



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

## Direction Générale de l'Offre de Soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1)  
Personnes chargées du dossier :  
Christine Tacon  
Tel. : 01.40.56.49.67  
Elodie Michaudet  
Tel. : 01.40.56.61.31

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé  
à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé (pour mise en œuvre)

Monsieur le directeur général de la Caisse des dépôts  
et consignations (pour information)

**CIRCULAIRE N°DGOS/R1/2011/154** du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

**Validée par le CNP le 8 avril 2011 - Visa CNP 2011-91**

Date d'application : immédiate  
NOR : ETSH1111307C  
Classement thématique : Etablissements de santé

<b>Catégorie</b> : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
<b>Résumé</b> : Modalités de répartition entre les régions des crédits régionalisés fongibles du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et modalités d'attribution par les agences régionales de santé
<b>Mots-clés</b> : fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, crédits régionalisés fongibles
<b>Textes de référence</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>• Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 notamment son article 40 modifié ;</li><li>• Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;</li><li>• Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001, modifié, relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.</li></ul>
<b>Textes abrogés</b> : néant
<b>Textes modifiés</b> : néant

**Annexe 1** : Répartition régionale des crédits régionalisés fongibles FMESPP 2011

**Annexe 2** : Détail des mesures relatives au volet « ressources humaines »

**Annexe 3** : Détail des mesures relatives aux plans de santé publique

**Annexe 4** : Détail des mesures relatives aux politiques de réorganisation hospitalière

**Annexe 5** : Détail de la mesure relative à la modernisation des équipements

**Annexe 6** : Détail des mesures relatives à la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins

**Annexe 7** : Tableau récapitulatif des subventions allouées

**Annexe 8** : Bénéficiaires et actions relevant du FMESPP et du FIQCS

L'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 modifie le cadre juridique relatif à la gestion du FMESPP en autorisant la fongibilité d'une partie de ses crédits régionalisés, soit 152 012 100 €, avec ceux du fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui vous ont été délégués par lettre de notification en date du 11 février 2011 pour un montant total France entière de 200 millions d'euros. Désormais, l'attribution des crédits aux établissements de santé est laissée à votre libre appréciation. Vous pouvez ainsi notifier les crédits à l'ensemble des destinataires des crédits FMESPP ou FIQCS pour financer l'ensemble des actions FMESPP ou des actions FIQCS (cf. annexe 8).

Les modalités précises de mise en œuvre et de suivi de la fongibilité des crédits régionaux du FIQCS et du FMESPP vous seront précisées ultérieurement.

La gestion pratique du FMESPP et celle du FIQCS en est ainsi modifiée structurellement. Cette plus grande souplesse dans l'utilisation des crédits des fonds devient un nouvel outil de gestion au profit des directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS) dans le cadre du passage d'une logique de moyens à une logique d'objectifs.

Afin de mettre en œuvre cette nouvelle modalité de gestion dans les meilleures conditions, notamment en matière de visibilité des montants disponibles, la présente circulaire délègue en une seule et unique fois, pour l'année 2011, l'ensemble des crédits régionalisés fongibles.

Ce nouveau mécanisme ne remet pas en cause les règles de la déchéance applicables, depuis la loi de financement pour la sécurité sociale de 2010, à l'ensemble des crédits du FMESPP.

Pour rappel, cette déchéance se décline selon deux modalités :

- Une déchéance annuelle qui porte sur l'engagement par les DGARS des crédits qui leur ont été délégués. Ce délai court à compter de la présente circulaire ;
- Une déchéance triennale qui s'applique aux demandes de paiement des subventions par les établissements. Cette prescription court à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant la date de l'engagement des crédits par l'ARS. L'établissement qui n'a pas procédé à la demande de paiement auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) perd son droit de tirage.

## **1. Les crédits régionalisés fongibles**

Ces crédits avaient initialement, lors de la détermination de l'enveloppe globale du FMESPP, vocation à financer certains plans de santé publique, l'accompagnement des politiques de restructurations ou encore la modernisation des équipements des établissements de santé.

Afin de conserver une cohérence avec les modalités qui ont prévalu à la détermination de l'enveloppe globale du FMESPP et pour tenir compte du fait que l'année 2011 constitue la 1<sup>ère</sup>

année de mise en œuvre de la fongibilité, sa répartition interrégionale a été réalisée sur la base de critères spécifiques adaptés au financement de chaque action ou plan de santé publique.

L'annexe 1 précise, par région, les montants des crédits FMESPP qui vous sont délégués.

Les annexes 2 à 6 détaillent chacune des mesures pour lesquelles le FMESPP a été abondé pour l'année 2011, ainsi que les critères ayant présidé à la répartition des crédits et ce, action par action.

**Le nouveau cadre juridique, introduit par l'article 88 de la LFSS pour 2011, en application du principe de fongibilité, vous permet néanmoins de répartir différemment les crédits qui vous sont délégués en fonction des spécificités et des besoins propres de votre région.**

**Cette répartition devra être effectuée dans le strict respect des dépenses éligibles au FMESPP, telles que définies dans le décret du 21 décembre 2001 modifié, susvisé et dans le respect des grandes orientations fixées au niveau national.**

## **2. Modalités de versement des subventions FMESPP**

Pour le volet « ressources humaines », les modalités sont décrites par les annexes de l'instruction n° DGOS/SDRH/RH3/113 du 8 avril 2010 relative au FMESPP. Ainsi, à l'appui de la notification d'agrément de l'opération établie par l'ARS, l'établissement s'adresse à la CDC pour demander le remboursement des aides en y joignant les justificatifs nécessaires. La caisse rembourse l'établissement concerné pour l'ensemble des aides, exception faite des indemnités de départ volontaire, pour lesquelles l'indemnité est directement versée à l'agent.

Pour les autres volets financés par le FMESPP, l'attribution de la subvention FMESPP doit être prévue par un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement ou, en son absence, par un engagement contractuel ad hoc.

Cet avenant, qui doit être impérativement daté et signé, doit mentionner la référence à la présente circulaire, les informations relatives au bénéficiaire, notamment le statut de l'établissement et son numéro SIRET, la nature et l'objet précis de la subvention ainsi que son montant.

S'agissant du paiement des subventions, la CDC verse à l'établissement concerné, à sa demande, la totalité de la somme mentionnée dans l'avenant ou dans l'engagement contractuel correspondant au montant de la subvention du FMESPP. A cette fin, le bénéficiaire doit joindre à l'appui de sa demande l'avenant ou l'engagement susmentionné ainsi que les pièces requises attestant le début de réalisation des travaux ou l'acquisition des équipements.

Je vous rappelle également, que cet engagement ne pourra être suivi d'un paiement de la subvention déléguée, qu'à la condition d'avoir été préalablement saisi par vos services, dans l'outil e-services de la Caisse des dépôts et consignations.

Je tiens à vous alerter sur le fait que la référence à une circulaire globalisée, ouvrant la possibilité d'utiliser les crédits pour des actions différentes de celles prévues par le niveau national, rend indispensable de définir précisément l'objet de la subvention, qui doit être explicite dans son libellé.

Par ailleurs, eu égard au droit communautaire, au code de la santé publique (article L.6114-2) et au principe général de transparence des dotations, la délégation des crédits FMESPP doit notamment respecter les principes d'égalité et de non discrimination dans la sélection des établissements bénéficiaires, afin d'éviter toute distorsion de concurrence. Ainsi, l'attribution de la subvention doit répondre à des critères de sélection objectifs (pertinence de l'allocation des crédits, justification du choix de l'établissement) et le montant de l'aide octroyée devra se baser sur des critères objectifs. La solution est d'objectiver le coût au regard du montant total de l'opération financée, déduit des autres sources de financement, notamment les dotations « aide à la contractualisation ». L'ensemble de ces critères devront figurer dans l'avenant au CPOM au même

titre que la mention de l'objet de la subvention. Selon les actions à financer et en fonction du nombre d'établissement potentiellement concernés par ces actions, une procédure d'appel à candidatures par type de projet pourra être mise en œuvre.

Enfin, cette souplesse de gestion dans l'attribution des crédits a comme corollaire :

- un besoin de suivi complémentaire des subventions accordées ;
- une capacité à rendre compte des objectifs attendus sur les diverses orientations retenues.

Aussi, pour réaliser ce suivi national de l'utilisation du montant alloué par cette circulaire, je vous demande, en sus de l'outil e-CDC, de bien vouloir retourner le tableau de synthèse joint en annexe 7 dûment complété avec un premier retour au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2011 et un retour définitif au 15 avril 2012, à l'adresse suivante : [christine.tacon@sante.gouv.fr](mailto:christine.tacon@sante.gouv.fr).

Vous voudrez bien me tenir informé sous le présent timbre des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de la mise en œuvre de la présente circulaire.

Le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

**signé**

Xavier BERTRAND

## Annexe 1 : répartition régionale des crédits régionalisés fongibles du FMESPP 2011

les montants sont en euros

Régions	Ressources Humaines	Modernisation des SAMU	Plan obésité Equipement d'un SSR	Plan Alzheimer UCC SSR	Plan Alzheimer UHR USLD	PNMR 2011-2014 Banque nationale de données maladies rares et Outre Mer (drépanocytose)	PNMR 2011-2014 équipement haut débit	Développement outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins	Accords d'amélioration des pratiques hospitalières	Télémédecine - Plan AVC	Télémédecine	Coopération hospitalière	Réorganisations hospitalières	UHSA	TOTAL
Alsace	1 360 516	244 480	115 385	200 000	50 000		700 000	64 080	252 000		411 673	133 033	740 741		4 271 908
Aquitaine	1 891 551	552 476	115 385	400 000	200 000		700 000	165 810	143 000		710 787	299 325	1 666 667		6 845 001
Auvergne	899 395	305 986	115 385	200 000	100 000			45 660	36 000	170 000	300 683	95 484	531 661		2 800 254
Bourgogne	531 963	328 974	115 385	200 000	100 000			58 480	79 000	800 000	365 708	138 397	770 609		3 488 516
Bretagne	998 227	449 013	115 385	200 000	150 000		700 000	128 970	28 000	1 150 000	703 836	239 245	1 332 139		6 194 815
Centre	1 350 786	499 744	115 385	200 000	150 000			91 320	23 000		569 078	183 457	1 021 505		4 204 275
Champagne-Ardenne	879 313	305 111	115 385		50 000			41 660	30 000	170 000	299 113	91 192	507 766		2 489 540
Corse	314 124	125 008	115 385					16 830	4 000		67 715	31 113	173 238		847 413
Franche-Comté	746 118	242 184	115 385	200 000	100 000			36 050	35 000	900 000	259 874	78 318	436 081		3 149 010
Ile-de-France	22 824 981	1 316 140	115 385	800 000	550 000	300 000	1 400 000	340 430	855 000	2 900 000	2 622 063	606 159	3 375 149		38 005 307
Languedoc-Roussillon	1 480 819	456 001	115 385	200 000	150 000			136 170	117 000	180 000	581 634	241 391	1 344 086		5 002 486
Limousin	584 419	209 141	115 385		100 000			19 230	10 000	150 000	164 804	54 715	304 659		1 712 353
Lorraine	1 517 998	383 672	115 385	200 000	100 000			84 910	229 000		524 009	178 093	991 637		4 324 704
Midi-Pyrénées	1 730 596	627 591	115 385	200 000	200 000			124 160	26 000	1 190 000	635 224	246 755	1 373 955		6 469 666
Nord-Pas-de-Calais	2 361 124	412 228	115 385	200 000	150 000		700 000	128 970	132 000	870 000	901 825	243 537	1 356 033	1 585 000	9 156 102
Basse-Normandie	939 217	265 419	115 385	200 000	50 000			33 650	147 500	900 000	328 038	86 901	483 871		3 549 981
Haute-Normandie	973 334	293 228	115 385		100 000			41 660	8 000	700 000	406 965	100 848	561 529		3 300 949
Pays-de-la-Loire	1 899 388	528 111	115 385	400 000	200 000			105 740	75 000		786 574	223 152	1 242 533		5 575 883
Picardie	1 650 930	299 431	115 385		100 000			55 270	68 000		426 024	122 305	681 004		3 518 349
Poitou-Charentes	571 201	339 086	115 385	200 000	50 000			50 470	68 000		390 821	102 993	573 477		2 461 433
PACA	7 531 236	685 767	115 385	400 000	200 000		700 000	248 310	222 000		1 096 674	437 722	2 437 276	1 585 000	15 659 370
Rhône-Alpes	6 674 289	934 690	115 385	400 000	300 000		700 000	209 070	396 000	1 500 000	1 372 468	413 047	2 299 881		15 314 830
<b>France métropolitaine</b>	<b>59 711 525</b>	<b>9 803 479</b>	<b>2 538 470</b>	<b>4 800 000</b>	<b>3 150 000</b>	<b>300 000</b>	<b>5 600 000</b>	<b>2 226 900</b>	<b>2 983 500</b>	<b>11 580 000</b>	<b>13 925 590</b>	<b>4 347 182</b>	<b>24 205 497</b>	<b>3 170 000</b>	<b>148 342 143</b>
Guadeloupe	226 239	81 757	115 385			167 000		16 850	4 500		91 035	34 331	191 159		928 256
Guyane	104 413	68 445	115 385					8 100	4 000		49 777	16 093	89 606		455 819
Martinique	304 273	81 389	115 385		50 000	167 000		12 850	4 000		90 138	33 258	185 185		1 043 478
Océan Indien	321 778	114 930	115 385					35 300	4 000		263 461	57 934	322 581		1 235 369
<i>dont Mayotte</i>											41 705	1 073	5 974		48 752
DOM	956 703	346 521	461 540		50 000	334 000		73 100	16 500		494 411	142 689	794 505		3 711 674
<b>Total montants régionaux</b>	<b>60 668 229</b>	<b>10 150 000</b>	<b>3 000 000</b>	<b>4 800 000</b>	<b>3 200 000</b>	<b>634 000</b>	<b>5 600 000</b>	<b>2 300 000</b>	<b>3 000 000</b>	<b>11 580 000</b>	<b>14 420 000</b>	<b>4 489 871</b>	<b>25 000 000</b>	<b>3 170 000</b>	<b>152 012 100</b>

## **Annexe 2**

### **Détail des mesures relatives au volet « ressources humaines »**

Le montant total des crédits délégués au titre des ressources humaines s'élève à 60 668 229 €, qui se répartissent de la manière suivante :

- 45 668 229 € concernent les aides individuelles ;
- 10 000 000 € concernent les aides collectives (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail - CLACT) ;
- 5 000 000 € concernent la gestion prévisionnelle des métiers, effectifs et compétences.

#### **a) Les aides individuelles (AI)**

Il s'agit, d'une part, de permettre aux opérations déjà engagées de se poursuivre et, d'autre part, d'accompagner de nouvelles opérations de restructuration débutées par les établissements de santé courant 2011. Aussi, les crédits correspondants aux opérations déjà engagées ont été répartis pour permettre leur financement. Le solde des crédits a été réparti, au prorata des effectifs, entre les régions n'ayant pas d'opération engagée.

Il est rappelé que le recours aux indemnités de départ volontaire doit conserver un caractère exceptionnel et suppose qu'aient été étudiées préalablement toutes les autres possibilités (mobilités, remboursement du différentiel de rémunération, actions de conversion) offertes par les aides individuelles.

La décision d'agrément de l'opération de modernisation sociale envisagée par un établissement de santé n'a plus à être soumise avant signature à l'avis de mes services. En effet, compte tenu de la régionalisation des crédits, elle est désormais accordée par l'ARS concernée, en fonction des crédits qu'elle souhaite consacrer aux aides individuelles.

Il est précisé que les annexes 1 à 5 et la partie 1 de l'annexe 6 de l'instruction n° DGOS/SDRH/RH3/113 du 8 avril 2010 relative au FMESPP restent d'actualité concernant les conditions d'attribution de chacune de ces aides individuelles.

Les agences régionales de santé peuvent contacter la direction générale de l'offre de soins (bureau RH3) pour un conseil ou un appui technique dans le montage et l'instruction des dossiers.

#### **b) Les aides collectives : les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT)**

L'amélioration des conditions de travail, de la santé et la sécurité au travail, représente un enjeu essentiel de la politique des ressources humaines et du dialogue social. A cet égard, les CLACT constituent un levier important pour contribuer à cette amélioration dans la fonction publique hospitalière et jouent un rôle moteur pour accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention.

Le montant total des crédits au titre de ce volet représente 10 000 000 €. Cette enveloppe est répartie, comme les années précédentes, entre les régions au prorata des effectifs en équivalent temps plein des établissements publics de santé et des établissements participant au service public hospitalier.

En vue d'alimenter le dialogue social au niveau régional, il vous appartient de déterminer avec les représentants des organisations syndicales représentatives réunis au sein d'un comité de suivi régional, le mode opératoire le plus approprié en vue de l'agrément des projets qui vous seront soumis.

- **Contenu des CLACT : axes et actions prioritaires**

Il appartient à chaque établissement de choisir, parmi les actions éligibles, ses priorités d'action en fonction du diagnostic réalisé et dans le respect de la procédure prévue par la présente instruction.

Pourront ainsi être cofinancées par les agences régionales au titre du FMESPP, les actions s'articulant autour des deux axes prioritaires suivants :

1. Soutien aux projets innovants pouvant concerner plusieurs établissements

Vous porterez une attention particulière aux projets innovants pouvant associer plusieurs structures. Cet axe devra permettre de démultiplier l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail en encourageant les actions collectives et en exploitant les possibilités de coopérations locales ou régionales.

2. Promotion des processus ayant pour objet le développement d'une politique de lutte contre les risques professionnels, l'amélioration des rythmes de travail et l'accompagnement des mobilités.

La détermination des actions s'inscrit dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique et du volet n°5 du protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités, et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B.

Les actions sont les suivantes :

1. Développement d'une politique de prévention active des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculo-squelettiques (TMS)

Plusieurs types d'actions pourront être retenues parmi lesquelles le diagnostic des RPS (recensement des facteurs de risques propres à l'établissement, identification des leviers d'action,...) et l'accompagnement à la mise en œuvre d'un plan d'actions préventif (apport d'outils méthodologiques et appui opérationnel,...). Les actions à privilégier seront ciblées sur le repérage et la prévention des facteurs de RPS et organisationnels afin d'améliorer les relations et les conditions de travail dans les unités et les pôles de travail. Les actions pourront se combiner entre elles pour intégrer un plan large de prévention du risque psychosocial. Il pourra notamment être fait appel à des prestations d'assistance-conseil, d'audits, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail ainsi qu'à des actions d'ingénierie.

2. Mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail et les relations de travail

Les actions à privilégier devront contribuer à améliorer les rythmes d'activité et les relations professionnelles dans les unités et les pôles de travail (aménagement des rythmes de travail et des postes de travail, amélioration de la qualité de vie au travail...).

### 3. Accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles

Les actions à conduire en ce domaine porteront sur le soutien aux mobilités fonctionnelles et aux reconversions internes ainsi que le maintien et le retour dans l'emploi.

Les différentes actions donnant lieu à des financements peuvent porter sur une partie ou sur l'ensemble des unités et des pôles de travail de l'établissement mais ne doivent pas se substituer aux dépenses courantes et permanentes de l'établissement, en investissement comme en fonctionnement. Par ailleurs, les formations nécessaires à la réalisation de ces actions pourront faire l'objet d'un financement par les agences régionales sans toutefois se substituer à celles prévues par le plan de formation de l'établissement.

- **Elaboration des CLACT : une démarche négociée**

#### 1. Diagnostic

L'élaboration des CLACT repose sur une phase préalable de diagnostic approfondi, se traduisant par la rédaction d'un document d'orientation, soumis à débat et avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). L'objectif de ce document est de dégager, en fonction du contexte et des spécificités de l'établissement, les axes prioritaires d'actions à engager pour améliorer les conditions de travail, la santé et la sécurité au travail et mettre en place une politique active de prévention.

Ce document, établi en lien avec le projet social de l'établissement, le volet social du contrat d'objectifs et de moyens et le Document unique (DU), exploitera les données du bilan social, du rapport annuel de la médecine du travail, les données sociales et démographiques, les enquêtes individuelles et/ou collectives ayant pu être discutées au sein des instances.

#### 2. Négociation entre la direction et les représentants des personnels

Sur la base des travaux conduits au sein de l'établissement et plus particulièrement du document d'orientation évoqué ci-dessus, il appartient à la direction d'engager avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'établissement une négociation en vue de la conclusion d'un contrat.

Ce contrat devra prévoir les actions d'amélioration des conditions de travail, de la santé et la sécurité au travail, que l'établissement s'engagera à réaliser, en fonction du soutien financier apporté par les agences régionales au titre des crédits du FMESPP.

Il devra prévoir quelques objectifs-cibles (par exemple, une diminution des AT-MP) à déterminer en fonction de la situation particulière de chaque établissement. Une attention particulière devra être portée au choix des indicateurs et à leur fiabilité.

Lorsque la négociation s'achemine vers la conclusion d'un accord, il est recommandé à l'établissement de se rapprocher de vos services afin de s'assurer des cofinancements mobilisables.

#### 3. Présentation de l'accord aux instances

Il appartient au directeur de présenter ce projet d'accord aux instances de son établissement (comité technique d'établissement, commission médicale d'établissement, CHSCT), dont l'avis favorable devra être recherché avant que le contrat ne vous soit communiqué.



- **Modalités de financement par le FMESPP**

L'obtention d'un financement par le FMESPP est subordonné à la production du DU, dont la réalisation constitue une obligation légale à la charge de l'employeur, prévue aux articles L.4121-3 et R. 4121-1 et suivants du code du travail.

Les établissements financeront pour partie le contrat et pourront solliciter pour partie, dans le cadre d'une démarche d'appel à projets, le concours financier du FMESPP auprès des agences régionales, en transmettant à ces dernières le projet de contrat négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives ainsi que les avis des instances.

Les contrats et les concours financiers, détaillés par type d'action, font l'objet d'un financement après agrément donné par l'agence régionale. Cet agrément précise le calendrier prévisionnel de réalisation des actions et l'échéancier de versement des crédits.

Pour tenir compte d'éventuelles contraintes de calendrier, l'établissement pourra transmettre le projet négocié avant d'avoir recueilli l'ensemble des avis requis.

Une attention particulière devra être prêtée aux établissements rencontrant des difficultés (par exemple : nombre élevé d'accidents du travail et/ou de maladies professionnelles, fort taux d'absentéisme).

La décision de financement par l'agence régionale prend en compte les critères suivants :

- Le respect des priorités énoncées ainsi que du processus de négociation fixé par la présente circulaire;
- La pertinence des actions proposées et leur cohérence par rapport au projet social de l'établissement et au document unique;
- L'ajustement réciproque des engagements financiers de l'établissement (au regard de ses moyens) et de l'agence régionale (au regard des autres projets déposés et de l'enveloppe régionale) ;
- L'articulation des CPOM et des CLACT, au travers par exemple d'une intégration des indicateurs CLACT dans les CPOM.

Par ailleurs, les agences régionales sont invitées à cibler les CLACT sur un nombre de projets limités permettant d'engager un effort massif sur les projets susceptibles d'entraîner une dynamique forte.

- **Pilotage et évaluation du dispositif**

La DGOS assure l'animation et la coordination du dispositif pour le secteur sanitaire. Elle organise la remontée des informations nécessaires au suivi et à l'évaluation de cette politique et établit le bilan annuel des CLACT réalisé à partir des remontées d'informations des agences régionales, dont elle assure la présentation en commission spécialisée (commission de l'hygiène de la sécurité et des conditions de travail, placée sous sa présidence) du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, puis sa diffusion aux agences régionales.

Il appartient à chaque agence régionale d'assurer la déclinaison du dispositif au niveau régional, de favoriser la diffusion et l'échange d'expériences ou de bonnes pratiques entre les établissements en matière d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail et d'évaluer le dispositif au sein d'une commission régionale de suivi.

Il est en effet primordial que la réalisation de chaque CLACT s'achève par un processus approfondi d'évaluation associant les partenaires sociaux et portant sur les aspects quantitatifs et financiers des actions conduites. L'évaluation doit permettre d'apprécier l'efficacité des contrats en termes d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail et aux moyens mis en œuvre.

Une enquête sera adressée à vos services au second semestre 2011, visant à faire le bilan des opérations financées à ce titre (enquête portant sur la consommation des crédits et identifiant les bénéficiaires en termes de politique de prévention).

### **c) La gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé (GPMEC)**

La GPMEC constitue une démarche pluriannuelle, nécessaire et d'envergure. Elle s'inscrit notamment dans le contexte de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour la prise en compte, d'une part des besoins des populations et des territoires en matière de santé et, d'autre part, en réponse aux aspirations des personnels et aux préoccupations de leurs organisations représentatives.

En 2011, il convient de poursuivre la démarche initiée depuis plusieurs années sous l'égide de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) et à laquelle le financement de projets par le FMESPP a donné une impulsion nouvelle. Ainsi, au-delà des initiatives menées localement, la circulaire DGOS/RHSS/MEIMS/2010/215 du 23 juin 2010 a incité les agences régionales de santé à privilégier l'action régionale en veillant à la mutualisation des moyens consacrés au déploiement de cette démarche GPMEC et à enrichir les réflexions au niveau des territoires.

Dans la lignée de ces orientations et grâce au concours d'une enveloppe de 5 000 000 d'euros, il vous appartient de poursuivre les actions déjà entreprises et d'en encourager de nouvelles en apportant une aide et un soutien aux établissements de santé, quel que soit leur type d'activités et quelle que soit leur taille.

Les actions régionales en lien avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et notamment les délégations régionales de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) seront privilégiées, afin de réaliser les prestations de services prévues dans l'appel à projets (cahier des charges, mise en concurrence, accompagnement de la démarche par des actions de formation).

Vous voudrez bien vous référer à l'annexe 3 de l'instruction précitée du 23 juin 2010 pour l'élaboration de la convention, formalisant l'accompagnement financier avec les engagements juridiques, techniques et financiers, à signer entre les établissements bénéficiaires et l'agence régionale de santé.

Je vous demande de porter une attention particulière au maintien de la démarche GPMEC dans vos priorités de financement, qui s'inscrit dans le contexte général de gestion prévisionnelle des ressources humaines, développé par l'ANFH, conformément aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel et mis en avant par le retour d'expériences collectés par l'ANAP. Cela permettra d'impulser, pour les prochaines années, cette dynamique régionale de GPMEC dans les dossiers RH prioritaires actuels, tels que l'expérimentation de l'entretien professionnel ou les anticipations de besoins, en termes de formations et d'emplois.

## **Annexe 3**

### **Détail des mesures relatives aux plans de santé publique**

#### **1. Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).**

Des crédits sont alloués pour un montant total de 3 170 000 €. Ils sont destinés à permettre le financement en investissement de deux sites de la première tranche des UHSA conformément à la circulaire DHOS/O2/F2/E4/2007 n°284 du 16 juillet 2007. Il s'agit de :

- l'AP-HM en région PACA pour un montant de 1585 000 € ;
- le CHU de Lille pour un montant de 1585 000 €.

Ces crédits viennent en complément de crédits d'aide au fonctionnement et de crédits FMESPP déjà délégués en 2007 et en 2010.

#### **2. Les financements alloués dans le cadre du plan Alzheimer (UCC et UHR)**

Le montant des crédits délégués en 2011 dans le cadre du plan Alzheimer s'élève à 8 000 000 €. Il permet le financement d'unités cognitivo-comportementales et d'unités d'hébergement renforcées.

##### **a) Les unités cognitivo-comportementales (UCC)**

Le plan Alzheimer prévoit l'identification de 120 UCC au sein des services de soins de suite et réadaptation (SSR) d'ici 2012 à raison de 24 unités par an.

Depuis 2009, le financement des investissements nécessaires à la mise en place des UCC est assuré par le FMESPP.

Les crédits délégués par la présente circulaire, pour un montant total de 4 800 000 €, ont été répartis entre les régions où doivent être identifiés en 2011 les 24 UCC, pour financer les travaux d'investissement ou l'achat de mobilier de ces unités.

Le financement en année pleine des travaux d'investissement de chacune de ces unités est fixé à 200 000€ par unité pour réaliser les travaux d'investissement prévus dans le cahier des charges annexé à la circulaire du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre des mesures sanitaires du plan Alzheimer 2008 -2012.

Pour rappel, les UCC dédiées à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont situées au sein de structures autorisées en SSR. L'organisation des soins et les locaux de ces unités sont adaptés aux besoins des patients notamment lorsqu'il s'agit de patients souffrant de la maladie de survenue précoce.

Les unités comportent entre 10 et 12 lits et disposent d'un plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté et de réhabilitation cognitive mises en œuvre.

Les unités doivent avoir une architecture adaptée et comporter notamment :

- un plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques et plateau de réhabilitation cognitive ;
- des chambres à un lit ;
- un espace de déambulation ;
- un environnement sécurisé et rassurant ;
- un lieu commun de vie sociale et d'activité.

## **b) Les unités d'hébergement renforcées (UHR)**

Les crédits délégués par la présente circulaire sont de 3 200 000 € pour les UHR.

Le Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 prévoit la création ou l'identification d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux. Les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées qui présentent des troubles du comportement très sévères sont majoritairement accueillis dans les unités de soins de longue durée.

D'ici 2012, 190 unités d'hébergement renforcées de 12 à 20 lits doivent être identifiées par vos soins dans les unités de soins de longue durée (USLD). L'instruction DHOS du 23 février 2010 précise les modalités de déploiement et de financement des UHR dans les USLD et les critères d'admissibilité des patients dans les UHR.

L'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico social du plan Alzheimer précise le cahier des charges des unités d'hébergement renforcées.

Afin de réaliser les travaux prévus dans le cahier des charges, 50 000 € sont prévus pour être délégués à chaque UHR qui sera sélectionnée par les DGARS des régions concernées.

Il faut rappeler que depuis 2009 pour les UCC et 2010 pour les UHR, une enquête annuelle recense les crédits de fonctionnement et d'investissement délégués par les DGARS pour chaque UCC ou UHR identifiée.

## **3. Les financements alloués dans le cadre du plan maladies rares 2011-2014**

Le plan national maladies rares 2011-2014 a été annoncé le 28 février 2011 par les ministres chargés respectivement de la santé et de la recherche.

Dans le cadre du projet «La banque nationale de données maladies rares » développés dans l'axe «Améliorer la qualité de la prise en charge du patient», une enveloppe de 300 000 € complémentaire pour l'acquisition d'équipements informatiques est réservée pour le développement de la banque nationale de données maladies rares.

Pour ce qui concerne les mesures relatives à la prise en charge de patients drépanocytaires annoncées dans le plan outre mer et développées dans le plan national maladies rares 2011-2014, une enveloppe de 334 000 € est également allouée, au titre de l'action «Prendre en compte les besoins spécifiques des patients d'Outre-mer »,.

Le plan maladies rares 2011 -2014 vise également à améliorer la qualité de la prise en charge du patient en développant les approches à haut débit dans le cadre des plateformes de laboratoires de diagnostic approfondi (action A-1-3).

Ceci suppose de poursuivre l'équipement d'un certain nombre de laboratoires avec des appareils de séquençage à haut débit et/ou d'hybridation génomique comparative (CGH array). L'objectif est que chaque centre de référence puisse accéder aux moyens lourds d'investigation nécessaires au diagnostic dans des conditions de qualité satisfaisantes.

Dans ce but en 2011, 5,6 millions d'euros sont répartis entre 7 ARS qui devront veiller à leur utilisation mutualisée en inter-région (sur la base des inter-régions du Schéma Interrégional d'Organisation des Soins). Ils seront le cas échéant complétés, dans une prochaine circulaire budgétaire, par des moyens visant notamment le recrutement spécifique de bioinformaticiens.

La répartition de ces crédits s'inscrit dans la continuité des financements déjà alloués en 2007 et 2008 au titre des laboratoires de génétique. Les ARS devront, préalablement à leur délégation aux établissements, dresser un état des lieux en inter-région des équipements déjà existants, qui portera notamment sur l'accessibilité à ces équipements pour le diagnostic. Ce travail permettra la pré-identification des futures plateformes de laboratoires nationales de diagnostic approfondi.

Les ARS rendront compte avant le 31 janvier 2012 au secrétaire général du plan et à la DGOS, bureau qualité et sécurité des soins (elisabeth.fernandes@sante.gouv.fr), dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan maladies rares 2011-2014 :

- de l'état des lieux en inter-région,
- des initiatives régionales et des choix effectués,
- des propositions d'améliorations en matière d'accessibilité à ces équipements.

#### **4. Les financements alloués dans le cadre du plan nutrition équipement personnes obèses**

Le montant des crédits FMESPP délégués en 2011 pour le plan Obésité représente 3 millions d'euros.

Pour rappel, en 2010, le Pr Basdevant a remis un rapport à la ministre de la santé contenant des propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé. Les préconisations du rapport mettaient en particulier l'accent sur l'équipement des structures pour accueillir les patients souffrant d'obésité sévère ou morbide.

Ainsi, une enveloppe de 3 millions d'euros a été prévue sur le FMESPP pour équiper les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR). Cette mesure vient compléter le plan d'investissement déjà engagé en 2007 pour équiper les CHRU pour un montant total de 3.9 millions d'euros.

La délégation de ces crédits en 2011 coïncide avec le plan obésité confié par le Président de la république au Pr Basdevant. Ce plan qui sera annoncé prochainement, prévoit une mesure destinée à améliorer l'accueil et l'accessibilité en SSR.

L'objectif est de pouvoir permettre à au moins 1 établissement SSR par région d'accueillir des patients présentant des obésités morbides ou compliquées (IMC >35 ou poids supérieur à 135 kg avec obésité massive ou compliquée). Les équipements dédiés à la prise en charge de ces patients sont a minima composé de :

- Lits adaptés ;
- Soulèvements malades et/ou portiques ;
- Sanitaires (toilettes et salles de bain) adaptés aux fortes corpulences ;
- Fauteuils ;
- Accessibilité aux piscines, le cas échéant.

## **Annexe 4**

### **Détail des mesures relatives aux politiques de réorganisation hospitalière**

#### **1. L'accompagnement des réorganisations hospitalières**

Le montant des crédits délégués en 2011 pour accompagner les réorganisations hospitalières s'élève à 25 000 000 €.

Ces crédits ont pour objet de soutenir des projets concourant à l'amélioration de l'organisation des établissements de santé et à une optimisation de leur efficacité au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Sont ainsi plus particulièrement visées les actions suivantes :

- Appui à la reconstitution des hôpitaux de proximité ;
- Structuration des filières de soins (en gériatrie, en SSR, aux urgences ...) ;
- Appui au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Projets visant à améliorer l'organisation interne des établissements de santé et leur efficacité (réorganisation des blocs opératoires, de l'imagerie (en vue notamment de réduire les délais d'examen de scanners et d'IRM), accueil aux urgences, achats, logistiques ...).

#### **2. Les coopérations entre établissements de santé**

Dans le cadre de la circulaire DHOS/E1/F2/O3/2009/292 du 21 septembre 2009, une enveloppe de 10 000 000 € a été dédiée au soutien de projets de coopération innovants en particulier sous forme de CHT ou de GCS. A l'issue de la seconde phase de sélection des projets (phase relative à l'accompagnement des projets après celle de soutien aux projets de préfiguration), en mars 2011, il a été convenu de déléguer le reliquat de l'enveloppe initiale par la présente circulaire, soit 4 489 871 €.

Les ARS pourront ainsi abonder les moyens octroyés aux projets sélectionnés dans le cadre de la procédure initiée par la circulaire du 21 septembre 2009 ou encore soutenir des projets qui n'ont pas été retenus dans le cadre de cette procédure et qui s'avèreraient désormais remplir les conditions d'éligibilité requises.

## **Annexe 5**

### **Détail de la mesure relative à la modernisation des équipements**

#### **La mise aux normes des services d'aide médicale urgente (SAMU)**

Le montant des crédits délégués pour la mise aux normes des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) s'élève à 10 150 000 €. La répartition des crédits entre régions a été calculée en fonction de la population de chaque région et du nombre de SAMU.

Les SAMU ont un rôle essentiel dans l'accès au système de soins et dans la prise en charge des demandes des soins non programmés. Ces missions sont consacrées dans le cadre des dispositions relatives aux services de médecine d'urgence (décrets du 22 mai 2006), qui confient aux SAMU la régulation médicale des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente et l'orientation des patients vers la structure ou le professionnel répondant le mieux à leur état de santé.

Afin de permettre aux SAMU d'assurer leurs missions dans un contexte d'évolution croissante de leur activité et pour garantir la sécurité des dispositifs mis en place, une modernisation de leurs outils techniques s'avère nécessaire.

L'objectif est double :

- poursuivre les actions engagées pour la modernisation des outils techniques des SAMU (autocommutateurs), la mise en place de Répertoires opérationnels des ressources (ROR) et le déploiement d'ANTARES (cf. circulaires n°DHOS/O1/F2/2009/228 du 22 juillet 2009 et n°DGOS/R2/2010/430 du 14 décembre 2010) ;
- permettre un nouveau déploiement de crédits afin de s'engager plus avant dans la voie de la modernisation des SAMU, en portant une attention particulière à la sécurisation des SAMU technologiquement fragiles.

Les précisions suivantes méritent d'être apportées :

En ce qui concerne le ROR, une mission doit être déléguée à l'ASIP santé afin qu'elle propose un outil permettant aux régions de développer des ROR interopérables et dont la structure soit commune aux autres SI dans le champ de la santé.

Les travaux d'ores et déjà réalisés par les différentes régions pour mettre en place un ROR seront pris en compte.

Le calendrier de développement de cet outil et de son déploiement vous sera communiqué dès que possible afin que vous soyez en mesure de l'intégrer aux travaux déjà commencés ou à venir.

Pour ce qui est des modalités de mise en place d'ANTARES, vous pouvez utilement vous fonder sur les annexes explicatives de la circulaire du 14 décembre 2010 susvisée.

Enfin, à la suite de la remise du rapport Mardegan en juillet 2010, une réflexion est en cours pour élaborer un plan de modernisation des SAMU. Dans un premier temps et à court terme, nous vous transmettrons les éléments de diagnostic pour les SAMU de votre région. Une attention prioritaire devra être apportée aux SAMU identifiés comme « fragiles » afin de sécuriser la réception et le traitement des appels. Ensuite, un travail sera engagé au niveau national afin de déterminer les orientations nécessaires pour que l'ensemble des SAMU soit équipé de systèmes d'information et de communication fiables, sécurisés, répondant à des normes de qualité homogènes dans l'ensemble des régions et interopérables à l'échelle nationale.

Au fur et à mesure de l'avancée de ces travaux, les éléments d'information sur les orientations et le calendrier vous seront communiqués.

## **Annexe 6**

### **Détail des mesures relatives à la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins**

#### **1. Développement, en établissement de santé, des outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins**

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé renforcent les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, rendant nécessaires des dépenses d'investissement portant sur la mise en place, l'amélioration ou l'extension de systèmes informatisés de collecte et de traitement d'informations. Le montant des crédits délégués s'élève à 2 300 000 €.

Dans ce cadre, il importe de favoriser les projets exemplaires démontrant :

- une articulation claire avec les nouvelles missions du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (décret du 12 novembre 2010 précité), de la commission médicale d'établissement (CME) ou de la conférence médicale d'établissement (décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé et décret n°2010-1325 du 05 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés) et du président de la CME pour les établissements publics (décret n°2009-1762 du 20 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement);
- une cohérence des démarches de l'institution (certification, diffusion d'indicateurs, etc) et des praticiens (DPC, etc.).

Par ailleurs, les projets retenus devront être compatibles avec :

- la définition réglementaire de la gestion des risques associés aux soins (notamment «prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins, et en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise »- décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 précité);
- une conception intégrée de la gestion des risques associés aux soins (plutôt que fondée sur une approche cloisonnée, risque par risque) permettant le cas échéant une connexion entre les risques cliniques et non cliniques.

Entrent dans ce cadre, les projets de traitement automatisé de données à partir notamment de celles transmises par les laboratoires, les pharmacies, les blocs opératoires ou de celles issues du dossier patient, visant à surveiller ou signaler les infections nosocomiales, la iatrogénie médicamenteuse ou les points de vigilances sanitaires, ou visant enfin à mesurer la qualité et la sécurité des soins sur la base d'indicateurs, dont ceux fixés par l'arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.



## **2. Accords d'amélioration des pratiques hospitalières**

L'article L.6113-12 du code de la santé publique relatif à la possibilité de conclure des accords d'initiative locale et des accords locaux qui sont la déclinaison d'accords-cadres signés au niveau national en vue d'améliorer les pratiques hospitalières a été abrogé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Toutefois, les accords signés antérieurement à cette abrogation demeurent applicables jusqu'à leur échéance et peuvent donner lieu à un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.

Une enveloppe de 3 000 000 € a été retenue à ce titre.

## **3. Déploiement de la télémédecine**

Le montant des crédits délégués pour financer les projets de télémédecine s'élève à 26 000 000 €.

Ce financement a pour objet de soutenir la mise en place de projets de télémédecine dans les régions dès lors que ces projets sont en conformité avec les modalités de mise en œuvre et d'organisation de la télémédecine prévues dans la circulaire du 19 octobre 2010 relative à la télémédecine.

Il appartient aux ARS de sélectionner les projets de télémédecine susceptibles d'être déployés rapidement et de répondre aux besoins de leur région, aux fins de promouvoir l'égalité d'accès à des soins de qualité ou encore d'améliorer l'articulation entre le premier et le second recours.

Ainsi, ce soutien peut concerner les chantiers qui ont été retenus comme prioritaires dans le cadre des travaux d'élaboration d'une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.

Il s'agit :

- d'une part, de chantiers correspondant aux projets opérationnels les plus matures : l'imagerie en termes de permanence des soins, la prise en charge de l'AVC, la santé des détenus ;
- d'autre part, de chantiers à caractère plus innovant : la prise en charge d'une maladie chronique (insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque ou diabète), les soins dans les structures médico-sociales ou en HAD.

55% de l'enveloppe ont été répartis entre les régions selon l'effectif de leur population tandis que les 45 % restants ont été ciblés sur les régions dans lesquelles des projets de télémédecine sont particulièrement signalés, notamment dans le cadre du Plan AVC.



## **Annexe 8**

### **Bénéficiaires et actions concernées par le FMESPP et le FIQCS**

**Le FMESPP** (II, III, III bis et IV de l'article 40 modifié de la LFSS pour 2011) :

Les bénéficiaires :

- les établissements de santé publics et privés ;
- les groupements de coopération sanitaire ;
- les personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ou membres de CHT aux fins de paiement d'aides individuelles.

Les actions éligibles :

- les actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé (contrats d'amélioration des conditions de travail, actions de modernisation sociale, aides individuelles favorisant la mobilité et l'adaptation des personnels) ;
- les dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et GCS au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation, de restructuration, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de CHT.

**Le FIQCS** (article L.221-1-1 du CSS) :

Les bénéficiaires :

- les professionnels de santé exerçant en ville ;
- les structures regroupant ces mêmes professionnels de santé ;
- les centres de santé.

Les actions éligibles :

- le développement de nouveaux modes d'exercice (télémédecine) et de réseaux de santé ;
- l'amélioration des pratiques des dispositifs innovants de PDS (maisons médicales de garde) ;
- l'aide au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé,
- les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé.