

**CONTRAT PLURIANNUEL
D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
2012-2016**

Nom de l'établissement
(dénomination de l'entité juridique titulaire des autorisations)

SOMMAIRE

Contrat socle

ANNEXES « ORIENTATIONS STRATEGIQUES »

Annexe 1 : Orientations stratégiques au regard du PRS et programmes d'application

Annexe 2 : Développer la chirurgie ambulatoire

Annexe 3 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Annexe 4 : Plan blanc

Annexe 5 : Faire progresser la gestion et le pilotage interne de l'établissement

Annexe 6 : Optimiser la politique des ressources humaines

ANNEXES « AUTORISATIONS ET FINANCEMENTS »

Annexe 7 : Missions de service public

Annexe 8 : Activités spécifiques reconnues et donnant lieu à tarification

Annexe 9 : Autorisations et modalités particulières de mise en œuvre

Annexe 10 : Financements

ANNEXE INFORMATIVE

Annexe 11 : Rappel des autres engagements contractuels de l'établissement en vigueur

Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens 2012-2016

Entre

L'Agence régionale de santé du centre

Sise à Cité Coligny – 131 rue du faubourg Bannier – BP 74409 – 45044 Orléans Cedex 1
Représentée par Monsieur Jacques LAISNE, en qualité de Directeur Général

Et,

Nom de l'entité juridique titulaire des autorisations

N° SIREN	
N° FINESS juridique	

Représenté par Monsieur / Madame , en qualité de (représentant légal)

Pour :

Nom de l'entité géographique OU « l'exploitation de l'équipement... »

Situé à adresse

N° SIRET	
N° FINESS Géographique(s) Ou N° FINESS de l'établissement d'implantation	

Vu les articles L.6114-1 à L.6114-5 du code de la Santé Publique ;

Vu les articles D. 6114-1 à D. 6114-8 du code de la Santé Publique ;

Vu les articles R.6114-9 et R.6114-10 du code de la Santé Publique ;

Vu le projet régional de santé arrêté le XXXXX

Il a été expressément convenu ce qui suit,

Article 1 : L'objet et le contenu du contrat

En vertu de l'article D. 6114-3 du code de la santé publique, le présent contrat définit d'une part les orientations stratégiques de l'établissement, notamment en application des objectifs du projet régional de santé de la région centre et des axes d'amélioration de la performance d'autre part.

Il est en outre le support juridique de reconnaissance de certaines activités spécifiques et mission(s) de service public et assure la traçabilité des financements octroyés ; il fixe les engagements et / ou obligations qui y sont assorties.

1-1 : Les orientations stratégiques

Le contrat constitue notamment l'outil de déclinaison opérationnelle des orientations du projet régional de santé, plus particulièrement du schéma régional de l'organisation des soins, ainsi que de ses programmes d'application.

Les orientations stratégiques de l'établissement retenues au terme de la négociation au regard des orientations régionales du projet régional de santé sont :

Orientation n°1 :
Orientation n°2 :
Orientation n°3 :
Orientation n°4 :
Orientation n°5 :
Orientation n°6 :

Les modalités de réalisation et d'évaluation de ces orientations sont déclinées dans l'**annexe 1** du présent contrat.

L'établissement s'engage en outre sur des thématiques transversales, prévues à l'article D. 6114-3 du code de la santé publique, et faisant l'objet des annexes suivantes :

Annexe 2 : développer la chirurgie ambulatoire
Annexe 3 : améliorer la qualité et la sécurité des soins
Annexe 4 : plan blanc
Annexe 5 : faire progresser la gestion et le pilotage interne de l'établissement
Annexe 6 : optimiser la politique des ressources humaines

1-2 : Autorisations et financements

Le récapitulatif des autorisations, des reconnaissances d'activités spécifiques, des missions de service public et des financements octroyés, ainsi que les engagements et obligations fixés à l'établissement en contrepartie, figurent dans les annexes suivantes :

Annexe 7 : missions de service public
Annexe 8 : activités spécifiques reconnues donnant lieu à tarification
Annexe 9 : autorisations et modalités particulières de mise en œuvre
Annexe 10 : financements

L'annexe 11 du présent contrat liste, pour information, les accords et autres contrats en cours de validité signés par le titulaire avec l'agence régionale de santé (CBUMPP, CREF, contrat de performance, contrat de télémédecine, CPOM médico-social, contrat local de santé ...).

Les objectifs fixés aux articles 1-1 et 1-2 ci-dessus ne valent pas engagement de l'Agence régionale de santé :

- d'octroyer des financements supplémentaires à l'établissement afin de mettre en place ces engagements et actions, pour des raisons d'absence de visibilité sur le niveau des enveloppes régionales futures

- d'octroyer des autorisations nouvelles de création ou renouvellement d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds, des reconnaissances d'activités ou missions spécifiques ; ces demandes relevant de la procédure réglementaire d'autorisation ou d'une procédure de reconnaissance et/ou d'appel à projets.

Article 2 : La mise en œuvre du contrat

2-1 Le suivi du contrat

2-1-1 Le suivi annuel

Le contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre d'une revue annuelle réunissant :

Pour l'ARS :

- Le directeur général de l'ARS ou son/ses représentant(s),

Pour l'établissement :

- Le directeur de l'établissement assisté des collaborateurs de son choix.

La revue annuelle de contrat a pour objet :

- de dresser le bilan annuel de l'exécution du contrat en n-1, sur la base notamment des résultats des indicateurs prévus au contrat ;
- de définir les perspectives pour l'année n ;
- de définir les éventuels avenants au contrat prévus à l'article 5 ;
- de façon exceptionnelle, de déterminer les sanctions prévues à l'article 6.

L'analyse contradictoire du bilan annuel est menée sur la base d'un rapport annuel d'étape prévu à l'article D. 6114-8 code de la Santé Publique et produit par l'établissement au plus tard un mois après sollicitation de l'Agence Régionale de Santé.

La revue annuelle pourra faire l'objet d'une lettre d'observations adressée par l'ARS, sur laquelle l'établissement sera en mesure de présenter ses éventuelles observations, dans un délai d'un mois après réception.

2-1-2 Le rapport final

Conformément à l'article D. 6114-8 du code de la Santé Publique, l'établissement transmet, un an avant l'échéance du contrat et au moment de sa demande de renouvellement, un rapport final d'exécution du contrat.

2-2 La révision du contrat

A la demande de l'établissement ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont complétées ou modifiées par voie d'avenant, notamment :

- pour réviser le contenu des objectifs afin notamment de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales et régionales (notamment les révisions du PRS),
- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de l'établissement, de l'offre de soins régionale ayant un impact sur les missions qui lui sont confiées,
- pour modifier la liste des missions d'intérêt général et de service public confiées à l'établissement ainsi que des reconnaissances d'activités spécifiques attribuées,
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS et/ou les dispositions tarifaires telles que prévues à l'article L.6114-4 du code de la santé publique pour les établissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

2-3 Le respect du contrat

Les articles R.6114-9 et R.6114-10 du code de la Santé Publique déterminent les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat ainsi que celles liées en cas de manquement grave de l'établissement à ces obligations contractuelles.

2-3-1 Sanctions pour inexécution partielle ou totale des engagements : procédure

La démarche de contractualisation s'appuyant sur une relation de dialogue de gestion, ce n'est que l'échec avéré de cette logique qui doit conduire à envisager l'application de pénalités.

Ainsi, l'application des pénalités n'est pas immédiate :

- elle intervient au terme d'une procédure contradictoire prévue par la réglementation, déclenchée par une mise en demeure de l'établissement par le directeur Général de l'Agence régionale de santé, de présenter ses arguments et/ou de prendre des mesures correctrices dans un délai de 1 mois, renouvelable.
- la procédure contradictoire garantit à l'établissement la possibilité de communiquer son analyse et de justifier l'inexécution de ses engagements
- les décisions de mise en demeure et de notification des pénalités sont motivées ;

A l'issue de cette procédure et si le constat d'inexécution partielle ou totale des engagements persiste, le dossier sera soumis à la commission régionale d'évaluation des contrats (instance de dialogue comprenant des représentants des fédérations et de l'ARS) qui proposera au Directeur général de l'ARS des mesures, proportionnées à la gravité des manquements.

En tout état de cause, et conformément à l'article L. 6114-1 du code de la Santé Publique, les pénalités seront proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne pourront excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

2-3-2 Résiliation du contrat

En cas de manquement grave dûment constaté, et à l'issue de la procédure décrite au 2-3-1, le contrat peut être résilié.

Article 3- Entrée en vigueur du contrat, durée et fin

Le contrat est conclu pour une durée de 5 ans.

Sa résiliation interviendra de fait en cas de disparition de l'entité juridique titulaire des autorisations ou de retrait de l'ensemble des autorisations d'activités de soins et/ou d'équipements matériels lourds du co-contractant.

Le présent contrat prend effet à compter du **x date de publication du PRS + 6 MOIS maxi x**

Fait à **XXXXX**, le **XXXXX**

Le Directeur général de l'ARS :

Le représentant légal de l'établissement :

Jacques Laisné

Monsieur /Madame xxxxxx

Diagnostic partagé sur la situation de l'établissement

L'objectif de ce diagnostic est d'aboutir à des priorités en termes d'évolution d'activité et fonctionnement pour les 5 prochaines années.

Il sera discuté avec les représentants de l'ARS afin d'aboutir à un **diagnostic partagé**.

➤ **Présentation générale de l'établissement** (situation de l'établissement de manière générale dans son environnement territorial, régional/interrégional en fonction du niveau de recours, activités de soins exercées...
.

➤ **Points forts de l'établissement**

➤ **Points faibles de l'établissement**

Annexe 1

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Cette annexe concerne tous les établissements et structures, quel que soit leur type, statut ou activité.

Elle constitue le cœur du contrat.

Doivent y être inscrites les orientations stratégiques de l'établissement à horizon 2016, c'est-à-dire les évolutions et adaptations stratégiques envisagées par l'établissement et portant sur son offre de soins, ainsi que les synergies nécessaires avec les autres acteurs du territoire.

Les orientations contractualisées devront s'inscrire dans les orientations régionales portées par le projet régional de santé et ses programmes d'application, afin d'en garantir la déclinaison opérationnelle.

Cette annexe n'a pas vocation à concerner de manière exhaustive les différents champs de l'activité de l'établissement et à intégrer l'ensemble du projet médical

Afin de garantir l'efficacité du contrat et de faciliter son suivi, **son contenu devra se concentrer sur les évolutions les plus structurantes envisagées pour les 5 années à venir afin d'en faire un document stratégique** mobilisable autant dans la gestion interne des établissements que pour la régulation régionale.

Ainsi, le choix de 1 à 7 orientations stratégiques prioritaires et structurantes, traduites en objectifs opérationnels est attendu pour cette annexe.

Si l'essentiel du contenu du CPOM se situe dans le secteur sanitaire et donc en lien étroit avec le SROS, cette nouvelle génération de contrats a vocation à être un outil de transversalité et d'articulation avec le secteur médico-social et la prévention.

A ce titre, le CPOM traitera utilement des complémentarités et des coopérations envisagées avec les autres acteurs de l'offre de soins du territoire (établissements de santé mais aussi établissements et services médico-sociaux, structures et professionnels de santé libéraux).

De même, il pourra inclure des engagements en matière de prévention lorsque son action est déterminante pour la déclinaison du schéma régional de prévention.

Le choix des orientations stratégiques et des actions figurant dans chaque CPOM relève de la négociation locale.

Il s'inscrira néanmoins dans le cadre législatif et réglementaire relatif au CPOM en **s'appuyant sur les documents d'orientation régionaux :**

- **le projet régional de santé dans toutes ses composantes, ainsi que ses programmes d'application**
- **les orientations stratégiques prioritaires de l'ARS pour la contractualisation**

Orientation stratégique n°1 : orientation sur une activité de soins en particulier ou un groupe d'activité de soins

Situation actuelle de l'établissement

Situation **actuelle** de l'établissement sur l'activité de soins faisant l'objet de l'orientation stratégique, situation eu égard notamment aux orientations du SROS-PRS

NB : A toutes fins utiles, le document « Orientations stratégiques régionales prioritaires 2012-2016 de l'ARS du centre » synthétise les orientations stratégiques du SROS-PRS.

Objectifs opérationnels

Objectifs de l'établissement sur les 5 ans du CPOM lui permettant de mettre en œuvre l'**orientation stratégique de la présente fiche**. Les modalités de mise en œuvre précisent ce que l'établissement prévoit de mettre en place pour atteindre les objectifs (coopérations, recrutements.....)

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
1.1 ...		
1.2 ...		
1.3 ...		
1.4 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Valeur initiale	Etablissement					Source d'information
			Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4	N5	
1.a	Le cas échéant	Le cas échéant	Le cas échéant	Le cas échéant	Le cas échéant	Le cas échéant	Le cas échéant	Indicateurs du volet PRS correspondant au thème de l'orientation stratégique + le cas échéant : indicateurs personnalisés de l'établissement
1.b								
1.c...								

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :
 Fonction exercée :
 Téléphone :
 Email :

Orientation stratégique n°2 :

Situation actuelle de l'établissement

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
2.1 ...		
2.2 ...		
2.3 ...		
2.4 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
2.a								
2.b								
2.c...								

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :
Fonction exercée :
Téléphone :
Email :

Orientation stratégique n°3 :

Situation actuelle de l'établissement

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
3.1 ...		
3.2 ...		
3.3 ...		
3.4 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Valeur initiale	Etablissement					Source d'information
			Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4	N5	
3.a								
3.b								
3.c...								

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :
Fonction exercée :
Téléphone :
Email :

Orientation stratégique n°4 :

Situation actuelle de l'établissement

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
4.1 ...		
4.2 ...		
4.3 ...		
4.4 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
4.a								
4.b								
4.c...								

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :
Fonction exercée :
Téléphone :
Email :

Orientation stratégique n°5 :

Situation actuelle de l'établissement

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
5.1 ...		
5.2 ...		
5.3 ...		
5.4 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
5.a								
5.b								
5.c...								

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :
Fonction exercée :
Téléphone :
Email :

Orientation stratégique n° :

Situation actuelle de l'établissement

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
6.1 ...		
6.2 ...		
6.3 ...		
6.4 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
6.a								
6.b								
6.c.....								

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Annexe 2 : DEVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Orientations nationales et régionales

La chirurgie ambulatoire permet d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à regagner son domicile le jour même, des interventions qui, dans le cadre d'une organisation plus classique des soins, nécessiteraient plusieurs jours d'hospitalisation.

C'est une chirurgie « qualifiée », pouvant recouvrir des actes de haute technicité et « substitutive » à l'hospitalisation complète. Les actes médicaux et chirurgicaux ne relevant pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie au sens réglementaire (actes d'exploration, endoscopies, soins externes) ne font donc pas partie de cette activité chirurgicale.

L'organisation centrée sur le patient constitue un véritable progrès qualitatif de sa prise en charge lui apportant une meilleure qualité des soins, une moindre exposition aux infections nosocomiales, une réhabilitation plus précoce, une plus grande satisfaction et une dédramatisation de l'acte chirurgical.

Elle constitue aussi un enjeu pour le personnel des hôpitaux et des cliniques dans la mesure où elle améliore les pratiques professionnelles, leurs conditions de travail et leur qualité de vie.

Enfin, à un niveau de qualité équivalent, elle s'avère moins coûteuse pour la collectivité que la chirurgie dite « traditionnelle » avec hébergement.

Cette annexe est incontournable pour l'ensemble des établissements autorisés en chirurgie.

Elle prévoit le développement du taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement (par substitution à l'hospitalisation complète), à la fois sur les 17 gestes habituellement utilisés dans le cadre de la MSAP, mais également sur l'ensemble de l'activité chirurgicale des établissements.

En effet, il ne s'agit plus seulement de considérer des gestes ciblés comme potentiellement réalisables en ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, mais d'étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble de la chirurgie et à l'ensemble des patients éligibles.

Par ailleurs, les établissements sont invités dans cette annexe à développer une démarche qualité spécifique afin d'améliorer l'efficience des circuits et des pratiques.

L'enquête ARS auprès des établissements fin 2011 a permis de décrire les aspects organisationnels de la chirurgie ambulatoire dans chacun des établissements (situation au 15 décembre 2011) ; les résultats serviront de base à la négociation d'objectifs organisationnels à inscrire dans cette fiche.

Situation actuelle de l'établissement

En quelques lignes, autodiagnostic de l'établissement au regard de l'activité de chirurgie ambulatoire.

Items	Situation de l'établissement	Observations
Nombre de lits installés en chirurgie HC	Nb	
Nombre de places installées en chirurgie-anesthésie ambulatoire :	Nb	
Réalisation d'une activité de chirurgie ambulatoire en dehors de la structure dédiée (UCA)	OUI /NON /partiellement	
Taux de prise en charge		
Taux global de chirurgie ambulatoire 2010	Cf. indicateurs valeur initiale	
Taux moyen de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes de la MSAP 2010	Cf. indicateurs valeur initiale	

Objectifs opérationnels

Objectif opérationnel	Modalités de mise en œuvre	Echéance
Augmenter le taux global de chirurgie ambulatoire	Préciser ce qui sera mis en place pour augmenter le taux	
Augmenter le taux moyen de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes de la MSAP	Préciser ce qui sera mis en place pour augmenter le taux	
Formaliser les procédures et outils organisationnels (critères de sélection formalisés, chemin clinique formalisé, critères de sortie formalisés...), optimiser la pec (appel de la veille...) <i>Lister les items organisationnels qui paraissent pouvoir être améliorés, selon les résultats de l'enquête lancée par l'ARS en décembre 2011</i>		
Mettre en place et mesurer les indicateurs de qualité spécifiques à la chirurgie ambulatoire et notamment : taux de déprogrammation, taux de conversion en hospitalisation complète, taux de satisfaction des patients <i>Selon les résultats de l'enquête organisationnelle ARS et les propositions de l'établissement</i>	Préciser notamment les modalités d'évaluation (périodicité...)	
Autre <i>Selon les résultats de l'enquête organisationnelle ARS et les propositions de l'établissement</i>		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Méthode de calcul et source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
Taux global de chirurgie ambulatoire	43.2 % en 2013	Renseigné/ARS	?	?	?	?	?	Méthode CPOM Etat-ARS
Taux moyen de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes de la MSAP	80-85 % en 2013	Renseigné/ARS	?	?	?	?	?	Méthode CPOM Etat-ARS & MSAP
Taux de déprogrammation de l'UCA	-	?	?	?	?	?	?	Déclaration établissement
Taux d'hospitalisation des patients de l'UCA	-	?	?	?	?	?	?	Déclaration établissement
Taux de satisfaction des patients de l'UCA	-	?	?	?	?	?	?	Déclaration établissement

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Annexe 3

AMELIORER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

L'article L.6114-3 dispose que les CPOM définissent des objectifs en matière de qualité et sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

Les orientations régionales prioritaires portant sur la politique et le management de la qualité et de la sécurité des soins concernent:

- **la mise en œuvre de la procédure de certification**
- **la lutte contre les infections nosocomiales**
- **la publication et amélioration des indicateurs qualité et sécurité des soins**
- **l'accréditation des laboratoires d'analyse de biologie médicale rattachés à un centre hospitalier**

Ces axes constituent le **socle minimum de contractualisation pour l'ensemble des établissements de santé.**

Pour autant, cela ne doit pas être un obstacle à l'inscription d'autres d'autres thématiques non énumérées ci-dessus, notamment pour les structures autonomes détenant des autorisations d'équipements matériels lourds, de radiothérapie et d'AMP/DPN.

Fiche 3.1 : Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales

Textes et documents de référence

- Programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
- Tableau de bord des infections nosocomiales «Bilanlin» mis en place à partir de 2004 et permettant le recueil annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements.

Situation actuelle de l'établissement

En quelques lignes, autodiagnostic de l'établissement au regard de la lutte contre les infections nosocomiales.

Items	Situation de l'établissement	Précisions
<u>Orientations régionales ARS prioritaires</u>		
Existence d'une EOH	OUI / NON/PARTIEL.	
Composition de l'EOH : présence d'un médecin / pharmacien ET d'un infirmier	OUI / NON/PARTIEL.	
Formation des membres de l'EOH avec participation au minimum aux réunions du RHC	OUI / NON/PARTIEL.	
Formation à l'hygiène du personnel de l'établissement	OUI / NON/PARTIEL.	
Présence d'un référent en antibiothérapie formé	OUI / NON/PARTIEL.	
Présence d'un protocole d'antibiothérapie de 1 ^{ère} intention	OUI / NON/PARTIEL.	
Score ICSHA-2 : - de A ou B pour les centres hospitaliers, ex-hôpitaux locaux, cliniques MCO - d'au moins C pour les autres	Score ICSHA 2010	
<i>Pour les laboratoires de biologie interne :</i> Le laboratoire de biologie participe-t-il :		
- à des formations	OUI / NON/PARTIEL.	Préciser si dans le cadre du C-CLIN
- à des contrôles qualité	OUI / NON/PARTIEL.	Préciser si dans le cadre du C-CLIN
<i>Pour les laboratoires de biologie externes à l'établissement :</i> Le contrat passé entre l'établissement et le laboratoire de biologie prévoit-il que le laboratoire fasse l'objet de contrôle qualité, notamment dans la surveillance des BMR	OUI/NON/PARTIEL.	Préciser si dans le cadre du C-CLIN

Objectifs opérationnels

Choisis en fonction de la situation actuelle de l'établissement

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
3.1.1 ...		
3.1.2 ...		
3.1.3 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
3.1.a Nombre de formations des membres de l'EOH	Participation au minimum aux réunions du RHC	?	?	?	?	?	?	Déclaration établissement
3.1.b Nombre de personnels formés à l'hygiène hospitalière	-	?	?	?	?	?	?	Déclaration établissement
3.1.c Score ICSHA-2	A, B ou C selon le type d'etb	?	?	?	?	?	?	Bilanlin et déclaration établissement
3.1.d Score ICALIN	-	?	?	?	?	?	?	Bilanlin et déclaration établissement
3.1.e Score agrégé	-	?	?	?	?	?	?	Bilanlin et déclaration établissement
...								

Référent Etablissement à contacter pour cet axe

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Fiche 3.2 : Mettre en œuvre la certification HAS et améliorer la démarche qualité

Situation actuelle de l'établissement au regard de la démarche qualité et de la certification

En quelques lignes, autodiagnostic de l'établissement au regard de sa démarche de certification et de sa démarche qualité et gestion des risques en général

Objectifs opérationnels

Choisis en fonction de la situation actuelle de l'établissement décrite ci-dessus

Objectif opérationnel	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
3.2.1 Elaborer le programme pluriannuel de qualité et sécurité des soins		
3.2.2 Décliner les actions du programme qualité et sécurité des soins, incluant des actions de formation		
3.2.3 Publier annuellement, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins	modalités à préciser (affichage, livret d'information...)	
3.2.4 Analyse des indicateurs et mise en place d'un plan d'actions permettant d'atteindre, à terme du contrat, le score de 80 % a minima pour les indicateurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Tenue du dossier patient - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - Traçabilité de l'évaluation de la douleur - Dépistage des troubles nutritionnels - Tenue du dossier d'anesthésie (secteur MCO) 	Plans d'action	Maxi en 2016
3.2.5 Faire entrer les laboratoires d'analyse de biologie médicale dans la démarche d'accréditation (<i>laboratoires rattachés à un centre hospitalier</i>)		dès le 1 ^{er} novembre 2013
...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
3.2.a Score TDP	80% en N5	?					80%	Platines et déclaration établissement
3.2.b Score DEC	80% en N5	?					80%	Platines et déclaration établissement
3.2.c Score TRD	80% en N5	?					80%	Platines et déclaration établissement
3.2.d Score DTN	80% en N5	?					80%	Platines et déclaration établissement
3.2.e Score DAN	80% en N5	?					80%	Platines et déclaration établissement

3.2.f Suivi des démarches de certification	-							Rapports HAS
--	---	--	--	--	--	--	--	--------------

Référent Etablissement à contacter pour cette fiche

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Annexe 4 : PLAN BLANC

Tout établissement de santé est tenu de disposer d'un plan blanc, en application de l'article L 3131-7 du code de la santé publique.

Ce plan a pour objet de permettre à l'établissement de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose pour faire face à un afflux de patients ou de victimes ou à une situation exceptionnelle (par exemple catastrophe ou évènement affectant le fonctionnement de l'établissement).

A ce titre, tout établissement de santé doit définir des procédures d'organisation en urgence, tant au niveau des ressources humaines que logistiques, lui permettant notamment de réaliser son évacuation ou de procéder à son confinement.

Il doit également intégrer dans le plan les mesures spécifiques adaptées à ses moyens qu'il mettrait en œuvre afin de protéger l'établissement en cas d'une arrivée massive spontanée de patients potentiellement contaminés par un agent NRBC¹.

Dans cette optique, chaque établissement, siège de SAMU, doit disposer d'une unité de décontamination.

Les autres établissements, sièges d'un service d'urgence, doivent concevoir des modalités de décontamination.

¹ Nucléaire, radiologique, bactériologique, chimique

Situation actuelle de l'établissement

1. Un référent plan blanc a-t-il été désigné ?..... oui non
Dans l'affirmative, quelle est sa fonction habituelle ?.....
2. Votre plan fixe-t-il les modalités de son déclenchement et de sa levée ? oui non
3. Prévoit-il une cellule de crise ? oui non
4. Une procédure d'activation en urgence de cette cellule a-t-elle été mise en place ?
..... oui non
5. Des modalités ont-elles été définies pour un fonctionnement de cette cellule dans la durée ?
..... oui non
6. Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des ressources humaines et matérielles de
votre établissement ont-elles été établies ? oui non
7. Des modalités d'accueil et d'orientation des victimes sont-elles fixées ? oui non
8. Des modalités de communication ont-elles été arrêtées :
 - en interne oui non
 - à destination de l'extérieur (familles, autorités, media) oui non
9. Un plan est-il prévu pour :
 - La circulation et le stationnement en situation exceptionnelle oui non
 - Le confinement de votre établissement oui non
 - L'évacuation de votre établissement oui non
10. Des mesures NRBC pour faire face à un afflux de victimes potentiellement contaminées ont-elles été
définies ? oui non
11. Votre établissement dispose-t-il d'équipements de protection individuelle contre les risques
NRBC ? oui non
12. Votre établissement a-t-il une capacité de décontamination ? oui non
Si oui :
 - Unité mobile oui non
 - Installation fixe oui non
13. Une information des personnels sur le plan blanc et les procédures prévues dans celui-ci a-t-elle été
effectuée ? oui non
14. Un exercice d'application du plan blanc global ou partiel a-t-il été réalisé en 2011 ?
..... oui non

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
4.1 Concevoir des modalités de décontamination permettant de faire face à une arrivée massive spontanée de patients potentiellement contaminés par un agent NRBC (établissements sièges d'un service d'urgences)		
4.2 Disposer d'une unité de décontamination permettant de faire face à une arrivée massive spontanée de patients potentiellement contaminés par un agent NRBC (établissements sièges de SAMU)		
4.3autres ?		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
4.a ...								

Référent Etablissement à contacter pour cette fiche

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Annexe 5 : FAIRE PROGRESSER LE PILOTAGE INTERNE DE L'ETABLISSEMENT

L'efficacité des processus internes est un enjeu à la fois pour la qualité des soins et la pérennité financière des établissements de santé ; c'est à ce titre que des actions d'optimisation doivent être conduites sur les processus internes des établissements, depuis la production de soins jusqu'à la logistique en passant par les processus administratifs.

L'ARS du Centre a défini 3 champs d'action prioritaires dans ce cadre :

- **Assurer la soutenabilité de la situation financière et patrimoniale**

Les établissements de santé doivent être en mesure d'assurer, de manière pérenne, le financement de leur exploitation courante et les investissements nécessaires à la production de soins de qualité.

L'ARS sera vigilante au suivi des indicateurs listés dans la fiche ci-après.

Les établissements qui connaissent des difficultés financières particulières peuvent être déjà engagés dans une démarche de retour à l'équilibre structurel, dont les modalités sont définies dans un contrat spécifique de retour à l'équilibre financier (CREF). Il conviendra alors de ne pas transposer dans la fiche les termes de ce contrat quand il existe, mais d'en faire référence (il sera d'ailleurs listé dans l'annexe informative n°11).

- **Mettre en œuvre une stratégie d'optimisation des achats**

L'optimisation des achats hospitaliers constitue un levier important de performance et d'efficacité pour les établissements :

- Les achats représentent un enjeu majeur en termes de qualité des soins.
- L'optimisation des achats sert aussi un objectif de sécurisation des approvisionnements, d'amélioration des conditions de travail, de développement durable et de maîtrise des coûts.

- **Aller vers un système d'information cohérent et performant**

Les systèmes d'information constituent désormais un élément incontournable de la stratégie des établissements et conditionnent la mise en œuvre des projets des structures de soins, que ce soit dans le domaine médical pour assurer la qualité et la continuité des soins, que dans celui de l'organisation générale pour l'efficacité de leurs fonctions de gestion.

Par ailleurs, le partage d'information médicale est un élément clé pour améliorer la coordination des professionnels de santé.

Le développement des systèmes d'information en santé constitue, pour les prochaines années, l'une des clés de la modernisation et de la transformation des établissements.

L'objectif de la stratégie Hôpital Numérique est d'amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité suffisant de leurs systèmes d'information pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires. Pour ce faire, la stratégie se décline en un programme, (feuille de route sur cinq ans pour les SIH), qui s'appuie sur différents leviers : un volet relatif à la gouvernance, à la compétence (formation et mutualisation) ; un volet sur le financement ; un volet relatif à l'offre industrielle ; un volet innovation. Le volet financement du programme Hôpital Numérique n'est pas le mode d'intervention exclusif des ARS pour accompagner les établissements vers le socle commun. La contractualisation doit être un des leviers prépondérants.

Fiche 5.1 : Assurer la soutenabilité de la situation budgétaire et financière

Cette annexe s'applique aux établissements publics de santé et aux établissements privés ex-PSPH.

Engagement

L'établissement s'engage à assurer de manière pérenne, le financement de son exploitation courante et des investissements nécessaires à la production de soins de qualité.

Les modalités précises de mise en œuvre de cet engagement sont décrites au CREF/PRE conclu le ... [\(pour les établissements concernés\)](#).

Indicateurs de suivi

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement Valeur initiale	Etablissement Valeur Cible					Source d'information
			N 1	N2	N3	N4	N5	
5.1.a Résultat comptable	> ou = 0	Rempli/ARS						Compte financier
5.1.b Taux de marge brute	> ou = 6%	Rempli/ARS	> ou = 6%	> ou = 6%	> ou = 6%	> ou = 6%	> ou = 6%	Compte financier Numérateur: crédits des comptes 70 à 75 sauf 7087 "remboursements de frais par les budgets annexes" MOINS débits des comptes (retraités des remboursements des budgets annexes) 60 à 65 Dénominateur: crédits des comptes 70 à 75 sauf 7087 "remboursements de frais par les budgets annexes"
5.1.c Taux d'indépendance financière	< 50 %	Rempli/ARS						Compte financier Encours de la dette/capitaux permanents (Ets T2A : source Hospidiag ; autres ets : source compte financier (état E1))
5.1.d Durée apparente de la dette	< 10 ans	Rempli/ARS						Compte financier Encours de la dette/CAF
5.1.e Encours de la dette / total des produits	< 30%	Rempli/ARS						Compte financier Encours de la dette (source compte financier "état E1"), rapporté au total de ses produits toutes activités confondues (source Diamant)

Référent Etablissement à contacter pour cette fiche

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Fiche 5.2 : Optimiser le processus interne des achats

Cette annexe s'applique prioritairement aux établissements publics de santé.

Situation actuelle de l'établissement

En quelques lignes, autodiagnostic de l'établissement au regard de son processus « achats »

Objectifs opérationnels

Objectif opérationnel	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
5.2.1 Mettre en place une organisation interne permettant d'optimiser la fonction « achats »		
5.2.2 Adhérer au GCS achats	Adhésion à un groupement d'achat	
5.2.3 ...		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Etablissement					Source d'information	
		Valeur initiale	Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4		N5
5.2.a								
5.2.b								
5.2.c								

Référent Etablissement à contacter pour cette fiche

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

Fiche 5.3 : Développer et optimiser les systèmes d'information

Cette annexe s'applique à tous les établissements de santé.

Objectifs opérationnels

Objectif opérationnel	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
5.3.1 Atteindre le socle prioritaire spécifié dans le cadre du programme hôpital numérique		
5.3.2 Organiser les conditions de déploiement du DMP : - ouvrir et alimenter des DMP - permettre l'accès des services des urgences et du SAMU au DMP	----->	Décembre 2012
5.3.3 Informatiser les urgences (pour les établissements concernés) et produire de façon exhaustive les RPU		
5.3.4 Alimenter et mettre à jour le ROR et l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS) dans toutes ses composantes		

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Cible régionale	Valeur initiale	Etablissement					Source d'information
			Valeur Cible					
			N 1	N2	N3	N4	N5	
5.3.a Existence d'un schéma/plan directeur (à transmettre à l'ARS)								
5.3.b Effectivité du remplissage des données dans DIPI								
5.3.c Atteinte de l'ensemble des cibles relatives aux pré-requis du programme HN								Guide des indicateurs du programme HN
5.3.d Taux d'exhaustivité des RPU	95% à fin 2012		95%					OSIS et serveur de veille et d'alerte
5.3.e % de l'offre MCO décrite et validée (ROR)	100% avril 2012		100%					ROR
5.3.f Taux de complétude des données transmises via l'OSIS	80% à fin 2012		80%					OSIS

Référent Etablissement à contacter pour cette fiche

Nom :
Fonction exercée :
Téléphone :
Email :

Annexe 6 : OPTIMISER LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

Cette annexe s'applique prioritairement aux établissements publics de santé.

Les orientations prioritaires à contractualiser portent sur des thématiques traitées dans le cadre de l'enquête « Bilan Social » réalisée par la Direction générale de l'offre de soins et portant sur un échantillon de plusieurs dizaines d'établissements publics de santé de plus de 300 agents.

Certains indicateurs sont également actuellement remontés via les Relevés Infra Annuel (RIA) dans le cadre du suivi de l'EPRD.

Les indicateurs proposés dans cette annexe seront repris dans le futur bilan social des établissements publics de santé, dont la refonte devrait entrer en vigueur dès 2012.

Les axes prioritairement retenus en région centre pour la contractualisation sur la thématique des ressources humaines sont :

- **La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**
- **L'amélioration des conditions de travail**
- **La prévention et réduction de l'absentéisme**
- **La maîtrise du turn-over du personnel et favoriser l'attractivité de l'établissement**
- **La prévention des conflits sociaux**

Important :

Pour les indicateurs d'évaluation :

- Les chiffres s'entendent tous budgets confondus, et non pas pour le seul budget H
- Pour le personnel médical, l'effectif à prendre en considération est l'effectif total hors internes ;
- Pour le personnel non médical, l'effectif à prendre en considération est l'effectif total permanent (titulaires et stagiaires, CDI, CDD permanents) et non permanent (CDD de remplacement de droit public (sont exclus les contrats aidés et contrats d'apprentissage)).

Situation actuelle de l'établissement

Orientations régionales	Situation de l'établissement au regard des orientations régionales et description rapide des dispositifs existants
S'inscrire dans le dispositif Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	
Amélioration des conditions de travail	
Prévention et réduction de l'absentéisme	
Maitriser le turn-over du personnel et favoriser l'attractivité de l'établissement	

Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Echéance
6.1 GPEC :quels objectifs ?	actions envisagées	
6.2 CLACT :quels objectifs ?	actions envisagées	
6.3 Prévention et réduction de l'absentéisme	actions envisagées	
6.4 Maitriser le turn-over du personnel et favoriser l'attractivité de l'établissement	actions envisagées	

Indicateurs

Indicateurs de suivi	Etablissement					Source d'information	
	Valeur initiale	Valeur Cible					
		N 1	N2	N3	N4		N5
6.a Taux d'absentéisme du personnel ²						Bilan social (même mode de calcul)	
6.b Taux de turnover du personnel ³							Hospidiag (même mode de calcul)
6.c Nombre d'heures ou de ½ journées de grève ⁴						Bilan social (même mode de calcul)	

Référent Etablissement à contacter pour cette orientation stratégique

Nom :

Fonction exercée :

Téléphone :

Email :

² (Nombre de jours d'absences du personnel - tous motifs sauf formation) / ETP moyen sur l'année n x 365) le tout multiplié par 100.)

Nombre d'ETP moyen sur l'année n= addition du nombre d'Equivalents Temps Plein à la fin de chaque mois de l'année n, le tout divisé par 12

³ Nombre de départs pendant l'année n / effectif physique au 1^{er} janvier de l'année n+1, le tout multiplié par 100

La notion de départs ne prend en compte que les agents sortants de la structure : agents ayant quitté définitivement l'établissement, quel que soit le motif (retraite, fin de contrat, licenciement, disponibilité, détachement, démission, etc.). Les départs en promotion professionnelle, en CLM ou CLD ne doivent pas être comptés dans les départs car l'agent reste en position d'activité ; les agents mis à disposition ne doivent pas non plus être comptabilisés.

⁴ Nombre total d'heures de grève (suite à un mot d'ordre local et national) pris au cours de l'année N (comptabilisées au 31/12 de l'année N) divisé par l'effectif physique au 31/12 de l'année N.

Annexe 7 : Les missions de service public

Les missions de service public (MSP) mentionnées à l'article L.6112-1 du CSP constituent des missions spécifiques attribuées à un établissement de santé, par le directeur général de l'ARS, en fonction de besoins évalués territorialement.

Les missions de service public qui, à la date de publication de la **loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les autres missions feront l'objet d'une procédure de reconnaissance spécifique par l'ARS.

Lorsqu'une mission de service public est attribuée par le directeur général de l'agence régionale de santé au cocontractant, le contrat précise la mission reconnue, les modalités de mise en œuvre de cette mission et les obligations minimales qui y sont liées.

L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'**article L. 6112-1**, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

1° L'égal accès à des soins de qualité ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'**article L. 162-14-1** du code de la sécurité sociale.

Les garanties mentionnées aux 1° et 3° sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

Les obligations qui incombent à un établissement de santé s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public

Missions de service public attribuées à l'établissement	Périmètre de la mission	Obligations de l'établissement pour l'exercice de cette mission	Modalités de mise en œuvre	Indicateurs d'évaluation
Rempli / ARS <i>Libellé de la mission tel qu'il est inscrit à l'article L.6112-1 du CSP</i>	Rempli / ARS <i>Périmètre de la mission = précision sur le contenu de la mission (reprendre la formulation du SROS)</i>	Rempli / ARS	Rempli / Etablissement	Rempli / ARS
Recherche	<p>La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic - l'amélioration du cout de la prise en charge des patients <p>La définition des besoins de recherche est réalisée au niveau national voire européen et international. Les articles L.6142-1 et suivants du code de la santé publique définissent à cet égard la mission et le rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires</p>			
Enseignement Universitaire et post-universitaire	<p>La mission d'enseignement universitaire et post universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales, des odontologues et des pharmaciens</p>			

Missions de service public attribuées à l'établissement	Périmètre de la mission	Obligations de l'établissement pour l'exercice de cette mission	Modalités de mise en œuvre	Indicateurs d'évaluation
Développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en oeuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.			
Formation initiale et développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences	<p>La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences par une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer. Cette formation est toujours sanctionnée par un diplôme</p> <p>La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.</p>			
Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé et constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du Code de santé			

Missions de service public attribuées à l'établissement	Périmètre de la mission	Obligations de l'établissement pour l'exercice de cette mission	Modalités de mise en œuvre	Indicateurs d'évaluation
	publique.			
Actions de santé publique	Cette mission, qui constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1, fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé.			
Aide Médicale Urgente	La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311 et suivants du CSP. Cette mission fait l'objet d'une procédure d'autorisation d'activité de soins, et est donc développée dans le volet « médecine d'urgence » correspondant du présent SROS.			
<p>MISSIONS DEVANT FAIRE L'OBJET D'UNE PROCEDURE DE RECONNAISSANCE AD HOC</p> <p>Permanence des soins en établissement de santé</p>	La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.	<p>1° Egal accès à des soins de qualité ;</p> <p>2° Permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;</p> <p>3° Prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du CSS.</p>	<p>Le CPOM devra donner les garanties concrètes d'accès aux soins, en décrivant pour chacune des missions concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La manière dont l'établissement s'organise pour accueillir ou orienter les patients accueillis dans le cadre d'une mission de service public, et ce à toute heure ; - Les garanties d'application des tarifs conventionnels. L'établissement devra notamment préciser les garanties qu'il apporte au fait que les médecins exerçant sous forme libérale en son sein déclinent cette obligation. Pour la MSP de PDSES, les médecins libéraux pourront utilement être partie prenante 	

Missions de service public attribuées à l'établissement	Périmètre de la mission	Obligations de l'établissement pour l'exercice de cette mission	Modalités de mise en œuvre	Indicateurs d'évaluation
			au CPOM comme le permet l'article L. 6112-2 du CSP..	
Lutte contre l'exclusion	La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante : - une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ; - une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie.			
Soins Palliatifs	La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.			
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	Les établissements ainsi désignés assurent, par leurs propres moyens ou par voie de convention, la prise en charge à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations des patients atteints de troubles mentaux, dans le respect des conditions mentionnées à l'article L. 6112-3. »			
Soins dispensés aux détenus	Dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques. Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation,			

Missions de service public attribuées à l'établissement	Périmètre de la mission	Obligations de l'établissement pour l'exercice de cette mission	Modalités de mise en œuvre	Indicateurs d'évaluation
	soit dans des établissements de proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission			
Soins dispensés aux personnes retenues (art.L551-1 du code l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	<p>L'article L551-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dispose que l'étranger faisant l'objet d'une mesure de rétention administrative est informé « dans une langue qu'il comprend et dans les meilleurs délais que, pendant toute la période de rétention, il peut demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil ainsi que d'un médecin. »</p> <p>En outre (article R553-8 du même code), des locaux et des moyens matériels adaptés doivent permettre au personnel de santé de donner des consultations et de dispenser des soins dans les centres et locaux de rétention.</p>			

Annexe 8 : Les activités spécifiques reconnues donnant lieu à tarification

Art. D. 6114-5. : « Le contrat identifie les unités de soins intensifs, les unités de surveillance continue mentionnées à l'article R. 6123-38 et les unités de surveillance continue pédiatriques mentionnées à l'article R. 6123-38-7 dont dispose l'établissement. Il identifie également les prises en charge qui font l'objet de cahiers des charges nationaux et pour lesquelles des financements spécifiques sont prévus »

Activités reconnues	Capacité reconnue et localisation dans l'établissement	Date d'effet de la reconnaissance	Engagements de l'établissement
Unité d'addictologie de recours	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Respect du cahier des charges régional
Centre de référence /correspondant pour la pris en charge des infections ostéo-articulaires	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Respect du cahier des charges national / régional
Lits de soins palliatifs Unité de soins palliatifs	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Respect du cahier des charges national / régional
Unités neuro-vasculaires	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Respect du cahier des charges régional + reprendre les actions à mettre en place & échéances fixées par l'avenant CPOM correspondant si toujours d'actualité
Unités de surveillance continue	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Respect du cahier des charges régional + reprendre les actions à mettre en place & échéances fixées par l'avenant CPOM correspondant si toujours d'actualité
Unités de soins intensifs	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Reprendre les infos dans les avenants CPOM correspondants	Respect du cahier des charges régional + reprendre les actions à mettre en place & échéances fixées par l'avenant CPOM correspondant si toujours d'actualité
Activités reconnues	Spécialité	Modalités de prise en charge	
Plateaux techniques hautement spécialisés		Prise en charge directe des patientsà décrire /établissement	

Annexe 9 : Autorisations et modalités particulières de mise en oeuvre

Cette annexe répertorie l'ensemble des autorisations dont dispose l'établissement et fixe pour certaines d'entre elles des modalités particulières de mise en oeuvre, complémentaires au respect des textes législatifs et réglementaires.

LE LISTING EXHAUSTIF DES AUTORISATIONS SERA PRODUIT PAR L'ARS

Activités de soins /équipements lourds autorisés	Date de la dernière autorisation	Date de mise en oeuvre	Date de la dernière visite de conformité	Résultats de la visite de conformité	Conditions particulières de mise en oeuvre associée à l'autorisation (de façon complémentaire aux textes législatifs et réglementaires)
Médecine					<ul style="list-style-type: none"> Organisation permettant à l'établissement de prendre en charge les patients qui lui sont adressés par les structures de médecine d'urgence (article D.6114-3 5°) – <i>en intra-établissement</i> : réponse établissement.
Chirurgie					<ul style="list-style-type: none"> Développement de la chirurgie ambulatoire (cf. annexe CPOM ad hoc) Organisation permettant à l'établissement de prendre en charge les patients qui lui sont adressés par les structures de médecine d'urgence (article D.6114-3 5°) - <i>en intra-établissement</i>: réponse établissement.
Urgences					<ul style="list-style-type: none"> Participation aux réseaux de prise en charge des urgences mentionnés au R.6123-26 (article D.6114-3 4°)
Traitement du cancer					<ul style="list-style-type: none"> Indiquer ici « établissement « associé » à la prise en charge des patients atteints de cancer dans les conditions prévues par l'article R. 6123-94 et les établissements autorisés avec lesquels des conventions sont passées ou doivent être passées)

Equipements lourds					<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la permanence des soins
HAD					<ul style="list-style-type: none"> • Zones d'intervention : réponse établissement.
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale					<ul style="list-style-type: none"> • Participer (ou organiser s'il s'agit du centre de référence du territoire) aux réunions de concertations et d'orientations des IRCT • Assurer une information pré suppléance par IDE conforme au SROS • Pour les structures de DP : identifier au moins un médecin et un IDE référents DP par territoire • Pour les Centres de dialyse : identifier un IDE référent greffe dans chaque centre
					<p>Certaines orientations stratégiques du SROS-PRS ou SIOS qui ne seront pas déclinées dans l'annexe 1 pourront figurer dans cette annexe en tant que conditions particulières de mise en œuvre d'une autorisation (coopérations nécessaires ou opérations/orientations prévues par le schéma)</p>
...					
...					
...					
...					
...					

Annexe 10: Financements

L'octroi d'une dotation MIGAC est subordonné à la signature d'un CPOM entre l'établissement et l'ARS (article L. 612-22-13 CSS).

De manière générale, l'octroi de tout autre crédit pour le financement d'une action/mission doit être inscrit au sein du CPOM afin d'être traçable: MIGAC, FMESPP (volets investissement, ressources humaines...), DAF, FIQCS...

Toute délégation de crédit doit de surcroît être justifiée par des contreparties, c'est-à-dire des objectifs ou des engagements de la part de l'établissement précis et vérifiables (modalités d'évaluation à fixer) et inscrits au CPOM.

LE TABLEAU RECAP DES FINANCEMENTS SERA PREPARE PAR LE SIEGE DE L'ARS

Financements de l'établissement	Mission de SP ?	Montant 2011	Périmètre de financement	Modalités d'évaluation
Mesures AC				
Mesures MIG				
MERRI				
Autres MIG				
FMESPP				
DAF				

Annexe 11 : Rappel des autres engagements contractuels de l'établissement en vigueur

(lister et dater les documents contractuels passé avec l'ARS/ARH en vigueur):

- CBUMPP
- CREF
- PRE
- contrat de performance
- contrat télémedecine
- CAQCS
- contrat local d'amélioration des conditions de travail, (CLACT)
- contrat local de santé
- Numéros des avenants du CPOM 3 en vigueur (avenants tarifaires, FMESPP, MIGAC...)

Liste non exhaustive