25 points allouée aux adjoints des cadres exerçant leurs fonctions dans des établissements de moins de 100 lits.

Il s'agit également d'attribuer une NBI de 15 points aux adjoints des cadres et aux coordinatrices de secrétariat médical encadrant au minimum 5 personnes et de 25 points pour ces agents lorsqu'ils sont affectés dans les directions de ressources humaines, au bureau des entrées ou dans les secrétariats de direction.

Décret n° 2001-979 du 25 octobre 2001 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la Fonction Publique Hospitalière et modifiant le décret n°92-112 du 3 février 1992, le décret n°94-140 du 14 février 1994 et le décret n°97-120 du 5 février 1997 relatifs à la nouvelle bonification indiciaire.

FILIERE TECHNIQUE

1. Corps des ingénieurs hospitaliers :

Revalorisation de la carrière des ingénieurs hospitaliers

Pour mieux adapter aux missions les postes d'ingénieurs, actuellement répartis en 6 classes (ingénieurs subdivisionnaires, en chef, en chef de 1^{ère} catégorie 2^{ème} classe et 1^{ère} classe, hors classe et ingénieur général), les ingénieurs subdivisionnaires et ingénieurs en chef, les plus nombreux, pourront être reclassés plus facilement (une nomination sur 2 par liste d'aptitude) en ingénieur en chef de 1^{ère} catégorie (2^{ème} et 1^{ère} classes respectivement).

Décret n°2001-985 du 29 octobre 2001 modifiant le décret n°91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la Fonction Publique Hospitalière.

2. Corps des adjoints techniques :

Attribution de points de nouvelle bonification indiciaire aux adjoints techniques

Il s'agit de revaloriser une NBI de 13 à 25 points allouée aux adjoints techniques exerçant leurs fonctions en génie biomédical, génie thermique ou dans 2 spécialités.

Il s'agit également d'attribuer une NBI de 15 points aux adjoints techniques encadrant au minimum 5 personnes.

Décret n° 2001-979 du 25 octobre 2001 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la Fonction Publique Hospitalière et modifiant le décret n°92-112 du 3 février 1992, le décret n°94-140 du 14 février 1994 et le décret n°97-120 du 5 février 1997 relatifs à la nouvelle bonification indiciaire.

FILIERE OUVRIERE

1. Corps des agents chefs :

Revalorisation de la carrière des agents-chefs

Pour mieux reconnaître les missions d'encadrement, le corps des agents-chefs est revalorisé de la catégorie C à la catégorie B avec relèvement des indices.

Arrêté du 8 novembre 2001 modifiant l'arrêté du 14 janvier 1991 relatif à l'échelonnement indiciaire de certains des personnels régis par le décret n°91-45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la Fonction publique Hospitalière.

2.. Corps des ouvriers professionnels :

Transformation d'emplois d'ouvriers professionnels qualifiés en emplois de maîtres-ouvriers et d'emplois d'ouvriers professionnels spécialisés en emplois d'ouvriers professionnels qualifiés

Pour mieux reconnaître la qualification professionnelle des personnels ouvriers, il s'agit de transformer sur 4 ans, 10 000 emplois d'ouvriers professionnels spécialisés (OPS) en emplois d'ouvriers professionnels qualifiés (OPQ) et 13 000 emplois d'ouvriers professionnels qualifiés en emplois de maîtres-ouvriers (MO).

En conséquence, il s'agit de reclasser les OPS de l'échelle 3 de rémunération à l'échelle 4 et les OPQ de l'échelle 4 de rémunération à l'échelle 5.

Décrets n°2001-1033 et 1034 du 8 novembre 2001 modifiant le décret n°91-45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la Fonction Publique Hospitalière.

Circulaire DHOS/P2/2001 n°348 du 17 juillet 2001 relative à la mise en œuvre du dispositif de promotion de certains agents de la Fonction Publique Hospitalière.

3.Corps des contremaîtres :

Transformation d'emplois de contremaîtres principaux en emplois d'agent-chefs

Il s'agit de mieux reconnaître les missions d'encadrement en transformant sur 3 ans, 1200 emplois de contremaîtres principaux en emplois d'agent-chefs et donc en conséquence reclasser les agents de la grille indiciaire IB 315 – 479 sur la grille indiciaire IB 384 – 579.

Décrets n°2001-1033 et 1034 du 8 novembre 2001 modifiant le décret n°91-45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la Fonction Publique Hospitalière.

Circulaire DHOS/P2/2001 n°348 du 17 juillet 2001 relative à la mise en œuvre du dispositif de promotion de certains agents de la Fonction Publique Hospitalière.

4 Corps des conducteurs ambulanciers :

Création d'un grade de débouché sur le nouvel espace indiciaire NEI pour les conducteurs ambulanciers

Un grade de débouché sur le nouvel espace indiciaire IB 396-449 est créé pour les conducteurs ambulanciers pour revaloriser leur carrière.

Décrets n°2001-1033 et 1034 du 8 novembre 2001 modifiant le décret n°91-45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la Fonction Publique Hospitalière

Circulaire DHOS/P2/2001 n°348 du 17 juillet 2001 relative à la mise en œuvre du dispositif de promotion de certains agents de la Fonction Publique Hospitalière.

FILIERE MEDICO-TECHNIQUE

1 Corps des préparateurs en pharmacie :

Formation des préparateurs en pharmacie hospitalière et revalorisation de la carrière en CII

Un diplôme national de préparateur en pharmacie hospitalière de niveau III a été créé dans le but de répondre à la spécificité du travail du préparateur en pharmacie en secteur hospitalier. Cette formation d'une durée d'un an, suivie dans le cadre de l'apprentissage, débutera en octobre 2001.

Les préparateurs en pharmacie seront désormais recrutés par concours sur titre, avec ce nouveau diplôme, ce qui permet de revaloriser la carrière sur le classement indiciaire intermédiaire.

En conséquence, il s'agit d'une part de financer les contrats d'apprentissage et la formation pour les préparateurs pour la période 2002 et d'autre part, de financer la mesure de reclassement sur le CII en année pleine.

Décret n°2001-825 du 7 septembre 2001 modifiant le décret n°89-613 du 1^{er} septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la Fonction Publique Hospitalière.

Décret n°2001-1050 du 9 novembre 2001 modifiant le décret n°89-614 du 1^{er} septembre 1989 relatif au classement indiciaire des personnels médico-techniques de la Fonction Publique Hospitalière.

Arrêté du 9 novembre 2001 modifiant l'arrêté du 1^{er} septembre 1989 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels médico-techniques de la Fonction Publique Hospitalière.

Circulaire DHOS/2001 n°82 du 6 février 2001 relative à la mise en œuvre de la formation complémentaire en vue de l'obtention du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

2.. Corps des aides médico-techniques :

Mise en cadre d'extinction et reclassement sur les échelles de rémunération 3 et 4 des aides médico-techniques (aides de laboratoire, de pharmacie, d'électroradiologie)

Les aides médico-techniques effectuent des tâches dans des domaines fortement touchés par l'impact des nouvelles technologies, ce qui rend inadapté le maintien de cadres d'emploi spécialisés, les tâches d'entretien général quel que soit le service peuvent être assurées par des personnels non spécifiques. La mise

en cadre d'extinction est donc proposée, accompagnée d'une mesure de reclassement sur les échelles de rémunération 2 à 3 et 3 à 4.

Décret n°2001-983 du 29 octobre 2001 modifiant le décret n°89-613 du 1^{er} septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la Fonction Publique Hospitalière.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

MESURES RELATIVES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

1. L'indemnité de service public exclusif.

1.1.Les praticiens hospitaliers temps plein

Le protocole du 14 mars 2000 a instauré une indemnité au bénéfice des praticiens hospitaliers temps plein qui exercent la totalité de leur activité au sein du service public. Celle-ci a été fixée successivement à :

- 25 000 francs par an au 1^{er} mai 2000
- 30 000 francs par an au 1^{er} mai 2001
- 36 000 francs (5486,16 euros) par an au 1^{er} mai 2002

Le coût de cette prime par praticien a été évalué pour 2002 à :

Effet report 2001 sur 2002 : 2833 francs ($5000 * 5 / 12 * 36\%$)

Effet 2002 : 4760 francs ($6000 * 7 / 12 * 36\%$)

Soit au total : 7593 francs ou 1157,54 euros

1.2.Les praticiens hospitalo-universitaires

Les praticiens universitaires qui exercent la totalité de leur activité au sein du service public ont bénéficié d'une augmentation de leur indemnité spéciale :

- 10 000 francs par an au 1^{er} juillet 2000
- 5000 francs par an au 1^{er} mai 2001
- 6000 francs par an (914,69 euros) au 1^{er} mai 2002

Le coût par praticien concerné en 2002 a été évalué à :

Effet report de 2001 sur 2002 : 2354 francs ($5000 * 5 / 12 * 13\%$)

Effet 2002 : 3955 francs ($6000 * 7 / 12 * 13\%$)

Soit au total : 6309 francs ou 961,80 euros

2. La transformation des postes de PAC en PH

Le protocole du 13 mars 2000 a prévu que les praticiens adjoints contractuels pouvaient accéder au concours et à la carrière de praticien hospitalier. Afin de poursuivre en 2002 la régularisation de la situation des praticiens adjoints contractuels admis sur la liste d'aptitude de praticiens hospitaliers, une allocation de 26,680 millions d'euros (175 millions de francs) est attribuée pour permettre la transformation de 700 postes de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers en année pleine (soit 500 équivalents temps plein). Ce financement est indépendant des créations de postes prévues dans le cadre de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

3. Les créations de postes de médecins du travail

Le protocole d'accord du 14 mars 2000 prévoit l'attribution aux établissements de 30 postes de médecins du travail par an, pendant cinq ans.

La répartition des postes entre les régions a été effectuée sur la base du ratio régional actuel, entre les effectifs salariés des établissements de santé, et le nombre de médecin du travail. L'objectif est de porter au terme des cinq ans, ce ratio à un médecin du travail pour 2000 salariés, en privilégiant dans la répartition, les établissements qui en sont le plus éloignés.

Les postes sont à répartir selon deux critères :

- favoriser les établissements qui appliquent la réglementation sur la rémunération des médecins du travail et notamment la circulaire du 10 avril 1991
- affecter prioritairement les postes aux établissements ayant le ratio le plus élevé, salariés/médecins du travail

Il est demandé aux agences régionales de l'hospitalisation d'assurer la remontée d'information sur la répartition des postes dans leur région (établissements concernés, impact sur les ratios) à la DHOS/P2.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

MESURES RELATIVES AUX ECOLES PARA-MEDICALES

Les écoles paramédicales vont devoir augmenter leur capacité de formation pour répondre au besoin d'effectifs supplémentaires des établissements. Des crédits d'un montant total de **15,65 millions d'euros** ont donc été intégrés à vos dotations régionales pour les aider à faire face aux dépenses supplémentaires occasionnées par cette augmentation de leurs quotas.

I.Les instituts de formation en soins infirmiers (7,62 millions d'euros)

Ces crédits doivent permettre de faire face aux besoins de financement résultant de:

- a) la création de postes administratifs (secrétariat,documentaliste..)
- b) l'acquisition de nouveaux matériels informatiques
- c) l'augmentation de dépenses concernant les locaux d'enseignement
(achat ou rénovation de ces locaux)

II. Les écoles d'aides-soignants (7,62 millions d'euros)

L'objectif du Gouvernement est de porter à 20 000 le nombre d'aides-soignants en formation (cf circulaire DGS/DHOS n°536 du 5 novembre 2001). Les crédits intégrés dans vos dotations régionales doivent assurer le financement de 200 postes d'infirmiers enseignants supplémentaires (sur la base d'un coût moyen du poste de 38 000 euros).

III. Les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) (0,15 millions d'euros)

Les CESU concourent à la formation aux premiers secours ainsi qu'à l'enseignement préparatoire au certificat de capacité d'ambulanciers.

Les crédits accordés doivent couvrir le financement des sessions à hauteur de 1980 euros par session.

FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DES ECOLES
PARA-MEDICALES

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Formations Aides-soignants et CESU	dont CESU	IFSI*
Alsace	261,60	3,96	228,67
Aquitaine	484,18	0,00	348,65
Auvergne	214,95	5,95	157,17
Bourgogne	168,91	3,96	194,37
Bretagne	452,16	5,95	447,29
Centre	339,20	9,91	294,38
Champagne-Ardenne	178,21	3,96	160,07
Corse	32,62	3,96	17,07
Franche-Comté	165,25	3,96	142,84
Ile-de-France	1 203,43	5,95	1 640,20
Languedoc-Roussillon	332,03	5,95	245,75
Limousin	132,78	3,96	119,98
Lorraine	284,16	5,95	357,19
Midi-Pyrénées	322,28	7,93	222,88
Nord-Pas-de-Calais	404,29	5,95	677,18
Basse-Normandie	219,98	5,95	182,94
Haute-Normandie	200,17	5,95	242,85
Pays-de-la-Loire	538,30	9,91	297,12
Picardie	198,95	5,95	291,48
Poitou-Charentes	163,73	11,89	185,68
Provence-Alpes-Côte d'Azur	615,28	17,84	428,53
Rhône-Alpes	709,96	17,84	740,14
France métropolitaine	7 622,45	152,60	7 622,45
Guadeloupe	3,96	3,96	31,10
Guyane	63,72	0,00	31,10
Martinique	67,84	3,96	31,10
Réunion	77,44	3,96	108,70
DOM	212,97	11,89	201,99
France entière	7 835,42	164,49	7 824,45

*dont 152,45 pour l'école de sage-femmes de Brest

FICHE MEDICAMENTS INNOVANTS

I) CREDITS DELEGUES :

Une enveloppe exceptionnelle de 164, 950 millions d'euros est accordée en 2002 pour les molécules innovantes. La diffusion en routine clinique de nouveaux médicaments, notamment certains anticorps monoclonaux ou protéines recombinantes, est particulièrement onéreuse pour les établissements.

Les crédits qui vous sont délégués dans le cadre de cette enveloppe sont répartis en trois catégories.

1°) Aide aux traitements de la polyarthrite rhumatoïde par anti TNF α .

En 2001, 120 MF, dont 70 MF accordés dans les bases budgétaires équivalents à 10,7 millions d'euros, ont été consacrés au traitement par Remicade dans le cadre d'un protocole médico-économique national (protocole CHU étendu sous forme simplifiée aux autres établissements sous dotation globale pour tout nouveau patient inclus). Plus de 2 700 patients auront ainsi pu être pris en charge en 2001 ;

En 2002, nous vous délégons pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde par anti TNF α , 45,7 millions d'euros. Par ailleurs, je vous rappelle que vous disposez déjà pour cette action de 10,7 millions d'euros intégrés fin 2001 dans les bases budgétaires des établissements concernés. En 2002, le montant total de l'action de soutien aux anti TNF α s'élève donc à 56,4 millions d'euros.

Dans le cadre de cette enveloppe :

- 22,4 millions d'euros sont nécessaires à la poursuite en 2002 des traitements initiés en 2001, et sur cette somme 11,7 millions d'euros vous sont délégués, puisque vous disposez déjà dans les bases budgétaires de 10,7 millions d'euros ;
- 34 millions d'euros sont en outre délégués en vue de permettre la prise en charge d'environ 3 300 nouveaux patients .

Vous trouverez en annexe la liste des établissements participant au protocole CHU (2001-2002) pour lesquels il convient impérativement de permettre la poursuite des traitements par Remicade commencés en 2001 dans le cadre du protocole. Les crédits ciblés correspondant pour 2002 à ce besoin vous sont communiqués à l'appui de cette liste. De même vous veillerez à permettre la continuité de prise en charge des patients dans les autres établissements sous dotation globale non CHU, pour lesquels nous vous avions confié la répartition des crédits.

Pour les financements relatifs à la prise en charge de nouveaux patients nous vous laissons libres d'apprécier les soutiens qui vous paraîtront les plus pertinents, compte tenu de l'activité des établissements et de la qualification des services susceptibles d'être lieux de prescription du Remicade. Nous vous rappelons toutefois que les CHU sont tenus de respecter strictement, pour les 1.000 patients inclus, représentatifs de la totalité des patients qu'ils suivent, le protocole d'évaluation médico-économique élaboré en 2001 avec la société française de rhumatologie. En outre, tout nouveau patient traité dans les établissements non CHU et dont les services n'ont pas adhéré à ce protocole, devra être inclus dans le protocole simplifié.

Nous vous informons que si de nouveaux médicaments à base d'anti TNF α , autres que le Remicade (seul produit inscrit à ce jour dans cette indication sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités), venaient à être diffusés, les établissements sont libres au

titre d'une prise en compte du meilleur rapport qualité/prix de s'orienter vers ces nouveaux médicaments.

2°) Soutien aux médicaments innovants en cancérologie.

L'accompagnement du plan de lutte contre le cancer a permis en 2001 un soutien de 579 millions de francs pour les molécules coûteuses en cancérologie (492 MF en début de campagne 2001 et enveloppe exceptionnelle de 87 MF à l'automne 2001) aujourd'hui intégrés dans les bases des établissements.

L'appui en 2002 pour les médicaments innovants en cancérologie (dont les hémopathies malignes) s'élève à 82,28 millions d'euros. Sont concernés des médicaments dont l'efficacité est source de grands espoirs dans la lutte contre le cancer. Je citerai en exemple le Mabthera, le Glivec et l'Herceptin. Il ne s'agit bien évidemment pas d'une liste limitative, de nouveaux médicaments pouvant obtenir l'AMM en 2002. Ces crédits seront répartis au plan régional en prenant en compte l'activité des établissements et leur place dans les réseaux de cancérologie.

3°) Autres crédits délégués pour les médicaments innovants.

S'élevant à un total de 36,935 millions d'euros, il vous est conseillé de mettre en réserve en totalité ou en partie au plan régional ces crédits. En effet, de nouveaux médicaments d'un impact important en termes de soins et de coût devraient obtenir leur AMM au cours de l'année 2002.

Les crédits relatifs à ces trois sous-ensembles ont été repartis en fonction des critères suivants :

- Pour les anti-TNF alpha, prise en compte des dotations 2001 pour permettre la poursuite des traitements, et référence à la population régionale pour les nouveaux patients dont la prise en charge est souhaitée en 2002.
- Pour les médicaments innovants en cancérologie, prise en compte à la fois de la population régionale et des consommations régionales en molécules coûteuses en cancérologie dans les établissements sous dotation globale (source PMSI)
- Pour les autres médicaments innovants il a été tenu compte des données populationnelles

4°) Suivi des crédits délégués

Compte tenu de l'effort financier consacré par les pouvoirs publics aux médicaments innovants, l'évaluation au plan national de la campagne menée est indispensable.

C'est pourquoi, vous veillerez à coordonner au plan régional l'utilisation de ces crédits et à collecter les informations relatives à ces molécules et à leur bon usage, comme cela a été fait par exemple en région PACA en 2001 pour les molécules innovantes et coûteuses en cancérologie dans le cadre de la mission nationale d'appui.

Un relevé précis au plan régional de l'utilisation des financements délégués devra être mis en place et une enquête brève vous sera adressée en temps utile en vue de permettre l'exploitation nationale des données recueillies.

II) FINANCEMENT DU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE FABRY: FABRAZYME, REPLAGAL.

La maladie de Fabry est une maladie rare pour laquelle un traitement est apparu au cours de l'année 2001, la prescription et la délivrance de ce traitement étant réservé à l'usage hospitalier (RH). A titre exceptionnel, l'assurance maladie a accepté en 2001 une prise en charge sur le risque, sous réserve que les dépenses relatives à ce traitement soient assurées par la dotation globale en 2002.

Compte tenu de la rareté, du coût très élevé et de la difficulté à prévoir la localisation géographique des patients, les crédits resteront mobilisés au niveau national en vue d'assurer

le remboursement aux établissements des dépenses exposées pour l'achat de ces médicaments.

Les agences régionales de l'hospitalisation devront me communiquer le 31 mars et le 30 septembre le montant des dépenses réalisées dans les établissements pour le traitement médicamenteux de la maladie de Fabry, en vue de leur intégration dans les dotations régionales respectivement à mi campagne et à la clôture. Vous demanderez aux établissements de votre région un bilan précis des traitements en cours. Une instruction complémentaire vous sera transmise à cet effet au 1^{er} trimestre 2002.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

PRINCIPALES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

1- la lutte contre les pathologies chroniques.

- la *cancérologie* reste une des priorités majeures de santé publique. Il s'agit en 2002 de la poursuite et d'une amplification du plan national de lutte contre le cancer 2000-2005 ;
- le programme d'action *insuffisance rénale* (22 septembre 2001) ;
- le programme d'action *diabète* (9 novembre 2001) ;
- l'organisation des soins pour les personnes atteintes de *mucoviscidose* a été précisée par deux circulaires en date du 23 octobre 2001 ;
- le plan d'actions *asthme* et le plan de lutte contre les *maladies cardiovasculaires* seront annoncés en janvier et février 2002.

2- la lutte contre les pathologies infectieuses

- Le *sida* et les *hépatites* restent des priorités majeures de santé publique. Les mesures de lutte contre le *sida* ont été précisées le 28 novembre 2001. Les mesures du programme national de lutte contre les *hépatites* seront annoncées début 2002.

3- la lutte contre les maladies orphelines

- Les grandes orientations concernant la politique pour améliorer la prise en charge des *maladies rares et/ou génétiques* ont été précisées le 23 octobre 2001.

4- la lutte contre les pratiques addictives

- Les actions du plan triennal de lutte contre la *drogue et la toxicomanie* 1999-2001 visant à améliorer la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives sont poursuivies.

5- les programmes d'actions spécifiques

- Les troubles d'apprentissage du *langage oral et écrit* font l'objet d'un plan d'action commun du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale. L'appel à projets relatif à l'identification de centres référents (circulaire DHOS/O1/2001/209 du 4 mai 2001) qui a permis de financer une douzaine de centres en 2001 est maintenu pour 2002.
- La prise en charge des *urgences et de la périnatalité* demeurent des priorités de santé publique en 2002. Vous veillerez à continuer la mise aux normes des décrets urgences et périnatalité.
- Plusieurs programmes spécifiques prenant en compte la santé des *personnes âgées* sont développés.

Un programme d'actions pour les personnes souffrant de la *maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* a été présenté le 12 octobre 2001. Une circulaire d'application vous sera adressée en janvier 2002.

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et le développement des *filières gériatriques* sont à l'étude et feront l'objet de mesures début 2002.

- La santé mentale. Les efforts financiers en faveur de la santé mentale devront être en conformité avec les axes de la re-fondation de la politique de santé mentale annoncés le 14 novembre 2001
- La santé des détenus. Le renforcement des unités de consultations et de soins ambulatoires et des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire font suite aux rapports parlementaires du Sénat et de l'Assemblée Nationale et au plan gouvernemental de mars 2001. Afin de faire face à l'importance des troubles de santé mentale, à la prise en charge des délinquants sexuels et à la prévention du suicide, la priorité est à donner à l'amélioration de la prise en charge psychiatrique.

6- les actions d'intérêt général

- Le plan greffe. L'amélioration de l'accès à la greffe est l'objectif prioritaire du plan greffe mis en œuvre depuis 2001. L'organisation du prélèvement et l'accroissement du fichier de volontaires au don moelle osseuse sont les deux mesures à poursuivre en 2002 en partenariat avec l'établissement français des greffes.
- La lutte contre la douleur. Le nouveau programme d'action qui a été annoncé le 17 décembre 2001 poursuit les objectifs du premier plan visant notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et de la souffrance en fin de vie et met l'accent sur la douleur provoquée par les soins, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.
- L'accompagnement des fins de vie fera fin février l'objet d'un nouveau programme en prolongement du plan 1999-2001.
- Le programme nutrition annoncé en janvier 2001 vise à améliorer les habitudes et les choix alimentaires. Au niveau des établissements de santé, il prévoit le développement des consultations de diététiques.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

DOTATION INCOMPRESSIBLE DE SANTE PUBLIQUE

Comme en 2001, la majeure partie des mesures de santé publique et d'organisation des soins déléguées en début de campagne est constituée en une dotation incompressible qui doit être exclusivement réservée à la mise en œuvre des priorités nationales de santé publique ainsi qu'aux mesures de mise en conformité avec les normes de sécurité d'organisation des soins (urgences ou périnatalité par exemple). Cette année la dotation « médicaments innovants » est toutefois suivie séparément ce qui explique que le montant de la dotation incompressible France entière (167,85 millions d'euros) soit moindre que celui de l'an dernier.

Les crédits de cette dotation, dont les montants sont indiqués ci-dessous pour la France entière, sont fongibles. Il vous appartient donc de les affecter à l'ensemble des mesures correspondant aux priorités du Gouvernement en fonction de votre situation locale.

Parmi les principales actions de santé publique annoncées par les plans ou programmes gouvernementaux, vous trouverez ci-dessous celles qui sont financées dans le cadre de la dotation incompressible de santé publique :

1. Le plan cancer

La mise en œuvre du plan cancer est encore en 2002 l'une des toutes premières priorités du Gouvernement à laquelle une part importante des crédits prévus pour la santé publique a été réservée : 119,4 millions d'euros (dont 82,28 millions d'euros pour les molécules coûteuses).

Le soutien aux équipes engagées dans une démarche pluridisciplinaire doit être privilégié : c'est la définition d'une stratégie diagnostic et thérapeutique, basée sur une concertation pluridisciplinaire, qui, en incluant les modalités de surveillance et de suivi du malade et en s'appuyant sur la graduation des soins retenue par le SROS, garantit aux patients cancéreux une équité d'accès à des traitements de qualité.

En 2002, le renforcement de ces équipes doit porter prioritairement :

1.1. sur la radiothérapie :

- Création de postes d'oncologues radiothérapeutes : le seuil d'activité recommandé est d'un radiothérapeute pour 300 patients.
- Création de postes de radio physiciens : le seuil d'un radiophysicien par centre est considéré comme un minimum ; l'activité recommandée est de 400 traitements par an et par radiophysicien.

Le renforcement des équipes de radiothérapie a été estimé à 4,73 millions d'euros.

La modernisation du parc des appareils de radiothérapie ne donne pas lieu à un financement spécifique, mais elle constitue un des objectifs stratégiques de la mise en œuvre du plan cancer en 2002. Le remplacement des appareils obsolètes, en particulier les télécobalts et les accélérateurs de première génération, doit constituer un investissement prioritaire dans les établissements de santé qui ne disposent pas d'appareils de nouvelle génération. Par ailleurs,

les renouvellements d'autorisation, que vous accorderez en 2002 pour des accélérateurs, seront associés à l'engagement du service de radiothérapie de l'établissement dans un programme d'assurance qualité.

1.2. sur la prise en charge psychologique des patients cancéreux à travers la création de postes de psycho oncologues. Ces postes seront ouverts à l'appui de projets formalisés, précisant les missions de ces professionnels, leur implication concrète dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient, en particulier lors de la consultation d'annonce du diagnostic. L'effort fait en 2001 devra être amplifié et atteindre 3,15 millions d'euros.

1.3. la poursuite de la lutte contre le tabagisme

La politique de lutte contre le tabagisme a été précisée par la circulaire DH/E02/DGS/2000 du 3 avril 2000 qui désigne les établissements de santé comme les lieux privilégiés de prise en charge des personnes dépendantes au tabac. La circulaire préconise le renforcement et la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. Ces consultations doivent être réservées à la prise en charge des personnes les plus difficiles à assister du fait de leur degré de dépendance, des problèmes psychologiques, socio-professionnels ou familiaux. Les femmes enceintes constituent également un groupe prioritaire.

Afin de mettre en œuvre ces actions, des crédits spécifiques ont été délégués aux agences régionales de l'hospitalisation, pour un montant de 26,7 MF en 2000 et de 25 MF en 2001. Les résultats des enquêtes menées récemment sur le sujet montrent que le nombre de consultations s'est accru mais qu'une forte disparité régionale demeure. Une vingtaine de départements sont encore à l'heure actuelle dépourvus de toute consultation hospitalière de tabacologie. Par ailleurs la population prioritaire des femmes enceintes a peu bénéficié des efforts menés ces deux dernières années.

Dans le cadre du plan cancer et du renouvellement du plan triennal de lutte contre les drogues et les dépendances, la poursuite de la lutte contre le tabagisme doit être maintenue comme une priorité en ciblant davantage les départements dépourvus de structures de prise en charge et les populations vulnérables n'ayant pas bénéficié jusqu'à présent d'actions de prise en charge. Une dotation de 2,27 millions d'euros a donc été intégrée à vos dotations régionales. Les établissements sont également invités à soutenir les programmes de formation spécifiques tels que NICOHOP et NICOMATER.

1.4. le développement des soins palliatifs et la lutte contre la douleur

La lutte contre la douleur et les soins palliatifs sont deux priorités de santé publique clairement affichées depuis 1998. Un nouveau programme de lutte contre la douleur (2002-2005) a été annoncé en décembre 2001. Le nouveau plan soins palliatifs sera présenté en février 2002. Certaines mesures concernant la cancérologie pourront être financées sur la dotation douleur et soins palliatifs (cf chapitre correspondant).

2. Les soins palliatifs et la lutte contre la douleur

La dotation « douleur et soins palliatifs » est d'un montant de 23,66 millions d'euros (155 millions de francs).

2.1. Le développement des soins palliatifs

La loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs organise les soins palliatifs en institution et à domicile et prévoit le rôle des bénévoles. Le ministère de la santé a mis en œuvre un plan triennal (1999 - 2000 - 2001) de développement des soins palliatifs dont l'objectif a été de créer et de diffuser une culture de soins palliatifs à la fois chez les professionnels de santé et dans le public.

La mise en œuvre du plan triennal de développement des soins palliatifs a été accompagné d'un financement spécifique (1999-2000-2001) de 57,93 millions d'euros (380 MF), pour soutenir notamment la création et le renforcement des équipes mobiles et des unités de soins palliatifs.

Le choix avait été fait de privilégier le développement des équipes mobiles de soins palliatifs au sein des établissements afin de faciliter l'intégration et la pratique des soins palliatifs par l'ensemble des services concernés. Elles ont en outre joué un rôle pivot pour la mise en place des réseaux ville- hôpital.

Tous les départements (à l'exception de deux d'entre eux) sont dotés, fin 2001, d'au moins une équipe mobile ou d'une unité de soins palliatifs, marquant ainsi une nette progression de l'offre de soins.

Le second plan national de développement des soins palliatifs 2002-2004 s'articulera autour des orientations suivantes :

- Développer les soins palliatifs et l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel ;
- Poursuivre le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les établissements de santé ;
- Sensibiliser et informer le grand public.

L'organisation en réseau de l'offre de soins devra répondre aux objectifs suivants :

- favoriser l'accessibilité aux soins palliatifs à domicile
- assurer la continuité de la prise en charge du patient entre le domicile et les établissements de soins ;
- développer la pratique des soins palliatifs par la diffusion de l'information, la formation auprès des professionnels et la recherche clinique ;
- permettre aux malades en fin de vie de bénéficier de traitements de lutte contre la douleur.

2.2. la lutte contre la douleur

Dans le cadre du plan triennal de lutte contre la douleur initié en 1998, de nombreuses actions ont été mises en place tant auprès des usagers que des professionnels de santé. L'évaluation de ce plan souligne que la prise en charge de la douleur s'est améliorée. Certains établissements hospitaliers ont déjà mis en place des programmes d'amélioration en matière de douleur. Des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle ont été créées : à ce jour 96 structures ont été identifiées mais des inégalités régionales subsistent.

Le nouveau programme quadriennal s'inscrit dans la continuité du plan précédent qui visait à l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et comporte trois nouvelles priorités :

- prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie ;
- mieux prendre en charge la douleur de l'enfant ;
- reconnaître et traiter la migraine.

Il prévoit en particulier :

- D'améliorer l'accès de la personne souffrant de douleur chronique rebelle à des structures spécialisées par :
 - la création d'une consultation dans les départements qui en sont dépourvus ;
 - la création d'un centre dans les huit régions qui en sont dépourvues ;
 - le renforcement en personnel des consultations dans les délais d'attente sont très importants
- D'amener les établissements de santé à s'engager dans une démarche de qualité. Le référentiel d'accréditation concernant l'organisation de la prise en charge de la douleur sera précisé. Un guide méthodologique sera adressé à tous les établissements.
- De renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée par la création de temps de personnel infirmier destiné à accompagner la mise en place des projets de lutte contre la douleur au sein des établissements hospitaliers.

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

Le plan pluriannuel d'amélioration de la sécurité des actes de soins vis-à-vis du risque de transmission des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles (ESST) doit être poursuivi. Au total 45,09 millions d'euros devraient être consacrés en 2002 à ce plan.

La circulaire DHOS-O-F2/DGS/DSS-1A/2000 n°603 du 13 décembre 2000 relative à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements sanitaires financés par dotation globale annonçait, parmi les nouvelles priorités de santé publique, un plan pluriannuel d'amélioration de la sécurité des actes de soins vis-à-vis du risque de transmission des ESST.

Le bilan national du plan de contrôle des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux invasifs (mai 2001) a montré que des efforts importants devaient être faits en matière de stérilisation et de désinfection. C'est pourquoi l'effort d'accompagnement financier pour l'amélioration de ces activités doit être intensifié cette année.

Les actions prioritaires qui doivent être engagées sont les suivantes :

- La création de postes pour renforcer les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière qui ont pour mission la mise en œuvre du programme de prévention des infections nosocomiales et, à ce titre, sont notamment chargées de la prévention des risques infectieux liés à l'utilisation des dispositifs médicaux à usage multiple, et la création de postes de personnels affectés aux activités de désinfection et de stérilisation nécessaires à la mise en œuvre des bonnes pratiques de désinfection (procédure de désinfection, traçabilité...) ou à l'amélioration de la qualité de la désinfection et de la stérilisation dans les services hospitaliers (13,43 millions d'euros).
- La mise en conformité des services de stérilisation (9 millions d'euros)
- La prise en charge des surcoûts liés aux décisions de l'AFSSAPS, telle celle de juin 2001 sur l'interdiction de réutilisation des pinces à biopsie endoscopique digestive, ou à l'acquisition de dispositifs médicaux ou de produits conformes aux résultats futurs des contrôles de marché

effectués par l'agence (lave-endoscopes, produits désinfectants, dispositifs médicaux à usage unique etc.), la prise en charge des surcoûts liés à la mise en œuvre de la traçabilité des dispositifs médicaux (logiciels, marquage des dispositifs médicaux) et à la séquestration des dispositifs médicaux et/ou au remplacement de dispositifs médicaux ayant été en contact avec des patients atteints de maladie de Creutzfeldt-Jakob (pour 22,66 millions d'euros).

Nous vous rappelons la circulaire n°138 du 14 mars 2001 qui définit la politique de gestion du risque lié aux ATNC servant de base à l'organisation des établissements et aux contrôles par l'AFSSAPS du marché des dispositifs mis à disposition des professionnels par les industriels. Vous devrez tenir compte, lors de l'allocation de moyens, de la situation des établissements au regard des préconisations de cette circulaire.

Nous vous informons dès à présent que les services déconcentrés seront chargés de faire l'évaluation de l'application des principes de la circulaire précitée dans plusieurs établissements de chaque région courant 2002.

Enfin, la formation des personnels hospitaliers et des équipes opérationnelles d'hygiène sur les méthodes de gestion du risque de transmission nosocomiale des ATNC demeure une priorité pour l'an 2002.

4. La lutte contre les conduites addictives

Le plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances (1999-2001) préconise le développement dans les établissements de santé des équipes de liaison en addictologie.

La circulaire DHOS/O2- DGSSD6B n° 2000 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives définit les missions des équipes de liaison qui sont centrées autour d'une meilleure prise en charge aux urgences, un meilleur repérage des comportements d'abus et de dépendance en vue d'une offre de soins hospitaliers de sevrage. Les missions comprennent également l'articulation avec le reste du dispositif extra hospitalier afin d'assurer la continuité des suivis médico-psycho-sociaux nécessaires.

Afin d'atteindre ces objectifs, des crédits spécifiques ont été délégués aux agences régionales de l'hospitalisation pour un montant de 50 MF en 2000 et de 38 MF en 2001.

L'enquête DHOS du 25 juin 2001 montre que par rapport à 1999, le nombre d'équipes de liaison en addictologie a quasiment doublé et que toutes les régions sanitaires sont dotées de telles structures avec en parallèle une augmentation des personnels tant médicaux que non médicaux. En terme d'orientation d'activité (alcoologie, toxicomanie, tabacologie) certaines équipes sont centrées sur un seul de ces trois domaines tandis que d'autres sont polyvalentes. Cependant des disparités persistent dans la mesure où 6 départements sont encore dépourvus de toute équipe de liaison en addictologie. L'effort entrepris ces deux dernières années doit donc être poursuivi : les équipes en place doivent être renforcées et de nouvelles équipes doivent être créées afin de faire face aux besoins de la population. Cette action s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre l'alcoolisme 2002-2004, les priorités gouvernementales portant sur l'amélioration de la prise en charge aux urgences, le renforcement des équipes de liaison et la continuité de la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool, en particulier par l'intermédiaire des réseaux. Une enveloppe de 6,15 millions d'euros a été prévue à cet effet. La lutte contre les conduites addictives doit être

coordonnée avec la lutte contre le tabagisme déjà évoquée plus haut dans le cadre du plan cancer.

5. La lutte contre l'hépatite C

Les progrès réalisés en matière de dépistage se traduisent par une augmentation du nombre des patients traités par les hôpitaux. Il convient donc de continuer à conforter les services cliniques par des créations de postes de praticiens ou d'infirmiers, notamment dans les consultations avancées dans les hôpitaux du réseau. Une dotation de 2,37 millions d'euros est prévue au sein de la dotation incompressible de santé publique pour la lutte contre l'hépatite C.

6. L'accompagnement de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie et du nouveau programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

Au titre de l'année 2002, une enveloppe de 11,83 millions d'euros est destinée à permettre la poursuite du financement de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie et du nouveau programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Les efforts financiers réalisés en faveur de la santé mentale devront être en conformité avec les axes de refondation de la politique de santé mentale annoncés le 14 novembre 2001. Dans ce cadre, vous veillerez à articuler les objectifs de santé publique des programmes particuliers de santé mentale (suicide, lutte contre la précarité...) avec les évolutions générales en matière de prévention et d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé mentale, dans le souci d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des prises en charge.

La réduction des inégalités de moyens entre les secteurs psychiatriques et l'ouverture de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile dans les départements actuellement dépourvus restent des priorités. Ce développement de l'hospitalisation complète en pédiopsychiatrie doit s'accompagner d'un renforcement de l'articulation avec la pédiatrie et la psychiatrie adulte, de l'organisation d'un travail en réseau pour l'écoute, les consultations et l'hospitalisation et de la formation des personnels œuvrant en direction des adolescents. Ces actions permettent également de participer à l'amélioration de la prise en charge des jeunes suicidants.

Vous serez également attentifs à l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité telle que prévue dans le volet santé mentale du nouveau programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. L'objectif poursuivi est de développer l'intervention des équipes de psychiatrie dans les structures sociales d'accueil (associations, CHRS...) et éventuellement sur les lieux de passage notamment sous la forme d'équipes de liaison. Ces dernières peuvent réaliser un travail d'approche des personnes en situation de précarité et un appui technique aux équipes sociales. Par ailleurs, la désignation de professionnels référents et l'assouplissement des délais de rendez-vous par les centres médico-psychologiques favoriseront l'accessibilité aux soins des personnes en situation de précarité. Cette mesure viendra compléter les actions financées par les crédits d'Etat, dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, en matière de formation.

7. La création d'une fonction de coordonnateur chargé de développer les actions de prévention et le travail en réseau en santé mentale

Au titre de l'année 2002, une enveloppe de 7,92 millions d'euros est destinée à financer la création d'une fonction de coordonnateur chargé de développer les actions de prévention et le travail en réseau.

En effet, si la prévention et la réinsertion entrent dans les missions du secteur de psychiatrie, chacun s'accorde à reconnaître qu'il ne peut intervenir seul. Il lui faut, pour y parvenir, développer des partenariats multiples et diversifiés. Il convient en effet de rappeler l'importance du repérage et du diagnostic précoce ainsi que la mise en place d'une prise en charge adaptée, à proximité du lieu de vie de l'enfant ou du jeune, en lien avec l'ensemble des professionnels intéressés (PMI, Education nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, secteurs de psychiatrie), ainsi que les mesures d'aide à la parentalité.

Conformément à la décision du Conseil de sécurité intérieure de janvier 2001, il s'agit de créer une fonction de coordonnateur, rattachée à la psychiatrie sectorisée. Il sera chargé de développer les actions de prévention, de définir les besoins de formation réciproques et d'articuler les pratiques des professionnels. Cette fonction devrait notamment concerner les jeunes en grande difficulté dont la violence des manifestations de mal-être est actuellement difficilement gérée par les équipes ou traitée de manière cloisonnée sans réelle efficacité.

Le profil requis pour occuper ces postes est un profil de santé publique acquis ou à acquérir. Ce rôle pourra être assuré par un membre d'une équipe de secteur sur un temps réservé s'il a ou acquiert la qualification requise. L'intervention de ce coordonnateur au niveau départemental apparaît particulièrement pertinente eu égard d'une part, à l'implantation à ce niveau d'autres services compétents en matière de prévention et d'autre part, à la dimension du territoire qui favorisera des échanges entre professionnels de proximité.

Vous veillerez particulièrement à la mise en œuvre de cette priorité dans les 26 départements identifiés par la circulaire interministérielle du 6 novembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre la délinquance.

8. Le plan démence

Le programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées a été présenté par la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat aux personnes âgées le 11 octobre 2001.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est complexe, ce qui impose qu'il soit posé par une équipe expérimentée mobilisant des compétences pluridisciplinaires. Or, actuellement, seulement une personne malade sur deux serait diagnostiquée. C'est pourquoi il convient de mettre en place un dispositif spécialisé et gradué, inséré en milieu hospitalier.

Pour l'exercice 2002, une dotation de 6,31 millions d'euros, au titre de la santé publique, est intégrée aux dotations régionalisées. Ces crédits doivent permettre de :

-conforter les consultations mémoire existantes en renforçant leurs moyens, l'accent étant mis en 2002 sur le temps de neuropsychologue et le temps médical . Ces financements sont conditionnés au respect d'un cahier des charges annexé à la circulaire relative au

programme d'actions pour les malades souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées qui sera diffusée début 2002 ;

-soutenir la création de nouvelles consultations mémoire lorsqu'au terme d'une analyse des besoins l'extension du dispositif spécialisé s'avérera nécessaire. Dans cette hypothèse, les financements seront accordés dans la perspective d'une montée en charge progressive ;

-le développement des centres mémoire de ressource et de recherche qui auront été préalablement labellisés dans le cadre d'une procédure nationale. La circulaire précitée en précisera les modalités.

9. La santé des détenus

Au titre de l'année 2002, une enveloppe de 4,73 millions d'euros est consacrée au renforcement des moyens des équipes de soins intervenant en milieu pénitentiaire.

Ce renforcement vise à mettre en œuvre les orientations, relatives aux personnes détenues, du plan gouvernemental de santé publique, présenté par le ministre délégué à la santé lors de la conférence nationale de santé du 27 mars 2001, ainsi que celles qui ont été retenues dans l'axe 4 du plan santé mentale présenté le 14 novembre 2001.

L'objectif est de permettre aux unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) déjà mises en place et aux équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire (équipes de secteurs de psychiatrie et services médico-psychologiques régionaux - SMPR), d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues et la qualité des soins qui leur sont dispensés.

Les crédits devront être utilisés :

- à la prise en charge psychiatrique des personnes détenues (afin de faire face à l'importance des troubles de la santé mentale en milieu pénitentiaire, révélée grâce au développement des moyens déjà mis en œuvre, à la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles, à la prévention du suicide...). A cet égard, il conviendra de développer une offre de soins ambulatoires diversifiée dans les établissements pénitentiaires. Pour l'année 2002, une attention particulière sera portée aux établissements pour peine dans lesquels les équipes psychiatriques auront élaboré un projet d'évolution de leur activité allant dans ce sens.

- au renforcement des soins somatiques, notamment les soins dentaires et les consultations spécialisées dans les établissements pénitentiaires.

- au renforcement de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : mise en œuvre du cahier des charges élaboré en liaison avec la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie - MILDT, (note interministérielle n° 0047 A du 9 août 2001).

- à la prévention des risques de transmission du VIH et des hépatites

- à l'ouverture de la première tranche des établissements pénitentiaires du programme 4000.

10. L'hospitalisation à domicile

Le programme commencé en 2001 doit être poursuivi de manière à multiplier au minimum par deux le nombre de places autorisées dans les cinq ans à venir. La dotation incompressible comprend une enveloppe de 6,31 millions d'euros pour vous permettre d'améliorer l'offre de

soins d'hospitalisation à domicile. Vous veillerez notamment à amorcer la création de services d'hospitalisation à domicile dans les départements où n'existe aucune structure de ce type. En ce qui concerne les grosses structures déjà existantes il convient de renforcer prioritairement le temps médical de coordination.

11. L'aide aux investissements de sécurité sanitaire

Le soutien à l'investissement hospitalier contribuant à la mise aux normes des installations est reconduit en 2002, une dotation de **36,34 millions d'euros** étant en effet prévue pour aider au financement de la réhabilitation des bâtiments, la mise en conformité aux normes de sécurité, le renouvellement des équipements biomédicaux notamment.

Vous voudrez notamment veiller aux opérations d'investissement concernant l'amélioration de la sécurité des laboratoires qui participent au réseau de neuropathologie de la MCJ et de la sécurité des conditions de prélèvement dans les établissements de santé correspondants du réseau.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

MESURES SPECIFIQUES DE SANTE PUBLIQUE

1. La procréation médicalement assistée pour les couples dans un contexte viral

L'arrêté du 10 mai 2001 a autorisé les centres d'AMP à pratiquer cette activité chez les couples dans un contexte viral. Pour permettre aux centres de répondre au cahier des charges, des mesures nouvelles d'un montant de **0,637 millions d'euros** sont attribuées à 4 centres de référence :

- Strasbourg,
- Toulouse
- Lyon
- Pitié Salpêtrière.

Ces crédits financeront du matériel et quelques créations de postes (techniciens de laboratoire, temps médical ...)

2. La tomographie à émission de positons

Cette nouvelle technique permet des progrès significatifs pour le diagnostic et le suivi thérapeutique des traitements par chimiothérapie ou radiothérapie. Cette technique nécessite l'injection *in vivo* de radio pharmaceutique le FDG (fluorodesoxyglucose) dont une dose coûte environ 457 euros. La courte durée de vie du FDG rend indispensable une relative proximité entre l'installation d'une imagerie et le cyclotron produisant ce radio pharmaceutique, ainsi que l'organisation d'un système de transport pour la livraison du produit.

Les crédits accordés permettent de financer le FDG pour des appareils déjà opérationnels ou qui vont l'être en tout début d'année. Une dotation complémentaire sera effectuée en cours d'année pour permettre le développement de cette technique.

La liste des financements accordés est la suivante :

- CHU de Rennes : 457350 euros
- AP-HP (Tenon) : 609800 euros
- CLCC O. Lambret : 457350 euros
- CLCC R. Gauducheau (Nantes) : 457350 euros
- CHU de Strasbourg : 228650 euros
- CHU de Besançon : 228650 euros
- CLCC J. Godinot (Reims) : 228650 euros
- CHU de Nancy : 228650 euros
- CLCC R. Huguenin : 152449 euros
- CLCC A. Lacassagne : 121960 euros

3. Le plan Greffes

Comme en 2001, le **plan greffes** bénéficie de **6,86 millions d'euros** qui doivent permettre d'améliorer la coordination du prélèvement, le suivi et l'analyse des résultats et l'augmentation du fichier français des volontaires au don de moëlle osseuse. Ce plan doit être déployé en concertation étroite avec l'établissement des greffes. Des précisions vous seront adressées très prochainement sur les modalités de mise en œuvre pour 2002.

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

ETABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

MESURES AFFECTANT LES DIFFERENTS GROUPES DE RECETTES

I. La suppression des subventions versées par l'Etat aux écoles para-médicales à support hospitalier

Les écoles para-médicales adossées à un établissement de santé seront financées en totalité par l'assurance maladie à compter du 01/01/2002. Les subventions versées jusque là par l'Etat (inscrites en groupe 2 de recettes) sont supprimées et devront être compensées par une augmentation de la dotation globale des établissements concernés. Cette mesure est donc sans conséquence sur le montant total des dépenses encadrées autorisées, mais va générer un effet de déformation de la structure des recettes. Vous veillerez à ce que la modification à opérer entre le groupe 1 et 2 de recettes intervienne dès la première phase de la campagne. Afin que les moyens dont disposent ces écoles ne soient pas affectés par la mesure, l'augmentation du groupe 1 de recettes devra être d'un montant strictement égal à celui de la subvention attribuée à chaque école en 2001.

Le montant total des subventions accordées en 2001 aux écoles para-médicales à support hospitalier ayant été de 188 millions de francs (28,66 millions d'euros) l'effet de déformation attendu sur la structure des recettes est de 0,07% en métropole et de 0,03% dans les départements d'outre-mer.

II. La débudgetisation des stages de résidents chez les praticiens généralistes agréés dans le cadre du semestre supplémentaire de résidanat.

Depuis 1998, le résidanat a été porté à deux ans et demi afin que les étudiants de troisième cycle de médecine générale accomplissent un stage de six mois à plein temps auprès de médecins généralistes agréés. La rémunération des résidents et des maîtres de stage assurée depuis cette date par le budget de l'Etat (chapitre 43-32 article 21) est à compter du 1^{er} janvier 2002 à la charge de l'assurance maladie. La mesure, évaluée à 232 millions de francs (35,37 millions d'euros) sera financée dans le cadre de l'objectif des dépenses hospitalières pour 2002. Les crédits correspondants vous seront délégués dès que les éléments nécessaires à la répartition régionale auront été réunis.

Dans l'attente de cette délégation de crédits, les stages doivent pouvoir être poursuivis. Vous devez donc donner aux centres hospitalo-universitaires les consignes suivantes :

a) *La rémunération des résidents*

Les établissements continuent d'assurer la rémunération des résidents comme précédemment, sur la base des émoluments prévus à l'annexe VII de l'arrêté du 15 octobre 2001 (JO du 25 octobre 2001). La suppression de la recette de groupe 3, correspondant au remboursement par l'Etat de cette dépense, sera compensée par une recette supplémentaire de

groupe 1 dès que les crédits nécessaires auront été intégrés dans vos dotations régionales. Il ne doit donc pas y avoir d'interruption dans le règlement des rémunérations des résidents.

b) *Les honoraires pédagogiques des médecins généralistes, maîtres de stages*

Les maîtres de stage perçoivent des honoraires pédagogiques dont les montants forfaitaires sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur de la santé et du budget. Jusqu'à présent ils étaient rémunérés par les universités dont relevait le résident en stage. Vous recevrez très prochainement les instructions nécessaires pour que leur rémunération puisse être désormais effectuée par les CHU de rattachement.

III. Les prestations en nature liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles des non-salariés agricoles.

La loi n° 2001-1128 du 30 novembre portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (JO du 1^{er} décembre 2001) a prévu que les dispositions des articles L.432-1 à L.432-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations en nature liées aux accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles. Ces dispositions entreront en vigueur au 1^{er} avril prochain. A compter de cette date, les prestations dues aux établissements de santé, comptabilisées jusque là en recettes de groupe 2, seront soumises au régime commun prévu à l'article L.432-1 du code de la sécurité sociale. Cette mesure sera sans effet sur le montant des dépenses encadrées autorisées, mais générera un effet de déformation de la structure des recettes. Les instructions nécessaires à la mise en œuvre effective de cette mesure vous seront données en temps utile. Nous vous invitons à demander dès maintenant aux établissements de santé de vous indiquer les montants des remboursements opérés à ce titre.

PREMIER BILAN DE L'UTILISATION
DE LA DOTATION REGIONALISÉE
AU 31 janvier 2002

Région :

en millions d'euros

1) Montant de la dotation régionalisée (y compris RTT) _____

2) Crédits fléchés au titre de la péréquation _____

3) Montant des mesures intégrées à la dotation régionalisée _____

4) Montant gelé ou réservé (total des crédits non attribués au 01/02/2002)
($4=a+b+c+d+e+f+g$) _____

a) montant gelé au titre de la provision pour diverses mesures de personnel (rémunération + FEH) _____

b) montant gelé pour la transposition des mesures salariales générales et catégorielles (filières) au secteur privé _____

c) montant gelé au titre de la RTT _____

d) montant réservé pour les molécules coûteuses _____

e) montant gelé au titre de la dotation incompressible de santé publique _____

f) montants gelés pour le financement des autres mesures nationales _____

g) montants gelés pour le financement des priorités régionales _____

h) autres crédits non répartis (précisez) _____

5) Montant de la dotation régionalisée répartie au 1^{er} février 2002 _____
($5=1-4$)

5.1. Taux moyen régional de reconduction _____

(Préciser, s'il y a lieu, les taux différents applicables aux différentes activités ou aux différentes catégories d'établissements)

5.2. Effort de réduction des inégalités : _____

(renseigner la ou les rubriques adaptées à la politique régionale)

-prélèvement sur les établissements les mieux dotés: _____

ou -écart par rapport au taux moyen de reconduction
(estimation du montant correspondant) _____

ou -autofinancement de mesures nouvelles
(estimation du montant des crédits redéployés à ce titre par les établissements) _____

-apport aux établissements les moins bien dotés _____

ou -écart par rapport au taux moyen régional de reconduction
(estimation du montant correspondant) _____

5.3. Amplitude de l'écart d'évolution entre établissements les mieux dotés et les moins dotés

- Rappel du taux d'évolution de la DR : _____ %
- Taux d'évolution moyen au 01/02/02 : _____ %*

	% d'évolution des dépenses encadrées pour l'établissement dont le taux est le plus faible *	% d'évolution des dépenses encadrées pour l'établissement dont le taux est le plus élevé*
- Centres hospitaliers généraux		
- Centres hospitaliers psychiatriques		
- Etablissements privés		

5.4. Evolution des dépenses du CHR (Si plus d'un CHR, répondre pour chaque CHR en les nommant) :

- Taux d'évolution des dépenses encadrées au 1er janvier 2002 par rapport aux dépenses encadrées au dernier budget approuvé * _____
- Taux d'évolution au total des dépenses approuvées ** au 1er janvier 2002 par rapport au total du dernier budget autorisé. _____

5.5. Evolution des dépenses des CLCC

- Taux d'évolution des dépenses encadrées au 1er janvier 2002 par rapport aux dépenses encadrées au dernier budget approuvé * _____
- Taux d'évolution au total des dépenses autorisées au 1er janvier 2001 par rapport au total du dernier budget autorisé**. _____

* Par rapport aux dépenses encadrées du dernier budget approuvé (crédits non reconductibles exclus et hors effets de champ éventuels).

** crédits non reconductibles inclus
Commenter, en cas de besoin, les valeurs extrêmes

5.6. Répartition de la dotation régionalisée en montant
(5.6.=a+b+c+d+e+f)

a) au titre de la reconduction jugée nécessaire des budgets : _____

dont au titre de la revalorisation des traitements : _____

b) au titre du financement de mesures intégrées à la dotation régionalisée
y compris effets reports (hors mesures de santé publique) _____

dont mesures revalorisation des filières : _____

c) au titre des mesures de santé publique détaillez : _____

c') médicaments coûteux : _____

c'') « dotation incompressible de santé publique »
précisez les mesures qui ont fait l'objet d'une attribution de crédits
dès les budgets primitifs : _____

-

-

-

-

c''') autres mesures de santé publique _____

d) au titre des priorités régionales
(en sus de la dotation incompressible de santé publique) Total : _____

Précisez vos principales priorités

-

-

-

e) au titre de la RTT
- pour les personnels non médicaux _____

- pour les personnels médicaux _____

f) fongibilité
(vers les soins de longue durée ou le médico-social)

(distinguer les soins de longue durée, les personnes âgées
et les personnes handicapées) _____

g) autres
(à détailler) _____

6) Signaler les établissements dans lesquels la notification des budgets primitifs peut susciter des tensions

Dépenses hospitalières encadrées pour 2002
 (hors soins de longue durée)

CONSTRUCTION DES DOTATIONS REGIONALISEES (Ressources)	EMPLOIS DE LA DOTATION REGIONALISEE
Taux moyen d'évolution des dotations régionalisées de métropole (hors RTT) 3,23%	
<i>Taux de reconduction (moyenne nationale)</i> 1,14%	1 ^o) Reconduction des moyens / Evolution du coût des facteurs Effet GVT (0,44% en moyenne nationale) Effet des mesures salariales générales anticipées (effet report des mesures salariales générales 2001, 0,5% au 1er mars 2002 et 0,7% au 1er décembre 2002, soit en moyenne nationale 0,7%) Economies sur la reconduction (-0,22%) 2 ^o) Extension en année pleine des mesures spécifiques engagées en 2001 Filières soignantes Autres filières Maintien des quotas des IFSI Stages et frais de déplacement des élèves infirmiers Prime de SPE des PH Prime SPE des MCU-PH Création postes de PH Création de postes d'assistants Tarifs des PSL Reprise des prisons 13000 3 ^o) Mesures nouvelles accompagnées d'un financement spécifique délégué immédiatement 3.1) Mesures de santé publique et d'organisation des soins Soins palliatifs et lutte contre la douleur (plan cancer) Lutte contre le tabagisme (plan cancer) Psychologues (plan cancer) Radiothérapie (renforcement du personnel) Désinfection des dispositifs médicaux Achat de matériel à usage unique Conformité des services de stérilisation (investissement) Plan greffes Lutte contre les addictions Lutte contre l'hépatite C HAD Psychiatrie: mise en œuvre des SROS Psychiatrie: coordination lutte contre la délinquance Plan démence Santé des détenus Aide aux investissements de sécurité sanitaire 3.2) Molécules innovantes: enveloppes fléchées 3.3) Autres mesures Tomographie à émission de positons Lutte contre le sida (PMA) Frais de fonctionnement des IFSI Ecoles d'aides soignantes Revalorisation des directeurs Médecine du travail Transformation PAC en PH
<i>Mesures molécules innovantes</i> 0,39%	
<i>Mesures nouvelles intégrées immédiatement</i> 0,13%	
<i>Provision pour mesures salariales générales et augmentation de la cotisation FEH</i> 0,36%	Augmentation du point d'indice Augmentation de la cotisation FEH
Taux d'évolution des dotations régionalisées (y compris RTT) 4,37%	

Régionalisation des mesures générales

Les données sont en milliers d'euros

Régions	Mesures salariales générales				Effet GVT	Economies sur la reconduction	TOTAL
	Effet report de l'augmentation de 0,5% au 01/05/01 et 0,7% au 01/11/01	Mesures bas salaires (effet report)	Effet masse de l'augmentation de 0,5% au 01/03/02 et 0,7% au 01/12/02				
Alsace	7 618,31	908,34	4 870,76		6 521,10	-3 194,02	16 724,49
Aquitaine	9 959,11	1 187,44	6 367,35		8 524,77	-4 175,42	21 863,25
Auvergne	4 982,08	594,02	3 185,29		4 264,54	-2 088,77	10 937,16
Bourgogne	5 499,94	655,76	3 516,39		4 707,83	-2 305,89	12 074,04
Bretagne	11 060,78	1 318,79	7 071,71		9 467,77	-4 637,30	24 281,74
Centre	7 405,88	883,01	4 734,95		6 339,26	-3 104,96	16 258,14
Champagne-Ardenne	4 715,01	562,18	3 014,54		4 035,94	-1 976,80	10 350,88
Corse	858,15	102,32	548,66		734,56	-359,78	1 883,90
Franche-Comté	4 221,75	503,36	2 699,17		3 613,72	-1 769,99	9 268,01
Ile-de-France	48 548,43	5 788,49	31 039,44		41 556,36	-20 354,24	106 578,49
Languedoc-Roussillon	7 516,96	896,26	4 805,97		6 434,34	-3 151,53	16 501,99
Limousin	3 101,09	369,75	1 982,68		2 654,47	-1 300,15	6 807,84
Lorraine	9 868,97	1 176,69	6 309,73		8 447,62	-4 137,63	21 665,37
Midi-Pyrénées	8 723,02	1 040,06	5 577,07		7 466,71	-3 657,18	19 149,67
Nord-Pas-de-Calais	13 707,10	1 634,31	8 763,63		11 732,97	-5 746,79	30 091,23
Basse-Normandie	5 671,94	676,27	3 626,35		4 855,05	-2 377,99	12 451,61
Haute-Normandie	5 647,17	673,32	3 610,52		4 833,85	-2 367,61	12 397,24
Pays-de-la-Loire	10 126,71	1 207,42	6 474,51		8 668,23	-4 245,69	22 231,18
Picardie	6 703,13	799,22	4 285,65		5 737,73	-2 810,33	14 715,40
Poitou-Charentes	5 491,12	654,71	3 510,75		4 700,28	-2 302,19	12 054,67
Provence-Alpes-Côte d'Azur	16 896,10	2 014,54	10 802,52		14 462,68	-7 083,80	37 092,05
Rhône-Alpes	20 938,75	2 496,55	13 387,19		17 923,10	-8 778,70	45 966,88
France métropolitaine	219 261,49	26 142,81	140 184,83		187 682,87	-91 926,76	481 345,24
Guadeloupe	1 431,39	169,97	915,16		1 220,21	-615,66	3 121,07
Guyane	635,26	75,43	406,16		541,54	-273,24	1 385,16
Martinique	1 787,00	212,19	1 142,52		1 523,36	-768,61	3 896,46
Réunion	2 117,24	251,41	1 353,66		1 804,88	-910,65	4 616,53
DOM	5 970,90	709,00	3 817,49		5 089,99	-2 568,16	13 019,22
France entière	225 232,39	26 851,81	144 002,33		192 772,86	-94 494,92	494 364,46

Extension en année pleine des mesures spécifiques engagées en 2001

Tes données sont en milliers d'euros

Régions	Filières	Filières soignantes	Maintien quota IFSI 2001	Stages élèves infirmiers	Déplacements élèves infirmiers	Prime SPE PII	Prime MCU/PH	Créations postes PII	Création postes assistants	Tarifs PSL	Prisons 13000	Total effets reports
Alsace	1 497,66	6 776,36	390,27	994,38	310,39	560,40	202,94	148,64	24,09	635,56	0,00	11 540,69
Aquitaine	1 756,67	9 342,08	682,97	1 473,12	459,48	984,52	183,43	148,64	361,30	831,00	145,59	16 368,80
Auvergne	904,48	4 680,18	292,70	712,13	222,27	411,15	82,93	148,64	168,61	415,73	0,00	8 038,83
Bourgogne	1 079,03	4 969,84	357,80	897,61	280,20	499,27	66,35	247,73	240,87	458,87	482,04	9 579,64
Bretagne	2 024,22	10 332,99	650,50	1 267,00	395,45	1 190,02	180,50	346,82	144,52	922,77	0,00	17 454,80
Centre	1 493,39	7 011,13	455,37	1 282,63	400,33	837,55	101,47	247,73	216,78	617,88	201,08	12 865,34
Champagne-Ardenne	952,65	4 389,01	227,61	668,91	208,55	459,33	77,08	198,18	144,52	393,32	136,75	7 855,90
Corse	161,75	727,18	32,47	76,47	23,78	93,91	0,00	49,55	96,35	71,65	0,00	1 333,10
Franche-Comté	726,88	3 910,32	227,61	651,95	203,37	401,70	53,66	198,18	192,70	352,31	0,00	6 918,67
Ile-de-France	8 919,79	40 725,23	3 284,67	6 671,45	2 081,54	4 274,98	1 323,99	495,46	529,91	4 050,57	1 064,09	73 421,68
Languedoc-Roussillon	1 403,60	6 593,42	422,74	1 076,17	335,69	756,60	195,13	198,18	144,52	627,18	514,67	12 267,91
Limousin	568,48	2 904,15	195,13	552,21	172,27	291,33	53,66	99,09	96,35	258,71	194,83	5 386,22
Lorraine	1 852,10	9 055,47	682,97	1 651,99	515,28	673,21	101,47	198,18	216,78	823,38	167,69	15 938,53
Midi-Pyrénées	1 642,94	7 980,71	325,17	1 044,92	325,94	972,78	192,21	148,64	144,52	727,79	0,00	13 505,61
Nord-Pas-de-Calais	2 506,11	11 918,46	943,20	2 590,85	808,28	1 157,09	175,62	247,73	240,87	1 143,67	953,57	22 685,46
Basse-Normandie	1 072,33	5 273,21	292,70	832,81	259,77	520,46	72,20	198,18	144,52	473,20	192,24	9 331,63
Haute-Normandie	1 093,36	5 064,36	455,37	1 114,40	347,58	575,65	68,30	198,18	240,87	471,22	0,00	9 629,29
Pays-de-la-Loire	1 857,59	9 582,95	617,88	1 308,56	408,26	1 031,17	191,23	148,64	240,87	844,87	0,00	16 232,31
Picardie	1 294,60	5 893,68	650,50	1 081,49	337,22	620,32	59,52	198,18	240,87	559,34	0,00	10 935,70
Poitou-Charentes	972,62	4 837,21	292,70	824,83	257,33	659,04	55,61	148,64	48,17	458,11	0,00	8 554,27
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 095,93	14 037,51	650,50	2 012,37	627,79	1 499,03	239,04	346,82	361,30	1 409,70	1 801,19	26 081,18
Rhône-Alpes	4 034,72	17 949,35	1 235,90	3 075,58	959,51	1 948,91	359,05	346,82	337,22	1 747,07	433,87	32 427,99
France métropolitaine	40 910,91	193 954,79	13 366,73	31 861,84	9 940,29	20 418,72	4 035,39	4 706,86	4 576,52	18 293,88	6 287,61	348 353,54
Guadeloupe	300,32	1 436,95	45,58	59,46	34,15	153,82	3,90	59,46	57,93	134,76	0,00	2 286,33
Guyane	87,35	417,90	45,58	15,24	8,84	56,41	0,00	69,36	33,54	59,76	0,00	794,05
Martinique	410,39	1 963,59	45,58	34,76	19,82	168,00	3,90	59,46	86,90	168,30	0,00	2 960,70
Réunion	334,63	1 601,07	182,33	100,31	57,63	249,10	0,00	138,73	134,16	199,40	0,00	2 997,35
DOM	1 132,70	5 419,56	319,08	209,77	120,43	627,33	7,81	327,00	312,52	562,23	0,00	9 038,43
France entière	42 043,91	199 374,35	13 685,65	29 430,28	10 060,72	21 046,04	4 043,19	5 033,87	4 889,04	18 856,11	6 287,61	357 391,96

Enveloppes régionales déléguées en 2002 pour les médicaments innovants

En milliers d'euros ARH	I) Crédits délégués 2002 pour PR - anti TNF α (1)	dont Nouveaux patients 2002	dont Poursuites 2002 des traitements CHU accordés en 2001(4)	dont poursuites 2002 des trait non CHU accordés en 2001	II) Médicaments innovants Cancer (2)	III) Autres médicaments innovants (3)	Total délégué Médicaments innovants
Alsace	1 331,18	980,74	300,29	50,15	2 919,92	1 162,20	5 413,30
Aquitaine	2 142,98	1 644,82	407,91	90,25	4 045,26	1 809,85	7 998,09
Auvergne	960,12	740,23	191,89	28,00	2 030,12	838,97	3 829,21
Bourgogne	1 207,09	910,57	227,34	69,18	2 456,01	1 036,59	4 699,69
Bretagne	2 213,56	1 643,59	491,30	78,67	3 874,90	1 814,49	7 902,95
Centre	1 716,88	1 380,12	285,53	51,23	3 015,63	1 441,06	6 173,57
Corse	152,91	147,15		5,76	252,21	133,79	538,91
Champagne-Ardennes	1 028,57	759,17	215,62	53,78	1 801,82	841,80	3 672,19
Franche-Comté	848,23	631,75	186,48	30,00	1 689,40	721,43	3 259,06
Ile-de-France	8 532,87	6 193,89	2 045,37	293,61	17 142,29	7 225,33	24 367,62
Languedoc-Roussillon	1 804,54	1 298,30	461,06	44,58	2 633,63	1 401,24	5 839,41
Limousin	561,47	402,07	121,50	37,90	1 320,63	497,78	2 379,88
Lorraine	1 697,37	1 306,63	253,92	130,82	3 117,42	1 423,73	6 238,52
Midi-Pyrénées	1 881,22	1 443,10	378,37	59,75	2 728,54	1 486,37	6 096,13
Nord-Pas-de-Calais	3 096,09	2 260,26	707,02	128,81	4 906,98	2 462,40	10 465,47
Basse-Normandie	1 079,49	804,32	243,19	31,98	1 840,95	879,81	3 800,25
Haute-Normandie	1 519,31	1 006,78	475,45	37,08	2 112,35	1 140,30	4 771,96
Pays de la Loire	2 271,95	1 822,23	371,08	78,64	3 842,55	1 887,55	8 002,05
Picardie	1 361,06	1 050,49	279,13	31,44	2 267,45	1 113,72	4 742,23
Poitou-Charente	1 300,54	927,54	344,70	28,30	2 328,33	1 060,92	4 689,79
PACA	3 450,23	2 548,45	802,04	99,74	6 022,48	2 896,74	12 969,45
Rhône-Alpes	4 310,19	3 192,75	895,57	221,87	8 575,10	3 658,93	16 544,22
Total métropole	44 467,85	33 094,95	9 685,36	1 687,54	81 523,97	36 935,00	162 926,82
Guadeloupe	321,06	238,94	82,12		191,63		512,69
Guyane	119,37	88,91		30,46	71,19		190,56
Martinique	289,81	215,72	74,09		173,03		462,84
Reunion	536,62	399,45		137,17	320,30		856,92
TOTAL	45 734,71	34 037,97	9 841,57	1 855,17	82 280,12	36 935,00	164 949,83

Répartition régionale des crédits

(1) - anti TNF α : sur la base des dotations 2001 pour les poursuites de traitement, et sur la base de la population pour les nouveaux patients

à prendre en charge en 2002 .

(2) - Cancer : prise en compte de la population régionale et des consommations régionales en molécules coûteuses en cancérologie par les établissements sous dotation globale

(3)- Autres médicaments innovants : prise en compte de données populationnelles

(4) - Il est joint en annexe un tableau détaillant par CHU, les enveloppes déléguées pour les poursuites de traitements dans les CHU, sur la base du protocole médico-économique initié en 2001

Polyarthrite Rhumatoïde - anti TNF α-
crédits délégués pour les poursuites de traitements initiés en 2001 dans les CHU

CHU	dont Poursuites 2002 des traitements CHU accordés en 2001 en milliers d'euros
Strasbourg	300,29
Bordeaux	407,91
Clermont Fd	191,89
Dijon	227,34
Rennes	204,69
Brest	286,61
Tours	285,53
Reims	215,62
Besançon	186,48
APHP	2 045,37
Montpellier	426,12
Nîmes	35,54
Limoges	121,50
Nancy	253,92
Toulouse	378,37
Lille	707,02
Caen	243,19
Rouen	475,45
Angers	148,47
Nantes	222,61
Amiens	279,13
Poitiers	344,70
Marseille	401,02
Nice	401,02
St Etienne	131,05
Grenoble	318,90
Lyon	445,62
Métropole	9 685,36
Pont à Pitre	82,12
Fort de France	74,09
Total	9 841,57

Mesures spécifiques intégrées dans les dotations régionalisées

Paris, le 04/01/2002

Régions	Tomographie à émission de positons	Lutte contre le SIDA (PMA et lipodystrophie)	Frais de fonctionnement des IFSI	Ecole d'aides-soignantes	Revalorisation directeurs	Médecine du travail	Transformation PAC en PII
Alsace	228,67	133,39	228,67	261,60	137,20	152,45	486,99
Aquitaine	-	-	348,05	484,18	213,43	76,22	540,38
Auvergne	-	-	157,17	214,95	121,96	76,22	859,99
Bourgogne	-	-	194,37	168,91	167,69	76,22	1 035,48
Brétagne	457,35	-	447,29	452,16	390,37	-	1 382,88
Centre	-	-	294,38	339,20	213,43	228,67	1 129,71
Champagne-Ardenne	228,67	-	160,07	178,21	152,45	228,67	567,28
Corse	-	-	17,07	32,62	30,49	-	177,83
Franche-Comté	228,67	-	142,84	165,25	121,96	152,45	849,08
Ile-de-France	762,25	202,76	1 640,20	1 203,43	1 524,49	228,67	4 691,42
Languedoc-Roussillon	-	-	245,75	332,03	198,18	76,22	494,11
Limousin	121,96	-	119,98	132,78	106,71	-	788,11
Lorraine	228,67	-	357,19	284,16	274,41	-	1 274,12
Midi-Pyrénées	-	204,28	222,88	322,28	243,92	228,67	480,17
Nord-Pas-de-Calais	457,35	-	677,18	404,29	304,90	228,67	2 333,00
Basse-Normandie	-	-	182,94	219,98	152,45	-	701,93
Haute-Normandie	-	-	242,85	200,17	137,20	-	1 915,38
Pays-de-la-Loire	457,35	-	297,12	538,30	274,41	152,45	1 362,51
Picardie	-	-	291,48	198,95	167,69	76,22	2 413,28
Poitou-Charentes	-	-	185,68	163,73	182,94	76,22	934,44
Provence-Alpes-Côte d'Azur	121,96	-	428,53	615,28	457,35	228,67	928,77
Rhône-Alpes	-	96,81	740,14	709,96	518,33	-	1 331,69
France métropolitaine	3 292,90	637,24	7 622,45	7 622,45	6 097,96	2 286,74	26 678,58
Guadeloupe	-	-	31,10	3,96	76,22	-	284,71
Guyane	-	-	31,10	63,72	9,15	-	173,23
Martinique	-	-	31,10	67,84	82,32	-	170,56
Réunion	-	-	108,70	77,44	52,44	-	116,83
DOM	-	-	201,99	212,97	220,14	-	745,32
France entière	3 292,90	637,24	7 824,45	7 835,42	6 318,10	2 286,74	27 423,90

Dotations régionalisées de dépenses hospitalières
pour 2002
Apports de péréquation

Les données sont en milliers d'euros

Régions	Apports de péréquation
Alsace	4 634,68
Aquitaine	2 205,82
Auvergne	121,66
Bourgogne	3 485,99
Bretagne	6 137,14
Centre	3 902,07
Champagne-Ardenne	760,00
Franche-Comté	3 858,30
Limousin	1 003,21
Lorraine	3 587,80
Nord-Pas-de-Calais	25 972,63
Basse-Normandie	2 734,61
Haute-Normandie	3 539,93
Pays-de-la-Loire	6 142,95
Picardie	13 947,48
Poitou-Charentes	17 459,92
Rhône-Alpes	1 865,97
Guadeloupe	4 551,34
Guyane	2 019,93
Martinique	5 682,06
Réunion	6 732,11

**Financement de la RTT dans les établissements publics de santé
(hors SLD)**

Tes données sont en milliers d'euros

Régions	Nombre total d'emplois à créer hors médecins (ETP)	Coût total hors médecins (en dépenses encadrées)	Nombre d'emplois à créer en 2002 hors médecins (ETP)	Nombre d'heures supplémentaires à financer en 2002 hors médecins (ETP)	Coût 2002 hors médecins (créations de postes) (1)	Coûts 2002 hors médecins (heures supplémentaires) (2)	Coût 2002 médecins (3)	Total crédits alloués en 2002 (en dépenses encadrées) en milliers d'euros	CET : Nombre d'ETP à pourvoir (hors médecins)	Financement du CET hors médecins (crédits non délégués en 2002)
Alsace	1 146	41 505,47	302	85	10 937,77	2 400,93	3 005,03	16 343,73	651	22 577,77
Aquitaine	1 613	58 419,13	425	119	15 392,56	3 361,30	4 228,93	22 982,79	917	33 211,70
Auvergne	768	27 815,19	202	57	7 315,99	1 610,04	2 009,98	10 936,01	430	15 790,95
Bourgogne	940	34 044,63	247	70	8 945,79	1 977,24	2 457,75	13 380,78	534	19 340,29
Bretagne	1 719	62 258,21	453	127	16 406,65	3 587,27	4 507,54	24 501,46	977	35 384,77
Centre	1 349	48 857,66	355	100	12 857,31	2 824,62	3 532,40	19 214,33	766	27 742,82
Champagne-Ardenne	868	31 436,95	228	64	8 257,65	1 807,76	2 268,70	12 334,11	493	17 835,36
Corse	152	5 505,09	40	11	1 448,71	310,71	398,02	2 157,44	86	3 114,73
Franche-Comté	700	25 352,38	184	52	6 664,07	1 468,80	1 830,88	9 963,75	398	14 414,68
Ile-de-France	6 767	245 085,10	1 782	501	64 540,08	14 151,36	17 731,65	96 423,09	3 847	139 329,79
Languedoc-Roussillon	1 178	42 664,44	310	87	11 227,51	2 457,42	3 084,63	16 769,56	670	24 265,91
Limousin	532	19 267,81	140	39	5 070,49	1 101,60	1 393,06	7 565,15	303	10 971,99
Lorraine	1 409	51 030,72	371	104	13 436,80	2 937,61	3 691,61	20 066,01	801	29 010,44
Midi-Pyrénées	1 374	49 763,11	362	102	13 110,84	2 881,12	3 602,05	19 594,00	781	28 286,08
Nord-Pas-de-Calais	2 079	75 296,58	547	154	19 811,12	4 349,92	5 442,88	29 603,92	1 181	42 773,19
Basse-Normandie	922	33 392,71	243	68	8 800,92	1 920,74	2 417,95	13 139,62	524	18 978,12
Haute-Normandie	948	34 334,37	249	70	9 018,23	1 977,24	2 477,65	13 473,12	539	19 521,38
Pays-de-la-Loire	1 717	62 185,77	452	127	16 370,44	3 587,27	4 497,59	24 455,30	976	35 348,55
Picardie	1 123	40 672,47	296	83	10 720,46	2 344,44	2 945,32	16 010,22	639	23 143,16
Poitou-Charentes	962	34 841,42	253	71	9 163,10	2 005,48	2 517,46	13 686,04	547	19 811,12
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 426	87 864,11	639	180	23 143,16	5 084,32	6 358,32	34 585,80	1 379	49 944,31
Rhône-Alpes	3 132	113 433,80	824	232	29 843,45	6 553,13	8 199,15	44 595,72	1 780	64 467,64
France métropolitaine	33 824	1 225 027,13	8 904	2 503	322 453,09	70 700,32	88 598,54	481 781,94	19 225	696 286,76
Guadeloupe	210	10 756,80	55	16	2 817,26	638,58	774,01	4 229,85	119	6 095,52
Guyane	64	3 278,26	17	5	870,79	199,56	219,24	1 309,58	36	1 844,02
Martinique	258	13 215,50	68	19	3 483,16	758,31	956,96	5 198,42	147	7 529,76
Réunion	244	13 658,94	64	18	3 582,67	785,11	900,67	5 268,45	139	7 781,12
DOM	776	40 909,51	204	58	10 753,88	2 381,56	2 870,87	16 006,30	441	23 250,41
France entière	34 600	1 265 936,64	9 108	2 561	333 236,96	73 081,87	91 469,41	497 788,25	19 666	719 517,19

(1) le coût d'un ETP est valorisé à 36 217,77 euros/an en métropole

(2) le coût d'un ETP en heures supplémentaires est valorisé à 28 246,23 euros/an en métropole

(3) une enveloppe complémentaire de 15,24 millions d'euros vous sera déléguée ultérieurement