



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE LA CORREZE

RECUEIL

DES ACTES ADMINISTRATIFS

PREFECTURE DE LA CORREZE

N° 1 BIS du 20 janvier 2003

RECUEIL SPECIAL

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION

**ALLOCATION DE RESSOURCES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE
SOUS DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT**

1 - Délibération de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation du Limousin	page 3
2 - Note d'orientations 2003 - campagne budgétaire 2003	page 3
3 - Lettre de cadrage	page 4

CERTIFIÉ CONFORME,

POUR LE SECRETAIRE GÉNÉRAL ABSENT,
L'ATTACHE DE PREFECTURE,
CHEF DE BUREAU,

PHILIPPE GARRIGOU-GRANDCHAMP

**RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS DE
LA PREFECTURE DE LA CORREZE**

DOCUMENT EDITE PAR LA PREFECTURE DE LA CORREZE

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
LE SECRETAIRE GENERAL DE LA PREFECTURE**

**CONCEPTION, MONTAGE, P.A.O. ET IMPRESSION :
BUREAU DES MOYENS ET DE LA LOGISTIQUE**

DEPOT LEGAL : 1945

POUR LE RAA DE LA PRÉFECTURE N° ISSN : 0992-9444

*Coût de l'abonnement : 70 euros pour l'année 2003
S'adresser au bureau des moyens et de la logistique à la Préfecture*

REGION LIMOUSIN

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DU LIMOUSIN

1 - Délibération de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation du Limousin.

(EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS)

Séance du 17 décembre 2002

L'an deux mille deux, le dix sept décembre, le Président, M. Jean-Louis DURAND-DROUHIN, directeur de l'ARH du Limousin, a procédé à une consultation écrite de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation du Limousin.

Ont participé :

Avec voix délibérative :

Mme MOTTET, Mme le Dr PISSAVY, M. le Dr DELFORGE, MM. BAUTISTA, HERBUEL-LEPAGE, RECUGNAT, RUAN, SANCHEZ, THOMAS, TURCANT.

Le quorum étant atteint, la commission exécutive de l'ARH du Limousin délibère comme suit :

Délibération n° 2002-034 portant sur les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé sous dotation globale

LA COMMISSION EXECUTIVE DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DU LIMOUSIN

VU l'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

VU l'article L. 710-20-2 du code de la santé publique ;

VU les avis du comité régional d'organisation sanitaire et social du Limousin du 12 décembre 2002 ;

DECIDE

Article 1er : La note sur les orientations de la campagne budgétaire 2003 figurant en annexe, est adoptée.

Article 2 : Les voies de recours contre la présente délibération sont exercées devant le tribunal administratif de LIMOGES.

Article 3 : L'agence régionale de l'hospitalisation du Limousin est chargée de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au recueil des actes administratifs des Préfectures de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse.

Fait à Limoges, le 31 décembre 2002

Le président de la commission exécutive
de l'agence régionale de
l'hospitalisation du Limousin

Jean-Louis DURAND-DROUHIN

2 - Note d'orientations 2003 - campagne budgétaire 2003

INTRODUCTION

Plusieurs échéances rythment le fonctionnement du système hospitalier. Les campagnes budgétaires constituent des moments forts qui contribuent à mobiliser des moyens nécessaires à une offre de soins adaptée à la population. Depuis sa création, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Limousin s'est attachée à accomplir son devoir d'information lors de chaque exercice budgétaire.

Ainsi, en avril 2002, l'ensemble des présidents des conseils d'administration des établissements de santé sous dotation globale de financement a été destinataire de la lettre de cadrage pour l'exercice 2003 (cf annexe 1). Celle-ci rappelle les orientations fondamentales, les priorités retenues ainsi que les principales règles de l'allocation de ressources.

Pour compléter cette communication, les bilans définitifs des campagnes budgétaires 2001 et 2002 sont également joints (cf annexes 2 et 3).

1/ La dotation régionale des dépenses hospitalières

Pour 2003, la DRH du Limousin s'élève à 670 777,33 Keuros et présente un taux d'évolution de 5,40 % pour une moyenne France entière de 4,99 %.

Les mesures nouvelles sont réparties en (Keuros) :

➤ Mesures salariales générales (effet report 2002 et GVT)	6 144,40
➤ Mesures catégorielles PM et PNM	4 775,48
➤ Mesures de santé publique	4 455,21
- Dont mesures impérativement fléchées	102,78
- Dont molécules coûteuses	2 706,76
➤ Provision	5 497,72
➤ Effort de productivité	- 1 903,34
➤ Péréquation interrégionale	1 194,51
	20 163,91

La péréquation entre les régions se fonde sur les indicateurs suivants :

⇒ Les dépenses hospitalières par habitant hospitalisable dans le secteur public (indicateur de besoin sanitaire) : le Limousin se situe au 11ème rang sur les 21 régions de la France métropolitaine et en dessous de la valeur moyenne (Limousin 29 251 – France 30 617).

⇒ La valeur régionale 2001 du point ISA (indicateur de production sanitaire, issu du PMSI) : Le Limousin se positionne au 5ème rang des régions les plus performantes d'un point de vue médico-économique et présente une valeur de point ISA de 12,12 F pour une moyenne nationale de 13,18 F (pour mémoire, la région présentait au PMSI 2000 la valeur la plus basse, soit 11,44 F pour une moyenne de 12,68 F).

2/ Rappel des axes d'interventions prioritaires de l'ARH pour 2003

Parmi les principaux objectifs à atteindre que s'est fixée l'ARH, il est rappelé ici les axes d'interventions prioritaires pour la prochaine année, dont le financement est nécessaire.

La contractualisation

Fin 2002, 9 contrats ont été signés concernant les établissements suivants :

- CH de Brive (protocole d'accord signé en novembre 2001)
- Hôpital local de Bort-Les-Orgues (CPOM signé en novembre 2001)
- CH de Saint-Junien (CPOM signé en novembre 2001)
- Hôpital de Saint-Léonard-de-Noblat (CPOM signé en novembre 2001)
- CH de Guéret (CPOM signé en octobre 2002)
- CH de Saint-Vaury (CPOM signé en octobre 2002)
- CH de Saint-Yrieix (CPOM signé en novembre 2002)
- Centre de Conval. de la Chênaie à Verneuil S/V. (CPOM signé en novembre 2002)
- Foyer de Post-Cure de Brive (CPOM signé en novembre 2002)

Les engagements financiers programmés au titre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des protocoles d'accord signés constituent des préalables, fondés sur des objectifs prioritaires, déterminants, partagés et négociés entre chaque établissement de santé et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

D'ores et déjà, 2.845.311 euros sont réservés. Ce montant sera majoré des futurs engagements prévus début 2003 pour les contrats avec le CHRU de Limoges et l'Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin.

L'exécution du SROS 1999 - 2004

Un accompagnement financier s'imposera autour de trois grands axes de planification.

↳ La poursuite de l'exécution de la mise en conformité des autorisations en matière de prise en charge des Urgences et de la Périnatalité, sur la base des programmations pluriannuelles définies respectivement depuis 1999 et 2000.

↳ L'exécution des recommandations prioritaires des volets additifs portant sur le diabète, les insuffisances rénales chroniques, les soins palliatifs et la douleur.

↳ Les ajustements nécessaires au regard de l'évaluation d'étape de la mise en œuvre du SROS, lancée en 2002 et dont les résultats seront communiqués au cours de premier semestre 2003.

L'aide à l'investissement

Il s'agit de poursuivre la politique d'investissements déjà engagée et contractualisée avec les Centres Hospitaliers de Guéret, de Brive, de La Chênaie. A cet effet, la consolidation et le renforcement des dépenses du groupe 4 (amortissements et frais financiers) constitue un objectif prioritaire pour l'Agence.

D'autres projets seront également soutenus, dans le cadre de la démarche " Hôpital 2007 ", à savoir ceux du CHRU, notamment pour la création de l'Hôpital Mère-Enfant, du CH Esquirol, de La Souterraine, de l'Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin.

Les opérations de restructuration logistique seront encouragées : la blanchisserie du Centre Hospitalier de Saint-Junien et du Long Séjour de Rochechouart, la blanchisserie relevant de la compétence du Syndicat Interhospitalier Brive/Tulle/Ussel ainsi que la cuisine interhospitalière des Centres Hospitaliers de Guéret/Saint-Vaury/Bourgnaneuf.

Le volet social

➤ La promotion professionnelle

L'accompagnement social connaît une montée en charge importante. Au titre de 2003, les crédits de remplacement " Protocole Aubry du 14 mars 2000 " seront intégrés dans la base budgétaire des établissements, à hauteur des 70 % prévus dans l'accord national pour les remplacements courants. Après avis du Comité Régional de Suivi, une mutualisation des 30 % restant est mise en œuvre afin de soutenir efficacement les actions de promotion professionnelle des établissements. Ils disposeront ainsi de moyens budgétaires étendus :

- moyens existants dans les établissements (base 2000)
- enveloppe mutualisée de 30 %
- enveloppe FMES

Ces deux dernières enveloppes sont réparties après appels à projets.

➤ L'ARTT du personnel médical et non médical

La région Limousin a obtenu 1,54 % de l'enveloppe nationale, soit l'équivalent de 770 postes sur 3 ans dont :

- 532 ETP pour le sanitaire,
- 64 ETP pour les SLD,
- 174 ETP pour le social et le médico-social.

La mise en œuvre des moyens, à savoir les emplois créés, les heures supplémentaires et le compte épargne temps mobilisé fait l'objet d'un suivi par un Comité Régional de Suivi.

Pour le personnel médical, au niveau de chaque secteur sanitaire, la mise en œuvre de l'ARTT a conduit à effectuer des travaux spécifiques associant des professionnels. Un accompagnement à hauteur de 72,7 ETP est programmé sur la période 2002-2005 (soit + 14% des effectifs permanents).

Au-delà de ces priorités majeures, plusieurs actions sont également ciblées ; elles sont présentées de façon exhaustive dans la lettre de cadrage qui suit.

3 - Lettre de cadrage

CAMPAGNE BUDGETAIRE 2003

ANNEXE 1

(information supplémentaire sur les annexes en dernière page)

A l'intention de Mmes et MM. les présidents des conseils d'administration des établissements de santé sous dotation globale de financement

La présente note de cadrage vise à rappeler de façon succincte la politique poursuivie par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation afin de permettre aux établissements sanitaires d'établir leur rapport d'orientation budgétaire pour l'exercice 2003 en connaissance de causes. L'attention des responsables d'établissement est à nouveau attirée sur l'importance de ce document qui permet de fonder les travaux budgétaires de l'ARH. Les propositions budgétaires définitives établies par l'établissement au mois d'octobre doivent être en conformité avec le Rapport d'Orientation Budgétaire délibéré par les instances au cours du mois de juin.

Dans le cadre formalisé du déroulement de la campagne budgétaire la note d'orientations définitive fera l'objet d'une présentation au CROSS au cours du dernier trimestre 2002.

Ainsi, au titre de la campagne budgétaire 2002, il est à nouveau rappelé les objectifs poursuivis :

- Accompagner la mise en œuvre du SROS 1999-2004,

- Assurer la mise en conformité des autorisations et plus particulièrement en matière de prise en charge des Urgences et de la Périnatalité. Dans ces domaines, une programmation pluriannuelle a été définie depuis 1999 pour les Urgences dont les urgences psychiatriques et depuis 2000 pour la périnatalité,

- Assurer la sécurité sanitaire des établissements par une mise à niveau tant des installations que des équipes médicales et soignantes,

- Répartir l'enveloppe régionale hospitalière limitative sur la base d'une réduction des inégalités, par un rééquilibrage progressif et négocié des bases de référence. A cet effet, parmi d'autres paramètres rappelés précédemment, des critères sont déterminants pour l'attribution des moyens tels que l'activité, l'attraction et la productivité des établissements issus du PMSI.

Au-delà de ces paramètres traditionnels, afin de préparer le rééquilibrage des bases de référence dès l'instruction des Rapports d'Orientations Budgétaires, l'Agence incite les établissements à s'inscrire dans cette problématique. D'ores et déjà, pour les établissements qui apparaissent surdotés, les mesures d'économies susceptibles d'être réalisées devront être listées. A contrario, les établissements sousdotés devront cibler les mesures à prendre pour répondre aux tensions.

- Allouer les éventuels crédits supplémentaires au financement des priorités de santé publique et du SROS.

LE BILAN DEFINITIF DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE 2001

La répartition définitive de la campagne budgétaire 2001, par établissement et par mesure, est diffusée dans le présent document (tableaux joints en annexe).

Avec une base de reconduction de 574 021 010,52 euros, la DRH allouée initialement à la région Limousin s'est élevée à 594.815.056,48 euros. Après abondements de fin de campagne, la DRH définitive pour la région du Limousin s'est élevée à 604 655 792,99 euros soit une évolution finale de 5,34%.

DRH de référence	574 021 010,00 Ä	3 765 330 996,57 F	
Péréquation inter-régionale	899 754,10 Ä	5 902 000,00 F	0,16%
Evolution DRH initiale	17 535 600,66 Ä	115 026 000,00 F	3,05%
Evolution supplémentaire	4 958 099,91 Ä	32 523 003,43 F	0,86%
Tensions budgétaires	7 241 328,32 Ä	47 500 000,00 F	1,26%
TOTAL DRH 2001	604 655 792,99 Ä	3 966 282 000 F	5,34%
dont moyens supplémentaires	30 634 782,99 Ä 5,34%	200 951 003,43 F 5,34%	

Au titre de la réduction des inégalités, l'application de la méthode de calcul visant à corriger les bases de référence a permis une péréquation :

- Inter-régionale de	899 754,10 euros
- Intra-régionale de	3 210 576,30 euros

LE BILAN D'ETAPE DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE 2002

L'attribution des budgets primitifs 2002 a fait l'objet d'une présentation en Commission Exécutive du 22 janvier 2002. Ce bilan d'étape est joint en annexe.

La procédure budgétaire a permis d'attribuer 98,05 % des crédits dès le budget primitif pour 2002 pour un montant global de 615.007.991 euros. L'essentiel des crédits restant à allouer sont liés à des thématiques nationales touchant au personnel (OATMH, IFSI et accords GUIGOU).

Reconduction des bases rec.

Fin 2001	3 886 482 142 F	592 490 383,06 Ä	
Reconduction des moyens	57 699 552 F	8 796 240,00 Ä	39,06%
Mesures salariales 2002	28 847 306 F	4 397 743,45 Ä	19,53%
Molécules innovantes	12 625 765 F	1 924 785,47 Ä	8,55%
Dotation incompressible	6 282 500 F	957 760,95 Ä	4,25%
Mesures Nationales autres	1 002 345 F	152 806,51 Ä	0,68%
Priorités nationales à fi. Régional	7 741 926 F	1 180 249,01 Ä	5,24%
Priorités régionales autres	1 960 000 F	298 800,07 Ä	1,33%
ARTT	31 546 435 F	4 809 223,01 Ä	21,36%
Transfert Confolens(St.Junien	3 129 278 F	477 055,36 Ä	0,08%

Abondements alloués aux ES **150 835 107** F **22 994 663,83** Ä **100,00%**

TOTAL des notifications **4 037 317 249** F **615 385 046,89** Ä
TAUX d'exécution : 98,05%

Au titre de la réduction des inégalités, l'application de la méthode de calcul visant à corriger les bases de référence a permis une péréquation :

- Inter-régionale de	1 003 266,98 euros
- Intra-régionale de	4 766 319,00 euros

LES ORIENTATIONS ET PRIORITES DE LA CAMPAGNE 2003

1/ - Les orientations fondamentales

Les orientations fondamentales pour 2003 s'organisent dans un cadre désormais bien établi que l'on peut résumer en trois axes fondamentaux :

- ♦ mieux soigner - améliorer l'accessibilité aux soins
- ♦ mieux s'organiser
- ♦ mieux dépenser

Mieux soigner

La mise en œuvre du SROS général et du SROS de psychiatrie sera complétée par trois volets additionnels dont la publication devrait intervenir pour la fin 2002 :

- volet additionnel pour la prise en charge du diabète de type 2,
- volet additionnel pour la prise en charge de la douleur chronique et des soins palliatifs
- SROS équipements lourds
- SROS traitement de l'insuffisance rénale chronique

Au delà du seul aspect de planification, l'amélioration constante de la prise en charge des malades et de la qualité des soins constitue un enjeu majeur pour chacun. Afin d'accompagner les démarches d'établissement et les démarches de services dans l'utilisation des outils de management de la qualité l'ARH organisera le troisième prix régional de la Qualité en partenariat avec le REQUASS et le SIL.

Mieux s'organiser - Améliorer l'accessibilité aux soins

L'amélioration de l'organisation des soins, de leur coordination au sein et à l'extérieur de chaque établissement, ainsi que la mise en œuvre des coopérations et complémentarités sont une nécessité. L'absence d'effort de réorganisation générerait à terme des contraintes plus fortes ne permettant plus aux acteurs de terrain de prendre les initiatives appropriées à un maintien d'une offre de soins adaptée. C'est pourquoi, le respect légitime et fortement souhaité de l'autonomie et de la responsabilité des établissements suppose prioritairement que ceux-ci prennent les initiatives requises et assurent une part majeure des changements nécessaires.

L'amélioration de l'accessibilité aux soins constitue la priorité majeure sur laquelle repose le SROS. La politique menée par l'ARH tend à conforter l'existence d'un réseau dense d'établissements de soins mais aussi à leur adaptation aux besoins de la population. Ainsi, la mise en réseau des établissements et le développement de coopérations fortes dans le cadre d'une prise en charge hiérarchisée sera favorisée et accompagnée.

Trois domaines d'actions prioritaires sont retenus :

- Le développement des réseaux sera favorisé.

Selon la Coordination Nationale des Réseaux, « le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ». Les enjeux sont importants, le développement des réseaux de santé doit permettre de replacer le patient au centre du dispositif en décloisonnant le système de santé et en accroissant les compétences des acteurs. Il s'agit ainsi d'un champ d'ouverture pour les établissements sanitaires qui doivent systématiquement concevoir la prise en charge hospitalière comme s'inscrivant dans un travail de filière.

Le Comité Régional des réseaux mis en place par l'ARH et l'URCAM a pour vocation à connaître des projets associant les partenaires hospitaliers (publics et privés) et ambulatoires.

Une attention particulière sera apportée au développement du réseau de cancérologie (« ONCOLIM ») et à l'officialisation des réseaux hépatite et neuro-chirurgie qui ont déjà bénéficié de créations de postes médicaux dédiés.

Un développement de nouveaux réseaux sera recherché en particulier dans les domaines des soins palliatifs et des personnes âgées.

Les projets soumis à l'agrément doivent reposer sur quatre grands principes :

- un projet qui lie les professionnels : un réseau est composé d'acteurs coopérant sur la base d'un volontariat et adhérent à des objectifs communs,
- une coordination médicale ou médico-sociale grâce à une interaction plus forte des professionnels,
- une formation et une information des acteurs, notamment sur l'apprentissage de la pratique de réseau, le respect des référentiels de pratique, le retour d'information sur les résultats du réseau,
- une évaluation des pratiques en réseau, de la qualité des soins et des coûts.

➤ Les coopérations inter hospitalières seront favorisées notamment par la mise en commun de ressources.

Le travail coopératif doit absolument être développé, notamment par la création d'équipes médicales communes afin de faire face aux défis d'une démographie médicale délicate dans un contexte de spécialisation croissante. Ainsi, la création de postes médicaux partagés sera favorisée.

La création et le renforcement de structures de coopération inter-hospitalière seront poursuivis notamment avec le développement de la mission gestion et organisation des soins par les SIH. Ainsi, le SIH de Brive/Tulle/Ussel et le SIH d'Aubusson devraient connaître une extension de leurs champs de compétences.

De façon générale, les permanences médicales, spécialité par spécialité et secteur par secteur devront être clarifiées et organisées. La mise en œuvre de l'OATMH et la réalité de la démographie médicale imposent l'absolue nécessité de la mise en place de partenariats entre les différentes équipes médicales.

➤ La structuration régionale du dispositif des urgences doit permettre de garantir le meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Mieux dépenser

Mieux dépenser doit rester un objectif de gestion fort des gestionnaires notamment dans un objectif destiné à préserver l'autonomie de gestion des établissements. Les directeurs d'établissement devront systématiquement favoriser l'émergence d'une politique d'intéressement à la bonne gestion.

Par ailleurs, la recherche d'une plus grande équité dans la répartition des moyens budgétaires régionaux doit amener les établissements surdotés au niveau du PMSI à intégrer l'objectif de résorption.

2/ - Les principales priorités retenues

2.1 - Les priorités de santé publique et d'organisation des soins, dans le cadre du SROS

La mise en œuvre du SROS général et du SROS de psychiatrie ainsi que des volets additifs (Equipements lourds, diabète, insuffisance rénale chronique, douleur et soins palliatifs) constituent désormais le cadre principal de détermination des priorités de l'ARH.

Par ailleurs, les années 2000 et 2001 ont été marquées par le renouvellement ou le non-renouvellement d'un nombre important d'autorisations dans le cadre des textes en vigueur et du SROS. Ces orientations et ces décisions constituent le cadre général pour l'allocation des moyens budgétaires aux établissements de santé afin d'en assurer la traduction concrète sur le terrain.

Une grande avancée est constatée en ce qui concerne les projets d'établissements qui aboutissent d'ores et déjà à la finalisation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. De par les engagements conjoints de l'établissement et de l'ARH, le CPOM constitue un outil de programmation budgétaire pluriannuel. C'est pourquoi l'ARH accordera en priorité son soutien budgétaire aux établissements ayant déjà contracté.

Pour les établissements qui restent en instance, il est rappelé le respect des orientations du SROS et la définition de priorités réalistes et concrètes. Eu égard aux caractéristiques socio-démographiques de la région, chaque CPOM devra, obligatoirement contenir un volet « Développement des réseaux et coopérations » et un volet « prise en charge des personnes âgées » et un volet « social » spécifique.

2.1.1 - Les priorités régionales

Dans ce cadre général de la mise en œuvre du SROS une forte priorité sera portée sur les thématiques suivantes :

➤ L'organisation régionale des Urgences :

Depuis 1997 et jusqu'en 2000, d'importants moyens ont été alloués, notamment en 2000 avec un financement à hauteur de 1 228 739,08 euros (8.060.000 F). Les efforts engagés au titre de la mise aux normes des établissements sont prolongés. Une programmation pluriannuelle permet d'accompagner les établissements dans la mise aux normes des unités autorisées. En 2001, 991 426,88 euros (6.503.334 F)

ont été engagés et au titre du seul BP 2002, c'est un crédit global de 1 335 864,94 euros (8 769 259 F) qui a été délégué aux établissements dont 484 143,54 euros d'EAP et 851 721,40 euros (5 586 926 F) de mesures nouvelles.

Les décrets du 30 mai 1997 relatifs aux autorisations et au fonctionnement des SMUR et des services d'accueil des urgences ont imposé la clarification de l'organisation régionale et la mise à niveau de l'accueil et des interventions des services mobiles.

La procédure d'autorisation achevée en 2001 a permis de structurer un véritable réseau régional qui s'appuie sur des contrats de relais, un Collège Limousin de Médecine d'Urgences et la visioconférence. La mise en place d'une informatisation concertée sur la base d'un cahier des charges régional est en cours de réalisation (le CHRU rendra opérationnel son dispositif de gestion des urgences dès l'été 2002). Cette opération est entièrement financée sur dotations spécifiques contractualisées dans le cadre des contrats d'intéressement liés à la maîtrise des prescriptions hospitalières réalisées en ville.

Les besoins de couverture du territoire en Creuse ont conduit l'ARH à autoriser et à financer la création d'une UPATOU dans le cadre imposé d'une coopération entre la clinique et le centre hospitalier d'Aubusson. L'autorisation a été conditionnée au transfert de cette dernière au syndicat inter hospitalier. L'essentiel des moyens budgétaires a déjà été alloué aux deux établissements au titre des exercices 2000, 2001 et 2002 ; il appartient maintenant à ceux-ci de les mettre en œuvre dans les meilleurs délais.

Par ailleurs, dans ce même secteur sanitaire la couverture des urgences sur le secteur de Bourgneuf a été transférée au centre hospitalier de Guéret dans le cadre de la création d'une antenne SMUR à compter du 1er avril 2002.

Les actions suivantes sont également privilégiées :

- ♦ L'accès et l'accueil des personnes âgées au service des urgences. Il est demandé à chaque établissement de mettre en place un dispositif adapté à la spécificité de la prise en charge des personnes âgées, notamment sous la forme d'équipes mobiles de gériatrie et/ou de veille gériatrique aux urgences.

Un poste spécifique de PH a été créé au CHRU de Limoges pour renforcer l'équipe de médecins gériatres afin d'assurer cette permanence médicale au sein de cette unité.

- ♦ Les urgences psychiatriques et la prise en charge des suicidants en renforçant la présence ou la disponibilité psychiatrique dans les services d'urgences se structurent avec la mise en place d'une permanence au sein du SAU du CHRU de Limoges. Celle-ci est assurée par le CH Esquirol avec un accompagnement budgétaire pluriannuel. L'engagement triennal (2001-2003) de l'ARH conduit au financement pour la mise en œuvre par le CH d'Esquirol, sur le site du CHRU d'une permanence médicale 24/24 (deux PH et une garde) ainsi que d'une équipe infirmière (six postes d'IDE).

Les deux autres SAU (Guéret et Brive/Tulle) devront formaliser leurs conventions avec les services de psychiatrie afin d'assurer la mise aux normes de leurs unités. D'une façon générale il est rappelé aux établissements siège de SAU et d'UPATOU de signer et de transmettre à l'ARH l'ensemble des conventions ou protocoles de relais.

- ♦ La mise en place d'un dispositif au CHRU d'accueil des victimes de violences sexuelles dans une démarche organisationnelle transversale gynécologique, pédiatrique, chirurgicale, psychiatrique adulte et infantile et de médecine légale est en cours de structuration.

- ♦ L'accès des plus démunis aux soins avec la mise en place et le financement de quatre permanences d'accès aux soins de santé (PASS) aux établissements suivants : Guéret, Brive, Tulle et CHRU de Limoges.

Ces quatre unités doivent être dynamisées dans leur fonctionnement en développant, notamment. Un réel partenariat avec les partenaires médico-sociaux doit être développé. Par ailleurs, il est souhaitable que l'organisation et la localisation de cette structure permette un accueil adapté pour des populations qui marginalisées par rapport à l'accès aux soins hospitaliers.

Au-delà, et dans le cadre des réflexions du PRAPS de deuxième génération, l'éventuelle extension du nombre de PASS et leurs conditions de fonctionnement seront étudiées en liaison avec les services de l'Etat compétents.

- La mise en place d'un réseau régional de prise en charge des urgences neurologiques est en cours de constitution. Il s'agit, en effet, de garantir l'accès à une expertise médicale disponible 24/24 de nature à permettre la prise en charge adaptée dans les meilleurs délais et d'accompagner les éventuels transferts notamment en matière d'accidents vasculaires cérébraux et de traumatismes crâniens.

Ce réseau hospitalier est en cours de structuration autour du service de neurochirurgie du CHRU de Limoges. Un poste de praticien hospitalier à temps partiel a été créé à cet effet dans le cadre de l'allocation du BP 2002. Le CHRU a pour charge d'organiser le réseau et de mettre en place une consultation avancée sur le site du centre hospitalier de Brive dans le cadre de la structuration du pôle de secteur Brive/Tulle.

L'accès à des transports hélicoptères est organisé autour d'un seul hélicoptère qui a été mis aux normes (bi-turbines) dès 1999. Par contre, les hélistations ne sont pas toutes aux normes, essentiellement pour des raisons de difficultés topographiques (Tulle, Guéret et Aubusson en particulier). Les établissements doivent rapidement mettre en œuvre les opérations correctives de mise en conformité. Les travaux subséquents bénéficient d'un soutien budgétaire spécifique.

La participation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au financement de l'hélicoptère bi-turbine s'élève à 369 384 euros (attribués en 1998).

Le financement des urgences, priorité de santé publique constitue la deuxième plus importante enveloppe budgétaire après la cancérologie avec des abondements à hauteur de 6 117 362,94 euros (40 127 270,42 F) depuis 1997.

➤ L'amélioration de la prise en charge périnatale :

La périnatalité fait partie des cinq priorités thématiques du SROS du Limousin.

Le maillage du territoire est assuré par un nombre limité de maternités (trois privées et six publiques). Les restructurations avec fermeture des petites unités ont été réalisées à la fin des années 1990. L'ARH a maintenu les neuf unités en organisant une structuration hiérarchisée conforme aux décrets et en impulsant la création du réseau régional MATLIM (agrément donné en 2001). Ce réseau a bénéficié du financement de la télé-médecine dès 1999. Le réseau régional est maintenant opérationnel, les six maternités publiques, disposent d'une plate-forme de visioconférence spécifique (co-financée par l'appel à projets et la dotation régionale).

Une seule maternité en Limousin, celle du centre hospitalier d'USSEL a une activité en dessous du seuil des 300 accouchements. Elle est maintenue à titre dérogatoire pour des raisons d'aménagement du territoire (éloignement de plus de trois quarts d'heure de la plus proche maternité).

Un effort particulier est engagé dans le cadre du SROS avec la construction de l'Hôpital mère-enfant du CHRU qui permettra ainsi à l'établissement de jouer pleinement son rôle de tête du réseau régional. Cette opération est en cours de réalisation et le financement de son exploitation constitue un des volets du CPOM en cours de négociation. Elle a déjà bénéficié de l'octroi d'une subvention de 4,345 millions d'euros dans le cadre du FIMHO. Elle nécessitera un soutien budgétaire spécifique qui ne pourra être dégagé que par un abondement national spécifique dans le cadre du CPOM en cours d'élaboration.

Le regroupement des services de néonatalogie et de pédiatrie des centres hospitaliers de Brive et de Tulle dans le cadre d'une fédération médicale interhospitalière unique au sein du syndicat interhospitalier Brive/Tulle/Ussel sera effectif dès 2002. Cette structure de coopération bénéficie d'un soutien budgétaire spécifique qui sera poursuivi en 2003.

La mise aux normes des maternités et de l'environnement de périnatalité par rapport aux décrets de 1998 fait l'objet d'une programmation pluriannuelle en ce qui concerne les personnels, les locaux et les équipements. Cet effort sera poursuivi en 2003, en particulier dans le cadre des CPOM.

Les crédits alloués depuis 1999 pour la périnatalité s'élèvent à 1 760 355 euros.

Les efforts sont poursuivis et une programmation pluriannuelle de financement de la mise en conformité des sites autorisés est engagée depuis 2000 :

- 271 664,15 euros (1.782.000 F) ont été alloués en 2000,
- 665 468,16 euros (4 365 185 F) ont été notifiés pour 2001,
- 263 279,45 euros (1 727 000 F) ont été attribués dès le BP 2002.

➤ La prise en charge en réseau des personnes âgées :

L'ARH a engagé une réflexion de fond dans le cadre d'un groupe de travail dont les conclusions ont donné lieu à un rapport sur « l'état des lieux de la filière gériatrique en établissements de santé en Limousin » (janvier 2002). Trois priorités essentielles sont retenues :

- Optimiser la formation par le développement d'équipes de référence, recrutées parmi les personnels des services de Gériatrie et formées dans des structures validées, sur des thèmes précis (notamment psychogérontologie, dépendance, gestion de l'agressivité, ...). Ces équipes de référence doivent ensuite transmettre cette connaissance et les bonnes pratiques vers l'ensemble des unités de court séjour. L'ouverture de ces formations aux personnes du secteur libéral qui le souhaitent favoriserait également les liens entre les deux secteurs ;

- Développer une gériatrie de liaison. Avec un indice de vieillissement régional presque double de celui de la France, aucun établissement de santé limousin, quelle que soit sa taille ne doit faire l'impasse sur une organisation transversale coordonnée de prise en charge des personnes âgées intégrant l'accueil dès les urgences si besoin est. Il s'agit d'une exigence minimale prioritaire.

Les établissements sanitaires publics doivent impérativement structurer un pôle de gériatrie associant plusieurs fonctions :

- présence ou astreinte gériatrique aux urgences en fonction de l'activité,

- équipe mobile de gériatrie identifiable à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Cette équipe, informée de tout patient âgé entré dans l'établissement est chargée d'apporter dans les différents services un soutien éventuel aux équipes de soins. Ce soutien porte, notamment sur la prévention de la dépendance. Elle doit rendre compte à un gériatre des problèmes rencontrés par le patient et d'assurer les liaisons avec l'environnement ;

- Décloisonner l'hospitalier et l'ambulatoire. Le travail des équipes hospitalières avec les différents partenaires du maintien à domicile ne doit pas rester à l'état d'initiatives isolées. Il doit être développé et encouragé mais aussi mieux formalisé. L'ARH souhaite favoriser l'émergence de projets portés en commun par les partenaires impliqués dans la prise en charge globale de la personne âgée. Il s'agit, en effet, de favoriser de réels travaux en réseau.

Les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) devraient favoriser la rencontre des différents partenaires et, dans un esprit d'équipe, améliorer les réseaux informels existant déjà en reconnaissant et respectant les spécificités de chaque partenaire et participer ainsi à la réflexion sur le décloisonnement.

Le renforcement des moyens en personnel médical des filières de « prise en charge de la personne âgée », engagé dès 1999 a été poursuivi en 2001 et 2002. La mise en œuvre du plan national « gériatrie » devrait permettre de renforcer les moyens alloués dès l'exercice 2002, notamment par le financement d'unités d'évaluation médico-psychologiques et l'incitation à la création de services de gériatrie aiguë.

Ces unités et services devront s'organiser en un réseau hospitalier régional, dans cette optique, l'ARH a inscrit la création d'une chaire de gériatrie comme un des objectifs du SROS 1999-2004.

L'Agence rappelle la nécessité pour l'ensemble des établissements d'intégrer un volet prise en charge globale de la personne âgée dans les projets d'établissement. L'insertion des établissements dans une coordination gérontologique associant les acteurs de la prise en charge doit être identifiée comme une priorité qui fera l'objet d'une clause spécifique dans les CPOM.

Le deuxième prix qualité organisé, en 2002, par l'ARH en partenariat avec le REQUAS, le MFQ et le SIL a pour thème « Améliorer l'accueil des personnes âgées en établissement sanitaire de court et moyen séjour ». Il est doté de prix pour un montant de 91 469 euros.

➤ La prise en charge des accidents vasculaires-cérébraux :

L'amélioration de la prise en charge des affections cardio-vasculaires, notamment par les accidents vasculaires cérébraux, passe en particulier par une structuration régionale autour des pôles de secteur, le développement de la formation médicale continue et le développement de la télé-médecine.

En application du SROS, les pôles de secteurs doivent structurer les filières de prise en charge des urgences neuro-vasculaires.

La mise en place d'unités neuro-vasculaires est préconisée. Il est rappelé l'intérêt de telles unités pour la prise en charge des AVC, étant démontré leur efficacité en terme de morbidité et de mortalité. Les unités neuro-vasculaires ne sont pas forcément des unités dédiées à la prise en charge des AVC. Il peut s'agir de lits réservés au sein d'un service de court séjour, en fonction des volumes de recrutement de patients. L'essentiel est de considérer que l'amélioration de la prise en charge des AVC dans sa phase aiguë passe par sa prise en compte comme une urgence médicale et sa prise en charge interdisciplinaire permettant l'intervention non seulement médicale, mais aussi para-médicale (IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, aides-soignants,...).

➤ La cardiologie :

Le confortement des pôles de référence doit être assuré afin de favoriser une stabilité des équipes médicales. La mise en œuvre du décret « réanimation » (décret n°2002-465 du 5 avril 2002) devra conduire les établissements des pôles de secteur de la Creuse et de la Corrèze à avancer dans leurs projets de coopérations inter-établissements afin d'assurer une mise en conformité de leurs unités.

Le développement de l'angioplastie sur le site du CHRU doit permettre à la région de limiter son taux de fuite vers les régions périphériques pour ce secteur d'activité.

L'élaboration du prochain SROS conduira à orienter une réflexion sur le pôle de secteur Brive/Tulle qui possède déjà une installation de coronarographie diagnostique. Celui-ci ne pourra maintenir sa légitimité que s'il devient un centre d'angioplastie. A terme, dans le cadre des orientations du prochain schéma régional, la mise en œuvre de cette nouvelle activité sur le secteur sanitaire de la Corrèze, dans le cadre du pôle Brive/Tulle, passerait par la mise en place d'une équipe médicale coordonnée et formée entre les deux centres hospitaliers publics. Le renforcement du pôle corrézien pourrait ainsi être accompagné par l'ARH.

➤ Les soins de suite

L'organisation des soins de suite en Limousin nécessite une adaptation. Les actions suivantes sont engagées :

- création d'un pôle de médecine physique sur le site de Tulle dans le contexte de la fermeture de la clinique Saint-Damien,
- mise en conformité de l'unité de soins de suite d'Evau-les-bains,
- définition de l'organisation globale pour le secteur sanitaire de la Creuse (Etablissements de Guéret, Sainte Feyre, La Souterraine, Bourgneuf, Noth et Evau)

➤ Le développement de la télé-médecine

La mise en œuvre du plan télé-médecine sera poursuivie. L'ARH apporte son concours au comité de pilotage régional qui associe hospitaliers publics et privés, représentants des médecins libéraux ainsi que des représentants des services de l'Etat et du Conseil régional.

Concrètement, les principales actions porteront sur :

- ♦ la sécurisation de la messagerie,
- ♦ la généralisation de l'utilisation des plate-formes de visioconférence et de la transmission d'images numérisées avec une intégration plus forte au niveau de chaque structure d'urgence,
- ♦ la participation au développement de la boucle régionale haut-débit,
- ♦ la généralisation de l'informatisation des urgences,
- ♦ le développement de fiches médicales de liaison dans le cadre des réseaux hospitaliers ou ville-hôpital. Au-delà, l'ouverture des systèmes d'information hospitaliers à la médecine libérale (accessibilité aux données de l'hospitalisation, aux résultats d'examen) constitue un enjeu majeur qui sera accompagné dans le respect des dispositifs informatiques et informatifs propres à chaque partenaire.

2.1.2 - Les autres priorités de santé publique retenues par les pouvoirs publics

➤ La sécurité sanitaire

Plusieurs axes ont été engagés et poursuivis en 2002 :

La lutte contre les infections nosocomiales

Dans le cadre du plan triennal de renforcement des moyens de lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes lancé en 1998, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a renforcé les moyens des unités d'hygiène des trois départements

- ♦ L'élaboration d'une stratégie régionale de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.

Dans ce cadre, le syndicat inter-hospitalier de la Creuse met en place un dispositif de surveillance de l'antibiothérapie. L'évaluation qui en sera faite permettra d'envisager une éventuelle extension régionale.

L'information et la formation des médecins et des autres professionnels de santé par le biais de l'élaboration de supports adaptés et de journées d'information et de formation constituera un objectif pour 2003.

- ♦ La création d'un poste PH en hygiène hospitalière au CHRU ayant, notamment vocation à développer un rôle de référent au niveau régional a été autorisée et financée en 2001. Sa mise en œuvre effective devra faire l'objet d'une évaluation.

La mise aux normes des unités de stérilisation

Afin d'assurer la mise en conformité des unités hospitalières de stérilisation avec les nouvelles réglementation, l'ARH s'est engagée dans le financement de leur mise aux normes.

- ♦ Le financement de la mise en conformité de l'ensemble des unités de stérilisation a été budgété dans le cadre du programme régional et des recommandations de l'inspection régionale de la pharmacie établies sur la base d'un bilan de situation réalisé en mars 2001. En effet, l'activité de stérilisation fait désormais l'objet d'une procédure d'autorisation préfectorale dans la mesure où des moyens spécifiques sont alloués à cette activité.

- ♦ L'évaluation du dispositif sera réalisé en fin 2002.

Dans le cadre du plan national de lutte contre les infections nosocomiales, les mesures engagées en 2001 seront confortées : renforcement des équipes d'hygiène interhospitalière, amélioration des pratiques d'hygiène et notamment des procédures de désinfection et de stérilisation, développement des dispositifs médicaux à usage unique. La participation à la coordination interrégionale des actions de lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN de Bordeaux) sera soutenue afin d'assurer notamment l'efficacité du dispositif de signalement des infections nosocomiales et des actions d'évaluation.

Des actions concourant au bon usage des médicaments et à la prévention des risques iatrogènes médicamenteux seront conduites : soutien aux comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles, développement des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, information des professionnels. La rationalisation de l'utilisation des antibiotiques constituera un axe prioritaire.

L'amélioration de la sécurité des soins s'appuiera également sur des actions de sécurisation de l'environnement du malade, notamment la sécurité anesthésique, périnatale et environnementale.

Les établissements de santé sont invités à développer des programmes de gestion des risques leur permettant de mener des actions coordonnées et pluridisciplinaires, en lien avec les représentants des usagers. Les dispositifs de gestion des vigilances doivent être animés et coordonnés.

De façon générique, l'ARH appuiera ses interventions sur les observations et recommandations découlant du plan d'inspection et de contrôle mené par les services de l'Etat (Inspection de la Santé et Inspection de la Pharmacie, en particulier).

➤ La lutte contre la douleur et les soins palliatifs :

La lutte contre la douleur

La lutte contre la douleur s'inscrit dans le cadre de la politique régionale impulsée par l'ARH. La publication du plan quadriennal national de lutte contre la douleur permet de poursuivre les actions entreprises.

La mise en place des Comités de Lutte Contre la Douleur dans les établissements devra être généralisée. Pour les petits établissements, un partenariat entre structures sanitaires devra être recherché afin de mutualiser les compétences, formations et expériences.

La lutte contre la douleur doit entrer dans les pratiques usuelles des soignants et être inscrite en tant que telle dans chaque projet d'établissement. La qualité de la prise en charge de la douleur constitue une des clauses relatives à la qualité des contrats d'objectifs et de moyens conclu entre les établissements de santé et l'ARH. La lutte contre la douleur doit faire partie des programmes de formation médicale continue hospitalière. Les programmes de formation continue des personnels non médicaux devront également comporter des actions dans le même domaine.

A terme, chaque établissement doit disposer d'un binôme référent douleur (médecin plus infirmier).

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur rebelle chronique, le dispositif régional est en cours de structuration dans le cadre de l'évaluation du volet additif au SROS. Il reposera sur une organisation graduée visant à doter :

- chaque secteur sanitaire, d'au moins une consultation multidisciplinaire,
- la région, d'un centre contre la douleur rebelle chronique conforme aux normes de fonctionnement. A cet effet, dès 2001, l'ARH a notifié la création d'un poste de PH destiné à mettre en place le centre régional de lutte contre la douleur rebelle chronique au CRHU de Limoges. La structuration de ce centre, sur un lieu unique, constitue une priorité régionale.
- enfin, un réseau régional piloté par le médecin responsable du centre régional de lutte contre la douleur rebelle chronique devra être agréé par l'ARH du limousin.

L'ARH accompagnera la mise en œuvre de cette priorité, notamment en renforçant les équipes des pôles de secteur dans le cadre des recommandations de la circulaire DGS/DH n°98 du 2 février 1998.

La prise en charges soins palliatifs

Le développement de la prise en charges en soins palliatifs sera poursuivi. Il s'appuiera, notamment sur la poursuite des actions engagées depuis 1999 ainsi que sur le nouveau plan ministériel 2002-2005.

La priorité en limousin est l'organisation d'un réseau départemental puis régional associant les établissements de soins publics et privés. Cette première phase est indispensable pour envisager, dans un deuxième temps, le soutien à l'ambulatoire.

Les trois équipes mobiles de soins palliatifs constituent le pivot hospitalier destiné à développer et à soutenir le développement des pratiques en soins palliatifs au sein des établissements sanitaires. Afin de permettre une meilleure intégration des équipes, il est demandé aux établissements de santé (publics et privés) de passer une convention avec l'unité mobile de leur secteur sanitaire. Un comité de concertation doit être mis en place au sein de chaque secteur sanitaire afin de permettre une élaboration partagée du plan d'actions mené par chaque équipe. Par ailleurs l'organisation en réseau des trois équipes mobiles devra être formalisée dans le cadre d'une demande d'agrément auprès de l'ARH.

Tout malade doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement de soins palliatifs et de soins curatifs à toutes les phases évolutives de la maladie, et auprès de ceux qui ont habituellement répondu à ses besoins de santé. La prise en charge en soins palliatifs doit pouvoir suivre le patient quelque soit son lieu de traitement. L'ARH favorisera ainsi la création de places nouvelles d'HAD, en particulier dans le secteur sanitaire de la Creuse mais aussi leur meilleure utilisation dans le secteur sanitaire de la Corrèze. Il s'agit de remédier à la sous-activité de l'Hospitalisation à domicile constatée en Limousin, les soins palliatifs constituant une activité privilégiée de ce type de structure en tout premier lieu, dans l'intérêt du patient ainsi maintenu à domicile. Au delà, la création d'un réseau ville-hôpital de « soins palliatifs » est recherchée et sera accompagnée.

La participation des bénévoles doit être prise en compte. Toutefois, ceux-ci doivent être formés et des conventions doivent être signées entre les établissements et les associations (notamment les associations A.S.P.

et V.A.L., associations agréées par la Société Française de Soins Palliatifs) afin de définir le rôle et les interventions des bénévoles au sein des établissements. La convention type est définie par le décret n°2000-1004 du 16 octobre 2000.

De façon générique, sur la base du volet additif au SROS « structuration du dispositif Soins Palliatifs et lutte contre la douleur » et dans le cadre de l'application du programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005, l'ARH priorisera les actions à développer notamment en prenant en compte les projets présentés par les établissements ou équipes interhospitalières. La démarche de soins palliatifs devant s'inscrire dans les projets d'établissement, de services et de soins infirmiers et ce, en collaboration avec l'équipe douleur.

➤ H.A.D. :

Le développement de l'H.A.D. en Limousin constitue un axe fort pour l'ARH du Limousin qui poursuivra son accompagnement, notamment en finançant la mise en œuvre progressive des 15 places autorisées en Creuse. A la suite de la fermeture de la maison de repos d'Arfeuille-Chatain, un crédit budgétaire de 577 000 euros a pu être réservé pour cette opération.

➤ Plan cancer :

La lutte contre le cancer constitue un axe majeur de la politique menée par l'ARH du Limousin. Elle fait l'objet des priorités convergentes du plan ministériel «Cancer», de la Conférence Régionale de Santé et des axes transversaux du SROS.

La région de Limousin ne possède pas de Centre de Lutte contre le Cancer, mais le CHRU de Limoges joue un rôle important avec une zone d'attraction largement extra régionale. Le dispositif régional fixé par le SROS s'appuie essentiellement sur le CHRU de Limoges, centre hautement spécialisé à vocation universitaire et pôle de référence régional et d'autre part le centre hospitalier de Brive ainsi que, dans une moindre mesure la clinique Chénieux de Limoges et le centre hospitalier de Guéret qui constituent des centres orientés en cancérologie.

Un réseau de cancérologie a été mis en place et agréé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en décembre 1999. Il concernait dans un premier temps la gynécologie avec le réseau « GYNONCOLIM ». Sous le nom de « ONCOLIM », il a été étendu en décembre 2001 à l'ensemble des spécialistes d'organes auquel il fournit un cadre fédérateur. L'accent a été mis sur l'optimisation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques par la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire systématique ainsi que la constitution d'un thésaurus régional, et la constitution, en cours, d'une fiche médicale commune. Ce réseau associe des médecins hospitaliers et libéraux et utilise le support de la visioconférence. Hormis la télémedecine, la logistique de ce réseau est légère (un poste administratif), elle a été financée dès 2000 par l'ARH dans le cadre du S.I.L.

La cancérologie a bénéficié du plus important investissement budgétaire réservé à une discipline sur les quatre dernières années : 7 673 119 euros de moyens nouveaux délégués aux établissements depuis 1997 dont :

- un effort particulier a été effectué pour l'accès des patients aux molécules cytotoxiques, immunothérapeutiques et adjuvantes et tout particulièrement pour l'accès aux innovations thérapeutiques. Cet effort a porté sur 2 378 610 euros de crédits dédiés sur les exercices 2001 et 2002. Une étude régionale a été réalisée en 2001, elle a permis de valider les évolutions de dépenses et de formuler un certain nombre de recommandations qui seront mises en œuvre à partir de 2002 (généralisation des protocoles, informatisation, création d'un groupement d'achat régional, mise à niveau des unités de reconstitution de cytostatiques, activation des comités du médicament),

- un effort a été fait également pour le recrutement de personnels, notamment de psychologues. Par ailleurs, la création en 2002 d'un poste de radiothérapeute partagé entre le CH de GUERET et le CHRU engage une perspective de structuration plus régionale du dispositif.

Le renforcement des plateaux techniques a fait l'objet de plusieurs actions :

- renforcement du laboratoire du CHRU de Limoges au titre du développement de la biologie prédictive,
- état des lieux des unités de reconstitution de cytotoxiques débouchant sur une incitation à la mise à niveau des unités existantes et une recommandation à la centralisation de celles du CHRU,

- accompagnement à la mise en place d'une tumorothèque régionale (préfinancement de 152 449 euros attribué fin 2001 au CHRU). Ce projet régional devrait aboutir sur une mise en œuvre dès l'année 2002.

- Le réseau de soins oncologiques coordonnés à domicile ONCO-RESE (agrément ministériel du 9 décembre 1999) met en œuvre une prise en charge graduée des patients, que ce soit à titre curatif (chimiothérapie à domicile) ou palliatif, autour de quatre principes :

- L'accessibilité,
- La qualité des soins (prise en charge pluridisciplinaire et bénéfique des techniques avancées),
- L'approche globale (dimension physique, psychologique et sociale),
- Et la continuité des soins (assurée quelle que soit la trajectoire du patient dans l'ensemble du système de soins).

L'Agence a contribué au fonctionnement de ce réseau au travers d'un financement complémentaire du Centre Hospitalier de Brive, à hauteur de 38 112 euros et en mettant à disposition du temps médical (coordination du docteur LEDUC) et les infrastructures hospitalières. L'URCAM soutenant, par ailleurs, le fonctionnement de ce réseau ville-hôpital dans le cadre de l'attribution annuelle du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

- Dans le cadre du plan cancer, l'accès des patients de la région à une caméra dédiée « Petscan » a été obtenu à titre dérogatoire pour le CHRU de Limoges. Dans le cadre d'un projet interrégional des trois régions du Grand Ouest de la France, le cyclotron devrait être localisé à Poitiers. La montée en charge du dispositif est financée sur un premier crédit nationalement fléché dès 2002 (121 959 euros en 2002).

- D'autre part, l'ARH participe au financement annuel du registre des cancers en Limousin dans le cadre d'un partenariat avec les services de l'Etat, de l'Assurance maladie et le CHRU de Limoges.

- La création du prix Qualité Santé du Limousin. En partenariat avec le Mouvement Français pour la Qualité (MFQ) et le Syndicat Interhospitalier du limousin (SIL), l'ARH a mis en place un Prix Qualité Santé. Il a donné lieu pour la première fois en 2001 à l'organisation d'un concours régional doté d'une somme de 91.469,41 euros. Le thème : « Améliorer l'accueil des patients cancéreux et de leur entourage est un élément constitutif du Programme Régional de Santé Cancer. Les prix ont été remis le 13 décembre 2001 aux quatre lauréats, le Service de Pneumologie du Centre Médical National Alfred Leune à Sainte-Feyre en Creuse, le Service de Médecine Polyvalente de l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin en Haute-Vienne, le Service de Médecine Interne du Centre Hospitalier de Saint-Junien en Haute-Vienne, les Services d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie du C.H.R.U. de Limoges.

Ainsi, le renforcement des moyens affectés à l'oncologie a mobilisé les plus forts abondements budgétaires alloués par l'ARH ces trois dernières années. En 2001, l'effort est accentué, notamment en partenariat avec le Programme Régional de Santé (PRS), soit 10.229.000 francs. Ce financement a permis plus particulièrement à renforcer les crédits affectés aux médicaments spécifiques ainsi qu'à développer l'HAD (3 places).

Dans le cadre du budget 2002 un financement important a été alloué au bénéfice des molécules anticancéreuses et des adjuvants mais aussi à la poursuite du plan pluriannuel de création de psychologues.

Le renforcement des moyens consacrés à la lutte contre le cancer sera poursuivi notamment par le financement de moyens spécifiques tendant à :

- budgéter l'utilisation de molécules innovantes,
- améliorer l'accueil et la prise en charge en réseau des patients cancéreux,
- la participation aux programmes de prévention.

➤ La psychiatrie :

Le SROS de Psychiatrie a été arrêté en janvier 2002. Il constitue désormais le cadre de référence dans lequel devront s'inscrire les priorités des établissements.

Les principales priorités de l'ARH s'organisent autour de :

- la structuration des urgences psychiatriques,
- le développement des équipes de liaison,
- la lutte contre les pratiques addictives,
- la structuration d'un dispositif régional de prise en charge des adolescents autour de l'unité d'hospitalisation du CH Esquirol,
- le développement de la psychogériatrie,
- la prévention des suicides et la prise en charge des suicidants.

Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce schéma, six groupes de suivi seront mis en place. Ces groupes de travail porteront sur les thèmes suivants :

- ♦ démences,
- ♦ détenus,
- ♦ système d'information,
- ♦ formation et recherche,
- ♦ hospitalisation sous contrainte,
- ♦ psychiatrie et interface avec le médico-social.

La restructuration du centre hospitalier d'Eygurande et la stabilisation de la prise en charge psychiatrique des détenus du centre de détention d'Uzerche constituent, par ailleurs des thématiques fortes qui nécessitent une intervention de l'ARH.

Enfin la mise en œuvre du PMSI Psychiatrie devrait rentrer dans sa phase opérationnelle. Il est important que les établissements entrent rapidement dans le dispositif. En effet, tout retard pourrait être préjudiciable tant aux établissements qu'à la région qui perdrait la reconnaissance d'une partie importante de son activité et donc des moyens budgétaires afférents.

➤ La prise en charge du diabète de type 2 :

Le diabète de type 2 ou diabète non insulino dépendant (DNID) représente 85% des cas de diabète en France. Ses complications, chroniques et dégénératives, ont des conséquences redoutables sur le plan fonctionnel et vital : cécité, amputation, insuffisance coronarienne, nécessitant d'une dialyse rénale, et entraînant une surmortalité cardiovasculaire. Elles rendent compte souvent d'une hyperglycémie ancienne.

Le Haut-Comité de Santé Publique a reconnu cette pathologie comme « une réalité sanitaire préoccupante » dans son rapport de 1998 et la Conférence Nationale de Santé a retenu en Juin 1998, parmi ses priorités, l'organisation des soins en diabétologie.

Sur la base de cette priorité et de la circulaire DGS/DH/99/264 du 4 mai 1999, l'ARH du limousin a décidé de procéder à l'élaboration d'un « volet additif au SROS 1999-2004 : amélioration de la prise en charge du diabète ». Ce document de planification est actuellement en cours d'élaboration pour une publication prévue avant la fin de l'année 2002.

L'objectif retenu dans ce document de planification consiste à structurer l'organisation des soins aux diabétiques de type 2, à travers la mise en œuvre de trois principes :

- ♦ soins de proximité assurés par les médecins généralistes et spécialistes du secteur ambulatoire,
- ♦ sites orientés en diabétologie développant une consultation clinique spécialisée et pouvant s'appuyer sur un dispositif d'hospitalisation de jour (cinq sites orientés sont envisagés sur le CHRU, le CH de Saint YRIEIX, la clinique des Cèdres, le site de Tulle pour le pôle public Brive/Tulle et le CH de Guéret).

- ♦ pôle fonctionnel de référence délivrant des soins de haute technicité et organisant des fonctions de recherche et d'enseignement. Le CHRU de Limoges, seul site de la région à répondre aux impératifs de la circulaire est le pôle fonctionnel régional de référence en diabétologie. Le CHRU de Limoges devra renforcer ses relations partenariales avec les sites orientés mais aussi avec les médecins libéraux de son secteur (spécialistes et généralistes) dans le cadre de réseaux de soins, notamment.

2.1.3 - L'amélioration du fonctionnement des établissements

➤ Le développement du volet social de la gestion hospitalière

La mise en œuvre des protocoles d'accords des 14 mars 2000 et 2001 sera poursuivie en 2002 et 2003, notamment par :

- ♦ le financement du reclassement des filières professionnelles,
- ♦ l'accompagnement des volets sociaux des projets d'établissement, tout particulièrement dans leurs volets Amélioration des Conditions de Travail (A.C.T.) et promotion professionnelle,
- ♦ Le développement de formation en direction des personnes en emplois jeunes dans le cadre du partenariat conclu entre l'ARH, l'ANFH, le Préfet de Région dans le cadre du Fonds Social Européen (F.S.E.) et le Conseil Régional.

Compte-tenu des défis démographiques prévisibles à court terme et de la mise en œuvre de l'A.R.T.T., l'ARH demande aux établissements de privilégier les actions de promotion professionnelles afin de permettre la formation et la fidélisation de personnels qualifiés pour les années à venir. Outre les crédits de formation, les établissements doivent mobiliser les ressources financières découlant des accords Aubry du 14 mars 2000 (30% au minimum des crédits alloués) ainsi que des financements disponibles pour l'accompagnement des projets sociaux et de la promotion professionnelle dans le cadre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé (F.M.E.S.).

Ces actions devront s'inscrire dans le volet social des C.P.O.M.

➤ Le développement du volet participatif à la gestion hospitalière

La participation des personnels et notamment des médecins responsables de services, départements ou fédérations doit être recherchée. L'Agence invite les directeurs d'établissement à mettre en œuvre des programmes d'intérêt collectif.

➤ La participation des usagers

Le renforcement de la participation des usagers à la vie de l'hôpital constitue un levier de changement important.

L'ARH du Limousin poursuivra l'animation du Comité Régional des Usagers installé le 29 mars 2001.

Au delà, les initiatives tendant au renforcement de cette participation, notamment au travers de la mise en place de formations seront encouragées ; un appel à projet sera lancé en ce sens.

➤ La culture à l'hôpital

Dans le cadre du partenariat avec la DRAC, un appel à projets sera lancé pour la troisième année consécutive afin de susciter et d'aider les établissements hospitaliers à développer des projets culturels.

Au titre de l'exercice 2003, une nouvelle enveloppe de 18 000 euros sera affectée à l'appel à projets qui sera lancé au cours du deuxième semestre 2002 pour une remise des dossiers en octobre et une désignation des lauréats dès le mois de janvier 2003.

2.2 - Les principales règles de l'allocation des ressources

2.2-1 - La poursuite de la réduction des inégalités

La détermination des bases de référence des établissements s'appuie toujours sur la méthode appliquée depuis 1998.

Pour chaque établissement, est calculée une dotation cible basée sur deux critères, l'un de production sanitaire, l'autre de besoin sanitaire, appliqués sur :

- les activités MCO, par la prise en compte de la valeur du point ISA et de la dépense par patient traité,
- les services de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, par la prise en compte des coûts par entrée et par journée, éléments complétés par les données PMSI disponibles,
- les établissements et services de psychiatrie, par la prise en compte de la dépense par habitant et par patient pris en charge. Les données PMSI viendront également enrichir ces critères.

Les données et documents, pris en compte pour la fixation définitive des bases de références corrigées de chaque établissement (situation des dépenses engagées, comptes administratifs, tableaux d'évolution des recettes de groupe 2 et 3, tableaux des ratios de rotation des stocks par comptes, indicateurs SAE, étude sur l'évolution et structures des remboursements de frais des budgets annexes, analyse financière de la Trésorerie Générale, AGHN), ont été décrits dans la note diffusée en juin 1998 sur les orientations de la campagne budgétaire 1999.

Ces informations ont été à nouveau communiquées lors de l'envoi de la note actualisée sur les orientations de la campagne budgétaire 2000, en date du 13 décembre 1999.

La politique de correction des inégalités effectuée depuis la campagne budgétaire 1998 s'est traduite par une baisse constante des sur et sous dotations jusqu'en 2000. En 2001, même si la sur-dotation régionale enregistre une hausse de 23,5 % par rapport à 2000, équivalent à la sur-dotation de l'exercice 1999, la sous-dotation ne subit quant à elle qu'une évolution à la hausse de 11,4 %.

	1998	1999	2000	2001
Montant total des surdotations	73.981.447 F	66.155.310 F	53.534.267 F	66.142.000 F
Montant total des sous-dotations	59.384.553 F	57.215.788 F	41.087.766 F	45.782.000 F
Réduction des bases de référence des établissements surdotés	13.731.998 F	7.663.500 F	9.010.000 F	7.400.000 F
Augmentation des bases de référence des étab. sousdotés	11.818.841 F	10.283.000 F	6.928.000 F	21.060.000F (*)

NB : la comparaison entre les exercices prend en compte nécessairement les effets liés à des modifications d'activité.

(*) Le CHRU a bénéficié d'une péréquation positive de 18.200.000 F dont 15 MF dans le cadre d'une mesure nationale et 3.2 MF au titre de la péréquation régionale.

Montant total des sur / sous-dotation = écart entre la dotation cible et la base de référence de la campagne N nouveau réservés.

2.2-2 - Le soutien à l'investissement

La réorganisation de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité des prises en charge se traduisent souvent par la réalisation d'investissements dont les surcoûts sont à la charge de l'établissement.

Les efforts d'adaptation à un moment donné devront pouvoir être encouragés, c'est pourquoi, comme en 2002, l'ARH réservera un minimum de 0,2% de la DRH au financement des surcoûts de groupe 4 afin de favoriser les investissements réellement restructurants.

Les projets présentés par les établissements doivent en cohérence avec le projet d'établissement et les orientations du SROS. Au vu de l'examen du PPI et des capacités de financement de l'établissement, l'ARH pourra soutenir les projets sur le volet surcoût d'exploitation et soutenir la mobilisation de ressources financières exceptionnelles liées à l'octroi de subventions spécifiques dans le cadre du FIHMO ou du FMES.

Afin de pouvoir examiner objectivement les propositions des établissements, l'ARH rappelle aux établissements la nécessité d'intégrer un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) dès l'élaboration du Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB). Ce document est normalisé dans le cadre du rapport type et permet de mettre en perspective les opérations d'investissement programmées (y compris de simple renouvellement) et l'évolution des charges de groupe 4 en exploitation.

De façon pratique, ce document dont le contenu est défini par la réglementation doit :

- Etablir la liste priorisée et chiffrée par année des investissements (y compris courants) pour les cinq années (au moins) à venir,
- L'intégration du PPI dans le projet d'établissement et le CPOM,
- Les modalités de financement des opérations et les conséquences sur les budgets annuels d'exploitation et de fonctionnement (tout type de dépenses : groupes 1, 2 3 et 4),
- L'évolution et la comparaison prévisionnelle des chapitres budgétaires 66 et 68 des groupes 4 (budget principal et budgets annexes) qui peuvent en résulter en liaison avec les dotations budgétaires actuelles sur ces chapitres budgétaires.

2.2-3 - L'articulation entre les choix régionaux et les priorités des établissements : le R.O.B et la démarche de contractualisation

La campagne budgétaire se situe à l'articulation des choix régionaux en matière de réorganisation de l'offre de soins réalisés par l'ARH avec la gestion des établissements assurée par les responsables institutionnels de ceux-ci.

La réalisation de cet objectif commun entre les établissements et le directeur de l'Agence repose en grande partie sur un effort mutuel de cohérence, de lisibilité et d'anticipation. Celle-ci suppose un respect scrupuleux des échéances pour chacun des partenaires assorti d'une grande fiabilité des informations transmises.

Comme le stipule la réglementation en vigueur et comme pour les années antérieures, l'ARH devra disposer pour la fin du mois de juin d'un Rapport d'Orientation Budgétaire (R.O.B.) conforme au modèle type adopté par la conférence hospitalière. Ce rapport doit impérativement prioriser la liste des projets proposés pour 2003.

Afin d'assurer la bonne lisibilité de ces projets il convient que les directeurs d'établissements veillent à respecter les principes suivants :

- ♦ intégration du PPI au sein du ROB,
- ♦ intégration d'une auto-évaluation de la réalisation du C.P.O.M. ou du protocole d'accord au sein du R.O.B,
- ♦ hiérarchisation des projets proposés par l'établissement dans un cadre pluriannuel dès le R.O.B. Cette priorisation doit être en cohérence avec le projet d'établissement approuvé. Dans le cas d'existence d'un C.P.O.M., les projets prioritaires devront s'organiser en fonction des engagements contractuels,
- ♦ sélection (de cinq à dix projets maximum) pour l'exercice à venir par l'établissement lui-même,
- ♦ respect du caractère réaliste des propositions émises au regard des contraintes globales (afin de garantir la crédibilité de l'établissement).

Afin de favoriser la qualité et la sécurité des soins ainsi que le développement des réseaux de soins et le partage des compétences, ces principes seront complétés par le développement de la procédure d'appel à projet. En 2003, cette procédure sera reconduite pour le prix qualité et le développement de la culture à l'hôpital. Elle sera aussi développée dans le cadre des projets sociaux, de l'amélioration de la sécurité et du développement de la participation des usagers au fonctionnement des établissements.

2.2-4 - Une gestion pluriannuelle des emplois médicaux

Concernant les créations, transformations ou suppressions de postes médicaux, il est rappelé que ces opérations font l'objet d'une procédure unique annuelle dont le calendrier et la procédure sont strictement calqués sur celui de la campagne budgétaire.

Chaque établissement doit donc présenter, avec les propositions budgétaires pour l'année à venir une demande priorisée de révision (création, suppression, transformation) des effectifs médicaux avec les coûts correspondants directs et induits (dépenses médicales, investissements, personnels soignants et autres).

Ces demandes doivent s'inscrire dans le cadre du projet d'établissement et du SFROS. Elles doivent figurer dans les fiches projet intégrées au R.O.B. dès le mois de juin.

De même, il est rappelé aux établissements l'obligation d'annexer au projet de budget le tableau des emplois médicaux qui doit faire l'objet d'une délibération et d'une approbation spécifique. Le respect de cette formalité est essentiel, notamment eu égard aux contraintes de gestion imposées par la publication nationale des postes médicaux.

L'établissement doit également faire connaître les opérations prévues pour les années suivantes de manière à présenter un programme sur trois ans en matière de postes médicaux.

Compte-tenu, notamment des impacts de la démographie médicale et de l'O.A.T.M.H, les initiatives tendant à organiser des équipes médicales communes à plusieurs établissements seront favorisées et accompagnées.

Les demandes, qu'elles entraînent ou non des besoins de financement complémentaires, sont examinées dans le cadre strict de la procédure budgétaire, soumises à l'avis de la commission exécutive et font l'objet d'une décision du directeur de l'ARH.

A l'issue de la notification de leur budget, les établissements prennent les délibérations individuelles concernant les postes médicaux effectivement créés, supprimés ou transformés et financés le cas échéant, soit par redéploiement, soit par abondement budgétaire spécifique. Ces délibérations sont instruites selon les conclusions des travaux menés dans le cadre de la campagne budgétaire.

Ceci implique, sauf exception, que toutes les délibérations relatives à des créations, suppressions ou transformations de postes médicaux ou de pharmacie parvenant à l'ARH en dehors de la procédure annuelle sont rejetées pour être reportées jusqu'à la prochaine échéance budgétaire.

Limoges, le 17 avril 2002

Le directeur de L'Agence Régionale
de l'Hospitalisation du Limousin

Jean-Louis DURAND-DROUHIN

TABLE DES MATIERES DES ANNEXES :

ANNEXE 1 - Lettre de cadrage 2003 adressée aux établissements sous dotation globale de financement en avril 2002

ANNEXE 2 - Bilan définitif de la campagne budgétaire 2001

ANNEXE 3 - Bilan définitif de la campagne budgétaire 2002

ANNEXE 4 - Les éléments du PMSI

Les documents ANNEXES (2, 3 ET 4) sont consultables :

**- au siège de l'agence régionale de l'hospitalisation du Limousin
4, avenue de la révolution**

87000 LIMOGES

et également

**- à la préfecture de la Corrèze
(bureau des moyens et de la logistique)
rue Souham**

19000 TULLE
