

BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES



Edition Chronologique n°32 du 12 août 2011

PARTIE PERMANENTE
Etat-Major des Armées (EMA)

Texte n°2

PROTOCOLE

pluriannuel d'objectifs et de moyens entre le ministère de la défense et des anciens combattants, le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et le ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État.

Du 15 avril 2011

DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES : *cabinet.*

PROTOCOLE pluriannuel d'objectifs et de moyens entre le ministère de la défense et des anciens combattants, le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et le ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État.

Du 15 avril 2011

NOR D E F E 1 1 5 1 1 1 2 X

Pièce(s) Jointe(s) :

Sept annexes et vingt appendices.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 110.3.1.3, 620-0.1.1

Référence de publication : BOC N°32 du 12 août 2011, texte 2.

***TITRE PREMIER.
LE CADRE GÉNÉRAL DU PROTOCOLE.***

Article premier.

Cadre général du protocole.

En application des dispositions de l'article L. 6114-1. du code de la santé publique ⁽¹⁾ et de l'article R. 174-34. du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ le présent protocole a pour objet la déclinaison, par hôpital d'instruction des armées (HIA), de l'offre de soins du service de santé des armées et des actions qu'il entend mener dans le cadre de son concours aux activités de santé publique et aux missions de service public défini dans l'arrêté prévu à l'article L. 6147-7. du code de la santé ⁽¹⁾.

Ce protocole est conclu entre le ministre de la défense et des anciens combattants et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, représentés par le service de santé des armées (SSA), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS).

L'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) en assure le suivi pour le compte de la DGOS et de la DSS.

***TITRE II.
LE CHAMP DU PROTOCOLE.***

Article 2.

Les orientations stratégiques.

Les orientations stratégiques du service de santé des armées en termes d'offre de soins et d'organisation sanitaire font l'objet de l'annexe I. du présent protocole. Ces orientations sont données à titre indicatif et ne font pas l'objet d'une contractualisation.

Article 3.

Objectifs d'activités.

L'offre de soins est présentée, par hôpital d'instruction des armées, par activité et équipement lourd. Les activités quantifiées ne font pas l'objet d'une contractualisation. Les modifications d'offre de soins du service de santé des armées sont portées à la connaissance de la DGOS, de l'ARSIF et de l'agence régionale de santé

(ARS) concernée selon les dispositions de l'arrêté prévu à l'article L. 6147-7. du code de la santé publique (1).

Les activités de soins et équipements matériels lourds font l'objet, par HIA, de l'annexe II. (9 tableaux) du présent protocole.

Les activités de soins non soumises à autorisation sont, le cas échéant, identifiées dans les mêmes annexes. Elles ouvrent droit aux tarifs prévus.

Le SSA s'engage à respecter les engagements relatifs aux prises en charges spécifiques visées également dans l'annexes II.

Il s'engage à transmettre annuellement aux services de l'ARSIF, selon les modalités et délais fixés, les données sur les items retenus pour chacune des activités.

Les activités prévisionnelles 2010 à 2014 pour les neuf HIA sont données à titre indicatif en annexe III.

Article 4.

Mission d'intérêt général et activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

Le SSA a vocation à assurer les missions d'intérêt général et/ou activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques visées à l'annexe IV. du présent protocole. Celles-ci font l'objet, le cas échéant, d'un financement spécifique dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

À ce titre, il assure la continuité et la permanence des soins pour les activités de soins pour lesquelles il est autorisé.

Article 5.

Objectifs en matière de qualité et sécurité des soins, de prévention et de gestion des risques.

Le SSA s'engage à définir et à mettre en œuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toutes actions concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.

Il met en œuvre les dispositions figurant en annexe V. au présent protocole, notamment dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.

Article 6.

Gestion des ressources humaines.

Les engagements pris par le SSA sur la mise en place de la gestion des ressources humaines sont définis par le schéma national d'organisation des soins des hôpitaux d'instruction des armées [(SNOS) (cf. annexe I.)].

Article 7.

Production et transmission d'information.

Le SSA s'engage à mettre en œuvre les outils nécessaires au suivi de son offre de soins.

Il respecte les délais et les modalités (internet) de transmissions des données des systèmes d'information nationaux [statistiques annuels des établissements (SAE), programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)] et arrête les procédures permettant d'observer ces échéances et garantir la qualité de l'ensemble des informations transmises.

Les spécificités des procédures ou des systèmes d'information à mettre en place sont fixées en annexe VI.

Article 8.
Projet de gestion.

Le SSA s'engage à améliorer la performance, l'efficacité de son organisation et à développer en ce sens les outils de pilotage et de comparaison nécessaires.

À cet effet, un certain nombre d'indicateurs de performance, précisés dans l'annexe VII., feront l'objet d'un suivi annuel pour chacun des établissements et d'une remontée d'information selon les modalités définies à l'article 11. du présent protocole.

Les engagements sur les systèmes d'informations et le pilotage médico-économique, sont fixés dans l'annexe VI.

Article 9.
Conditions d'accès aux soins.

Le SSA apporte son concours aux personnes demandant le bénéfice de la couverture maladie universelle (CMU) ou de la protection complémentaire (CMUC) en assistant les intéressés dans leurs démarches.

Sous réserve d'avoir satisfait à ses obligations régaliennes, il s'interdit d'opérer une sélection parmi les assurés sociaux, notamment en fonction de leur régime de couverture sociale (CMU) ou en raison de l'absence de couverture complémentaire.

Le SSA s'engage à informer le patient et/ou l'assuré social, préalablement à l'admission, sur les prestations pour exigences particulières susceptibles d'être facturées.

Aucun dépôt de garantie ou acompte ne peut être réclamé à l'assuré pour la part des frais d'hospitalisation de prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Les prestations pour exigences particulières prévues à l'article R. 162-32-3. du code de la sécurité sociale (1) font l'objet d'une facturation détaillée.

Sauf dérogation prévue par la réglementation, le patient n'a pas à fournir de produit pharmaceutique ou de pansement pour et durant son hospitalisation.

Article 10.
Éléments financiers du protocole.

Les engagements souscrits dans le cadre du présent protocole sont susceptibles de faire l'objet d'un accompagnement financier (annexe IV.) sous forme, le cas échéant, de :

- dotations allouées au titre des missions d'intérêt général (MIG) ;
- dotations allouées au titre de l'aide à la contractualisation (AC) ;
- subventions au titre du fonds de modernisation des établissements publics et privés exception faite des opérations lourdes d'infrastructure.

Le SSA s'engage à respecter les règles de facturation des groupes homogènes de séjours (GHS).

Le SSA s'engage à respecter les tarifs qui lui sont applicables.

Les engagements sur les aspects financiers du protocole figurent en annexe IV.

TITRE III.
LA MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE.

Article 11.
Suivi du protocole.

Le SSA adresse à l'ARSIF un rapport annuel d'étape, constitué des éléments de suivi mentionnés dans les annexes, ainsi qu'un rapport final au plus tard six mois avant l'échéance du protocole.

Les services de l'ARSIF peuvent procéder, dans le cadre d'un échange avec le SSA, à l'examen du rapport d'étape.

L'ARSIF transmet à la DGOS et à la DSS le rapport d'étape accompagné, le cas échéant, de ses remarques.

La DGOS et la DSS au vu du rapport d'étape et des éventuelles remarques de l'ARSIF peuvent proposer des avenants au présent protocole, prévus à l'article 12. ci-après.

Article 12.
La révision du protocole.

La révision du protocole peut intervenir, en tant que de besoin par voie d'avenant, en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6114-2. du code de la santé publique ⁽¹⁾ ou en cas de modification substantielle de l'activité, liée à des opérations de recomposition de l'offre de soins du SSA.

Article 13.
Suspension et réalisation du protocole.

Conformément aux dispositions des articles R. 6114-11. et R. 6114-12. du code de la santé publique ⁽¹⁾, et après mise en demeure du SSA, le protocole peut être suspendu ou résilié avant son terme pour tout ou partie de ses clauses par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de la sécurité sociale en cas de manquements graves du SSA aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles.

Article 14.
Renouvellement du protocole.

Sous réserve des dispositions de l'article 15. ci-après, la demande de renouvellement du protocole est présentée par le SSA à la DGOS et à la DSS un an avant son échéance ; les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale se prononcent sur la demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception.

Le refus de renouvellement doit être motivé.

Article 15.
Durée du protocole et entré en vigueur.

Le protocole est conclu pour une durée de cinq ans.

Au moins quatre mois avant le terme de la troisième, ou le cas échéant, de la quatrième année, le ministre de la défense et des anciens combattants et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident d'en poursuivre l'exécution en l'état, de le réviser partiellement, ou d'en engager le renouvellement.

Lorsqu'il fixe des missions de service public, il est conclu pour cinq ans.

Le protocole entre en vigueur à la date de signature et sera publié au *Bulletin officiel des armées*.

Pour le ministre de la défense et des anciens combattants et par délégation :

*Le médecin général des armées,
directeur central du service de santé des armées,*

Gérard NEDELLEC.

Pour le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,

PODEUR Annie.

Pour le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique
et de la réforme de l'État et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

LIBAULT Dominique.

(1) n.i. BO.

ANNEXE I.

ORGANISATION DES HÔPITAUX D'INSTRUCTION DES ARMÉES ET ORIENTATION STRATÉGIQUES NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.

1. GÉNÉRALITÉS.

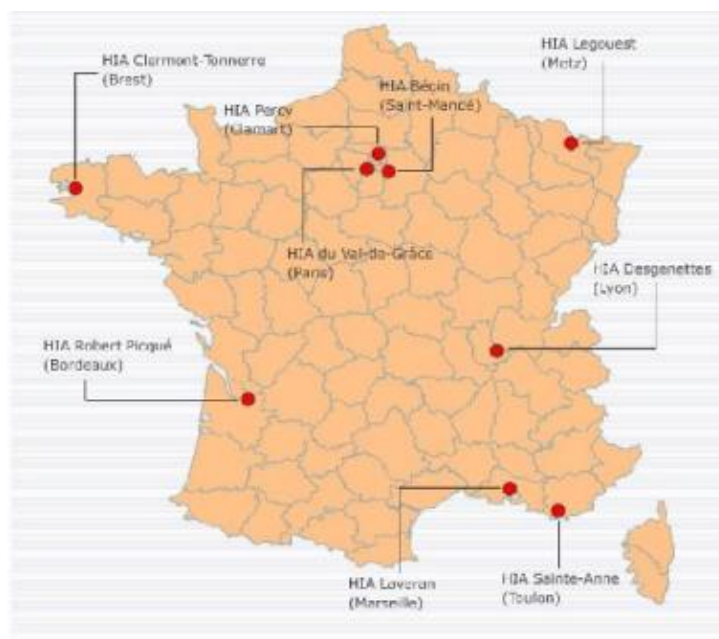
1.1. Statuts.

Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sont des organismes du service de santé des armées sans personnalité morale, subordonnés au ministère de la défense [direction centrale du service de santé (DCSSA)].

1.2. Organisation nationale.

La sous direction « hôpitaux » de la DCSSA, comprend trois bureaux : « politique hospitalière », « gestion hospitalière » et « contrôle de gestion hospitalier ».

Le parc hospitalier comporte neuf sites (Bordeaux, Brest, Clamart, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Saint-Mandé, Toulon), soit un total de deux mille six cent cinquante sept lits extensibles à trois mille cent quarante quatre lits en cas de crise. Il est complété par le service d'archives médicales des hôpitaux des armées (SAMHA) situé à Limoges.



1.3. Organisation type d'un hôpital.

1.3.1. Offre de soins.

Les HIA sont dimensionnés de deux-cents à trois cent soixante neuf lits. Leur activité essentiellement en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) est centrée sur l'urgence (sauf Val-de-Grâce) et la chirurgie. Ils offrent néanmoins un large éventail de disciplines médicales et chirurgicales propres à offrir aux patients un parcours de soins aussi complet que possible.

Cette activité de soin classique est complétée par des activités à orientation opérationnelle :

- expertise et traitement en médecine hyperbare (Toulon, Paris, Metz) ;
- expertise et traitement en médecine aéronautique (Clamart, Toulon, Bordeaux) ;

- prise en compte des victimes nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) :
 - centre de traitement des blessés radio-contaminés (Toulon, Clamart, Metz, Brest, Lyon, Bordeaux) ;
 - centre de traitement des blessés contaminés chimique (Clamart, Paris, Saint-Mandé, Lyon, Marseille) ;
 - chaîne de décontamination pré-hospitalière pour contaminés chimiques (tous) ;
 - laboratoires « Biotox P3 » (tous sauf Clamart et Lyon) ;
- participation aux cellules de soutien psychologique des préfetures.

1.3.2. Fonctionnement.

Chaque établissement rédige un projet d'établissement prenant en compte :

- chacune des deux composantes de la mission du service (soutien des forces, concours aux missions de service public) ;
- les contraintes et opportunités de son environnement.

Les projets d'établissement, validés par la DCSSA, sous direction « hôpitaux », sont établis pour cinq ans. Ils servent de référence :

- pour la négociation des contrats d'objectifs et de moyens passés entre chaque établissement et la DCSSA ;
- pour la négociation des contrats d'objectifs et de moyens entre le médecin chef et ses chefs de service ou de département.

Les relations entre l'établissement et les patients sont régies par une charte du patient, affichée dans tous les lieux fréquentés par le public. Une commission des relations avec les usagers, de la qualité et de la prise en charge, comportant des membres indépendants de l'établissement, examine les éventuels litiges conformément aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS).

1.4. Relation avec le ministère chargé de la santé et les agences régionales de santé.

Dans leurs activités de soins, les hôpitaux d'instruction des armées se conforment strictement aux standards du ministère de la santé (respect des bonnes pratiques, références médicalement opposables, formation, évaluation et accréditation des praticiens, certification des établissements etc.).

À l'échelon national, un arrêté conjoint interministériel signé par les ministres de la défense et de la santé, définit tous les deux ans, les activités exercées par les HIA, finançables par l'assurance maladie ainsi que les structures et équipements lourds du ministère de la défense, dans le cadre des missions de service public prévus à l'article L. 6112-1. du code de la santé publique (1).

Parfaitement insérés dans le tissu de soin de leur environnement, les hôpitaux d'instruction des armées sont pris en compte dans les schémas régionaux d'organisation des soins établis par les agences régionales de santé. Ils participent aux réseaux de santé ainsi qu'aux groupements de coopération sanitaire de moyens et nouent de multiples conventions avec les établissements publics ou privés.

Les hôpitaux d'instruction des armées restent néanmoins subordonnés exclusivement au ministre de la défense pour la politique d'équipement, le choix des activités et l'emploi de l'outil.

2. ORIENTATION STRATÉGIQUES 2010-2014 DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.

Déclinaison du plan stratégique des armées, le plan stratégique du service de santé des armées (SSA) est la traduction concrète des priorités d'action du service pour les années à venir.

Le SSA remplit une mission au profit des forces armées, d'une part, et dans le domaine de la santé publique, d'autre part.

Définie par l'état-major des armées, dans le contrat opérationnel, la mission régaliennne est d'assurer le soutien santé des forces armées :

- en préparation des opérations, par la mise en condition opérationnelle des forces : sélection, aptitude, vaccinations, soins, projection, éducation sanitaire, formation etc. ;
- en opérations par la prise en charge des blessés et des malades (protection, soins) ;
- après le désengagement, par le contrôle et le suivi de l'état de santé du militaire tout au long de sa vie et de la remise en conditions des dotations ;
- par la prise en compte du risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) et des risques émergents. Cet aspect de la mission s'étend naturellement au territoire national par une contribution à la sécurité de l'ensemble des ressortissants français, en matière de santé.

L'accomplissement de cette mission repose sur du personnel compétent, disponible et en nombre adéquat.

Le concours à l'offre de soins du service public s'impose pour le maintien à niveau du personnel santé exigé en opérations extérieures, et permet au service qui prend en charge une patientèle civile dans les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) d'être associé aux objectifs communs de santé publique, tout en finançant une partie significative de son dispositif.

Les objectifs ainsi définis sont de :

- satisfaire aux besoins des forces armées ;
- accroître la notoriété auprès de nos clients et partenaires ;
- pérenniser le dialogue avec le ministère de la santé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la santé publique et le monde universitaire ;
- renforcer notre visibilité et notre contribution à l'international sur nos pratiques et nos savoir-faire ;
- préparer la réorganisation de la médecine d'armées vers un soutien adéquat et efficient ;
- redéfinir les rôles respectifs des personnels médicaux et paramédicaux par la recherche d'une efficacité des processus et d'une plus grande efficacité du soutien dans une répartition harmonieuse des tâches ;
- offrir un parcours de soins adapté à la patientèle civile et militaire ;
- optimiser quantitativement et qualitativement l'activité des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) ;
- promouvoir une utilisation optimale des ressources médicales et utilisation des matériels lourds ;
- promouvoir les réseaux de soins, le développement des réseaux « ville-hôpital » et les liens avec le secteur médicosocial ;

- promouvoir les conventions cadres avec les autres établissements de santé ;
- participer aux plans nationaux de santé publique ;
- apporter un soutien aux structures civiles en matière de plans nationaux de vaccination ;
- organiser les composantes du service pour réaliser le contrat opérationnel ;
- transposer au maximum les bonnes pratiques sur les théâtres d'opérations ;
- adapter en permanence notre doctrine du soutien santé opérationnel ;
- conduire une recherche santé, centrée sur les besoins de la défense ;
- réaliser et stabiliser les effectifs fixés par la loi de programmation militaire ;
- assurer la satisfaction des besoins en métiers ;
- proposer des parcours professionnels attractifs et adaptés aux besoins du service ;
- mobiliser les collaborateurs sur les objectifs stratégiques ;
- piloter les projets d'évolution du service ;
- mesurer la performance économique et financière des prestations stratégiques du service ;
- maîtriser et ajuster les coûts ;
- fournir au service les moyens d'un développement équilibré et pérenne.

3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2010-2014 DES HÔPITAUX D'INSTRUCTION DES ARMÉES.

3.1. Généralités.

Le schéma national d'organisation des soins (SNOS) du service de santé des armées (SSA) est le volet hospitalier du programme de transformation du service. Il a pour objectif de mieux répondre à la fois au rythme des opérations extérieures (OPEX), imposé par le contrat opérationnel, et à la tarification à l'activité (T2A) qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 2009 dans nos HIA.

Le projet de transformation vise à augmenter les effectifs des spécialités projetables, tout en respectant un équilibre harmonieux avec les autres spécialités d'une part, à rééquilibrer les ratios soignants/non soignants et médicaux/paramédicaux d'autre part.

Pour atteindre ces objectifs, le SNOS redistribue les activités de soins dans les neuf HIA. Les choix d'implantation des différentes spécialités sont fondés sur des études médico-économiques et sur l'existence de liens forts avec le milieu universitaire environnant.

Après une large concertation des acteurs hospitaliers, la maquette du SNOS finalisée a été présentée le 9 décembre 2008 au directeur central du service de santé des armées, qui l'a validée. Les objectifs du SNOS s'imposent désormais, résultant de la nécessité de répondre à des contraintes opérationnelles et économiques fortes. Afin de permettre son appropriation par l'ensemble des personnels hospitaliers, une diffusion la plus large a été faite. Le SNOS doit être considéré comme un cadre dynamique, qui a vocation à s'adapter aux évolutions de l'environnement technique et médico-économique.

3.2. Orientations prioritaires.

a) Pour les praticiens, c'est en modulant le flux d'entrée en formation spécialisée des élèves de l'école de santé des armées (ESA) que les besoins pourront être satisfaits. Le recours au recrutement d'officiers commissionnés offrira une variable d'ajustement, ciblée sur les spécialités temporairement déficitaires.

Le renouvellement des contrats des officiers commissionnés sera conditionné chaque année par les effectifs des praticiens certifiés en sortie de concours. Il n'y aura pas de renouvellement de contrat si les effectifs prévus par le schéma national d'organisation des soins (SNOS) sont atteints.

b) Toutes les spécialités ne seront pas représentées dans tous les HIA. L'implantation des spécialités a été fondée sur des études médico-économiques et sur l'existence de liens forts avec le milieu universitaire environnant.

La fermeture des services concernés sera réalisée « au fil de l'eau ». Il n'y aura pas de mutation d'office pour les médecins, mais des propositions de poste compatible avec la répartition du SNOS. Dans les services destinés à disparaître, les demandes de nouvelle affectation ou de recrutement d'officiers sous contrat, ainsi que les postes d'internes ou d'assistants, ne seront pas honorés.

Les remaniements conduiront à une réaffectation des personnels paramédicaux d'un service à l'autre, ou dans une fédération au sein de l'hôpital d'instruction des armées (HIA).

HIA et spécialités concernés :

- Val-de-Grâce : anatomo-pathologie ;
- Percy : neurochirurgie - chirurgie maxillo-faciale - dermatologie - anatomo-pathologie ;
- Bégin : chirurgie vasculaire ;
- Toulon : chirurgie maxillo-faciale ;
- Marseille : rhumatologie - anatomo-pathologie ;
- Metz : pneumologie ;
- Bordeaux, Lyon et Brest : anatomo-pathologie.

c) La mutualisation des services sur les pôles géographiques a été privilégiée, pour permettre de regrouper les compétences, les activités d'expertise et de recherche clinique, mais aussi pour optimiser l'offre de soins et l'utilisation des plateaux techniques.

La mutualisation impliquera pour les partenaires d'un même pôle, de ménager les créneaux de consultation pour les autres HIA, d'organiser éventuellement les astreintes et les gardes

La mutualisation d'une activité ne sera effective que lorsque les contraintes matérielles seront levées (informatisation, dossier patient unique etc.).

Spécialités concernées :

- sur l'ensemble hospitalier militaire parisien (EHMP) : chirurgie vasculaire et thoracique, urologie, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie (ORL), chirurgie maxillo-faciale, service des brûlés, cardiologie interventionnelle, anatomo-pathologie et biologie, stérilisation, service d'information médicale (SIM) ;
- sur le pôle sud : chirurgie vasculaire et thoracique, urologie, neurochirurgie, chirurgie maxillo-faciale, service des brûlés, cardiologie interventionnelle, stérilisation, anatomo-pathologie, SIM.

d) Les services cliniques seront en règle tenus par trois praticiens certifiés, ce qui leur permettra d'accueillir les internes et assistants en formation et les étudiants hospitaliers en conformité avec les recommandations universitaires.

Avec l'accord des spécialistes concernés et souvent à leur demande, un fonctionnement à deux praticiens, dans le cadre d'une fédération, est retenu pour quelques spécialités (dermatologie, ORL, médecine physique et réadaptation (MPR)).

e) La taille optimale de vingt-cinq lits d'hospitalisation pour un service, sera préférée chaque fois que l'architecture de l'établissement le permettra.

Le regroupement des services en fédération, sera encouragé.

Dans les spécialités maintenues à deux praticiens, les chefs de service seront incités à examiner les possibilités de se regrouper fonctionnellement et géographiquement en fédération. Tout sera fait pour privilégier cette option, qui optimise le travail des paramédicaux (une équipe pour vingt-cinq lits)

L'oncologie, lorsqu'elle n'est pas représentée en service individualisé, sera intégrée à la médecine interne.

HIA et spécialités concernées :

- Bégin : psychiatrie, gastro-entérologie et endoscopie, oncologie ;
- Percy : chirurgie thoracique, ORL, oncologie ;
- Toulon : chirurgie plastique ;
- Marseille : chirurgie thoracique, ORL, dermatologie, oncologie ;
- Lyon : dermatologie, MPR ;
- Bordeaux : dermatologie, oncologie ;
- Brest : dermatologie, oncologie, MPR.

Toutes les options seront étudiées localement pour relever la capacité de nos plus petits hôpitaux jusqu'à un niveau qui permette d'amortir leurs charges fixes.

f) Infrastructure.

Sur le plan infrastructure les HIA sont amenés à se restructurer au moins pour ces quatre prochaines années.

Dans ce cadre, des travaux majeurs auront lieu dans quatre HIA :

- à l'HIA Bégin (Saint-Mandé) : transfert de la partie hospitalisation, consultations et blocs opératoires dans une nouvelle infrastructure à compter de décembre 2010 avec une poursuite des travaux prévue jusqu'à fin 2014 ;
- à l'HIA Laveran (Marseille) avec des travaux débutants en 2013 et prévus jusqu'en 2015 ;
- à l'HIA du Val-de-Grâce (Paris) travaux débutants en 2013 et devant se poursuivre jusqu'en 2016 avec notamment le changement du caisson hyperbare en 2014 (indisponibilité de 6 mois) ;
- à l'HIA Percy (Clamart) ou une réflexion est en cours sur la rénovation ou la construction nouvelle du centre de traitement des brûlés (prévue en 2013).

3.3. Pilotage.

La maquette définitive du schéma national d'organisation des soins (SNOS) a été validée en comité stratégique par le directeur central du service de santé des armées le 9 décembre 2008. Le SNOS prend effet à partir de cette date.

Les nouvelles dispositions adoptées par le SNOS sont décrites dans les termes de l'arrêté conjoint interministériel signé entre le ministère de la défense et le ministère de la santé [arrêté du 25 juin 2010 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7. du code de la santé publique ⁽¹⁾]. Cet arrêté interministériel énumère, pour chaque hôpital d'instruction des armées (HIA), les activités de soins proposées et les équipements en matériel lourds dont il dispose.

Le tableau de répartition des services et des effectifs médicaux et paramédicaux sera diffusé le plus largement possible. Le tableau de répartition des personnels non soignants sera adapté aux mesures de transferts de postes prévues dans la montée en puissance de la direction des approvisionnements en produits de santé (DAPSA) et des futures bases de défense.

Les effectifs représentent un objectif en organisation, que le SSA se propose d'atteindre progressivement. La priorité sera donnée aux spécialités dans lesquelles les écarts entre la situation actuelle et le SNOS, sont les plus criants. Ce raisonnement est particulièrement valable pour les personnels paramédicaux.

L'application du SNOS sera pilotée au niveau central, par la sous-direction « hôpitaux » (SD/HOP) et le groupe de travail « SNOS », en coopération étroite avec la sous-direction « ressources humaines », et en intégrant les besoins en formation exprimés par l'école du Val- de-Grâce (EVDG).

La SD/HOP proposera aux HIA des points d'étape semestriels, à l'occasion desquels les médecins chef (MC) seront invités à faire part des mesures prises à leur niveau, des obstacles rencontrés, des besoins exprimés par les équipes et par les représentants des catégories professionnelles.

Si les objectifs généraux du SNOS ne sauraient être discutés, les déclinaisons pratiques sont susceptibles d'ajustements continus en fonction de données médico-économiques (niveaux d'activité) ou d'exigences normatives.

En parallèle des travaux d'infrastructure sont menés sur quatre établissements s'échelonnant de 2010 à 2016.

(1) n.i. BO.

ANNEXE II.

ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL DU 25 JUIN 2010 FIXANT LA LISTE PRÉVUE À L'ARTICLE L. 6147-7. DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (SANS LES ANNEXES).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la défense

Ministère de la santé et des sports

NOR : DEFK 1017177A

ARRÊTÉ du 25 JUIN 2010

fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique

Le ministre de la défense,

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-7, L. 6111-1, L.6112-1, L. 6141-2, L. 6147-7, L. 6147-8 et R.* 6147-112 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article R.174-34,

ARRÊTENT

Article 1^{er}

Sont inscrits à la liste prévue à l'article L. 6147-7 susvisé les neuf hôpitaux d'instruction des armées dont la désignation figure aux tableaux ci-annexés.

Article 2

Ces hôpitaux dispensent, sous réserve de satisfaction de la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées, à tout assuré social, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ainsi que des soins continus de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale et dans un but de réinsertion.

Article 3

Ces hôpitaux exercent des activités de recherches et d'enseignement au profit des personnels militaires, des personnels des établissements de santé et de toute autre personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 susvisé ; ils disposent pour cela d'une organisation pédagogique complète. A ce titre en application de l'article R.* 6147-112 susvisé, ils sont assimilés aux centres hospitaliers dénommés centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2 susvisé.

Article 4

Pour l'accomplissement des missions prévues à l'article 2, ces hôpitaux disposent d'installations dans lesquelles ils mettent en œuvre les activités de soins, y compris sous la forme de structures alternatives à l'hospitalisation, citées aux tableaux ci-annexés et disposent des équipements matériels lourds, mentionnés à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique, énumérés aux mêmes tableaux.

Article 5

En application de l'article R.174-34 susvisé, les missions d'intérêt général exercées par le service de santé des armées sont précisées, pour chacun de ces hôpitaux, aux tableaux ci-annexés.

Article 6

Les décisions du ministre de la défense relatives aux activités de soins et aux structures d'alternatives à l'hospitalisation ou au nombre des équipements matériels lourds ainsi qu'au remplacement de ces appareils, sont portées sans délai à la connaissance du ministre chargé de la santé et du directeur général de l'agence régionale de santé concernée.

Article 7

Pour l'application de l'article L. 6147-8 susvisé, lors de l'établissement du schéma d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 susvisé, le ministre chargé de la santé reçoit, à sa demande, du ministre de la défense les données relatives aux structures de soins y compris les structures d'alternatives à l'hospitalisation, aux activités des soins, aux équipements matériels lourds, ainsi que les données relatives à l'évolution des objectifs pluriannuels d'offre de soins des hôpitaux d'instruction des armées et à la réalisation des objectifs indicatifs d'activité pris en compte dans le protocole pluriannuel d'objectifs et de moyens fixé en application de l'article R. 174-34 susvisé.

Ces objectifs pluriannuels d'offre de soins peuvent être modifiés en fonction des impératifs de la défense. Dans ce cas, sauf circonstances exceptionnelles ou cas d'urgence, le ministre de la défense avertit deux mois à l'avance le ministre chargé de la santé et le directeur général de l'agence régionale de santé concernée de la nature et éventuellement de la durée des modifications de l'offre de soins.

Article 8

L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante et de son évolution au regard des besoins de santé de la population mentionnés à l'article L. 1434-7 susvisé tient compte de la localisation de ces hôpitaux, ainsi que des activités de soins, des équipements matériels lourds et des objectifs pluriannuels mentionnés à l'article 7.

Article 9

L'arrêté du 1^{er} mars 2006 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique est abrogé.

Article 10

Le directeur central du service de santé des armées, la directrice générale de l'offre de soins ainsi que les directrices générales et directeurs généraux des agences régionales de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 25 JUIN 2010

La ministre de la santé et des sports
Pour le Ministre et par déléguation
La Directrice Générale
de l'Offre de Soins

Annie PODEUR

Le ministre de la défense

Pour le ministre de la défense
et par déléguation
Le Médecin général des armées Gérard NEDELLEC
Directeur central du service de santé des armées

ANNEXE III.

ACTIVITÉ PRÉVISIONNELLE, NUMÉRO DU FICHIER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.

1. PRÉVISIONS 2010.

1.1. Activités de soins : médecine, chirurgie et obstétrique.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT- TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE- GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE- ANNE.	TOTAL 9 HIA.
SÉJOURS MÉDECINE.	6880	6140	5690	7150	6200	4280	7200	8390	10500	62430
SÉJOURS CHIRURGIE.	2720	2650	3700	2850	3390	2 10	3042	2860	5020	29142
Séjours obstétrique.								1010		1010
TOTAL SÉJOURS MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE (MCO).	9600	8790	9390	10000	9590	7190	10242	12260	15520	92582
TOTAL SÉANCES.	440	605	1490	1330	1000	1750	15780	850	6250	29495
TOTAL SÉJOURS + SÉANCES MCO.	10040	9395	10880	11330	10590	8940	26022	13110	21770	122077

1.2. Activité de soins : psychiatrie.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT- TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE- GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRES DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3300	7500	4850	6600	4600	4400	6500	2300	4750	44800

1.3. Activités de soins : soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT- TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE- GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE- ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉE HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3000	2000	9000	2600	5000	4700				26300
NOMBRE D'ENTRANTS.	329	200	743	505	362	800				2939

2. PRÉVISIONS 2011.

2.1. Activité de soins : médecine, chirurgie et obstétrique.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT- TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE- GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE- ANNE.	TOTAL 9 HIA.
SÉJOURS MÉDECINE.	7086	6324	5861	7365	6386	4408	7416	7551	10815	63212
SÉJOURS CHIRURGIE.	2802	2730	3811	2936	3492	2997	3133	2574	5171	29644
SÉJOURS OBSTÉTRIQUE.								909		909
TOTAL SÉJOURS MCO.	9888	9054	9672	10300	9878	7406	10549	11034	15986	93766
TOTAL SÉANCES.	453	623	1535	1370	1030	1803	16253	765	6438	30269
TOTAL SÉJOURS + SÉANCES MCO.	10341	9677	11206	11670	10908	9208	26803	11799	22423	124035

2.2. Activités de soins : psychiatrie.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT- TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE- GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE- ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3399	7725	4996	6798	4738	4532	6695	2070	4893	45845

2.3. Activités de soins : soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3090	2060	9270	2678	5150	4841				27089
NOMBRES D'ENTRANTS.	339	206	765	520	373	824				3027

Commentaires : travaux d'infrastructure à l'HIA Bégin : diminution de la capacité globale (environ 250 lits) et de l'activité globale.

3. PRÉVISIONS 2012.

3.1. Activité de soins : médecine, chirurgie, et obstétrique.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
SÉJOURS MÉDECINE.	7299	6514	6037	7585	6578	4541	7638	7551	11139	64882
SÉJOURS CHIRURGIE.	2886	2811	3925	3024	3596	3087	3227	2574	5326	30457
SÉJOURS OBSTÉTRIQUE.								909		909
TOTAL SÉJOURS MCO.	10185	9325	9962	10609	10174	7628	10866	11034	16465	96248
TOTAL SÉANCES.	467	642	1581	1411	1061	1857	16741	765	6631	31154
TOTALE SÉJOURS + SÉANCES MCO.	10651	9967	11543	12020	11235	9484	27607	11799	23096	127402

3.2. Activités de soins : psychiatrie.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3501	7957	5145	7002	4880	4668	6896	2070	5039	47158

3.3. Activités de soins : soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3183	2122	9548	2758	5305	4986				27902
NOMBRE D'ENTRANTS.	349	212	788	536	384	849				3118

Commentaires : poursuite des travaux de l'HIA Bégin : capacité et activité idem 2011.

4. PRÉVISIONS 2013.

4.1. Activités de soins : médecine, chirurgie et obstétrique.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
SÉJOURS MÉDECINE.	7518	6709	6218	7813	5580	4677	7200	7551	11474	64739
SÉJOURS CHIRURGIE.	2972	2896	4043	3114	3051	3180	3042	2574	5485	30358
SÉJOURS OBSTÉTRIQUE.								909		909

TOTAL SÉJOURS MCO.	10490	9605	10261	10927	8631	7857	10242	11034	16959	96006
TOTAL SÉANCES.	481	661	1628	1453	900	1912	15 80	765	6830	30410
TOTAL SÉJOURS + SÉANCES MCO.	10971	10266	11889	12381	9531	9769	26022	11799	23789	126416

4.2. Activités de soins : psychiatrie.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3606	8195	5300	7212	4140	4808	6500	2070	5190	47022

4.3. Activités de soins : soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3278	2185	9835	2841	4500	5136				27775
NOMBRE D'ENTRANTS.	360	219	812	552	326	874				3142

Commentaire :

- poursuite des travaux de l'HIA Bégin : capacité et activité idem 2011 ;
- début des travaux d'infrastructure majeur de l'HIA Val-de-Grâce : même activité que 2010 ;

- début des travaux d'infrastructure de l'HIA Laveran : perte d'activité estimée de 10 p. 100 par rapport à 2010.

5. PRÉVISIONS 2014.

5.1. Activité de soins : médecine, chirurgie et obstétrique.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
SÉJOURS MÉDECINE.	7744	6911	6404	8047	5580	4817	7200	7551	11818	66072
SÉJOURS CHIRURGIE.	3061	2983	4164	3208	3051	3275	3042	2574	5650	31008
SÉJOURS OBSTÉTRIQUE.								909		909
TOTAL SÉJOURS MCO.	10805	9893	10569	11255	8631	8092	10242	11034	17468	97989
TOTAL SÉANCES.	495	681	1677	1497	900	1970	15180	765	7034	30199
TOTAL SÉJOURS + SÉANCES MCO.	11300	10574	12246	12752	9531	10062	25422	11799	24502	128188

5.2. Activités de soins : psychiatrie.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3714	8441	5459	7428	4140	4952	6500	2070	5346	48051

5.3. Activités de soins : soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

	ROBERT PICQUÉ.	CLERMONT-TONNERRE.	PERCY.	DESGENETTES.	LAVERAN.	LEGOUEST.	VAL-DE-GRÂCE.	BÉGIN.	SAINTE-ANNE.	TOTAL 9 HIA.
NOMBRE DE JOURNÉES HOSPITALISATION COMPLÈTE.	3377	2251	10130	2926	4500	5290				28473
NOMBRE D'ENTRANTS.	370	225	836	568	326	900				3226

Commentaires :

- poursuites et fin des travaux de l'HIA Bégin : capacité et activité idem 2011 ;
- poursuite des travaux de l'HIA Val-de-Grâce (même activité que 2010) ; remplacement du caisson hyperbare avec impact sur six mois ;
- poursuite des travaux de l'HIA Laveran : perte d'activité estimée de 10 p. 100 par rapport à 2010 ;
- début des travaux du centre de traitement des brûlés (CTB) à l'HIA Percy : à considérer suivant l'option choisie : réhabilitation ou reconstruction sur un autre site.

ANNEXE IV.
MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL, AIDES À LA CONTRACTUALISATION ET MISSIONS GÉNÉRALES D'ENSEIGNEMENT, DE RECHERCHE, DE RÉFÉRENCE, D'INNOVATION ET DE RECOURS.

APPENDICE IV.A.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES ROBERT PICQUÉ.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL.	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du CSP (4) (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		17135
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du CSS (6) (1).	Essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		268625
MIG 10 : prévention et éducation pour la santé : action de prévention et d'éducation thérapeutiques relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH (7).	Atelier d'éducation diabétique au profit des externes.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,3. Diététicienne et infirmier. PM (12) (ETP) (11) : 0,3 médecins.	20897
MIG 13.B. : équipes pluridisciplinaires : Consultations hospitalières d'addictologie.	Séances de consultations de tabacologie en externe.	PM (12) (ETP) (11) : 0,10.	3650
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	Dans le cadre du plan cancer, accompagnement des patients.	PNM (10) (ETP) (11) : 1 psychologue.	31218
MIG 13.D. : équipes pluridisciplinaires : structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle.	Équipe mobile de la douleur chronique rebelle, avec consultation à la demande des services.	P N M (1 0) (ETP) (11) : 1,5 IACS (13). PM (12) (ETP) (11) : 0,10 médecin MPR (14).	80400
MIG 13.H. : équipes pluridisciplinaires : les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.	Réunion de concertation pluridisciplinaires d'oncologie.	PM (12) (ETP) (11) : 308 heures de temps médical soit 0,19 (ETP) (11).	43087

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	NIVEAU 2009.	CIBLE 2014.
MIG 4.C : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- versatis ; - thalidomide ; - vaccin encéphalite Japonaise ; - larves lucilla servicata ; - primaquine.	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) .	384290	400000
MIG 10 : nombre patients éduqués.	46	100
MIG 13.B. : nombre de consultations.	55	100
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	188	250
MIG 13.D. : file active de patients.	2000	2500
MIG 13.H. : nombre de dossiers ; nombre de patients vus en RCP (16).	257 dossiers. 209 patients.	320 dossiers. 250 patients.

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 ».

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15).	400000	
MIG 10 : nombre patients éduqués.	100	
MIG 13.B. : nombre de consultations.	100	
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	250	
MIG 13.D. : file active de patients.	2500	
MIG 13.H. : nombre de dossiers ; nombre de patients vus en RCP. (16)	320 dossiers. 250 patients.	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.B.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 4.C : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		3025
MIG 4.D : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocytopathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	Essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		576452
MIG 13.A : équipes pluridisciplinaire : consultations mémoires.	Neurologie : accueil des patients en consultation externe (1heure d'entretien avec le patient par le médecin).	PNM (10) (ETP) (11) : 1. PM (12) (ETP) (11) : 0,3.	10615
MIG 13.B : équipes pluridisciplinaires : consultations hospitalières d'addictologie.	Consultation tabacologie en pneumologie. 1 journée pour le médecin vacataire tabacologue (2 vacations de 3,5 heures) par semaine. Consultation d'alcoologie (groupe de parole animé par la psychologue et un psychiatre). Alcoologie : 1 heure/semaine.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,3. PM (12) (ETP) (11) : 0,2.	20408
MIG 13.C : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	Consultation auprès des patients cancérologie.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,017.	29376
MIG 13.D : équipes pluridisciplinaires : structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle.	Consultation pluridisciplinaire douleur chronique rebelle réalisée par 1 neurologue, 1 psychiatre, 1 rééducateur et 1généraliste ; 0,5 journées par semaine.	PM (12) (ETP) (11) : 0,6.	69704
MIG 13.H : équipes pluridisciplinaires : les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.	RCP (16) de concertation digestive avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest. En neurologie 1 fois/mois. En gastro-entérologie 1fois/15 jours. En pneumologie 1 fois/semaine. En dermatologie 1 fois/mois. En hématologie 1 fois/semaine.	P N M (1 0) (ETP) (11) : 0,1. P M (1 2) (E T P) (1 1) : 0,069.	22365

	En endocrinologie 1 fois par mois. En oto-rhino-laryngologie (ORL) 1 fois/15 jours.		
--	--	--	--

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	NIVEAU 2009.	CIBLE 2014.
MIG 4.C. : nombre et nom des médicaments ATU (3) délivrés ; nombre de patients ou cohortes.	LARVOTHÉRAPIE nombre de médicaments : 1 nombre de patients : 1	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17) .	465405 BHN (15). 525615 PHN (17).	600000 BHN (12). 610000 PHN (14).
MIG 13.A. : nombre de consultations.	453	500
MIG 13.B. : nombre de consultations.	246	250
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	18890	130
MIG 13.D. : nombre de consultations.	570	600
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16).	98	180

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 » :

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nombre et nom des médicaments ATU (3) délivrés ; nombre de patients ou de cohortes.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	600000 BHN. (15) 610000 PHN. (17)	
MIG 13.A. : nombre de consultations.	500	
MIG 13.B. : nombre de consultations.	250	
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	130	

MIG 13.D. : file active de consultations.	600	
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16).	180	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.C.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 7508100814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DU VAL-DE-GRÂCE.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2) .
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		88271
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. code de la sécurité sociale (1).	BHN (15) : essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		428520
MIG 5.H. : veille, vigilance : Centre de coordination des soins en cancérologie (3C).	Le « 3C » a été créé au sein de l'HIA du Val-de-Grâce au début de l'année 2007. Il est essentiel pour l'application du plan Cancer.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,03. PM (12) (ETP) (11) : 0,11.	Inclus dans la MIG 13.H.
MIG 10 : prévention et éducation pour la santé : action de prévention et d'éducation thérapeutiques relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH (7).	Médecine interne : éducation thérapeutique des patients diabétiques (participation d'IDE et de diététiciens). Cardiologie : prise en charge ambulatoire de l'éducation des patients insuffisants cardiaques ; en cours de mise en place. Néphrologie : actes de prévention et d'éducation thérapeutique pour l'insuffisance rénale chronique. Il s'agit d'une activité non formalisée, réalisée quotidiennement pour les malades chroniques (hypertension, diabète, insuffisance rénale). Neurologie : un infirmier référent chargé de l'éducation thérapeutique pour un changement de traitement contre la sclérose en plaques (SEP) ; consultation externe de 3 à 4 heures.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,1. PM (12) (ETP) (11) : 0,1. PNM (10) (ETP) (11) : 0,11. PM (12) (ETP) (11): 0. PNM (10) (ETP) (11) : 0,30. PM (12) (ETP) (11) : 0,03. PNM (10) (ETP) (11) : 0,14. PM (12) (ETP) (11) : 1.	28600
			7269

MIG 13.A. : équipes pluridisciplinaires : Consultations mémoires.	Neurologie : accueil des patients en consultations externe ; session de 3 heures.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,12.	
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	La psychologue travaille quotidiennement avec tous les services, dans le cadre du plan cancer.	PNM (10) (ETP) (11) : 1 ETP (11) psychologue.	46019
MIG 13.D. : équipes pluridisciplinaires : structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	Oncologie : équipe mobile de la douleur chronique rebelle, avec consultation à la demande des services. (visite dure environ 10 minutes en moyenne).	PNM (10) (ETP) (11) : 0,23. PM (12) (ETP) (11) : 0,01.	37238
MIG 13.H. : équipes pluridisciplinaires : les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.	Neurologie : - consultations d'annonce tumeurs cérébrales et SEP ; - RCP (16) dans le cadre du plan cancer (neuro-oncologie). Oncologie : - consultation d'annonce ; - RCP (16) d'oncologie. Oto-rhino-laryngologie (ORL) : - une RCP (16) d'oncologie ORL. Gastro-entérologie : - consultation d'annonce ; - RCP (16) onco-digestive.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,01. PM (12) (ETP) (11) : 0,31. PNM (10) (ETP) (11) : 0,01. PM (12) (ETP) (11) : 0,31. PNM (10) (ETP) (11) : 0,09. PM (12) (ETP) (11) : 0,41.	132027

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	NIVEAU 2009.	CIBLE 2014.
MIG 4.C : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- tyverb ; - enlon ; - brolene ; - vectibix ; - cilengitide.	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15).	4616440	5000000
MIG 5.H.		
MIG 10 : nombre de consultations.	1575	1700
MIG 13.A. : nombre de sessions.	22 sessions.	50 sessions.
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	127	150
MIG 13.D. : nombre de consultations.	1810	2500

MIG 13.H. : nombre de RCP (16).	165	200
---------------------------------	-----	-----

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 ».

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15).	5000000	
MIG 5.H.		
MIG 10 : nombre de consultations.	1700	
MIG 13.A. : nombre de sessions ; nombre de patients.	50 sessions.	
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	150	
MIG 13.D. : nombre de consultations.	2500	
MIG 13.H. : nombre de RCP (16).	200	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.D.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 7508100814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES PERCY.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité social (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		224036
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	BHN (15) et PHN (17) : essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		540757
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	Prise en charge des patients cancéreux hospitalisés.	PNM (10) (ETP) (11) : 0 , 8 E T P (11) psychologue.	48055

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	NIVEAU 2009.	CIBLE 2014.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- erwinaze ; - leukotac ; - mylotarg ; - paluther ; - sulfamylon.	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	872339 BHN (15). 903100 PHN (17).	1000000 BHN (15). 1000000 PHN (17).
MIG 13.C. : nombre de patients suivis ; nombre de consultations.	197 patients. 1123 consultations.	250 patients. 1250 consultations.

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à consacrer à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 ».

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	1000000 BHN (15). 1000 000 PHN (17).	
MIG 13.C. : nombre de patients suivis ; nombre de consultations.	250 patients. 1250 consultations.	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.E.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES BÉGIN.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		14 319
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : Actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	Essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire. « P » (19) ne rentrant pas dans le cadre de la nomenclature : pièces anatomiques, biopsies multiples, immunomarquages etc.		1 850 175
MIG 5.H. : veille, vigilance : centre de coordination des soins en cancérologie (3C).	Comité de coordination en cancérologie au niveau de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) : relation avec le réseau d'oncologie « ONCO EST », mise en place des recommandations de l'INCA (20), évaluation annuelle quantitative et qualitative de l'activité oncologique de l'HIA.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,05 ETP (11) infirmier + 0,1 ETP (11) secrétaire. PM (12) (ETP) (11) : 0,05 ETP (11) médecin.	Inclus dans la MIG 13.H.
MIG 10 : prévention et éducation pour la santé : action de prévention et d'éducation thérapeutiques relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH (7).	Séances d'éducation pour la santé réalisées au profit des patients externes. Pour les pathologies cardio-vasculaire : éducation aux anticoagulants, à l'insuffisance cardiaque et à l'auto-mesure de la tension artérielle. Pour le diabète et la nutrition : connaissance du diabète, ateliers d'insulinothérapie, ateliers sur le pied diabétique, prévention des maladies cardiovasculaires, prise en	PNM (10) (ETP) (11) : 1,3 ETP (11) infirmier + 0,123 ETP (11) DCS (21). PM (12) : 0,03 ETP (11) médecin.	63573

	charge diététique.		
MIG 13.B. : équipes pluridisciplinaires : consultations hospitalières d'addictologie.	Consultations d'alcoologie en place au profit des patients externes 1 journée/semaine avec 1 médecin et 1 psychologue ; consultation tabacologie en place au profit de patients externes 0,5 jour/mois.	PNM (7) (ETP) (11) : 0,2 ETP. (11) psychologue. PM (12) (ETP) (11) : 0,3 ETP (11) médecin + 0,04 ETP (11) médecin psychiatre.	45250
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	Prise en charge de patients relevant d'un plan de santé publique (plan cancer).	PNM (10) (ETP) (11) : 1 ETP (11) psychologue.	47612
MIG 13.D. : équipes pluridisciplinaires : structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle.	Équipe mobile douleur : prise en charge des patients douloureux chroniques, en particulier en oncologie dans le cadre du « plan cancer » : 1 médecin et 1 infirmier titulaires du diplôme universitaire (DU) « douleur », intervenant au profit de l'ensemble des patients de l'établissement.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,5 infirmier diplômé d'État (IDE) + 0,14 ETP (11) infirmier sophrologue + 0,05 ETP (11) masseur-kinésithérapeute. PM (12) (ETP) (11) : 0,3. ETP (11) médecin + 0,015 ETP (11) médecin psychiatre.	58389
MIG 13.H. : équipes pluridisciplinaires : Les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.	RCP (16) [répondant aux critères qualité de l'HAS (22)] : en gynécologie tous les vendredis de 14h30 à 16h30 avec 3 chirurgiens gynécologiques, 2 médecins oncologues, 1 radiothérapeute et 1 médecin interniste ; en gastro-entérologie tous les vendredis de 16h30 à 18h avec 2 médecins oncologues, 3 chirurgiens digestifs et 2 médecins gastro-entérologues.	PNM (10) (ETP) (11) : PM (12) (ETP) (11) : 0,8 ETP (11) médecin.	102865

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	NIVEAU 2009.	CIBLE 2014.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- cyclosirine ; - paluther ; - thalidomide ; - varitect ; - berinert.	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	BHN (15) = 4032732 PHN (17) = 2134450	BHN (15) = 5000000 PHN (17) = 2500000
MIG 5.H.		
MIG 10 : nombre patients éduqués.	- pathologie cardio-vasculaire : 73 ; - diabète et nutrition : 1236 ;	- pathologie cardio-vasculaire : 150 ; - diabète et nutrition : 1400 ;

	- infection par le VIH (7) : 198.	- infection par le VIH (7) 350.
MIG 13.B. : file active de patients.	186 patients en alcoologie. 17 patients en tabacologie.	200 patients en alcoologie. 30 patients en tabacologie.
MIG 13.C. : nombre de patients suivis par un psychologue dans le cadre du plan cancer.	180	200
MIG 13.D. : nombre de lits couverts par l'activité; file active de patients.	184 lits couverts. 100 patients.	184 lits couverts. 250 patients.
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16) et nombre de dossiers présentés.	180 dossiers en digestif + 236 dossiers en gynécologie = 416 dossiers.	500 dossiers.

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 » :

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	BHN (15) = 5000000 PHN (17) = 2500000	
MIG 5.H.		
MIG 10 : nombre patients éduqués.	- pathologie cardio-vasculaire : 150 ; - diabète et nutrition : 1400 ; - infection par le VIH (7) : 350.	
MIG 13.B. : file active de patients.	200 patients en alcoologie. 30 patients en tabacologie.	
MIG 13.C. : nombre de patients suivis par un psychologue dans le cadre du plan cancer.	200	
MIG 13.D. : nombre de lits couverts par l'activité; file active de patients.	184 lits couverts. 250 patients.	
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16) et nombre de dossiers présentés.	500 dossiers.	

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE IV.F.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LEGUEST.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		938
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	BHN (15) : essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		45025
MIG 13.B. : équipes pluridisciplinaires : consultations hospitalières d'addictologie.	Consultations d'addictologie effectuées par un médecin vacataire aux urgences, par des psychologues et par des psychiatres.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,14. PM (12) (ETP) (11) : 0,28.	48723
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	Concerne l'accompagnement de patients relevant des plans de santé publique.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,03.	3313

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- biofam (larvothérapie) ; - secrelux (visualisation IRM (23) canaux pancreas).	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15).	1723601	2000000
MIG 13.B. : nombre de consultations.	1247	2000
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	150	200

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à consacrer à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 » :

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15).	2000000	
MIG 13.B. : nombre de consultations.	2000	
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	200	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.G.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (3) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		13930
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	Essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		492581
MIG 8.D. : missions d'assistance aux patients : mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3. du code de la santé publique (1).	Maison médicale : SUMO (24). Mise à disposition de personnels et de charges hôtelières - comptabilité analytique.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,051 secrétaire médical ; 0,41 infirmier. 0,01 agent de service hospitalier (ASH).	285601
MIG 10 : prévention et éducation pour la santé : action de prévention et d'éducation thérapeutiques relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH (7).	Nutritif : consultations réalisées pour des patients externes d'une durée de 40 minutes environ.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,02/diététicien soit 0,10.	17435
MIG 13.B. : équipes pluridisciplinaires : consultations hospitalières d'addictologie.		PM (12) (ETP) (11) : 26 jours réalisés par 1 psychiatre soit 0,12 ETP (11).	6072
MIG 13.D. : équipes pluridisciplinaires : structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle.	Prise en charge de la douleur chronique rebelle.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,13/infirmier. PM (12) (ETP) (11) : 0,13/médecin.	6493
MIG 13.H. : équipes pluridisciplinaires : Les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre	Staff pluridisciplinaire en cancérologie.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,4. PM (12) (ETP) (11) : 1,2.	27511

le cancer.			
MIG 14.A. : aide médicale urgente : services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L. 6112-5. du code de la santé publique (1), y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgence.	Antenne SMUR (25) : équipe d'intervention d'urgence comportant un médecin et disposant de matériel de réanimation.	PNM (10) (ETP) (11) : 0,75. PM (12) (ETP) (11) : 1 médecin + 1 interne.	22083

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- primaquine ; - sument.	
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	763171	800000
MIG 8.D.		
MIG 10 : nombre de consultations.	2025	2500
MIG 13.B. : nombre de consultations.	40	50
MIG 13.D. : nombre de consultations.	109	300
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16).	172	200
MIG 14.A. : nombre de sorties.	95	100

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 ».

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	800000	
MIG 8.D.		
MIG 10 : nombre de consultations.	2500	
MIG 13.B. : nombre de consultations.	50	
MIG 13.D. : nombre de consultations.	300	

MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16).	200	
MIG 14.A. : nombre de sorties.	100	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.H.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 3 : expertise, référence : réseaux.	Réseau de télé-médecine en neurochirurgie : l'HIA Sainte-Anne, seul centre de neurochirurgie du Var est donc coordonnateur de ce réseau ; 1 avis dure 40 minutes environ. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) : collaboration officielle entre le centre hospitalier intercommunal de Toulon- La Seyne-sur-mer (CHITS) et l'HIA Sainte-Anne depuis quelques mois.	PM (12) (ETP) (11) : 0 , 2 0 neurochirurgien.	70606
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		46400
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	BHN (15) et PHN (17) : essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation <i>in situ</i> , caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		187109
MIG 5.H. : veille, vigilance : centre de coordination des soins en cancérologie (3C).	Mise en place d'un comité de coordination des soins en cancérologie.	PNM (10): 0.5 ETP (11). PM (12) : 0.5 ETP (11).	60708
MIG 13.B. : équipes pluridisciplinaires : consultations hospitalières d'addictologie.	Consultations de tabacologie.	PNM (10) (ETP) (11) : 1 psychologue. PM (12) (ETP) (11) : 1,25 ETP. (11).	2478
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique.	1 psychologue clinicien, qui effectue un service à temps complet avec pour rôle premier la prise en charge des patients atteints de pathologie cancéreuse et de soutien de l'équipe soignante de ces patients. Contrat de 3 ans à compter du 3 Juillet 2006.	PNM (7) (ETP) (8) : 1 , 2 6 E T P (8) psychologue.	57106
MIG 13.H. : équipes pluridisciplinaires : les dispositifs d'annonce et les réunions	Neuro-oncologie : définir le meilleur traitement pour le patient , chirurgie,	Neuro-oncologie : PM (12) : 0,65 ETP	208556

de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.	<p>chimiothérapie, radiologie, voir les 3. Réunion tous les vendredi soir, pendant 1heure. Sont présents 3 neurochirurgiens et 2 neurologues.</p> <p>Oncologie : Réunion toutes les semaines, pour débattre des patients atteints d'un cancer, pendant 2 heures. Sont présents, 1 oncologue, 1 spécialiste de pneumologie, 1 spécialiste oto-rhino-laryngologiste (ORL), 1 spécialiste de médecine interne, 1 spécialiste de médecine.</p> <p>Hématologie : réunion toutes les semaines pour débattre des patients atteints d'un cancer, pendant 1heure. Sont présents, 1 oncologue agrégé, 1 spécialiste de pneumologie, 1 spécialiste ORL, 1 spécialistes de médecine interne, 1 spécialiste de médecine.</p>	(11) Oncologie : PM (12) : 1,3 ETP (11) Hématologie : PM (12) : 0,35 ETP (11).	
--	---	--	--

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 3 : nombre d'avis.	900	1000
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	- mestinon ; - simdax ; - sulfamylon creme ; - thalidomide.	
MIG 4.D. : nombre de BHN (12) et PHN (14).	237286 BHN (15) 1685189 PHN (17)	300000 BHN (15) 1800000 PHN (17)
MIG 5.H.		
MIG 13.B. : nombre de consultations alcoologie.	250	300
MIG 13.C. : nombre de patients suivis.	258	300
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (16).	900	1000

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 ».

2.1. Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 3 : nombre d'avis.	1000	
MIG 4.C : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D : nombre de BHN (15) et PHN (17).	300000 BHN (15) 1800000 PHN (17)	
MIG 5.H.		
MIG 13.B : nombre de consultations.	300	
MIG 13.C : nombre de patients suivis.	300	
MIG 13.H : nombre de patients vus en RCP (16).	1000	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV.I.

**MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DESGENETTES.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions d'intérêt général doivent strictement correspondre aux missions citées à l'article L. 162-22-14. du code de la sécurité sociale (1).

1.1. Caractéristiques des missions.

MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG).	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (2).
MIG 3 : expertise, référence : réseaux.	Service oncologie est tête de pont dans l'activité de recherche en soins courants intitulé « détermination des facteurs prédictifs de survenue de thrombose veineuse symptomatique sur cathéter central chez les patientes traitées par chimiothérapie adjuvante.	PM (12) (ETP) (11) : 0,2.	53768
MIG 4.C. : activités innovantes, expérimentales : médicaments bénéficiant d'une ATU (3) en application des dispositions de l'article L. 5121-12. du code de la santé publique (1).	Médicaments n'ayant pas d'AMM (5) mis à disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.		9263
MIG 4.D. : activités innovantes, expérimentales : actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7. du code de la sécurité sociale (1).	Essentiellement : virologie (herpès, VIH (7), CMV (8), EBV (9), varicelle, entérovirus), analyse du génotype du VIH (7), et cytogénétique spécialisée (caryotypes hématologiques, oncogéniques, hybridation in situ, caryotypes de moelle) et hépatite E ; biologie moléculaire.		199636
MIG 13.C. : équipes pluridisciplinaires : emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique (1).	Patients cancéreux en pneumo et oncologie.	P N M (1 0) (ETP) (11) : 0,5.	16786
MIG 13.D. : équipes pluridisciplinaires : structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle.	Consultation anti-douleur chronique rebelle.	P N M (1 0) (ETP) (11) : 0,3. PM (12) (ETP) (11) : 2,4.	77469
MIG 13.H. : équipes pluridisciplinaires : les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.	Réunion concertation pluridisciplinaire oncologie - Chirurgie viscérale - gastro.	P N M (1 0) (ETP) (11) : 0,053. P M (1 2) (ETP) (11) : 0,36.	57348

1.2. Indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 3.		
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.	biofoam.	

MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	701100 BHN (15). 311146 PHN (17).	750000 BHN (15). 400000 PHN (17).
MIG 13.C. : nombre de consultations.	1900	2000
MIG 13.D. : nombre de consultations.	690	700
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (13).	227	350

1.3. Engagements.

1.3.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des missions d'intérêt général ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.3.2. Engagements spécifiques

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 ».

2.1 Suivi des indicateurs d'activité.

DESCRIPTION.	CIBLE 2014.	REALISÉ.
MIG 3.		
MIG 4.C. : nom des médicaments ATU (3) délivrés.		
MIG 4.D. : nombre de BHN (15) et PHN (17).	750000 BHN (15). 400000 PHN (17).	
MIG 13.C. : nombre de consultations.	2000	
MIG 13.D. : nombre de consultations.	700	
MIG 13.H. : nombre de patients vus en RCP (13).	350	

2.2. Suivi des engagements spécifiques.

APPENDICE IV. J.

**AIDES À LA CONTRACTUALISATION - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX : 750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT
: SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES BÉGIN.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. Mesures accompagnée.

TYPE D'OPÉRATION.	DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.	RAPPEL DOTATION 2009 (26) .
Service référence.	Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine : service de maladies infectieuses et tropicales référent dans son domaine ; séances d'éducation et de prise en charge des patients VIH (7). PNM (10) (ETP) (11) : 0,5 ETP (11) infirmier. PM (12) (ETP) (11) : 0,55 ETP (11) médecin.	61689

1.2. Engagements.

1.2.1. Engagements généraux.

L'établissement s'engage à :

- mettre en œuvre (ou poursuivre la mise en œuvre du programme (ou plan etc.) prévu par le contrat conclu le entre l'établissement et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- à rendre compte annuellement à l'agence régionale de la réalisation des opérations prévues au contrat.

1.2.2. Engagements spécifiques.

1.2.2.1. Rappel des engagements spécifiques de l'établissement.

CONTRAT.	MESURES.	DESCRIPTION.

1.2.2.2. Aides financières de la direction générale de l'offre de soins.

CONTRAT.	EXERCICE « N ».	EXERCICE « N+1 ».	EXERCICE « N+2 ».	EXERCICE « N+3 ».

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

L'établissement adresse annuellement à l'agence régionale de santé de l'Île-de-France (ARSIF) le 31 janvier de l'année « N » les données suivantes relatives à l'année « N-1 » :

CONTRAT.	MESURES.	CIBLE.	AVANCEMENT.

APPENDICE IV. K.
**MISSIONS GÉNÉRALES D'ENSEIGNEMENT, DE RECHERCHE, DE RÉFÉRENCE,
D'INNOVATION ET DE RECOURS - NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX : 7508100814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

Les missions générales d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours (MERRI) doivent strictement correspondre aux missions énumérées à l'arrêté du 23 mars 2007 (28), modifié par l'arrêté du 2 avril 2008 (29), pris en application de l'article D. 162-8. du code la sécurité sociale (1).

1.1. **Caractéristiques des missions.**

MERRI.	CARACTÉRISTIQUES DE LA MISSION.	PERSONNEL AFFECTÉ À LA MISSION.	RAPPEL DOTATION 2009 (30).
MERRI 1.H. (variable) : recherche médicale et innovation : conservation des tissus, tumeurs et produits humains à des fins de recherche.	Tumorothèque : mutualisation des services d'anapath de l'ensemble hospitalier militaire parisien (EHMP) sur l'HIA Bégin ; poursuite de la constitution d'une tumorothèque (cryocongélation à - 80 °C) pouvant être consultée en particulier dans le cadre de l'oncologie, des maladies rares et des maladies transmissibles	PM (12) (ETP) (11) : 0 , 3 E T P (11) médecin. P N M (10) (ETP) (11) : 0 , 3 E T P (1 1) technicien.	37542
MERRI (fixe).	Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation.		24668828

1.2. **Engagements.**

1.2.1. **Engagements généraux.**

L'établissement s'engage à :

- à adapter son fonctionnement sur la base des cahiers des charges spécifiques élaborés pour chaque mission ;
- à rendre compte annuellement de son activité au titre des « MERRI » ;
- à dédier à l'exercice de la mission l'intégralité de la dotation allouée à ce titre.

1.2.2. **Engagements spécifiques.**

(1) n.i. BO.

(2) Le montant alloué en 2009 pour chaque MIG correspond au montant issu du retraitement comptable 2007 auquel se sont ajoutées éventuellement des mesures nouvelles.

- (3) Autorisation temporaire d'utilisation.
- (4) Code de la santé publique.
- (5) autorisation de mise sur le marché
- (6) Code de la sécurité sociale.
- (7) Virus de l'immunodéficience humaine.
- (8) Cytomégalovirus.
- (9) Virus d'Epstein-Barr.
- (10) Personnel non médical.
- (11) Équivalent temps plein.
- (12) personnel médical.
- (13) infirmier anesthésiste cadre de santé
- (14) Médecine physique de réadaptation.
- (15) Biologie hors nomenclature.
- (16) Réunion de concertation pluridisciplinaire.
- (17) Anatomo-pathologie hors nomenclature.
- (18) Actes hors nomenclature.
- (19) Lettre clé pour les actes d'anatomo-pathologie.
- (20) Institut national du cancer.
- (21) Diplôme cadre de santé.
- (22) Haute autorité de santé.
- (23) Imagerie par résonance magnétique.
- (24) Soins d'urgence par les médecins omnipraticiens.
- (25) Service médical d'urgence et de réanimation.
- (26) Pour les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) hors hôpitaux locaux, le montant alloué en 2009 correspond au montant issu du retraitement comptable 2007 auquel se sont ajoutées éventuellement des mesures nouvelles.
- (27) ces aides financières sont susceptibles d'être redéfinies entre les parties à l'occasion du suivi annuel
- (28) n.i. BO ; JO n° 73 du 27 mars 2007, p. 5685, texte n° 41.
- (29) n.i. BO ; JO n° 90 du 16 avril 2008, p. 6334, texte n° 44.

(30) Le montant alloué en 2009 pour les « MERRI » correspond au montant issu des différentes enquêtes menées en 2007.

ANNEXE V.
GESTION DES RISQUES ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS.

APPENDICE V.A.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES ROBERT PICQUÉ.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRE.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur.	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. **Qualité des soins.**

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE 2009.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	1	1	/
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1	1	/
Pour les établissements participant à COMPAQH (3). Taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3).	91 p. 100	90 p. 100	2010

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
--	--------------------------

Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	1831
Nombre de PSL (2) détruits.	18
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	6

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	100	100	/
Score concernant l'organisation.	33	33	/
Score concernant les moyens mis en œuvre.	33	33	/
Score concernant les actions mises en place.	34	34	/
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	1,4 p. 100 / 500	1,3 p. 100 / 500	2010

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	Oui Déclinaison de SAPHORA (5)	/	/
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	Oui	/	/
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	Oui	/	/

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE	SITUATION CIBLE	DÉLAIS DE RÉALISATION
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	Oui	Oui	/

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.			
À l'entrée. Nombre de dossiers conformes dans le cadre des indicateurs HAS (8) 2008.	Pesée + IMC (7) = 66 p. 100	80 p. 100	2011
Les autres indicateurs ne sont pas mesurés à ce jour (à la sortie, hebdomadaire).	/	/	/
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	Oui	/	/
	Oui	/	/

Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?			
---	--	--	--

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	Oui	/	/

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	Oui	/	/
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des événements indésirables ?	Oui	/	/
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	Oui	/	/
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	Oui	/	/
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	Oui Plan qualité et risques.	/	/
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	Oui CRUQPC (9)	/	/

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 ») - « V2 » juin 2007 : certifié sans réserve et sans recommandation.

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ? Accréditation avec suivi ? Conditionnelle ? Accréditation sans réserve, ni recommandation.	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ? Sans objet.		

Date prochaine visite de certification « V2010 » : novembre 2011.

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE V.B.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur.	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. *Qualité des soins.*

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE 2009.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	1	1	Sans objet.
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1	1	Sans objet.
Pour les établissements participant à IPAQSS (10). Taux de conformité des dossiers anesthésiques campagne 2011 (dossiers 2010).	intervalle de confiance à 95 p. 100	intervalle de confiance à 1.	2011.

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
--	--------------------------

Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	1605
Nombre de PSL détruits.	24
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	4

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	A	A	Sans objet.
Score concernant l'organisation.	33	33	Sans objet.
Score concernant les moyens mis en œuvre.	33	33	Sans objet.
Score concernant les actions mises en place.	34	33	Sans objet.
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	6/412	(0 théorique)	Donnée 2009.
Nombre services chirurgicaux surveillant les iso (11).	5	5	

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	Oui en 2010.	Plateforme téléphonique à partir 2011.	inconnu.
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	oui	oui	
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	oui	oui	

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	oui	Sans objet.	

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	85 p. 100	95 p. 100	2012
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	oui	oui	
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en	oui	oui	

place ?			
---------	--	--	--

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	46/63 Personnels médicaux, pharmaciens, dentiste.	100 p. 100	2012

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	Oui mandat fin d'affectation.	1 personnel.	
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des événements indésirables ?	oui	informatisation.	2011 ENNOV (12).
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	oui		
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	oui	oui	
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	oui	oui	
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	oui	oui	

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation « V2 ».

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves.	X mai 2008.	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?	Non concerné.	

Date prochaine visite de certification « V2010 » : juin 2011.

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE V.C.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES DU VAL-DE-GRÂCE.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. **Qualité des soins.**

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE 2009.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	1	1	Sans objet.
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1	1	Sans objet.
Pour les établissements participant à COMPAQH (3). Taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3).	88,4 p. 100	95 p. 100	2010

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
--	--------------------------

Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	2391
Nombre de PSL (2) détruits.	27
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	8

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	A	A	Sans objet.
Score concernant l'organisation.	A	A	Sans objet.
Score concernant les moyens mis en œuvre.	A	A	Sans objet.
Score concernant les actions mises en place.	A	A	Sans objet.
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	1,7 p. 100 (8/470)	0,8 p. 100 - 3,5 p. 100	Sans objet.

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	OUI		
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	OUI		
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	OUI		

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	OUI		

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	Info non disponible. (18)	Cotation « C » Cotation « B »	en 2010 en 2011
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	OUI		
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?	OUI		EPP (13) depuis 2009.

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	NON	Développement professionnel continu.	Pilotage école du Val-de-Grâce (EVDG).

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	OUI		
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des évènements indésirables ?	OUI		
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	OUI		
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	OUI		
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	OUI		
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	OUI		

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 ») - « V2 » en avril 2008.

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ? Accréditation avec suivi ? Conditionnelle ?	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?	« NA »	« NA »

Date prochaine visite de certification « V2010 » : avril 2011.

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE V.D.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES PERCY.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur.	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. **Qualité des soins.**

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	4	100 p. 100	Sans objet.
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1	1	Sans objet.
Pour les établissements participant à COMPAQH (3), taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3) (**).	82 p. 100	100 p. 100	2 ans

(**) Résultats de l'audit des dossiers d'anesthésie IPAQH (15) 2009.

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	7334
Nombre de PSL (2) détruits.	0
Taux de traçabilité des PSL (2).	99,93 P. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	3

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	100	100	2011
Score concernant l'organisation.	33	33	2011
Score concernant les moyens mis en œuvre.	33	33	2011
Score concernant les actions mises en place.	34	34	2011
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	1 p. 100	0,95 p. 100	2011

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5) (*), EQS (6) etc. ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	oui	100 p. 100	Sans objet.

(*) L'enquête de satisfaction SAPHORA (5) est utilisée depuis 2009.

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	oui	oui	Sans objet.

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	50 p. 100	70 p. 100	1 an
	oui	100 p. 100	Sans objet.

Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?			
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?	50 p. 100	80 p. 100	2 ans

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	non	Non définie.	Sans objet.

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des évènements indésirables ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	oui	100 p. 100	Sans objet.
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	oui	100 p. 100	2010

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 »).

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ? Accréditation avec suivi ? Conditionnelle ? (*)	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?		

(*) La HAS (8) a prononcé la certification sans recommandations pour l'HIA Percy dans son rapport de certification paru en mai 2007. La visite de certification « V2010 » a eu lieu du 6 au 10 décembre 2010.

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE V.E.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES BÉGIN.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur.	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	Non applicable.

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. *Qualité des soins.*

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	2 (Bloc central, maternité.	1	Fin 2010
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1	1	Fin 2010
Pour les établissements participant à COMPAQH (3) 2009. Taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3).	2008 : 72 2009 : 90 2010 : 91	92	Fin 2011

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	1860
Nombre de PSL (2) détruits.	33
Taux de traçabilité des PSL (2).	100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	7

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	A	A	
Score concernant l'organisation.	33/33	Objectif atteint.	
Score concernant les moyens mis en œuvre.	33/33	Objectif atteint.	
Score concernant les actions mises en place.	34/34	Objectif atteint.	
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions d'orthopédie.	2010 : 1,45 p. 100	< 1 p. 100	2012
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions de chirurgie viscérale et vasculaire.	2010 : 1,3 p. 100	< 3 p. 100 Objectif atteint.	
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions de gynécologie.	2010 : 0,43 p. 100	< 0,5 p. 100 Objectif atteint.	
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions de chirurgie maxillo-faciale.	2010 : 0,1 p. 100	< 0,5 p. 100 Objectif atteint.	

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	OUI	Objectif atteint.	
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	OUI	Objectif atteint. Analyse semestrielle.	
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	OUI	Objectif atteint.	

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	OUI	Objectif atteint.	

Présence de référents douleurs.

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel (indicateur DTN (16) niveau 1 en pourcentage).	2008 : 79 2009 : 92	95 p. 100	2011
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	Oui	Oui	
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?	Non	Procédure à écrire.	2011

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	1 médecin accrédité. 26 EPP (13) en cours depuis « V2 ».	Suivi trimestriel par la sous-commission EPP (13).	2011

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	OUI	Objectif atteint.	
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des événements indésirables ?	OUI	Objectif atteint.	
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	OUI		
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	OUI COGERIS (17).	Objectif atteint.	
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	Dans le projet d'établissement.		
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	OUI	Objectif atteint.	

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 ») « V1 » en octobre 2003, « V2 » Octobre 2007, « V2010 » mars 2012.

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ni recommandations ?	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?	Non applicable.	

Date prochaine visite de certification « V2010 » : octobre 2011 reportée en mars 2012 (en raison de travaux d'infrastructure).

2.2. Engagements spécifiques.

Le nouveau programme de gestion des risques sera décliné dans le futur projet d'établissement qui sera réécrit en 2011.

APPENDICE V.F.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES LEGUEST.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur.	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. **Qualité des soins.**

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	1	1	/
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1	1	/
Pour les établissements participant à COMPAQH (3), taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3).	0,96 (intervalle confiance 95 p. 100).	À maintenir.	2010

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	1947

Nombre de PSL (2) détruits.	17
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	3

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	92,5 / 100	> 95	2011
Score concernant l'organisation.	31,5 / 33	> ou = 32	2011
Score concernant les moyens mis en œuvre.	32 / 33	> ou = 32	2011
Score concernant les actions mises en place.	29 / 34	> 30	2011
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	1,71 p. 100	< 1,50 p. 100	2011

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	oui (enquête DCSSA).	À pérenniser.	/
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	Non, ponctuelle.	Tous les 6 mois.	2010
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	oui	oui	/

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	oui	oui	/

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	95 p. 100 psychiatrie. 87 p. 100 médecin physique et de réadaptation. 73 p. 100 médecine, chirurgie et obstétrique.	Peser tous les patients à l'entrée et à 48 heures.	2010

Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	oui	/	/
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?	oui	/	/

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	oui	Poursuivre son développement.	2010

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	oui	/	/
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des événements indésirables ?	oui	/	/
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	oui	/	/
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	oui	/	/
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	En cours de réalisation.	Établir le programme.	2010-2011
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	oui	/	/

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 »).

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ni recommandations ?	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?	Non applicable.	

Date dernière visite d'accréditation « V2 »: du 5 au 8 décembre 2006.

Date visite de certification « V2010 » : décembre 2010 (résultats non parvenus).

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE V.G.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X Déjà fait.
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur.	X Déjà fait.
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X Déjà fait.
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X Déjà fait.
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X Déjà fait.
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X Déjà fait.

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. **Qualité des soins.**

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	1 (6 salles).	1 (8 salles).	3 ans.
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1 (10 postes).		
Pour les établissements participant à COMPAQH (3). Taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3).	94 p. 100	95 p. 100	1 an.

2.1.1.2. Sécurité transfusionnelle « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE 2009.
Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	2152
Nombre de PSL (2) détruits.	56
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	10

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	100	100	
Score concernant l'organisation.	33	33	
Score concernant les moyens mis en œuvre.	33	33	
Score concernant les actions mises en place.	34	34	
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	0,95	1	1 an.

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	Oui		
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	oui		
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	oui		

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	oui		

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE 2009.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	80 p. 100	100 p. 100	2 ans.
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	oui		
	oui		

Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?			
---	--	--	--

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	70 p. 100	80 p. 100	2 ans.

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	oui		
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des évènements indésirables ?	oui		
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	oui		
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	oui		
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	oui		
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	oui		

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation : « V2010 ».

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ? Accréditation avec suivi ? Conditionnelle ?	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?		

2.2. Engagements spécifiques.

Synthèse de la visite de certification « V2 » : Septembre 2006.

La HAS ⁽⁸⁾ prononce une certification avec suivi, qui devait porter sur :

- - sécuriser le circuit du médicament jusque l'administration en veillant à supprimer toute transcription des prescriptions médicales (Réf : « 36 » : critères « 36a », « 36b », « 36c »).

Un plan d'actions a été mis en place suite à cette décision, un rapport de suivi a été envoyé à la HAS (8) un an après la visite sur site, pour prouver l'avancée des travaux.

La HAS (8), au vu des éléments mentionnés dans le rapport de suivi, prononce la certification définitive de l'établissement en avril 2008.

« V2010 » Visite de la HAS (8) du 7 au 14 juin 2010 qui prononce une certification sans recommandations.

APPENDICE V.H.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques des missions.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIFS RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions .	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X

2. ENGAGEMENTS.

2.1. *Engagements généraux.*

2.1.1. *Qualité des soins.*

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	3 (bloc central, bloc brûlés, radiologie interventionnelle.	Situation cible, contraintes techniques.	
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	3	atteinte.	
Pour les établissements participant à COMPAQH (3), 2009. Taux de conformité des dossiers anesthésiques (indice COMPAQH) (3).	83 p. 100	100 p. 100	2011

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	5813
Nombre de PSL (2) détruits.	35
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	17

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	100 « A »	« A »	
Score concernant l'organisation.	33/33	Objectif atteint.	
Score concernant les moyens mis en œuvre.	33/33	Objectif atteint.	
Score concernant les actions mises en place.	34/34	Objectif atteint.	
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions d'orthopédie.	< 1 p. 100	< 1 p. 100	Objectif atteint.
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions de chirurgie viscérale et vasculaire.	< 1 p. 100	< 1 p. 100	Objectif atteint.
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions urologie.	< 1 p. 100	< 1 P. 100	Objectif atteint.
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions de Neuro-chirurgie.	< 1 p. 100	< 1 p. 100	Objectif atteint.
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions d'oto-rhino-laryngologie.	4,4 p. 100	5 p. 100	Objectif atteint.

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5), EQS (6) etc. ?	OUI	Objectif atteint.	
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	OUI	Objectif atteint.	
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	OUI	Objectif atteint.	

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	OUI	objectif atteint.	

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) à l'entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	75 p. 100	85 p. 100	2011
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	OUI	Objectif atteint.	
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?	NON	Mise en place de la procédure.	2011

2.1.1.7. *Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	20 EPP (13) « cert V2010 ».	Objectif atteint.	

2.1.2. *Gestion des risques dans l'établissement.*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	OUI	Objectif atteint.	
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des évènements indésirables ?	OUI	Objectif atteint.	
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	OUI	Objectif atteint.	
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	OUI	Objectif atteint.	
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	OUI	Objectif atteint.	
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	OUI	Objectif atteint.	

2.1.3. *Accréditation, certification de l'établissement.*

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 ») « V2 » juin-juillet 2009.

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ? Accréditation avec suivi ? Conditionnelle ?	X	
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?		

Date prochaine visite de certification « V2010 » : septembre 2012.

2.2. Engagements spécifiques.

APPENDICE V.I.

**NUMÉRO DU FICHER NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX :
750810814 - RAISON SOCIALE ÉTABLISSEMENT : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - HÔPITAL
D'INSTRUCTION DES ARMÉES DESGENETTES.**

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OBJECTIF RETENU.
1	Améliorer la qualité en anesthésie en mettant à proximité immédiate de tous les sites d'anesthésie, une SSPI (1) et améliorer le taux de conformité des dossiers.	X
2	Améliorer la sécurité transfusionnelle en augmentant améliorant la traçabilité, en diminuant le nombre de PSL (2) détruits.	X
3	Améliorer la lutte contre les infections nosocomiales et dépasser le score agrégé de « E ».	X
4	Engager un suivi des plaintes menant à un programme d'actions.	X
5	Mettre en place le comité de lutte contre la douleur	X
6	Mettre en place un comité de liaison alimentation nutrition.	X
7	Développer la gestion coordonnée des risques (une structure de centralisation des signalements et désignation d'un gestionnaire de risques).	X
8	Adopter une politique de gestion des risques et d'un programme d'actions.	X
9	Engager les actions correctives au regard des réserves émises lors de la procédure d'accréditation ou de certification en matière de gestion des risques selon un échéancier défini.	X

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. *Qualité des soins.*

2.1.1.1. *Sécurité et qualité en anesthésie y compris les établissements de santé exerçant l'activité de psychiatrie (à adapter selon l'activité de l'établissement).*

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de sites anesthésiques (regroupement en cas de dispersion).	1		Sans objet.
Nombre de sites d'anesthésie disposant de SSPI (1) à proximité immédiate.	1		Sans objet.
Pour les établissements participant à COMPAQH (3). Taux de conformité des dossiers anesthésiques (indic COMPAQH) (3).	89	100	2e semestre 2011.

2.1.1.2. *Sécurité transfusionnelle « N-1 ».*

	SITUATION ACTUELLE 2009.
Nombre de PSL (2) délivrés à l'établissement.	3246

Nombre de PSL (2) détruits.	36 (1,10 p. 100)
Taux de traçabilité des PSL (2).	100 p. 100
Nombre d'évènements indésirables liés à la transfusion sanguine.	17 (0,52 p. 100)

2.1.1.3. Lutte contre les infections nosocomiales « N-1 ».

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Score ICALIN (4).	99	100	2011
Score concernant l'organisation.	33	33	2011
Score concernant les moyens mis en œuvre.	32	33	2011
Score concernant les actions mises en place.	34	34	2011
Taux d'infections du site opératoire/nombre d'interventions.	0,7	0,7	2011

2.1.1.4. Satisfaction des patients.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
L'établissement de santé utilise-t-il un questionnaire de sortie standardisé, validé par la communauté scientifique (type SAPHORA (5) EQS (6) etc. ?	OUI		
Existe-t-il une analyse rétrospective, au moins annuelle, de l'ensemble des plaintes reçues ?	OUI		
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est-elle mise en place ?	OUI		

2.1.1.5. Lutte contre la douleur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Existe-t-il une équipe mobile douleur ou des référents douleur ?	OUI 22 référents douleur et un infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) douleur/jour.	Réalisé.	

2.1.1.6. Lutte contre la dénutrition acquise durant l'hospitalisation.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage des services hospitaliers pratiquant des pesées + calcul IMC (7) entrée, à la sortie, et hebdomadaire pour les patients à risque nutritionnel.	Tous les services : protocole mis en place.	réalisé	
Une procédure d'identification du risque nutritionnel a-t-elle été mise en place ?	oui		
Une procédure d'identification précoce et de prise en charge	non	À faire.	2011

thérapeutique de la dénutrition nosocomiale a-t-elle été mise en place ?			
--	--	--	--

2.1.1.7. Évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.	50 EPP (13) en cours dans le cadre de la « V2010 ».	80 p. 100 des EPP (13) réalisées.	2e semestre 2011.

2.1.2. Gestion des risques dans l'établissement.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
La gestion des risques s'appuie-t-elle sur un gestionnaire dont le mandat est défini ?	OUI		
En sus des fiches de signalement obligatoires (vigilances réglementées) existe-t-il une fiche de signalement des événements indésirables ?	OUI		
La gestion des risques comprend-elle une structure identifiée centralisant les informations ?	OUI		
La gestion des risques comprend-elle une structure transversale opérationnelle identifiée ?	OUI		
Existe-t-il un programme d'actions de prévention et de gestion des risques ?	OUI		2011
Ce programme et le bilan d'activité de la gestion des risques sont-ils présentés aux instances ?	En cours.		1 semestre 2011.

2.1.3. Accréditation, certification de l'établissement.

Lors de la visite d'accréditation (date, en précisant « V1 » ou « V2 »).

	OUI	NON
L'établissement de santé a-t-il satisfait à la procédure sans réserves ?		
Accréditation avec suivi ?	X	
Conditionnelle ?		
A-t-il été l'objet de réserves en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ?		X
Les réserves, émises ont-elles pu être levées ?		

Date prochaine visite de certification « V2010 » : novembre 2011.

2.2. Engagements spécifiques.

Engagements 2010 :

- mise en place d'un suivi du processus eau sur l'établissement (en cours) ;

- mise en place d'un groupe de réflexion sur les anticoagulants (fait) ;
- audit sur les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE, type onduleurs) en cours ;
- mise en place d'un comité d'identitovigilance avec un état des lieux (fait) ;
- développement des revues de morbidité/mortalité (RMM) (en cours) ;
- formation des cadres de pôles à la gestion des risques (fait).

Engagements 2011 :

- promouvoir la réflexion éthique sur l'établissement ;
- intégrer plus largement les usagers dans le fonctionnement des différentes instances ;
- développer et faire partager, au niveau de l'établissement et dans chaque service des outils de suivi de la gestion des risques (plan d'action, cartographie des risques) ;
- conforter les résultats acquis en matière d'identitovigilance, (sécurisation de la prise d'identité dans le système d'information, mettre en place le bracelet d'identification) ;
- réorganiser le système d'archivage partagé des documents médicaux et administratifs ;
- mettre en place le suivi informatique de la localisation du dossier patient et du dossier transfusionnel ;
- mener à bien la transformation de l'intranet de l'hôpital.

(1) Salle de surveillance post-interventionnelle.

(2) Produits sanguins labiles.

(3) Coordination pour la mesure de la qualité et l'amélioration de la qualité hospitalière.

(4) Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

(5) Enquête de satisfaction de la patientèle.

(6) Expert qualité santé.

(7) Indice de masse corporelle.

(8) Haute autorité de santé.

(9) Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

(10) Indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

(11) Organisation internationale de normalisation.

(12) Fournisseur du service de santé des armées en gestion documentaire.

(13) Évaluation des pratiques professionnelles.

(14) Indicateur de performance pour l'amélioration de la qualité.

(18) Aucun service ne relève systématiquement ces trois indicateurs : le recueil IPAQ (14) 2008 s'exprime en cotation sur l'ensemble des dossiers sans discriminer les services. La cotation initiale était « D ».

(15) Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière.

(16) Indicateur de dépistage des troubles nutritionnels.

(17) Comité de gestion des risques.

ANNEXE VI.
PROJET DE GESTION : SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS.

Numéro du fichier national des établissements sanitaires et sociaux : 750810814 - service de santé des armées.

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Caractéristiques de l'activité.**

Le tableau ci-dessous permet la sélection des objectifs négociés avec l'établissement, selon ses caractéristiques :

	CRITÈRES.	OJECTIF RETENU.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
1	Accroître la couverture fonctionnelle du SIH (1).	X	Fait. Action permanente.
2	Mener une action identifiée de fiabilisation du SIH (1).	X	
3	Rationaliser l'architecture du SIH (1) .	X	
4	Mettre en œuvre un dispositif informatisé de gestion interne permettant de maîtriser les coûts, l'activité et l'efficacité.	X	2010/2011
5	Mettre en place un système unifié d'identification des patients et des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux).	X	Fait.
6	Informatiser tous les services d'urgences et les interfacer avec la base régionale cyber-urgences.	X	En cours 2010/2012
7	Mettre en place un dossier médical informatisé capable de stocker les données médicales et de les exporter vers le dossier médical personnel (DMP).	X	2015
8	Développer son implication dans les réseaux ville-hôpital et les dispositifs de télé-médecine.	X	2015
9	Mettre en place les dispositifs de télétransmission des factures vers l'assurance maladie (messagerie sécurisée, utilisation de la norme « B2 » en vigueur, traitement des retours NOEMIE (2)).	X	Fait partiellement. 2013/2015
10	Faire évoluer le système de facturation de l'établissement pour télétransmettre les factures individuelles (des soins externes dans un premier temps, puis des séjours), et pour élargir les télétransmissions aux autres régimes (lorsqu'ils seront disponibles).	X	Fait partiellement. 2010/2013

La politique d'informatisation du SSA est décidée par la direction centrale du service de santé des armées, et mise en œuvre par le centre de traitement de l'information médicale (CeTIMA).

Les objectifs annoncés sont l'harmonisation des systèmes d'information sur l'ensemble des sites, et l'intégration des nouveaux projets dans le SIH (1).

Concernant le DMP (3), le SSA dispose des outils nécessaires et se tient à disposition du monde de la santé lors de la mise en production du DMP (3).

La télétransmission des factures est un projet qui techniquement est possible mais toujours en attente d'informations réglementaires (typologie + avenant) de la part de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS).

2. ENGAGEMENTS.

2.1. **Engagements généraux.**

2.1.1. Efforts général.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DELAIS DE REALISATION.
Pourcentage des dépenses d'exploitation consacré aux systèmes d'information sur l'année ainsi qu'en perspective sur les trois années suivantes.	1 p. 100	1 p. 100	
Pourcentage des dépenses d'investissement consacré aux systèmes d'information sur l'année ainsi qu'en perspective sur les trois années suivantes.	0,15 p. 100	2 p. 100	2012
Taux de vétusté du matériel informatique.	Renouvellement à 5 ans.	Renouvellement à 5 ans.	Immédiat.

2.1.2. Maîtrise de la gestion interne.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage de pôles disposant d'un outil de pilotage informatisé.	0 p. 100	100 p. 100	2011
Existence d'une comptabilité analytique faisant apparaître des notions de coûts et de recette pour des sous ensembles d'activités.	OUI à 50 p. 100 : uniquement prise en compte des notions de coûts.	Comptabilité analytique intégré au SIH (1) => 100 p. 100.	2011

2.1.3. Informatisation des urgences.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage de passages aux urgences faisant l'objet d'un traitement informatisé par un SIU (4).	Pas de SIU (4) 100 p. 100 Création d'un dossier Am@deus2.	100 p. 100 des passages SIU (4), solution intégrée Am@deus2.	2010/2012
Pourcentage de passages aux urgences faisant l'objet d'une transmission de données d'activité à cyber-urgences par interface automatique.	0 p. 100	100 p. 100 sur l'ensemble des sites.	2010/2012

2.1.4. Mise en œuvre du dossier médical personnel.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Pourcentage de comptes-rendus d'hospitalisations stockés dans un dossier patient unique.	100 P. 100	100 p. 100	réalisé.
Pourcentage de résultats d'imagerie médicale stockés dans le SIH (1) ou le PACS (5) de l'établissement.	100 p. 100 des compte-rendus, mais 0 p. 100 des clichés.	100 p. 100 des compte-rendus, mais 50 p. 100 des clichés	2010/2011

2.1.5. Implication dans des dispositifs de télémédecine tournés vers l'extérieur.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Nombre de dispositifs de télémédecine ouverts auquel l'établissement participe.	2 HIA + 2 sites opération extérieure (OPEX).	9 sites HIA + 6 sites OPEX.	2010/2015
Nombre de patients de l'établissement concernés.	Sans objet	Sans objet.	Sans objet.

2.1.6. Télétransmission.

	SITUATION ACTUELLE.	SITUATION CIBLE.	DÉLAIS DE RÉALISATION.
Utilisation de flux sécurisée (messagerie sécurisée).	NON	OUI	2010/2011
Taux de rejet (en production) des informations transmises avec la norme « B2 ».	Sans objet.		

2.2. Engagements spécifiques.

- optimisation de la planification en bloc opératoire, en adaptant le SIH (1) existant : 2010/2012 ;
- informatisation des services d'anesthésie : 2010/2012 ;
- Informatisation des services de réanimation : 2010/2012.

(1) Système d'information hospitalier.

(2) Norme ouverte d'échanges entre la maladie et les intervenants extérieurs.

(3) Dossier médical personnel.

(4) Système informatique des urgences.

(5) Pictures archiving and communication système.

ANNEXE VII.
PROJET DE GESTION : INDICATEURS DE PERFORMANCE.

Numéro du fichier national des établissements sanitaires et sociaux : 750810814 - service de santé des armées.

1. FICHE D'ACTIVITÉ ET D'ENGAGEMENTS.

1.1. **Indicateurs retenus et modalités de suivi.**

1.1.1. **Indicateurs « Hospi-Diag ».**

L'outil « Hospi-Diag » (1) constitue un support de dialogue à usage des acteurs nationaux (administrations centrales, HAS (2) etc.), régionaux [agence régionale de santé (ARS)] et locaux (établissements de santé) permettant d'échanger à partir de l'analyse d'indicateurs communs, reconnus et partagés par tous. Il constitue le socle commun de suivi de la performance d'un établissement de santé.

« Hospi-Diag » (1) comprend une carte d'identité de l'établissement et un socle d'indicateurs de performance explorant cinq dimensions :

- activité ;
- qualité des soins ;
- organisation ;
- ressources humaines ;
- financières.

Les indicateurs sont calculés à partir de données immédiatement disponibles dans les bases de données nationales.

Au stade de l'élaboration du présent protocole, il a été décidé de n'intégrer dans le suivi annuel qu'un nombre limité d'indicateurs, retenus pour leur pertinence à la fois au regard de la spécificité des missions et de l'organisation du SSA et de l'objectif fixé d'amélioration de la performance organisationnelle des HIA.

Les indicateurs « Hospi-Diag » retenus, à ce stade, sont les suivants :

- IP-DMS (3) médecine ;
- IP-DMS (3) chirurgie ;
- taux d'utilisation/occupation des lits en médecine ;
- taux d'utilisation/occupation des lits en chirurgie ;
- taux de chirurgie ambulatoire ;
- taux des dix-huit (18) gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire ;
- nombre de « B » par technicien.

Le suivi de ces indicateurs fait apparaître les valeurs annuelles les plus récentes pour chacun des HIA. En parallèle, sont précisées les valeurs du 2^e et du 8^e déciles des établissements de même typologie (établissements de même profil d'activité au niveau national).

1.1.2. Indicateurs transmis par la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA).

Les indicateurs « Hospi-Diag », issus des bases de données nationales et restitués par établissement, peuvent être utilement complétés par des indicateurs directement transmis par la DCSSA.

Les indicateurs suivants sont inclus dans le suivi annuel du présent protocole :

- coût du « B » ;
- taux d'occupation des salles d'intervention ;
- taux d'occupation des salles d'IRM (4) ou productivité horaire de l'IRM (4) ;
- taux d'occupation des salles de scanner ou productivité horaire du scanner.

Au stade de l'élaboration du présent protocole, la DCSSA n'est pas en capacité de produire une première mesure de ces indicateurs mais elle s'engage à en assurer le suivi à compter du premier rapport annuel d'étape.

1.1.3. Modalités de suivi.

Le rapport annuel d'étape mentionné à l'article 11. du présent protocole comprend les éléments de suivi des indicateurs de performance identifiés ci-dessus. D'un commun accord, les parties prenantes au présent protocole peuvent décider de faire évoluer le nombre et le type des indicateurs suivis.

En raison de la spécificité de la mission du SSA orientée prioritairement vers le soutien des forces un commentaire sera associé à ces indicateurs car la comparaison avec les établissements publics ne peut être totalement appliquée.

2. FICHE DE SUIVI ANNUEL.

2.1. Indicateurs « Hospi-Diag ».

« P1 - IP-DMS (3) médecine » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^e DÉCILE.	8 ^e DÉCILE.
HIA SAINTE-ANNE.	0,833	↘	0,824	1,064
HIA LEGOUEST.	0,872	↘	0,824	1,064
HIA ROBERT-PICQUÉ.	0,878	↘	0,824	1,064
HIA BÉGIN.	0,893	↘	0,824	1,064
HIA PERCY.	0,918	↘	0,824	1,064
HIA DESGENETTES.	0,938	↘	0,824	1,064
HIA CLERMONT-TONNERRE.	0,949	↘	0,824	1,064
HIA LAVERAN.	0,958	↘	0,824	1,064
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	0,969	↘	0,824	1,064

Commentaires SSA :

« P2 - IP-DMS (3) chirurgie » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^E DÉCILE.	8 ^E DÉCILE.
HIA LEGOUEST.	1,031	↘	0,889	1,093
HIA LAVERAN.	1,033	↘	0,889	1,093
HIA SAINTE-ANNE.	1,035	↘	0,889	1,093
HIA ROBERT-PICQUÉ.	1,097	↘	0,889	1,093
HIA BÉGIN.	1,117	↘	0,889	1,093
HIA PERCY.	1,18	↘	0,889	1,093
HIA CLERMONT-TONNERRE.	1,181	↘	0,889	1,093
HIA DESGENETTES.	1,187	↘	0,889	1,093
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	1,221	↘	0,889	1,093

Commentaire SSA :

« A13 - Taux d'utilisation/occupation des lits de médecine » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^E DÉCILE.	8 ^E DÉCILE.
HIA DESGENETTES.	71,0 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA ROBERT-PICQUÉ.	70,2 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA CLERMONT-TONNERRE.	68,6 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA SAINTE-ANNE.	56,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA LAVERAN.	55,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA PERCY.	54,1 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA BÉGIN.	48,2 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	47,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA LEGOUEST.	43,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100

Commentaires SSA :

« A14 - Taux d'utilisation/occupation des lits en chirurgie » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^E DÉCILE.	8 ^E DÉCILE.
HIA LEGOUEST.	66,3 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA SAINTE-ANNE.	65,9 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA ROBERT-PICQUÉ.	64,4 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA PERCY.	58,4 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA DESGENETTES.	55,8 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA CLERMONT-TONNERRE.	54,4 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA LAVERAN.	53,8 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA BÉGIN.	52,4 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	39,4 p. 100	↗	38,5 p. 100	79,2 p. 100

Commentaires SSA :

« P9 - ICR (5) par salle d'intervention chirurgicale » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^E DÉCILE.	8 ^E DÉCILE.
HIA SAINTE-ANNE.	206269	↗	139852	258658
HIA LAVERAN.	181125	↗	139852	258658
HIA CLERMONT-TONNERRE.	173194	↗	139852	258658
HIA BÉGIN.	159623	↗	139852	258658
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	155436	↗	139852	258658
HIA LEGOUBST.	122642	↗	139852	258658
HIA ROBERT-PICQUÉ.	115492	↗	139852	258658
HIA DESGENETTES.	114289	↗	139852	258658
HIA PERCY.	58549	↗	139852	258658

Commentaire SSA :

« P12 - Taux de chirurgie ambulatoire » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^E DÉCILE.	8 ^E DÉCILE.
HIA LEGOUBST.	49,9 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA PERCY.	49,2 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA ROBERT-PICQUÉ.	47,0 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA CLERMONT-TONNERRE.	45,2 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA DESGENETTES.	41,1 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA SAINTE-ANNE.	41,2 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA LAVERAN.	40,8 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA BÉGIN.	30,9 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	11,1 p. 100	↗	43,1 p. 100	73,2 p. 100

Commentaire SSA :

« P13 - Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^E DÉCILE.	8 ^E DÉCILE.
HIA DESGENETTES.	71,0 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA ROBERT-PICQUÉ.	70,2 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA CLERMONT-TONNERRE.	68,6 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA SAINTE-ANNE.	56,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA LAVERAN.	55,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA PERCY.	54,1 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA BÉGIN.	48,2 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	47,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100
HIA LEGOUBST.	43,3 p. 100	↗	70,2 p. 100	105,2 p. 100

Commentaires SSA :

« P8 - Nombre de « B » par technicien » :

	VALEUR 2009.	SENS D'ANALYSE.	TYPOLOGIE 2009.	
			2 ^e DÉCILE.	8 ^e DÉCILE.
HIA DE VAL-DE-GRÂCE.	1117455	↗	500149	843610
HIA SAINTE-ANNE.	905818	↗	500149	843610
HIA LEGOUEST.	655709	↗	500149	843610
HIA ROBERT-PICQUÉ.	647879	↗	500149	843610
HIA BÉGIN.	588841	↗	500149	843610
HIA PERCY.	526083	↗	500149	843610
HIA DESGENETTES.	521586	↗	500149	843610
HIA CLERMONT-TONNERRE.	490300	↗	500149	843610
HIA LAVERAN.	412428	↗	500149	843610

Commentaire SSA :

2.2. Indicateurs DCSSA.

INDICATEUR.	VALEUR INITIALE.	VALEUR INTERMÉDIARE.	VALEUR FINALE.
Coût du « B » (agrégé pour les 9 HIA).	0,24 euros.		
Taux d'occupation des salles d'intervention (si possible, détail par HIA).			
Taux d'occupation des salles d'IRM (23) ou productivité horaire de l'IRM (23) (si possible, détail par HIA).			
Taux d'occupation des salles de scanner ou productivité horaire du scanner (si possible, détail par HIA).			

Commentaires SSA :

(1) Application de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

(2) Haute autorité de santé.

(3) Indice de performance de la durée moyenne de séjour.

(4) Imagerie par résonance magnétique.

(5) Indice de coût relatif.