

# FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Rapport d'activité 2016



Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales  
Octobre 2017



# SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET BILAN DE LA CAMPAGNE FIR .....</b>	<b>04</b>
1. Les orientations stratégiques du FIR .....	05
2. La mise en œuvre financière du FIR .....	06
3. Les modalités de gestion du FIR .....	11
<b>BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF DES MISSIONS DU FIR.....</b>	<b>14</b>
<b>Mission 1</b> – Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.....	15
<b>Mission 2</b> – Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.....	24
<b>Mission 3</b> – Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire .....	38
<b>Mission 4</b> – Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels.....	46
<b>Mission 5</b> – Développement de la démocratie sanitaire .....	52
<b>ANNEXES .....</b>	<b>57</b>

# — PARTIE 1

— Synthèse générale et  
bilan de la campagne FIR 2016



## Le FIR, levier financier des ARS depuis 2012

Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé le 1<sup>er</sup> mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, avec pour ambition de regrouper au sein d'une même enveloppe, globale et fongible asymétriquement, des crédits auparavant dispersés. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, le FIR vise à redonner aux agences régionales de santé (ARS), par une plus grande souplesse de gestion, de nouvelles marges de manœuvre dans l'allocation des crédits et à leur offrir des leviers renforcés au service d'une stratégie régionale de santé transversale, déclinant les objectifs nationaux de santé et favorisant les innovations au sein des territoires. Le fonds doit permettre aux ARS d'optimiser les dépenses, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats. En 2016, la mise en place du budget annexe dédié à la gestion des crédits du FIR s'inscrit dans cette lignée puisqu'elle permet désormais aux ARS de gérer les crédits de façon pluriannuelle conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé tout en maximisant l'efficacité en termes d'allocation des ressources.

Lors de sa création en 2012, le fonds comprenait des enveloppes correspondant précédemment aux crédits relatifs à la permanence des soins, aux crédits relatifs à la performance et à la qualité des soins, aux crédits relatifs à la prévention et à la promotion de la santé. La palette de missions a été élargie en 2013 notamment aux crédits relatifs à la performance et aux restructurations hospitalières, des crédits en faveur de l'amélioration des parcours, et des crédits dont l'objectif est de favoriser une approche transversale des prises en charge. Le périmètre a été pérennisé en 2014, et ses missions ont été réorganisées en 2015 en cinq axes stratégiques reflétant les priorités nationales de santé.

Les ressources du FIR en 2016 sont constituées, d'une part, d'une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. D'autre part, le FIR bénéficie d'une dotation de l'Etat et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Des arrêtés ministériels fixent chaque année la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds, ainsi que le montant des crédits alloués à chaque ARS.

Le fonds n'a pas la personnalité morale. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, conformément à l'article 56 de la LFSS pour 2015, la gestion comptable et financière du FIR est confiée aux ARS qui assurent les paiements à l'exception des dépenses directement versées aux professionnels de santé.

## 1. Les orientations stratégiques du FIR

### – Le périmètre d'activité financé par le FIR

Depuis 2015 et l'article 56 de la LFSS, les missions du FIR sont articulées autour de cinq axes stratégiques :

- La promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission n°1) ;
- L'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire (mission n°2) ;
- La permanence des soins et la répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire (mission n°3) ;
- L'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (mission n°4) ;
- Le développement de la démocratie sanitaire (mission n°5)

Chaque mission comporte plusieurs dispositifs qui sont détaillés dans la seconde partie du présent rapport.

### – Les axes prioritaires de la politique de santé en 2016

Il a été demandé aux ARS de mobiliser les crédits FIR au profit des priorités inscrites au sein des projets régionaux de santé de chaque région et en intégrant les orientations nationales pour l'année 2016 qui ont été définies par la circulaire du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016. Les ARS ont ainsi mis l'accent sur les actions suivantes :

#### **Développement de l'offre de prévention, de promotion de la santé du handicap et de la perte d'autonomie**

A ce titre, l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit des expérimentations dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé pour les personnes souffrant d'une maladie chronique ainsi que des personnes handicapées.

Il a par ailleurs été demandé aux ARS de décliner au niveau territorial approprié les mesures des différents plans et programmes nationaux de santé publique :

- amplifier le financement des programmes d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du plan maladies neurodégénératives (PMND) ;
- permettre aux femmes de 25 à 65 ans d'avoir accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin, dans le cadre du plan cancer.

### **Promotion du parcours de santé et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale**

Le FIR a pour objet de promouvoir la logique de parcours et la coordination des soins. Il finance des mesures visant à améliorer la coordination ville-hôpital pour les parcours complexes.

L'année 2016 a été marquée par le déploiement sur le territoire des plateformes territoriales d'appui (PTA). Cette mesure, issue de l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé, a mobilisé l'ensemble des ARS. Elle vise à proposer aux professionnels de santé un appui dans leurs efforts de coordination, notamment dans la prise en charge de situations particulièrement lourdes.

Le FIR favorise la structuration du premier recours, notamment la mise en place des équipes de premier recours et la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui contribue à l'amélioration des parcours de santé.

La poursuite du maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs et le développement des programmes visant à faciliter l'accès aux prises en charge par les professionnels de premier recours mais également par les offres de soins coordonnées, telles que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile, ont été des axes prioritaires en 2016.

Par ailleurs, 50 nouvelles MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) ont pu être financées.

### **Restructuration de la permanence des soins et meilleure couverture de l'accès aux soins sur le territoire**

En 2016, le FIR a participé, à travers le « Pacte territoire Santé 2 », à favoriser une meilleure répartition des professionnels et structures de santé sur les territoires. Les structures d'exercice coordonné, qui favorisent le travail en équipe, ont été soutenues.

### **Amélioration de la performance du système de santé et des conditions de travail du personnel.**

L'un des axes majeurs du FIR consiste à améliorer la performance du système de santé en accompagnant la mise en œuvre des projets visant à restructurer et moderniser les établissements.

L'amélioration des conditions de travail des personnels, y compris pour ceux exerçant en établissements médico-sociaux publics et privés, est également une priorité. A cet égard, la qualité de vie au travail a été au centre de nombreuses initiatives et expérimentations régionales.

### **Le développement de la démocratie sanitaire**

Le développement de la démocratie sanitaire est passé notamment par la poursuite du financement de la formation des représentants des usagers.

## **2. La mise en œuvre financière du FIR**

### **– Les ressources financières du FIR sont stables**

En 2016, après mesures de régulation, les ressources du Fonds se sont élevées à 3 244 M€ après 3 239 M€ pour l'exercice 2015 et 3 252 M€ en 2014.

Les ressources du FIR sont constituées de :

- 2,996 Md€ au titre de la dotation des régimes obligatoire d'assurance maladie en diminution de 1,5% par rapport à 2015, après mesures de régulation ;
- 0,115 Md€ au titre de la dotation de la CNSA en augmentation de 13,8% par rapport à 2015 ;
- 0,132 Md€ au titre de la dotation de l'Etat (crédits prévention du programme 204 mentionnés à l'article L. 1435-9 du code de la santé publique intégrant les crédits relatifs au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés) en augmentation de 6,7% par rapport à 2015 ;

	Crédits délégués en 2015 (en €)	Crédits délégués en 2016 (en €)	Taux d'évolution (en %)
Grand-Est	302 004 652	307 116 162	+1,7
Nouvelle-Aquitaine	290 444 282	289 125 495	-0,5
Auvergne - Rhône-Alpes	364 834 890	366 629 984	+0,5
Bourgogne - Franche-Comté	145 400 835	148 793 433	+2,3
Bretagne	142 806 011	145 785 403	+2,1
Centre-Val de Loire	111 190 250	113 202 846	+1,8
Corse	17 927 023	18 381 340	+2,5
Ile-de-France	575 305 743	530 912 244	-7,7
Occitanie	262 547 424	266 749 661	+1,6
Hauts-de-France	279 972 584	289 860 424	+3,5
Normandie	162 186 801	162 902 216	+0,4
Pays-de-la-Loire	167 343 258	167 289 197	-0,03
Provence-Alpes-Côte d'Azur	229 199 534	234 206 355	+2,1
Guadeloupe	41 659 120	42 082 218	+1
Guyane	29 797 990	34 848 987	+17
Martinique	43 379 798	49 653 800	+14,5
Océan Indien	73 090 257	76 445 093	+4,6
<b>Total</b>	<b>3 239 089 975</b>	<b>3 243 984 859</b>	<b>+ 0,15</b>

Si au niveau national le niveau des crédits FIR délégués aux ARS apparaît relativement stable entre 2015 et 2016, le détail au niveau régional affiche de fortes disparités entre les ARS (+14,5% pour l'ARS Martinique, -7,7% pour l'ARS Ile-de-France) qui s'expliquent par l'impact de la péréquation interrégionale (cf. ci-dessous) mais aussi en grande partie par l'impact de mesures ponctuelles annuelles telles que la couverture de dispositif de sécurisation des prêts structurés des établissements de santé. C'est le cas de l'ARS Ile-De-France qui voit ses crédits diminuer de 7,7% ; cette diminution est imputable presque intégralement à l'impact de la non reconduction de mesures exceptionnelles 2015 sur 2016.

En complément de ces ressources, les ARS ont eu recours au dispositif prévu par l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale en transférant 21,5M€ de la dotation annuelle de financement (DAF) vers le FIR.

## – Les principes de fongibilité et de péréquation : deux mécanismes caractérisant la singularité du FIR

La fongibilité a permis aux ARS de dégager des marges de manœuvre supplémentaires grâce au redéploiement de crédits au sein des différentes missions du FIR en tenant compte des priorités régionales.

### › Le mécanisme de péréquation assure une répartition des dotations progressivement plus équitable entre les régions

Depuis 2015, Le FIR s'est doté d'un dispositif de péréquation, visant à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux. Trois critères sont désormais pris en compte afin de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population :

- la mortalité brute ;
- un indice synthétique de précarité ;
- le taux d'ALD (affections de longue durée) standardisé pour tenir compte des maladies chroniques.

En prenant en compte les crédits de prévention, la péréquation s'applique à 60% du total des crédits relevant du FIR ; il n'est pas appliqué aux dotations des ARS d'Outre-mer.

Une part des crédits du FIR est exclue de ce périmètre de péréquation car devant tenir compte d'autres impératifs, notamment la répartition territoriale de l'offre de soins. De plus, cette péréquation est encadrée, de façon à ce que l'évolution de la dotation d'une région ne puisse conduire à une baisse supérieure à 1% au titre de ladite péréquation.

### › Une fongibilité largement utilisée en 2016

Les ARS disposent d'une grande souplesse dans l'utilisation des crédits FIR en raison du caractère fongible de l'essentiel de ces crédits au sein du fonds. Cette fongibilité

des crédits FIR offre aux ARS la possibilité de s'écarter de l'utilisation historique des crédits pour les redéployer au profit d'autres actions entrant dans le champ des missions du fonds.

En 2016, 87% des crédits FIR étaient fongibles, 12% étaient soumis à une fongibilité asymétrique et 1% était strictement limité au financement de dispositifs spécifiques<sup>1</sup> et ne pouvait pas être redéployé au profit du financement d'autres actions.

Le principe de fongibilité asymétrique, mentionné à l'article L. 1435-9 du CSP, limite les capacités des ARS à redéployer librement les crédits au sein des différentes missions financées par le FIR dans deux cas :

- Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux ;
- les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accom-

pagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

La fongibilité asymétrique permet en revanche aux ARS de mobiliser des crédits supplémentaires par rapport à ceux qui leur ont été initialement alloués par arrêté interministériel pour financer des actions dans ces deux domaines. Le but est de favoriser les actions de prévention, de promotion de la santé et des actions dans le champ du médico-social.

Le mécanisme de fongibilité asymétrique, mis à l'œuvre depuis 2012, a été largement sollicité par les ARS en 2016 pour un montant total de 39,1M€ dont 34M€ attribués aux actions de prévention et 5,1 M€ aux actions médico-sociales.

Le total des crédits ayant fait l'objet d'un mouvement de fongibilité asymétrique en faveur des actions de prévention et du secteur médico-social a toutefois diminué de 11M€ par rapport à 2015 probablement en raison de la diminution de la part des ressources provenant de l'ONDAM en 2016, alors que la contribution de la CNSA restait dynamique.

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité asymétrique en 2015 et 2016 (en euros)**

- Fongibilité asymétrique :

Prévention	2015 (en €)	2016 (en €)
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine (GE)	0	0
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	6 672 875	3 300 000
Auvergne - Rhône-Alpes (ARA)	9 410 000	17 030 204
Bourgogne - Franche-Comté (BFC)	677 963	2 943 053
Bretagne	2 404 066	2 115 287
Centre-Val de Loire	520 859	550 000
Corse	124 807	311 256
Ile-de-France	7 551 166	0
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées (Occitanie)	5 094 312	1 586 594
Nord-Pas-de-Calais - Picardie (HDF)	253 394	0
Normandie	681 363	0
Pays-de-la-Loire	572 589	0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 147 000	6 200 000
Guadeloupe	0	0
Guyane	654 659	0
Martinique	0	0
Océan Indien	1 124 182	0
<b>Total national</b>	<b>38 889 235,00</b>	<b>34 036 394,07</b>

Source : rapports d'activité des ARS

<sup>1</sup> Il s'agit des crédits relatifs au financement de PAERPA, de la sécurisation des prêts structurés des établissements de santé et de l'article 36 de la LFSS 2014 (télé-médecine).

Médico-social	2015 (en €)	2016 (en €)
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine (GE)	0	0
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	2 353 932	660 000
Auvergne - Rhône-Alpes (ARA)	2 903 000	0
Bourgogne - Franche-Comté (BFC)	0	583 248
Bretagne	4 167 092	645 728
Centre-Val de Loire	0	0
Corse	0	0
Ile-de-France	75 000	0
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées (Occitanie)	570 000	492 456
Nord-Pas-de-Calais - Picardie (HDF)	241 500	0
Normandie	121 175	0
Pays-de-la-Loire	100 000	2 570 000
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0	0
Guadeloupe	0	0
Guyane	540 000	0
Martinique	300 000	139 000
Océan Indien	0	0
<b>Total national</b>	<b>11 371 699</b>	<b>5 090 432</b>

#### › Des recettes supplémentaires perçues à travers la fongibilité DAF/FIR

Un autre mécanisme de fongibilité concerne les dotations annuelles de financement (DAF). L'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale créé par la LFSS pour 2014, autorise les directeurs généraux des ARS à transférer une part de la DAF vers le FIR, et inversement. La loi prévoit toutefois que ce transfert de crédits s'opère dans une limite de 1% de la DAF et son champ d'application exclut les crédits protégés au titre de l'article L.1435-9 du code

de la santé publique. L'objectif de cette disposition est de donner aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de ces deux enveloppes qui, bien que n'ayant pas le même objet, constituent l'essentiel de la marge de manœuvre financière des ARS.

En 2016, sept ARS ont fait appel à ce mécanisme de fongibilité (Bourgogne Franche Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts De France, Ile De France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire) pour un montant total de 21,5 M€ contre 4,3 M€ en 2015.

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité DAF/FIR en 2015 et 2016 (en euros)**

ARS	Montants transfert DAF vers FIR	
	2015	2016
Limousin (Nouvelle Aquitaine)	260 000,00	0,00
Bourgogne (BFC)	2 968 000,00	1 448 715,00
Centre -Val de Loire	39 000,00	-79 732,00
Corse	-70 000,00	0,00
Grand Est	0,00	13 455 521,00
Hauts de France	0,00	3 766 997,00
Ile de France	0,00	991 350,00
Midi - Pyrénées (Occitanie)	356 650,00	0,00
PACA	696 671,00	-130 000,00
Pays de la Loire	0,00	2 041 581,00
<b>Total</b>	<b>4 250 321</b>	<b>21 494 432</b>

Source : rapports d'activité 2015 et 2016 des ARS

**Illustration régionale : utilisation de la fongibilité DAF/FIR au profit des actions en faveur de la santé mentale en ARS Ile de France et en faveur du soutien financier aux établissements en ARS Grand-Est.**

En 2016, l'ARS Ile-de-France a utilisé le dispositif de fongibilité DAF-FIR pour la première fois depuis sa création. L'ARS a ainsi transféré dans le FIR des crédits issus de la DAF PSY à hauteur de 991 350 € afin de financer des actions en faveur de la santé mentale et notamment :

- de l'information, de la communication et de la formation sur la santé mentale ;
- des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM).

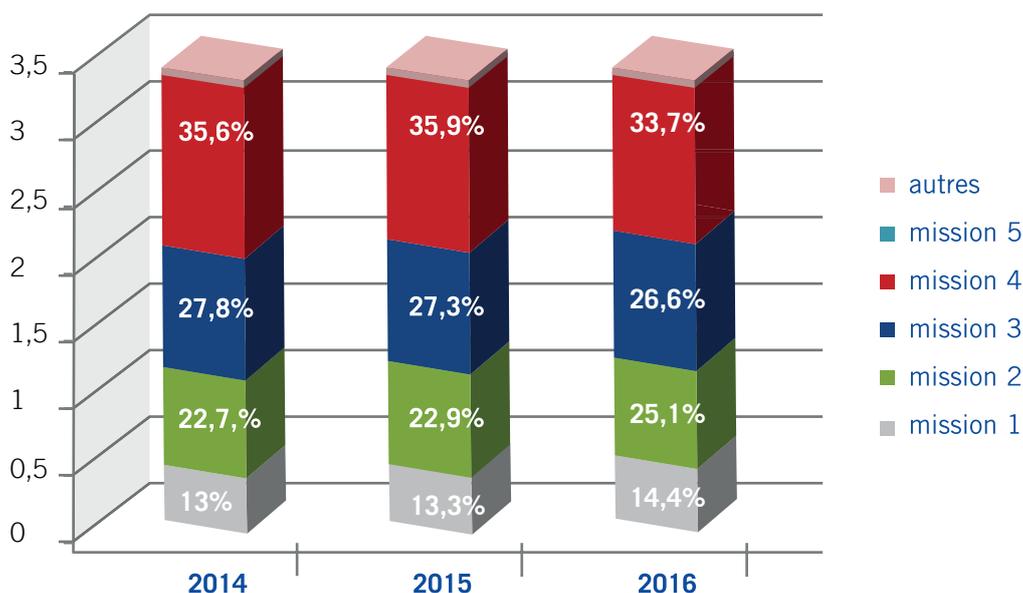
L'ARS Grand Est a transféré plus 13,5M€ de sa DAF vers le FIR, soit plus de la moitié du total national. Ce transfert vise principalement à financer des opérations de restructurations hospitalières et au soutien à la trésorerie des établissements de la région.

**– Le bilan financier des ARS :**

**› Les ARS bénéficient d'une marge de manœuvre importante dans la gestion du FIR**

Le FIR vise à offrir une plus grande souplesse de gestion budgétaire et de marge de manœuvre dans l'allocation des crédits. Les ARS disposent d'une réelle autonomie pour répartir les crédits du FIR entre les différentes missions selon leurs besoins spécifiques.

**Poids des dépenses par mission dans le total entre 2014 et 2016 (en milliards d'euros)**



Entre 2014 et 2016, les ARS ont consacré une part croissante de leurs dépenses aux deux premières missions. A l'inverse, les dépenses consacrées aux missions 3, 4 et 5 voient leur poids relatif diminuer au sein des dépenses totales.

Les dépenses sur la mission 1 ont augmenté de 1,1 point en 2016 par rapport à 2015, ce qui traduit la volonté des ARS de mettre les actions de prévention et de promotion de la santé au cœur des politiques régionales de santé.

La mission 2 est, elle aussi, en constante augmentation avec une hausse de plus de 2 points entre 2015 et 2016 imputable essentiellement à l'investissement des ARS dans les actions en faveur de la promotion des parcours d'une part et de la qualité et de la sécurité des soins d'autre part.

La mission 5 est en baisse depuis 2014 en raison essentiellement d'un resserrement de son périmètre en parallèle de la création du fonds national pour la démocratie sanitaire.

Tableau : répartition des crédits par missions :

Mission		Crédits comptabilisés (en €)		
		2014	2015	2016
1	Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	424 174 543	439 636 160	479 150 258
2	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	738 296 648	757 143 386	833 283 966
3	Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	905 293 355	903 006 718	883 583 170
4	Efficiences des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 157 940 593	1 188 175 273	1 120 093 753
5	Développement de la démocratie sanitaire	5 044 888	3 635 757	3 055 341
Autres		23 380 056	17 663 820	3 112 435
<b>Total (en €)</b>		<b>3 254 130 083</b>	<b>3 309 261 117</b>	<b>3 322 278 924</b>

La mission 4 qui recense les dépenses relatives à d'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leur personnel, reste en 2016 le premier poste de dépenses au sein du FIR avec un montant de 1,12 Md€, soit 33,7% des dépenses, malgré la diminution observée par rapport à 2015.

La mission 3 et la mission 2 sont respectivement les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> principaux postes de dépenses. Toutefois l'écart de dépenses entre ces deux missions s'est nettement réduit au cours des années en raison notamment de la dynamique très forte de la croissance des dépenses au bénéfice de la mission 2 sur l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

#### › Le résultat comptable 2016

A la clôture des comptes du FIR en 2016, le montant total des crédits consommés au titre du FIR par les agences régionales de santé se rapportant à l'exercice s'est établi à 3,322 Md€ supérieur de 78 M€ au montant des ressources allouées. Cet écart a en partie été absorbé par la mobilisation du fonds de roulement, constitué exclusivement de crédits Etat et de crédits issus de la CNSA versés aux ARS avant 2016, seuls crédits pouvant être reportés sur plusieurs exercices avant la création du budget annexe. Il en résulte un résultat comptable déficitaire de 37 M€.

## 3. Les modalités de gestion du FIR

### – 2016 : création du budget annexe FIR

Avant la création du budget annexe, la gestion du FIR mobilisait les circuits de financement qui préexistaient à la constitution du fonds. Le directeur général de l'agence régionale de santé ordonnait l'ensemble des dépenses du FIR conformément à la loi (article L. 1435-8 CSP), la CNAMTS assurait la responsabilité de la gestion comptable et financière du FIR (L. 1435-10 CSP).

Ces modalités de gestion ne permettaient pas un reporting satisfaisant de la dépense, notamment en infra-annuel. Par ailleurs, elles n'autorisaient pas les reports de crédits d'un exercice à l'autre, ce qui ne permettait pas au FIR de financer des projets pluriannuels de restructuration de l'offre de soins.

La création du budget annexe FIR (article 56 de la LFSS 2015) permet aux ARS de gérer leur budget de manière pluriannuelle, en instaurant la possibilité de reporter une partie des crédits non consommés sur l'exercice suivant, favorisant une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et la mise en place au niveau régional de

dispositifs innovants s'étendant sur plusieurs années. Par ailleurs, avec la mise en place de ce budget annexe, les ARS ont désormais la possibilité d'engager des crédits FIR dès le mois de janvier sur la base de la reconduction de 90% du budget FIR de l'année précédente, sans attendre la publication de l'arrêté national qui fixe le niveau des crédits FIR de l'année.

#### › Les modalités de suivi budgétaire et comptable

L'applicatif SIBC, déployé dans la totalité des agences et utilisé pour le suivi budgétaire et comptable du budget propre des ARS, a été adapté pour accueillir les données du budget annexe FIR à compter du 1er janvier 2016.

Les ARS assurent désormais le paiement de l'ensemble des dépenses à l'exception de celles payables directement aux professionnels de santé qui restent confiées aux caisses primaires d'assurance maladie et aux 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS). Les dispositifs directement payés par les organismes d'assurance maladie sont les suivants :

- Les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins ambulatoires;

- Les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins lorsqu'elle est organisée par des établissements de santé privés ;
- Les contrats de praticien territorial de médecine général ;
- Les contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire ;
- Les contrats de praticiens isolés à activité Les forfaits des médecins correspondants du SAMU ;
- Les actes et forfaits relatifs aux expérimentations portant sur le déploiement de la télémedecine ;
- Les plans personnalisés de santé relevant, dans le cadre de projets pilotes de nouveaux modes de tarification et d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Pour ces dépenses, les CPAM effectuent les paiements chaque mois et se font rembourser par l'ARS le mois suivant.

**Tableau – Organisation des liquidations et des paiements par mission du FIR en 2016**

Missions	Attributions ARS- CPAM		
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Paiement
1.Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	ARS	ARS	ARS
2.Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés		ARS	ARS CPAM
Qualité et sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale		ARS	ARS CPAM
3.Permanence des soins		ARS	ARS CPAM
3.Répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire		ARS	ARS
4.Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels		ARS	ARS
5.Développement de la démocratie sanitaire		ARS	ARS

### › Le pilotage du FIR à l'échelle nationale

Les décisions concernant le FIR sont soumises au Conseil National de Pilotage (CNP) des ARS, qui définit, par circulaire, les orientations pour l'utilisation du fonds, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions et est chargée du suivi de la gestion du fonds. En outre, le CNP arrête le rapport d'activité annuel du FIR, remis au Parlement.

Le secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) coordonne le pilotage opérationnel du FIR à l'échelle nationale, notamment la préparation des campagnes budgétaires du fonds.

### › Le pilotage du FIR au niveau régional - Organisation interne des ARS

L'année 2016 a été marquée par la mise en œuvre de la réforme territoriale qui a ramené le nombre d'ARS de 26 à 17. La réforme territoriale ainsi que la création du budget annexe FIR ont amené les ARS à faire évoluer leur organisation interne concernant la gestion du FIR afin de l'adapter à ce nouveau contexte.

Dans une grande partie des ARS la gestion du FIR est confiée à la direction de la stratégie pour garantir une transversalité des organisations. Quelques ARS ont choisi de confier la gestion du FIR à une direction des finances.

### Exemple d'organisation (1) : L'ARS Auvergne Rhône Alpes

Née de la fusion entre l'ARS Auvergne et l'ARS Rhône-Alpes, cette ARS a profondément réorganisé sa gestion du FIR.

Le pilotage du FIR a ainsi été confié à la Direction de la Stratégie et des Parcours (DSPAR), au sein d'une direction Déléguée Pilotage.

Une organisation décentralisée a été mise en place pour la saisie dans HAPI dans les directions métiers et les délégations départementales, avec la création de correspondants FIR et de gestionnaires FIR.

Un Comité Technique FIR réunissant les personnes travaillant sur le FIR tant au niveau de la DSPAR, de la DDAF que de l'agence comptable se réunit chaque mois pour partager les informations, mettre à jour les procédures et assurer le suivi qualité des processus.

L'agence comptable pilote par ailleurs un groupe de travail sur le contrôle interne et la gestion des risques et met en œuvre un plan d'action pour sécuriser le processus.

### Exemple d'organisation (2) : L'ARS Nouvelle Aquitaine

Dans le cadre de la réorganisation liée à la réforme territoriale, la décision a été prise de centraliser l'ensemble des missions relatives au financement au sein du siège de la nouvelle ARS via la création d'une Direction des Financements.

Suite à la réorganisation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le Pôle FIR au sein de la Direction des Financements, assure le pilotage, la gestion et le suivi du FIR.

# — PARTIE 2

— Bilan quantitatif et qualitatif  
des missions du FIR



# Mission 1

## Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2016 ont plus particulièrement concerné :

Des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques ;

- Des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients ;
- Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux, notamment les consultations mémoire.

**En 2016, 479 150 258 € de dépenses ont été comptabilisées au titre de cette mission.**



Les tableaux ci-dessous présentent les détails des dépenses relatives à cette mission :

### Dépenses comptabilisées au titre de la mission 1 en 2016

Mission n°1		Crédits comptabilisés (en €)		
		2014	2015	2016
1	Dont prévention et observation en santé, évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	25 907 348	33 177 524	<b>37 539 760</b>
2	Dont éducation à la santé, prévention des maladies, des comportements à risques ainsi que des risques environnementaux et ETP	228 561 316	245 168 140	<b>240 811 358</b>
3	Dont dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	99 772 252	97 281 345	<b>124 704 990</b>
4	Dont gestion des situations sanitaires exceptionnelles	799 574	576 422	<b>2 670 746</b>
5	Dont prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux	61 587 592	63 432 728	<b>70 363 869</b>
Autres		0	0	<b>3 059 534</b>
<b>Total (en €)</b>		<b>424 174 543</b>	<b>439 636 160</b>	<b>479 150 258</b>

Les dépenses liées à la mission 1 sont en constante hausse. En effet, les ARS dépensent 55 M€ de plus entre 2014 et 2016. Sur les trois dernières années, les dépenses de prévention ont augmenté de 13% essentiellement tirées par le poste d'éducation à la santé, prévention des maladies, des comportements à risques ainsi que des risques environnementaux et ETP et le poste prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie. Les ARS ont notamment recours au mécanisme de fongibilité asymétrique du sanitaire vers la prévention pour financer les actions de prévention.

**Comparaison des crédits alloués par les ARS  
au titre de la mission 1 en 2015 et 2016 (en euros)**

<b>Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie</b>	<b>Crédits comptabilisés 2015</b>	<b>Crédits comptabilisés 2016</b>
Auvergne - Rhône Alpes	53 574 805	65 286 113
Bourgogne - Franche Comté	17 302 095	20 210 781
Bretagne	13 190 497	18 420 892
Centre Val de Loire	12 759 969	12 524 931
Corse	2 510 214	2 623 710
Grand Est	35 866 343	36 167 272
Haut de France	37 121 004	37 721 729
Ile de France	87 403 122	81 055 889
Normandie	20 979 933	22 588 003
Nouvelle Aquitaine	34 951 185	40 067 683
Occitanie	32 886 527	35 835 958
Pays de la Loire	24 045 187	25 445 990
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25 889 176	37 029 377
Guadeloupe	7 752 136	8 279 600
Guyane	10 150 010	10 014 735
Martinique	6 796 599	7 955 246
Océan Indien	16 457 360	17 922 346
<b>Total</b>	<b>439 636 161</b>	<b>479 150 258</b>

Source : états financiers des ARS

Le taux de progression des dépenses, de 9,74% entre 2015 (439,6 M€) et 2016 (479,2 M€), était de 3,65% l'année précédente (424,1 M€ en 2014).

Répartition thématique des crédits alloués au titre de la mission 1 (en euros)

Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	Actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	Actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients	Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	Actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux
Auvergne - Rhône Alpes	4 232 349	30 711 507	17 183 644	426 952	12 731 660
Bourgogne - Franche Comté	2 958 323	9 908 566	4 619 195	7 308	2 717 390
Bretagne	1 996 475	8 588 471	4 712 979	90 855	3 032 113
Centre Val de Loire	1 368 886	5 721 245	3 710 544	0	1 724 256
Corse	623 346	994 161	504 210	0	501 993
Grand Est	1 819 352	19 240 188	7 740 820	656 240	6 710 672
Haut de France	1 809 513	25 406 105	5 235 887	2 390	5 267 834
Ile de France	5 208 451	46 803 085	21 958 070	274 284	6 812 000
Normandie	2 370 530	10 303 915	5 727 242	104 944	4 081 371
Nouvelle Aquitaine	2 331 725	20 291 715	8 789 241	517 526	8 137 477
Occitanie	2 452 336	16 265 192	10 971 791	22 020	6 124 619
Pays de la Loire	2 763 582	9 163 007	8 139 170	52 003	5 328 228
Provence-Alpes-Côte-d'azur	1 818 692	18 317 621	9 729 721	480 091	6 683 252
Guadeloupe	927 775	3 904 999	3 113 859	14 346	318 622
Guyane	390558	4 869 600	4 754 577	0	0
Martinique	1 497 726	3 268 866	2 555 383	21 787	611 485
Océan Indien	2 845 980	9 252 638	5 258 658	0	565 070
<b>Total national (en €)</b>	<b>37 415 599</b>	<b>243 010 881</b>	<b>124 704 991</b>	<b>2 670 746</b>	<b>71 348 042</b>
<b>Total national (en %)</b>	<b>7,8</b>	<b>50,7</b>	<b>26</b>	<b>0,6</b>	<b>14,9</b>

Source : états financiers des ARS

# 1. Stratégie spécifique à cette mission et à ses dispositifs

L'année 2016 se caractérise par la mise en œuvre de la réforme territoriale. Pour les ARS fusionnées, la stratégie spécifique à la mission 1 a essentiellement consisté à harmoniser les pratiques au sein des nouvelles grandes régions tout en respectant les orientations des PRS préexistants qui ont été maintenus.

De manière générale, les ARS ont poursuivi la dynamique de développement de cette stratégie mise en œuvre depuis la création du FIR sur la base des diagnostics locaux produits par les observatoires régionaux de la santé. L'organisation de la réponse aux besoins des populations est notamment menée dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), dont le nombre progresse en 2016.

La commission de coordination des politiques publiques de prévention est le lieu de discussion de la stratégie avec les partenaires de l'ARS. Ces discussions sont complétées par des protocoles d'accord bilatéraux avec certains partenaires (DRJSCS, rectorat,...). Ces partenariats permettent de coordonner le financement des actions prioritaires.

## 2. Principes, critères et modalités d'allocation de ressources retenus

En 2016, le principe de fongibilité asymétrique vers les crédits prévention a été mis en œuvre par 8 des 17 ARS pour un montant total de 34 036 394,07€ (source : rapports d'activité régionaux), soit un léger recul par rapport à la progression observée au cours des années précédentes : ces montants avaient doublé entre 2013 et 2015 où ils atteignaient 38,9 M€, et reviennent à 34 M€ en 2016. La légère diminution constatée en 2016 peut probablement s'expliquer par la diminution de la part des ressources provenant de l'ONDAM en 2016. Ces montants s'échelonnent de 0,311 M€ (ARS Corse) à 17 M€ pour l'Auvergne Rhône Alpes.

Ces crédits représentent 7,1% des dépenses des ARS relatives à la promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

La réforme territoriale n'a pas remis en cause les modalités d'allocation de ressources définies pour financer les priorités des schémas régionaux de la prévention (SRP) :

- la contractualisation avec les promoteurs de santé,
- l'appel à projet restreint portant sur des priorités identifiées (populations, thématiques ou territoires),
- la commande publique pour financer la réalisation d'études ou d'évaluations externes des dispositifs de santé publique.

S'agissant de la contractualisation, dans le respect de la loi du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, de la charte des engagements réciproques signée le 14 février 2014 entre l'État, les collectivités territoriales et de la circulaire du 29 septembre 2015 relative aux nouvelles relations entre les pouvoirs publics et les associations, les ARS ont développé le recours aux contrats pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM). La pluri annualité du subventionnement permet de décliner de manière plus cohérente les objectifs du projet régional de santé (PRS) et de soutenir dans la durée les promoteurs en leur donnant ainsi plus de lisibilité dans la conduite de leurs actions.

Dans le cadre de sa stratégie du partenariat associatif, le ministère encourage cette démarche.

## 3. Modalités d'évaluation des programmes et des actions

L'évaluation des actions repose principalement sur l'autoévaluation effectuée par les promoteurs sur la base d'objectifs et d'indicateurs prédéterminés en commun avec les ARS.

L'ARS Bretagne mentionne la poursuite de la formation des personnels de l'ARS chargés de la prévention et de la promotion de la santé à la démarche d'évaluation des actions. L'ARS Nouvelle Aquitaine indique que l'évaluation des actions de prévention fait l'objet chaque année d'un programme annuel intégré au programme régional d'inspection contrôle (PRICE).

Dans les Haut-de-France, des journées d'analyse de pratiques ont permis le partage des compétences en matière d'ingénierie de projet et d'évaluation entre les agents des anciennes ARS Nord-Pas-de-Calais et Picardie.

## 4. Bilan quantitatif et qualitatif des actions menées

Libellé mission	Crédits comptabilisés 2016	Thématiques financées	Crédits comptabilisés 2015
CeGIDD	75 884 412	SIDA, VIH, IST et hépatites	98 029 039
SIDA, IST et hépatites: financement des autres activités	13 644 966		
COREVIH	8 218 991		
CIDDIST (exercices antérieurs à 2016)	113 582		
CDAG (exercices antérieurs à 2016)	167 088		
Tuberculose: financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires re-centralisées	26 094 435	Tuberculose	26 675 951
Tuberculose: financement des autres activités	581 517		
Vaccinations : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires re-centralisés	16 181 706	Vaccinations	17 659 995
Vaccinations : financement des autres activités	1 478 289		
Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	1 604 422	Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	1 604 422
Dispositifs de lutte anti vectorielle	4 327 201	Lutte antivectorielle	4 327 201
Cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	35 984 040	Cancers	38 488 820
Cancers : financement des autres activités	2 504 780		
Prévention de pratiques addictives	17 485 174	Pratiques addictives	17 485 175
Promotion de la santé mentale	12 968 576	Santé mentale	12 968 576
Prévention de la maladie d'Alzheimer	64 282	Maladies liées au vieillissement	2 734 599
Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	2 670 317		
Prévention des pathologies cardio-vasculaires	420 368	Pathologies cardiovasculaires	420 368
Prévention des autres maladies chroniques	2 653 841	Autres maladies chroniques	2 653 841
Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	9 979 297	Nutrition et lutte contre l'obésité	13 510 798
Lutte contre l'obésité	3 531 501		

Libellé mission	Crédits comptabilisés 2016	Thématiques financées	Crédits comptabilisés 2015
Prévention des risques liés à l'environnement : protection des eaux	1 168 018	Prévention des risques liés à l'environnement	9 404 975
Prévention des risques liés à l'environnement : habitat, milieux intérieurs	3 226 601		
Prévention des risques liés à l'environnement, autres risques, dont environnement extérieur	5 010 355		
Prévention des risques liés au travail	197 450	Prévention des risques liés au travail	197 450
Education thérapeutique du patient	82 757 665	Education thérapeutique et accompagnement des patients	82 860 606
Projets pilotes accompagnement des patients	102 941		
Promotion de la santé des populations en difficulté	24 224 127	Santé des populations en difficulté	24 224 127
Périnatalité et petite enfance	9 154 115	Périnatalité et petite enfance	10 890 122
Dépistage néonatal de la surdité	1 736 007		
Lutte contre les traumatismes et les violences	1 380 284	Traumatismes et violences	1 380 284
Financement d'actions de gestion des urgences et d'�v�nements sanitaires exceptionnels	2 670 746	Gestion des urgences et des �v�nements sanitaires imprévus	2 670 746
Actions relatives au pilotage de la santé publique	17 453 435	Pilotage régional de la politique de santé publique	37 539 760
Actions de soutien et partenariat dont CLS	9 715 626		
Actions de veille et de surveillance sanitaire	1 354 689		
Evaluation, expertises, études et recherches	9 016 010		
Expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD	0	Traumatismes, handicaps et perte d'autonomie	70 363 869
Consultations mémoires	60 866 746		
Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	9 497 124		
Autres Mission1 Prévention	2 075 361	Autres Mission1 Prévention	2 075 361
Autres Mission1 Médico-social	984 173	Autres Mission1 Médico-social	984 173

L'année 2016 est particulièrement caractérisée par :

- la création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID),
- le déploiement de la préfiguration du dépistage organisé du col de l'utérus,
- le renforcement du dépistage néonatal de la surdité,
- la poursuite des consultations mémoire.

## – La création des CeGIDD

La réforme des CeGIDD constitue une nouvelle organisation du dispositif d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles. Cette nouvelle structure, qui remplace les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), permet d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage,

notamment des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre, et de mieux garantir la simplification et la continuité de leur parcours.

Les CeGIDD, structures habilitées par les ARS, assurent dans leurs locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

- La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Le CeGIDD accomplit de nouvelles missions par rapport aux CDAG-CIDDIST, notamment :

- la mission de vaccination, qui inclut celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), à la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant aux vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles.
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte :
  - l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge,
  - la prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception « classique » et/ou de contraception d'urgence,
  - l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse,
  - la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels.

Les ARS sont responsables de la programmation stratégique des CeGIDD, qui peut se faire en lien avec le COREVIH, sur la base d'un diagnostic territorial partagé. La programmation stratégique consiste dans un premier temps à réaliser un état des lieux permettant d'obtenir une vue complète et détaillée de la situation épidémiologique de la région et des besoins de la population, et dans un second temps à organiser les implantations de CeGIDD pour qu'elles constituent une réponse optimale à ces besoins identifiés.

Les ARS assurent également la coordination, le suivi et l'analyse de l'activité des centres.

## – Le déploiement de la préfiguration du dépistage organisé du col de l'utérus

L'autre événement majeur de l'année 2016 est le déploiement de la préfiguration du dépistage organisé du col de l'utérus dans chaque région en vue de sa généralisation en 2018.

Le dépistage organisé du cancer du col utérin (DOCCU) est une priorité du plan cancer 2014-2019. Ainsi l'action 1.1 du plan a pour objectif de permettre à chaque femme de 25 à 65 ans d'avoir accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé. L'enjeu est de lutter contre les inégalités d'accès et d'optimiser le service rendu à la population.

Plus de 1 100 femmes meurent chaque année du cancer du col de l'utérus en France. Le niveau socio-économique a un impact avéré sur la mortalité par cancer du col de l'utérus et son taux de survie à 5 ans après le diagnostic est en diminution. La réalisation d'un frottis du col de l'utérus, recommandé chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans tous les 3 ans (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), peut permettre de dépister des lésions précancéreuses et des cancers à un stade précoce et ainsi faciliter leur guérison. Le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne 17 millions de femmes de 25 à 65 ans. Plus d'une femme sur trois ne participe pas à ce dépistage et près d'1 femme sur 2 après 50 ans. L'objectif du dépistage organisé est d'atteindre un taux de couverture dans la population cible de 80 %, notamment en facilitant l'accès au dépistage des populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

Les structures de préfiguration se situent à un échelon régional et devaient assurer en 2016 les missions suivantes :

- les prises de contact, la mise en place d'un réseau des cabinets d'anatomo-cytopathologie ainsi que la mise en place d'un réseau des professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes) ;
- les prises de contacts avec les régimes et caisses d'assurance maladie en vue de conventions relatives aux échanges de fichiers ;
- la définition de modalités de constitution de la base de données populationnelle pour les invitations et les suivis des personnes concernées (accords CNIL, extraction et stockage des données en vue d'une utilisation ultérieure, etc.).

Par ailleurs, elles n'autorisaient pas les reports de crédits d'un exercice à l'autre, ce qui ne permettait pas au FIR de financer des projets pluriannuels de restructuration de l'offre de soins.

### Mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Normandie

Les structures de dépistage organisé du cancer se sont constituées en association unique pour élaborer un projet régional commun pour mettre en œuvre le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, en lien avec les acteurs locaux (gynécologues notamment). Le soutien au démarrage de l'action s'est élevé à 100 000€.

### Mise en place d'une campagne de communication sur les dépistages organisés en Bretagne

L'ARS Bretagne a cofinancé une campagne très ambitieuse et unique de communication autour des dépistages organisés. Cette campagne de communication régionale sur le dépistage et la prévention des cancers, à l'initiative du groupe Télégramme et pilotée par l'ARS Bretagne, a réuni 16 partenaires publics (dont les Conseils Départementaux et les CPAM de Bretagne), avec le soutien de l'INCa. Une convention multi partenariale a été signée le 19 mai 2015, avec lancement d'une grande campagne presse multi support dans la continuité de l'action (spots télévisuels, émissions TV dédiées avec participation de l'ARS Bretagne, encarts publicitaires dans les journaux et autres publications du groupe Télégramme, affiches publicitaires aribus, campagne Internet, etc.). La réunion de clôture du 01/03/16, à laquelle l'INCa a participé, a permis de prendre connaissance des conclusions du sondage d'impact spécifiquement commandé pour l'occasion : il a été démontré «une très bonne notoriété de la campagne par les personnes interrogées. Le sujet général de la campagne est compris. Pour une majorité des interviewés, les informations de la campagne sont intégrées et les visuels sont décrits comme compréhensibles. Une campagne très incitative au dépistage. Mais des conséquences limitées sur le déclenchement de discussions avec des tiers». En raison de l'impact très positif de cette campagne, la majorité des partenaires a déclaré vouloir la poursuivre en 2017.

## – Le dépistage néonatal de la surdité

L'arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale a posé le principe d'un « examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ».

L'arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale est venu préciser les conditions de mise en œuvre de ce programme dont la généralisation était prévue par l'arrêté du 23 avril 2012. Des clarifications ont ainsi été apportées à différents niveaux : modalités de financement du programme, techniques utilisées, formation des personnels concernés, recueil du consentement des parents, accompagnement et information des parents, lien avec le médecin traitant de l'enfant.

A compter de 2013, les ARS ont été chargées de sélectionner l'opérateur (notamment réseau de périnatalité et association) le plus pertinent pour réaliser la coordination du programme, notamment l'évaluation/ contrôle de la mise en œuvre du dépistage. Des crédits à hauteur de 1,8 millions d'€ ont été intégrés dans le FIR en 2013, répartis entre les ARS en fonction du nombre de naissances, pour financer cette mission de coordination du dispositif.

Ce sont ainsi 1,7 M€ qui ont été délégués par les ARS au titre de la coordination du dépistage néonatal de la surdité en 2016. A périmètre constant, les crédits comptabilisés en 2015 s'élevaient à 834 726 €, soit une augmentation des crédits alloués en 2016 de +96 %.

L'année 2016 constitue la quatrième de mise en œuvre du dispositif (la montée en charge en 2013 et 2014 a été progressive et variable selon les régions). Fin 2016, 14 régions ont mis en œuvre le programme de dépistage de la surdité permanente néonatal.

### › Ventilation des crédits

ARS	Crédits consommés 2016
Auvergne Rhône- Alpes	160 644
Bourgogne-Franche-Comté	58 962
Bretagne	80 443
Corse	6 495
Grand Est	134 233
Hauts de France	184 372
Ile de France	404 000
Normandie	87 854
Nouvelle Aquitaine	90 629
Occitanie	337 275
Provence-Alpes-Côte-D'azur	83 000
Guadeloupe	2 100
Guyane	25 000
Océan Indien	81 000
<b>Total national</b>	<b>1 736 007</b>

Source : données HAPI FIR

## › Synthèse des actions menées

Les ARS ont, le plus souvent, désigné des centres hospitaliers universitaires, des réseaux en santé et, dans certains cas, l'association régionale en charge du dépistage des handicaps comme opérateur pour ce dépistage. Dans d'autres cas, un système à deux opérateurs a pu être retenu pour coordonner conjointement le dispositif. En Ile de France, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est, la coordination est ainsi partagée entre l'AFDPHE et les réseaux en santé périnatale. La Guadeloupe a chargé l'observatoire régional de santé d'assurer le suivi épidémiologique, et les réseaux de santé périnatale d'assurer la coordination des équipements. La région Occitanie a financé à la fois le CHU et l'ARDPHE.

Les missions confiées à l'opérateur varient en fonction de l'historique du dispositif dans la région. Certains opérateurs sont ainsi missionnés pour donner une dynamique au dispositif, d'autres pour établir un bilan des pratiques en matière de dépistage de la surdité.

De manière générale, les opérateurs ont systématiquement pour mission d'informer les maternités, de veiller à l'harmonisation des pratiques et à l'absence de reste à charge, de faire un bilan régional des pratiques, de sensibiliser et informer les parents, d'identifier les professionnels vers lesquels les enfants seront orientés en cas de suspicion de troubles auditifs, de procéder à l'analyse des données, de prévoir un ajustement du processus en cas de sorties précoces, d'évaluer les besoins de formation.

Ils peuvent également remplir, comme c'est le cas en PACA, des missions plus précises : rédaction de supports d'information, labellisation des ORL référents en audiologie, contrôle qualité des tests de dépistage, évaluation des pratiques, collecte des résultats, suivi des dépistages suspects et orientation.

On constate que dans les régions où le dispositif de dépistage était préexistant ou mis en place à compter de 2013, la très grande majorité des nouveaux nés bénéficiant de ce dépistage en maternité (Grand Est, Normandie, Occitanie...).

## – Les consultations mémoire

La consultation mémoire est une consultation d'évaluation des troubles de la mémoire repérés par un médecin généraliste. Elle est réalisée au sein d'un hôpital disposant d'une consultation mémoire ou auprès de neurologues libéraux. Les consultations mémoire participent à la structuration de la filiere gériatrique mise en place dans les établissements (court séjour gériatrique, hôpital de jour gériatrique, EMG ( quipe mobile de gériatrie), accueil de jour personnes âgées, SSR gériatrique). Elles consolident cette filiere et travaillent pour la plupart en partenariat avec les EHPAD ( tablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les réseaux et les CLIC (centres locaux d'information et de coordination).

Depuis 2005, ces consultations mémoire font l'objet d'une labellisation sur la base d'un cahier des charges. Leur activité a été renforcée pour permettre au malade de bénéficier d'une information d'ensemble, précise et personnalisée concernant sa pathologie et d'une proposition de prise en charge.

Des modélisations économiques ont été élaborées par certaines ARS destinées à obtenir une plus grande équité de financement entre les établissements et selon les besoins des territoires.

Ainsi, en Bourgogne Franche Comté, 17 consultations ont été labellisées et 4 consultations avancées (CH Ornans, St Claude, Arbois, La Charité-sur-Loire) financées. L' le-de-France, qui compte 55 consultations mémoire labellisées a modélisé leur financement avec une part « socle » correspondant au financement d'une équipe de base et une part « activité » en fonction de la file active transmise dans la Banque Nationale Alzheimer. En Martinique, compte tenu de la problématique du vieillissement de la population, l'ARS a financé trois consultations mémoire sur le territoire.

Région	Montants consommés en 2016 (en à)
Auvergne-Rhône-Alpes	9 212 245
Bourgogne-Franche-Comté	2 246 653
Bretagne	2 843 039
Centre-Val-de-Loire	1 676 527
Corse	500 247
Grand-Est	6 577 672
Hauts-de-France	4 473 710
�le-de-France	6 812 000
Normandie	4 081 371
Nouvelle Aquitaine	6 601 412
Occitanie	5 539 669
Paca	4 048 046
Pays de la Loire	4 900 000
Guadeloupe	252 600
Guyane	-
Martinique	611 485
Océan Indien	490 070
<b>Total national</b>	<b>60 866 746</b>

# Mission 2

## Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2016 ont représenté 833 M€ et ont plus particulièrement concerné :

- les actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire (460 M€) et médico-sociales (122 M€) ;
- les réseaux de santé (150 M€) ;
- le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice (29 M€) ;
- les centres périnataux de proximité (20 M€) ;
- les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé (7 M€).



Les tableaux ci-dessous présentent les détails des dépenses relatives à cette mission :

Mission n°2		Crédits comptabilisés (en €)		
		2014	2015	2016
1	Le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice	13 160 642	18 706 496	<b>29 251 455</b>
2	Les réseaux de santé	158 861 068	158 563 256	<b>150 021 778</b>
3	Les actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	448 941 254	444 226 683	<b>460 060 492</b>
4	Les actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale	92 816 369	107 798 440	<b>122 418 164</b>
5	Les centres périnataux de proximité	18 799 797	18 953 614	<b>20 010 933</b>
6	Les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	5 717 518	8 894 897	<b>7 802 113</b>
7	Autres	0	0	<b>43 719 032</b>
<b>Total national</b>		<b>738 296 648</b>	<b>757 143 386</b>	<b>833 283 966</b>

On note en 2016 une augmentation de 13% des dépenses sur les trois dernières années. Cette augmentation concerne principalement les parcours de santé et les nouveaux modes d'exercice (+122%), les exercices pluridisciplinaires et regroupés (+36%), la qualité et la sécurité des prises en charges médico-sociales (+32%).

# 1. Bilan quantitatif et qualitatif des actions menées (sur la base d'indicateurs nationaux) et le cas échéant, identification d'une initiative innovante

## La Télémédecine

Les ARS ont dépensé 20 M€ en 2016<sup>2</sup> pour 206 projets de télémédecine, soit 1,5 M€ de plus qu'en 2015 et 5,3 M€ de plus qu'en 2014<sup>3</sup>.

Sur les 206 projets déclarés par les ARS dans le cadre de leur rapport régionaux, un tiers concerne uniquement le secteur hospitalier. Les établissements de santé sont également très présents en partenariat avec les acteurs des secteurs « ville » et « médico-social » : Hôpital & ville & médico-social 18%, Hôpital & ville 18% (soit une légère augmentation depuis 2015), Hôpital & médico-social 13%. L'augmentation du nombre de ces partenariats par rapport à 2015 illustre un renforcement des liens entre l'hôpital, la ville et le médico-social.

A l'inverse et comme en 2015, ces deux derniers secteurs sont moins impliqués dans les projets qui leur sont propres (Ville 6% soit 3 points de moins qu'en 2015, Médico-social 4%, Ville & médico-social 1%).

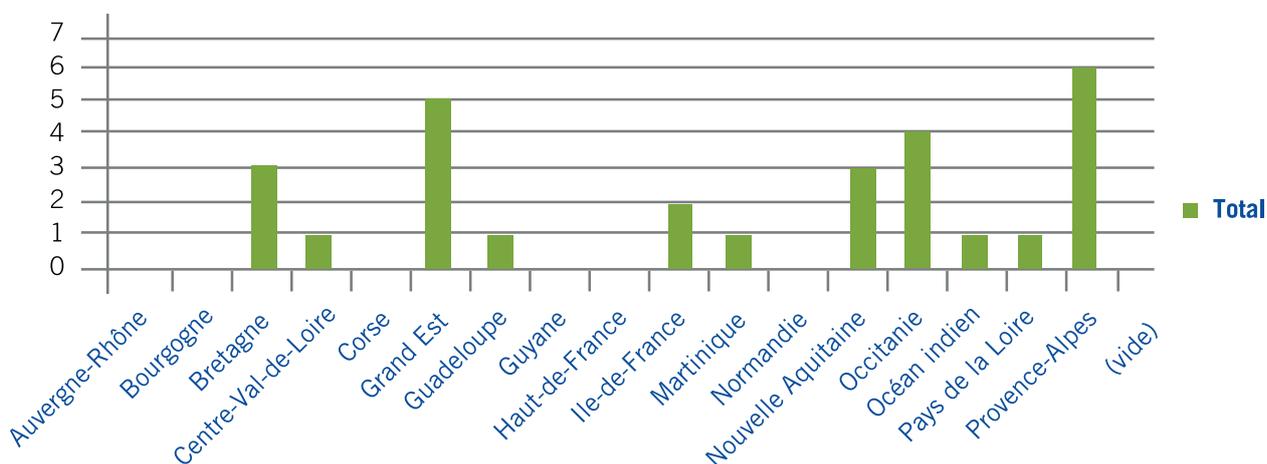
La télémédecine a vocation à entrer dans un cadre de droit commun. A cet égard, la mobilisation des professionnels de santé ainsi que la création des conditions d'une admission au remboursement par l'assurance maladie de la téléconsultation et de certains actes de téléexpertise prévu par le PLFSS 2018 constitueront des leviers importants permettant de faciliter son déploiement.

## Les Plateformes Territoriales d'Appui

Elles ont été mises en place par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>4</sup>. Un décret définit leurs missions<sup>5</sup>. Le premier bilan 2016 montre une forte appropriation par les acteurs régionaux : on dénombrait, fin 2016, 22 PTA en fonctionnement dans 8 régions et 6 PTA en cours de construction dans 3 autres régions. Les 6 autres régions ont quant à elles entamé des réflexions avec un objectif de création de PTA en 2017.

Trois coordinations territoriales d'appui (CTA) du projet PAERPA<sup>6</sup> sont en cours d'évolution vers des plateformes territoriales d'appui.

## Répartition des Plateformes Territoriales d'Appui en France



<sup>2</sup> Etats financiers FIR consolidés au niveau national

<sup>3</sup> Rapport d'activité 2015, Fonds d'intervention régional

<sup>4</sup> Article 74 de la loi no 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>5</sup> Décret no 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

<sup>6</sup> Article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ; Coordination Territoriale d'Appui (CTA) du programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

Les ARS ont consacré **5,7M€** en 2016 à ces nouveaux dispositifs. Il convient de préciser que ce montant n'inclut pas le financement des CTA de PAERPA ni les PTA du projet TSN (territoire de soins numérique).

Le décret n'est pas prescriptif des porteurs de projet : en 2016, la moitié des projets est à l'initiative des professionnels de ville ou de l'appui à la coordination (réseaux et MAIA essentiellement), l'autre moitié est à l'initiative des agences régionales de santé.

Les ARS en lien avec les URPS et professionnels de ville concernés ont depuis entamé des travaux afin de définir une stratégie commune de mise en œuvre des PTA.

Deux stratégies se distinguent pour la mise en œuvre des fonctions d'appui dans les territoires par les agences régionales de santé :

- lancement d'appels à projets (2 régions) : qui a permis d'établir une stratégie régionale de déploiement, de financement et de contractualisation. Plusieurs projets ont été autorisés mais les professionnels de ville et URPS ont globalement peu participé à l'élaboration des projets.
- projets portés par les professionnels de ville, ce qui a permis aux professionnels de ville et URPS de se concerter et de prendre le temps nécessaire pour l'élaboration des projets.

Dans deux tiers des cas, les PTA sont centralisées, et dans un tiers des cas, elles disposent d'antennes de proximité.

Le territoire d'intervention des PTA installées en 2016 est majoritairement infra départemental.

**Les réseaux de santé (Réseaux régionaux de cancérologie, réseaux régionaux de périnatalité, réseaux monothématiques (incl. Prestations dérogatoires), réseaux pluri thématiques)**

491 réseaux ont bénéficié d'un financement au titre du FIR en 2016. Le nombre de réseaux financés continue ainsi de diminuer : ils étaient 632 réseaux en 2013, 582 réseaux en 2014, 558 réseaux en 2015, et 491 réseaux en 2016.

Cette baisse du nombre de réseaux s'explique par la dynamique de regroupements/fusions de réseaux de santé opérés pour la création de réseaux de santé pluri thématiques et/ou polyvalents, conformément aux orientations nationales relatives aux réseaux de santé de 2012<sup>7</sup>.

Cette dynamique s'est accentuée avec l'évolution des réseaux vers les plateformes territoriales d'appui (PTA).

Les ARS ont financé les réseaux à hauteur de **150 M€**, soit un montant en baisse par rapport aux financements des années 2014 et 2015 qui s'élevaient respectivement à 158 M€ et 156 M€.

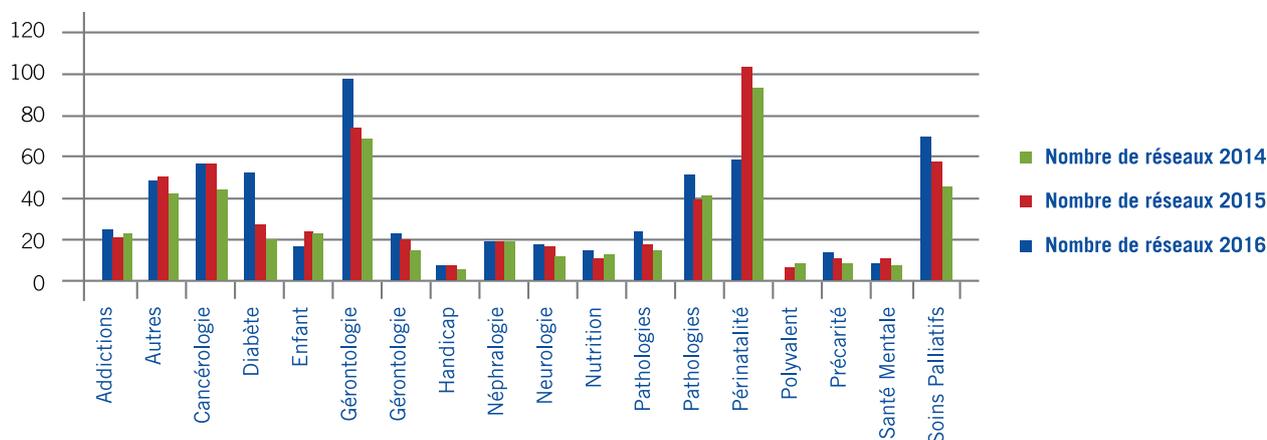
Les financements alloués aux réseaux de santé ont principalement diminué en Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Nouvelle Aquitaine et Pays de la Loire ; 6 régions ont cependant augmenté les financements accordés aux réseaux de santé de 12% en moyenne (BFC, Corse, Guyane, HD, Martinique et Océan Indien). Les financements des 7 autres régions sont restés globalement stables, soit plus ou moins 2% en moyenne.

Cette diminution des financements relativement faible comparativement à la diminution importante du nombre de réseaux (-131) s'explique notamment par le redéploiement des financements vers la création de réseaux de santé polyvalents.

### › Des réseaux de plus en plus tournés vers la polyvalence

L'ensemble des régions a engagé les réseaux vers la polyvalence, afin de proposer aux professionnels de santé et notamment aux professionnels du premier recours, un service d'appui à la coordination pour tout parcours complexe, sans distinction d'âge, ni de pathologie. Cette étape est indispensable notamment quand les réseaux ont vocation à évoluer vers des PTA.

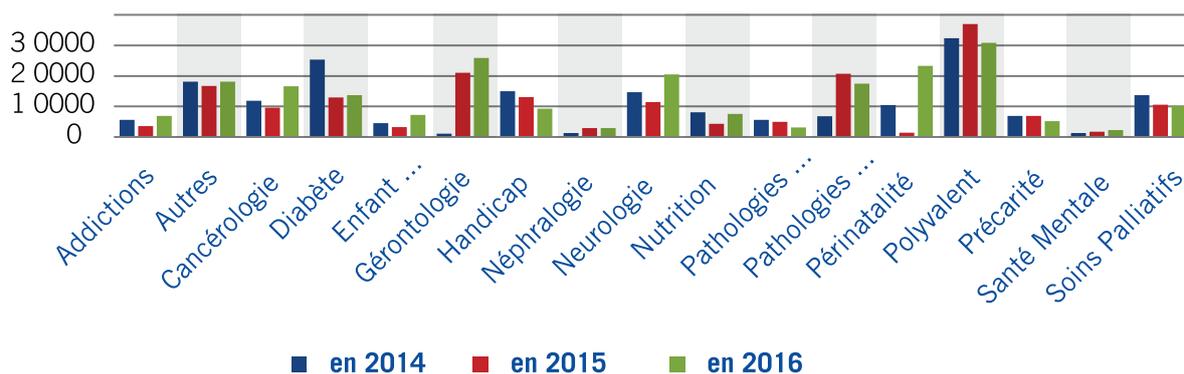
## Évolution du nombre de réseaux de santé par thématique



Ainsi les réseaux de santé monothématiques ont tous diminué, et les réseaux de santé polyvalents ont augmenté de 36% entre 2016 et 2014. Cette augmentation a été suivie d'une légère baisse en 2016 en raison de la transformation de certains en PTA.

Le nombre de patients dont les réseaux de santé en coordonné le parcours a augmenté de 20%, malgré la diminution des financements. Ceux qui ont le plus augmenté leur file active sont les réseaux gériatologiques, neurologiques, de cancérologie, de périnatalité. La file active des réseaux de diabète a fortement diminué. Au total la file active des réseaux de santé est restée stable malgré la création d'une vingtaine de PTA.

## Evolution nombre de patients dont le réseau a coordonné le parcours (via PPS ou équivalent)



### › Focus sur les réseaux de santé polyvalents

Pour l'année 2016, on dénombre 93 réseaux de santé polyvalents et 8 autres en projet. Le montant global consacré aux 93 réseaux de santé polyvalents est d'environ 35,7 M€.

### › Focus sur les réseaux de cancérologie et de périnatalité

On constate une diminution globale des réseaux de périnatalité et de cancérologie. Les budgets alloués aux réseaux de cancérologie ont également diminué mais les budgets consacrés aux réseaux de périnatalité sont restés stables comparativement à 2015. Cette diminution du nombre de réseaux s'explique notamment par la fusion de certains réseaux et l'évolution vers les PTA.

Cancérologie	Nombre de réseaux 2016	Nombre de réseaux 2015	Nombre de réseaux 2014	Montants consommés en 2016 (en €)	Montants consommés en 2015 (en €)	Montants consommés en 2014 (en €)
Cancérologie - réseau régional	22	27	29	7 261 642	8 941 865	11 711 569
Cancérologie - réseau territorial	22	27	27	5 233 439	5 504 602	6 824 009
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>54</b>	<b>56</b>	<b>12 495 081</b>	<b>14 446 287</b>	<b>12 335 578</b>

Périnatalité	Nombre de réseaux 2016	Nombre de réseaux 2015	Nombre de réseaux 2014	Montants consommés en 2016 (en €)	Montants consommés en 2015 (en €)	Montants consommés en 2014 (en €)
Périnatalité - réseau régional	22	24	27	9 450 098	9 154 416	10 027 306
Périnatalité - réseau territorial	18	18	25	4 330 399	4 246 474	4 980 443
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>13 780 497</b>	<b>13 400 890</b>	<b>15 007 749</b>

**Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) / Plan personnalisé de santé (PPS)**

L'article 48 de la LFSS pour 2013 a prévu un dispositif de projet pilote sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) selon une approche populationnelle et territoriale.

Toutes les personnes âgées de 75 ans et plus des territoires pilotes sont potentiellement concernées. L'objectif est d'améliorer les organisations professionnelles, les coordinations et les coopérations entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, de limiter le recours à l'hospitalisation et de réduire les ruptures dans le parcours de santé des personnes âgées et ainsi développer une politique de santé structurée sur une approche « parcours ».

Le programme est opérationnel depuis 2015. En 2016, le dispositif Paerpa a été étendu (un territoire pilote dans chaque grande nouvelle région non couverte et élargissement de la taille des territoires initiaux afin d'asseoir les dynamiques déjà constatées et d'enrichir les premiers résultats obtenus).

Ainsi, près de 550 000 personnes âgées (sur 5,9 M de personnes) sont maintenant concernées contre 190 000 précédemment (9 territoires préfigurateurs initialement), soit environ 9,3% des personnes âgées de 75 ans et plus.

**Principaux chiffres :**

- 82 000 interventions (2014/2016) auprès des professionnels de santé et des usagers à travers les nouvelles plateformes (CTA) personnes âgées sur les 9 premiers territoires qui regroupent et reconfigurent les dispositifs de coordination présents (MAIA- CLIC- réseau...). Elles s'appuient toutes sur des structures déjà existantes à travers une gouvernance étendue et renouvelée (dont les conseils départementaux) afin d'associer plus étroitement notamment les professionnels de ville (ex : Plateforme autonomie seniors (Bordeaux), Maison des aînés et des aidants (Paris) ... ) :

2016	
Information /orientation des Personnes Agées / Professionnels	34 728
Appui aux professionnels de santé libéraux (PSL)	11 428
Appui aux établissements de santé	3 552
Activation Aides sociales /Adapt. logement	4 792

- Près de 5000 plans personnalisés de santé (PPS) personne âgée en cumulé (nouvel acte forfaitaire CNAMTS de 100 euros rémunérant 2 ou 3 professionnels libéraux : MG, IDE, MK ou pharmacien). En 2016, on constate une dynamique de renouvellement et d'accroissement des PPS dans la plupart des territoires où l'on arrive à une maturité des organisations :

**Tableau des PPS 2015-2016**

	2015-T2	2015-T3	2015-T4	Cumul 2015	2016-T1	2016-T2	2016-T3	2016-T4	Cumul 2016
Nombre de PPS créés	438	337	540	1 315	606	517	445	531	2 099

- Plus de 10 000 repérages hôpital-Ville en cumulé :

**Tableau des repérages 2016**

	2016-T1	2016-T2	2016-T3	2016-T4	Cumul 2016
PA ayant fait l'objet d'un repérage <24h après arrivée en médecine / chirurgie	605	2 044	2 670	2 264	7 583

<sup>8</sup> ANAP – Journée d'échanges des CTA PAERPA- janvier 2017.

- Plus de 1000 séjours d'hébergement temporaire « Paerpa » en EHPAD en sortie de médecine/chirurgie ;
- Plus de 1000 interventions par des IDE d'astreinte mutualisée en EPHAD ;
- Formations des acteurs : le dispositif Paerpa prévoit des formations pour les différents professionnels qui participent à la prise en charge des personnes âgées (professionnels de santé libéraux, hospitaliers et salariés, professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Certaines régions ont mis en place des formations spécifiques (formation sur l'hygiène bucco-dentaire pour les professionnels des EHPAD et du domicile en Bourgogne ; formation des équipes de nuit des EHPAD aux situations d'urgence à Bordeaux).
- Système d'information : les outils numériques pour la prise en charge du parcours de santé des personnes âgées, s'appuyant sur les outils nationaux ou locaux, ont commencé à se mettre en place sur les territoires en 2015. Ils couvrent plusieurs types de services et d'usages auprès de professionnels : l'échange d'informations entre les professionnels grâce aux messageries sécurisées de santé (MSSanté) ; le partage d'informations autour d'une personne prise en charge et la production de documents par l'intermédiaire du dossier médical partagé (DMP), du compte rendu d'hospitalisation (CRH), du volet médical de synthèse (VMS) et du dossier de liaison d'urgence (DLU) ; une connaissance de l'offre de santé et une aide à l'orientation grâce au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et à ViaTrajectoire; la coordination et la gestion du parcours par les plates formes collaboratives de la CTA et les outils de mobilité pour les acteurs du domicile ; l'accès aux soins par l'intermédiaire de la télémédecine notamment en EPHAD.

D'autres outils significatifs sont présents notamment sur les risques iatrogéniques et de conciliation médicamenteuse, d'amélioration des circuits d'informations entre EPHAD et hôpital, usages de nouveaux SI, mobilisation d'équipe ou d'experts au domicile...

### › Une importante consommation des crédits en 2015 et 2016 :

Les crédits PAERPA sont protégés par l'article 48 de la LFSS 2013 et ne peuvent pas être redéployés par les ARS pour financer d'autres actions.

En 2016, **13,5 M€** ont été notifiés au titre du FIR 2016 et **11,2 M€** ont été consommés. Néanmoins, cette consommation peut varier en fonction des avancées et des ajustements des ARS selon les besoins identifiés. A noter, les nouveaux territoires ont réalisé une sous consommation d'environ 40 % des notifications 2016 des budgets d'amorçages.

Année	Montants délégués (en millions d'€)	Crédits consommés (en millions d'€)	% de crédits consommés
2014	10	3,1	31%
2015	11,5	10,7	93%
2016	13,5	11,2	83%

### › Perceptives et orientations

Le mouvement semble très prometteur dans la plupart des territoires expérimentateurs mais il existe un délai incompressible pour transformer les pratiques. Il n'est donc pas encore possible d'identifier les premiers effets médico-économiques attendus.

La mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui (PTA) devrait mobiliser les coordinations territoriales d'appui (CTA) dans certains territoires.

La première évaluation qualitative<sup>9</sup> sur les résultats de 2015 et 2016 a permis de dégager les premiers facteurs clefs de succès et les conditions de réussite.

### *Les Groupe d'entraide mutuelle (GEM) et méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)*

#### › Les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)

Avec 14 M€ supplémentaires en 2016, l'enveloppe attribuée aux ARS pour le développement des dispositifs MAIA s'élevait à **85,14 M€**. Cette enveloppe a fait l'objet d'une consommation légèrement plus importante qu'en 2015, à hauteur de 78 M€, soit un taux de consommation au niveau national de 92 % (vs 91 % l'année précédente). La mobilisation des ARS au profit du parcours des personnes âgées de 60 ans et plus, à travers le déploiement des dispositifs MAIA, s'avère donc importante, comme en atteste cette consommation accrue d'une enveloppe globale.

En **Bourgogne-Franche-Comté**, des dialogues de gestion sur la thématique MAIA (ARS/porteurs de projet MAIA) ont été menés en 2016 et ont permis une réadaptation des crédits alloués en fonction de l'activité réalisée.

Quelques difficultés ont été remontées, certaines ponctuelles (départ de gestionnaires de cas fragilisant le dispositif...), d'autres structurelles, concernant l'existence d'importantes listes d'attente pour prise en charge de situation en gestion de cas sur certains territoires.

Globalement, l'activité de « gestion de cas » augmente sur

<sup>9</sup> DRESS – Evaluation qualitative rapport final – mai 2017

les différents territoires, du fait de l'embauche progressive des gestionnaires de cas et la meilleure connaissance du dispositif et du service rendu par les prescripteurs. Cependant, à dotation globale constante, l'activité de gestion de cas ne pourra croître en fonction de la demande. Pour une prise en charge de qualité, la file active « recommandée » par le cahier des charges<sup>10</sup> ne doit pas excéder 40 situations.

En **Bretagne**, un bilan régional du développement des MAIA a été produit en mars 2016. Il met en évidence la nécessité :

- de préciser le cadre d'intervention des différents acteurs institutionnels (principalement ARS et CD) comme opérationnels (porteurs et pilotes) ;
- de renforcer les 3 mécanismes de l'intégration MAIA (concertation, guichet intégré et gestion de cas).

Un marché public a été passé en août 2016 pour une prestation consistant à mettre en place une démarche globale d'accompagnement au changement sur le territoire, au long cours.

Dans plusieurs régions, le développement de systèmes d'informations interopérables à destination des organisations MAIA a fait l'objet d'un soutien dédié.

En Pays-de-la-Loire, une newsletter MAIA a été déployée.

### › Les GEM (groupements d'entraide mutuelle)

Introduits par la loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les GEM sont désormais bien déployés sur le territoire. Ainsi, les crédits qui leur sont alloués n'ont pas évolué entre 2015 et 2016. Toutefois, une consommation supérieure à la totalité de cette enveloppe, s'élevant à 106% (31,9 M€) en 2016 (vs 102 % soit 28,9 M€ en 2015) révèle un intérêt soutenu pour ce dispositif.

Les ARS confirment cet intérêt pour les GEM : par exemple, la journée annuelle de regroupement organisée en **Occitanie** depuis 2015 suscite toujours un vif intérêt, et une participation quasi-exhaustive. L'ARS **Auvergne-Rhône-Alpes** a mobilisé la fongibilité en vue de créer six GEM en 2016. Des crédits ont aussi été utilisés pour améliorer l'accessibilité des locaux des GEM, ou compenser des difficultés particulières (ARS **PACA**).

### › Autres actions financées dans le champ médico-social

Plusieurs autres actions ont été financées au bénéfice du champ médico-social :

- En Auvergne-Rhône-Alpes, une évaluation des hospitalisations injustifiées et / ou évitables des résidents en EHPAD, réalisée sur deux groupes d'EHPAD dont un groupe témoin, a mis en évidence un taux d'hospitalisation significativement plus faible en cas de présence médicale accrue et d'IDE de nuit.
- L'ARS Grand-Est a lancé une démarche de labellisation des EHPAD : l'objectif est de valoriser les établissements et le personnel dans leur mission d'accueil auprès des résidents, avec un focus sur le développement de la « bientraitance ».
- En Martinique, l'ARS a accordé une dotation exceptionnelle de 12 500 € à l'Association Martiniquaise des Aidants Familiaux (AMAF) afin de lui permettre d'organiser une opération intitulée « Le forum des aidants – espace de soutien et d'orientation ». Ainsi, sur les différents territoires de proximité 5 réunions d'échange et d'information ont été réalisées et plus de 400 aidants familiaux ont participé à ces rencontres.
- En Pays-de-la-Loire, des crédits sont venus compléter l'accompagnement au déploiement des SPASAD.

### *Les Equipes mobiles de gériatrie*

Les ARS ont consacré 88,7M€ au financement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) en 2016.

Les EMG interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ».

Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés, en apportant un avis spécialisé.

Sur plusieurs territoires, notamment dans le cadre de la réforme territoriale, les ARS ont mis en place des modèles de financement fondés sur l'activité des équipes et les besoins des territoires. Les redéploiements de crédits ainsi réalisés ont pu être utilisés non seulement pour renforcer les EMG au sein des établissements mais également pour développer leurs missions au domicile du patient et/ou en EHPAD.

<sup>10</sup> Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer.

Cette tendance forte au développement des missions à l'extérieur des établissements, confirmée en 2016 s'est également accompagnée de la mise en œuvre de missions innovantes notamment en ce qui concerne la psychogériatrie à domicile (Hauts de France, Nouvelle Aquitaine).

Ainsi dans les Hauts de France, dotés de 31 EMG intra-hospitalières, l'ARS a développé par redéploiement de crédits une EMG extrahospitalière à domicile dans un territoire non couvert par un réseau gériatrique. Par ailleurs, elle a mis en place deux nouvelles EMG à partir de 2017 et a confié à deux EMG des missions innovantes concernant l'intervention de psychogériatrie à domicile et la révision thérapeutique hospitalière avec un pharmacien.

En Martinique, l'ARS a mis en œuvre des mutualisations administratives et d'encadrement au sein de ses deux EMG.

### **Les Unités de consultations dédiées pour les personnes handicapées**

La conférence nationale du handicap (CNH) du 11 décembre 2014 a fixé l'objectif d'améliorer l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap, notamment par le déploiement, « après leur évaluation, des dispositifs de consultations pour personnes handicapées aujourd'hui mis en place sur certains territoires ». Ils sont situés en ville (en maison de santé pluri-professionnelle, en centre de santé, etc.) ou en établissement de santé, en fonction de l'offre de soins présente sur les territoires.

L'instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 apporte des éléments de repères aux ARS pour structurer sur leur territoire ces dispositifs et décrit les éléments de suivi annuels au niveau national.

Les ARS mettent en œuvre progressivement, par le biais notamment d'appels à projet, ce type de dispositifs afin de répondre aux besoins de leur région.

En Bourgogne Franche Comté, 3 nouveaux projets ont été financés en 2016 :

- Réseau Handident Franche Comté développé dans le Doubs, qui assure l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des personnes en situation de handicap. Il mobilise 18 praticiens libéraux adhérents au réseau sur deux lieux de prise en charge en soins de niveau 2 (un troisième est en discussion avec le CH de Pontarlier). Le dépistage est assuré par un praticien intervenant dans les ESMS.
- Handiconsult Jura : montée en charge en 2016 du dispositif de consultations dédiées pour la prise en charge des personnes en situation de handicap présent sur le CH de Lons-le-Saunier. un projet d'ouverture d'un cabinet dentaire a été travaillé : des travaux et l'achat d'un fauteuil et de matériels ont été réalisés.
- Maison universitaire de santé et de soins primaires de Chenôve en lien avec l'Association ABA Côte d'Or ont été retenus dans le cadre de l'appel à candidature

lancé en septembre 2016 par l'ARS BFC pour le développement d'un dispositif de consultations dédiées pour la prise en charge des personnes en situation de handicap. La première phase du projet consiste à sensibiliser et former les professionnels de la structure à l'autisme : directrice, secrétaires, un dentiste, deux médecins généralistes, une infirmière. Ce projet se poursuivra sur 2017 avec l'objectif de consultations auprès de jeunes autistes.

La région du Centre Val de Loire a financé le projet « Handisanté » qui propose des consultations dans cinq domaines : le buccodentaire, la gynécologie, la médecine physique, la dermatologie et réadaptation.

L'ARS Ile-de-France a identifié trois thématiques de soins de premier recours comme prioritaires pour les personnes en situation de handicap : accès aux soins somatiques, accès aux soins gynécologiques et obstétricaux pour les femmes en situation de handicap et accès aux soins bucco-dentaires. Ainsi, plusieurs actions ont été mises en place depuis 2015 et des nouvelles en 2016 :

- extension d'une consultation en soins somatiques dédiée aux personnes atteintes de handicap de type autisme/TSA et de polyhandicap, en lien avec le Centre Douleurs et Soins Somatiques du CH Barthélémy Durand (Essonne).
- En lien avec la Fondation Hospitalière Sainte Marie (FHSM) et l'USSIF (Union des Soins et Services Ile-de-France), un bilan des besoins gynécologiques des femmes en situation de handicap, ainsi qu'un état des lieux de l'offre gynécologique et obstétricale existante en Ile-de-France (en milieu sanitaire et ambulatoire) a été financé.
- L'accès aux soins bucco-dentaires est également considéré comme un axe prioritaire pour les personnes handicapées en Ile-de-France. Dans ce contexte, la direction de l'autonomie a financé au titre du FIR 2016 :
  - Une expérimentation d'accès aux soins bucco-dentaires pour les établissements médico-sociaux (MAS, FAM et IME) du Nord de l'Essonne, en partenariat avec le réseau de santé bucco-dentaire APPOLLINE91. Ce projet a pour objectif de proposer une prise en charge bucco-dentaire optimale aux personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies dans 17 établissements médico-sociaux, selon trois axes : prévention, soins dentaires et formation du personnel. La population concernée représente au total 580 personnes handicapées. L'expérimentation, qui a démarré au second semestre 2016 et se prolongera sur l'année 2017, a d'ores et déjà permis de mener ces actions dans 9 ESMS, soit 100 dépistages et 9 séances de formation (176 personnes formées) ;
  - Mise en place d'un fauteuil dentaire (chirurgical-dentiste et matériel) pour 6 mois sur le site de l'hôpital Les Magnolias, afin de permettre un accès aux soins des personnes handicapées des établissements médico-sociaux ayant bénéficié

d'un dépistage. L'activité libérale de soins a permis de réaliser 258 consultations (soit un suivi de 107 patients).

### **L'Expérimentation « maisons de naissance »**

#### **› Un nouveau dispositif expérimental**

Une Maison de Naissance (MdN) est un lieu destiné à l'accueil des femmes enceintes, au suivi prénatal ainsi que post natal et à l'accouchement. Leur mise en place constituait une des priorités du plan périnatalité 2005-2007. Leur expérimentation, autorisée par la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013, intervient dans un contexte international marqué par une tendance chez un certain nombre de femmes à préférer accoucher dans un univers moins médicalisé que celui des maternités. La maison de naissance est juridiquement distincte de la maternité partenaire avec laquelle elle passe convention. Elle conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique dont elle est contiguë. Elle doit être membre du même réseau de santé en périnatalité que celui de cet établissement.

#### **› Les conditions de l'expérimentation**

Le décret du 30 juillet 2015 a fixé les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Un cahier des charges de la Haute Autorité de Santé sécurise le dispositif en définissant un cadre normatif opposable comprenant les critères d'éligibilité des femmes suivies en maisons de naissance, les modalités d'organisation de la maison de naissance, ses modalités de fonctionnement avec, notamment, les items qui doivent être traités dans le règlement intérieur et la convention passée avec l'établissement partenaire, les modalités de prise en charge de la femme et du nouveau-né, ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Les modalités d'évaluation et le contenu du rapport d'évaluation des maisons de naissance ont été fixés dans l'arrêté du 9 décembre 2016.

En termes de modèle économique, la maison de naissance est financée, d'une part, par les actes cotés par les sages-femmes libérales (consultations, accouchement, ...) pour leur activité ; d'autre part, par une enveloppe spécifique FIR destinée à couvrir notamment une partie des charges de structure.

#### **› Suivi de la mise en œuvre du dispositif des maisons de naissances**

Les projets de maisons de naissances retenus dans le cadre de l'arrêté du 23 novembre 2015 sont les suivants, pour un montant consommé de **830 686 €** en 2016:

- Région **Ile de France** : association CALM à Paris et association Premier Cri, à Vitry sur-Seine,
- Région **Occitanie** : Maison de naissance DOUMAIA, à Castres,
- Région **Auvergne-Rhône Alpes** : association La Maison, à Grenoble et association Premières Heures au monde, à Bourgoin-Jallieu,
- Région **Grand-Est** : association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat; association Un Nid pour naître, à Nancy,
- Région **Guadeloupe** : association Le Temps de naître, à Baie-Mahault,
- Région **Océan Indien** : association Joie de naître, à Saint-Paul.

La montée en charge de l'activité a été progressive dans la plupart des structures (25 accouchements pour la maison de naissance Joie de naître, 4 accouchements pour la maison de naissance de Grenoble, 32 accouchements pour la maison de naissance de Bourgoin-Jallieu, 7 accouchements pour la Maison de Naissance de Nancy et 84 accouchements pour la maison de naissance du Calm à Paris).

#### **Les Centres périnataux de proximité**

Un centre périnatal de proximité (CPP) peut être créé suite à la fermeture d'un service de gynéco-obstétrique, dans l'objectif de maintenir en proximité une offre de soins pour le suivi prénatal et postnatal. Ce dispositif est prévu par l'article R.6123-50 du code de la santé publique.

Le CPP est animé par des sages-femmes et au moins un gynécologue-obstétricien. Cet effectif est parfois complété par un psychologue ou un diététicien. Certains CPP proposent également des consultations pédiatriques. Parallèlement aux cours de préparation à l'accouchement, des CPP ont aussi développé une offre d'ateliers destinés aux jeunes parents (soutien à l'allaitement, portage...), en partenariat avec les services de PMI. Enfin, le CPP assure la continuité des prises en charge par une gestion du dossier médical des patientes et le transfert de celui-ci vers la maternité d'accouchement.

Les ARS ont financé les centres périnataux de proximité à hauteur de **20 M€** en 2016, soit une augmentation de 6% de l'enveloppe par rapport à 2015.

- Etat des lieux et stratégie régionale

En 2016, on compte 94 CPP bénéficiant d'un financement dans le cadre du FIR, soit 4 CPP de plus qu'en 2015. Ces structures sont réparties dans 15 régions.

Un CPP appartient souvent à un établissement de petite taille ayant fermé sa maternité. La majorité des CPP sont rattachés à des centres hospitaliers publics, 3 le sont à des établissements privés à but lucratif (en **Nouvelle-Aquitaine, Normandie et Auvergne-Rhône-Alpes**). Les nouveaux centres créés en 2016 sont :

- CPP d'Issoudun et de Pithiviers (Centre-Val de Loire),
- CPP de Langres (Grand-Est),
- CPP de Coutances (Normandie),
- CPP de Marin et de Basse-Pointe (Martinique).

Les centres périnataux de proximité s'inscrivent en complémentarité de l'offre en maternité des régions, en particulier là où des besoins de prise en charge mère-enfant de proximité sont identifiés.

En Picardie, la mise en place des CPP répond à une analyse globale de l'accès à un suivi obstétrical, tenant compte du temps d'accès à une maternité (supérieur à trente minutes), et d'indicateurs de périnatalité, socio-économiques ou démographiques (démographie des sages-femmes, gynécologues obstétriciens et pédiatres). Les CPP répondent notamment aux besoins de femmes isolées (sur le plan familial, social, environnemental) le cas échéant en situation de précarité.

Le montant de la dotation de chaque CPP est établi par les ARS en fonction de différents critères propres, qui tiennent notamment compte de l'activité des centres et des stratégies régionales.

Dans un certain nombre d'ARS, les crédits font l'objet d'une procédure annuelle d'évaluation, en particulier pour celles ayant réalisé un cahier des charges (ARS Hauts de France ou encore Bourgogne-Franche Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

L'action des CPP s'inscrit enfin en cohérence avec les autres acteurs de la périnatalité : services de PMI des conseils généraux et professionnels de santé libéraux.

- Synthèse des actions menées et résultats attendus

Les évaluations conduites par les ARS permettent de mettre en lumière les différentes modalités d'organisation des CPP, mais aussi la diversité de leurs activités et leurs évolutions. La réalisation d'évaluations régionales est ainsi un enjeu important pour mieux connaître et mieux appréhender les actions conduites par ceux-ci.

Dans plusieurs CPP, les femmes ont la possibilité de réaliser des Interruptions Volontaires de Grossesse par voie médicamenteuse.

Sans assurer généralement de visites à domicile, ils constituent néanmoins des relais de prise en charge pour les sorties précoces de maternité par exemple.

Des analyses médico-économiques ont été réalisées (en Bourgogne-Franche-Comté par exemple) ou sont en cours dans certaines régions (comme Pays de la Loire) afin d'optimiser le fonctionnement des centres, leur efficacité, la couverture des besoins de la population ainsi que la complémentarité avec les autres dispositifs existants sur le secteur.

Certaines ARS ont également rédigé des cahiers des charges régionaux pour l'évaluation des CPP.

### **Les Maisons des adolescents**

Les structures de prise en charge des adolescents, également appelées maisons des adolescents (MDA), constituent des lieux ressource pluridisciplinaires qui, sur un territoire donné, apportent des réponses aux problématiques de l'adolescence à destination des jeunes qui ressentent un mal être, de leur famille et de l'ensemble des professionnels concernés (professionnels de santé, éducation nationale, services sociaux et médico-sociaux, protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance).

Le cahier des charges des Maisons des adolescents a été révisé par une circulaire du Premier ministre en date du 28 novembre 2016. Les dimensions mises en avant par ce nouveau cahier des charges sont notamment :

- le renforcement de la dynamique partenariale des MDA, en particulier avec les collectivités territoriales
- le maillage effectif par la MDA de son territoire d'intervention (départemental ou infra-départemental), notamment par des antennes ou des permanences
- la participation des MDA à la gestion des parcours complexes

Les MDA sont financées soit par le FIR, soit, lorsqu'elles sont rattachées à un établissement autorisé en psychiatrie, par une partie de la DAF de cet établissement. En 2016, **23,9 M€** ont été consommés par les ARS au titre du FIR, soit une montée en charge de 4,6 M€ (+24%) comparative-ment à 2015.

### **Equipes mobiles de soins palliatifs adultes et pédiatriques**

En 2016, 136, 4 M€ ont été mobilisés pour les EMSP et les équipes de ressources régionales et de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).

- Occitanie : 36 EMSP ont été reconnues, ce qui correspond à une couverture d'une EMSP pour 200.000 habitants. Par ailleurs, deux ERRSPP ont été mises en place au CHU de Toulouse et au CHU de Montpellier
- Grand-Est : financement en Alsace d'un projet d'habitat « maison collective » pour patients en soins palliatifs isolés ne relevant pas d'une hospitalisation mais ne pouvant néanmoins pas rester à domicile
- Bourgogne Franche-Comté : une coordination régionale en soins palliatifs a été mise en place par redéploiement de crédits avec des temps de médecin, secrétariat et administratif, à compter de septembre 2016.
- Bretagne : élaboration avec l'ensemble des acteurs d'un bilan de l'offre palliative bretonne qui a permis la rédaction concertée d'un plan d'actions régional en

soins palliatifs pluriannuel (2015-2018) comportant 26 actions, qui a notamment abouti à une nouvelle répartition de la zone d'intervention des 4 EMSP du territoire.

- Hauts-de-France : déploiement d'indicateurs de suivi d'activité ainsi que la mise en place d'un outil de suivi commun par l'ARS pour ses 35 EMSP ont donné lieu à un redimensionnement des équipes au regard de l'activité, accompagné d'un rééquilibrage des financements.
- Pays de la Loire : choix de renforcer les moyens alloués aux 18 équipes présentes sur le territoire concernant notamment le recours aux compétences spécifiques et la formation des équipes.
- Ile-de-France : deux nouvelles équipes ont été autorisées par l'ARS. Une dotation complémentaire a été allouée à 13 équipes mobiles notamment pour :
  - Compléter et renforcer le maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs ;
  - Développer des programmes visant à repérer de manière précoce, au domicile, les besoins en soins palliatifs et faciliter l'accès aux prises en charge notamment par les professionnels de premier recours mais également par les offres de soins coordonnées, telles que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile ;
  - Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile y compris en EHPAD par les professionnels de santé de ville, afin de favoriser les projets territoriaux de professionnels de ville coordonnés et de faciliter le recours aux expertises et aux coordinations via, le cas échéant, les plateformes territoriales d'appui.

### ***Equipes de liaison et de soins en addictologie***

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont définies dans la circulaire DHOS/O2 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. En 2016, **53,8 M€** ont été mobilisés pour des ELSA.

Dans le cadre du plan gouvernemental de la MILDECA (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) 2013-2017, il est prévu d'une part de créer des ELSA dans les régions non pourvues, d'autre part de les renforcer dans les autres régions en répartissant les crédits sur la base d'un critère démographique, modulé en considération du niveau de financement actuel et des indicateurs épidémiologiques concernant les usages de substances psychoactives.

Quatre nouvelles ELSA ont ainsi été déployées sur des territoires antérieurement dépourvus :

- deux en Provence- Alpes- Côtes d'Azur sur des territoires ruraux et excentrés ;
- une en Guyane au sein du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais ;
- une en Bourgogne- Franche Comté, sur le territoire Nord Franche-Comté.

Les mesures nouvelles ont majoritairement permis à un grand nombre d'ARS, de consolider et renforcer les ELSA existantes en termes de taille, de composition et de polyvalence des équipes. Ces moyens supplémentaires ont également favorisé l'activité de formation de plusieurs ELSA.

L'activité extra-hospitalière des ELSA, souhaitée par la circulaire dédiée, a également été favorisée. Ainsi, en Nouvelle-Aquitaine, ces nouvelles allocations financières ont permis le déploiement d'un projet à l'échelle départementale par ELSA 24 (projet permettant la réalisation de téléconsultations en addictologie auprès de patients pris en charge en hôpital, en centre médico-psychologique et centre médico-social). De nombreux partenariats ont également été formalisés, tels qu'en PACA, avec l'amont et l'aval de la filière addictologie (CSAPA, CAARUD, réseaux, CJC, cliniques privées, services de gynécologie et de psychiatrie de ville, aide sociale à l'enfance, mission locale, etc.).

Plusieurs ARS – Ile-de-France, Occitanie, Hauts-de-France, Bretagne notamment - ont entrepris un travail de modélisation de suivi de l'activité des ELSA afin de permettre une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens affectés. Ainsi, la région Bretagne a poursuivi ses travaux de restructuration de la filière par l'élaboration de recommandations, la formalisation d'un schéma cible d'organisation des ELSA et adopté un plan de financement pluriannuel d'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre progressive de ce schéma.

### ***Les Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie***

Le FIR finance, pour les patients atteints de cancer, le dispositif d'annonce, les soins de support, ainsi que la participation des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie au sein des établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie). En 2016, la dépense totale s'est élevée à 88 M€.

Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie sont, de façon générale, bien intégrées dans les stratégies régionales des ARS. En Bretagne par exemple, ces actions considérées comme prioritaires dans le cadre de la rédaction de la feuille de route 2015 régionale du Plan Cancer 3, font actuellement l'objet de projets dédiés dans le cadre de l'écriture du prochain Projet Régional de Santé (PRS).

Le rôle des Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) et des Centres de Coordination des soins en Cancérologie (« 3C ») dans la structuration des actions mises en œuvre par les établissements de santé concernés reste central, et décliné de façon différenciée selon les régions.

La gestion de l'indemnisation des praticiens libéraux pour leur participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie est par exemple assurée par les RRC dans les régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est.

Par ailleurs, certaines régions mènent des évaluations des actions financées, comme c'est par exemple le cas en Bourgogne-Franche-Comté, où le réseau « Oncolie » est chargé de réaliser une évaluation de la qualité du parcours en cancérologie à travers les RCP pour quatre localisations de cancer (sein, colon, poumon et prostate).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le FIR soutient l'activité de la structure régionale de soins de support des enfants atteints de cancer portée par l'association « Sourire à la Vie » (organisation de vacances, soutien durant les hospitalisations, etc.) ; en région Occitanie, l'association « Etincelle » accueille essentiellement des femmes atteintes d'un cancer du sein durant la phase de traitement de la maladie et leur propose diverses activités (nutrition, suivi psychologique, activités physiques, etc.).

### ***Les Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer***

Le FIR finance des emplois de psychologues et assistants sociaux prévus par les plans nationaux (hors plan cancer) depuis 2013. En 2016, les crédits comptabilisés font apparaître une dépense totale de plus de **22,8 M€**, soit une hausse de l'enveloppe de 10 % par rapport à 2015 (20,8 M€).

Globalement, les ARS ont reconduit tout ou partie des dotations historiques, dès lors que celles-ci continuent à se justifier. Certaines agences constatent que certains établissements peinent à justifier l'emploi de ces temps de psychologue en périnatalité et commencent à réfléchir à une nouvelle répartition de ces crédits sur la base d'une enquête.

Dans une logique d'efficacité dans l'allocation des crédits, l'ARS **Hauts de France** a démarré une réflexion sur la répartition des crédits depuis plusieurs années. Une enquête sur l'accompagnement psychologique en périnatalité a été réalisée en 2015 dans les établissements de l'ex-Picardie et en mars 2016 auprès de l'ensemble des établissements publics et privés autorisés en obstétrique et néonatalogie dans l'ex-Nord-Pas-de-Calais. Les objectifs de cette enquête étaient d'une part de réaliser une analyse qualitative et quantitative de l'environnement psychologique au sein de ces structures et, d'autre part, d'évaluer la pertinence des crédits alloués.

Il ressort de ces études que les établissements ayant bénéficié d'un financement en 2015 ont tous mis en place des interventions auprès des femmes tout au long de leur parcours de prise en charge. Toutefois, les modalités d'intervention des psychologues, les organisations mises en place visant un accompagnement psychologique de la mère et du bébé sont très variables d'un établissement à l'autre.

En 2016, l'ARS a débuté un travail sur des critères de répartition des crédits plus fins en y intégrant non seulement le niveau de maternité, le nombre de naissances, le pourcentage de naissances prématurées, mais également, la proportion de femmes mineures et bénéficiaires de la CMUc.

### ***Les Médecins correspondants SAMU***

À l'automne 2012, les ARS, sur la base du diagnostic de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), ont identifié les territoires et les populations situés à plus de 30 minutes d'un SMUR ou à un service d'urgence hospitalier.

Les plans d'action mis en place sur la base de ce constat pour lutter contre ces inégalités territoriales, incluaient la mise en place de médecins correspondants du SAMU (MCS). Comme le prévoient le décret du 22 mai 2006 et l'arrêté du 12 février 2007, les MCS sont des médecins de premier recours, formés à l'urgence, qui interviennent en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires identifiés et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

Dans le cadre de la politique visant à garantir un accès aux soins urgents en moins de trente minutes, un guide a été réalisé par la DGOS et diffusé aux ARS en juillet 2013, afin de promouvoir le dispositif MCS et accompagner ces dernières dans son déploiement.

En 2014 et 2015, la montée en charge du dispositif sur le territoire s'est poursuivie afin d'améliorer l'accès aux soins urgents de près d'un million de personnes. En 2016, dans le cadre de l'actualisation de ce diagnostic, il a été demandé aux ARS d'intensifier leurs efforts.

Au niveau national, à périmètre constant (dépenses liquidées en exercice courant), les dépenses consacrées par les ARS aux médecins correspondants de SAMU au titre de 2016 s'élèvent à 6 M€ (+ 2,2 M€ environ par rapport à 2015, soit +59%).

La dépense est dynamique sur plusieurs régions particulièrement concernées par la problématique de l'isolement : Corse, PACA, Bourgogne-Franche-Comté.

Le dispositif des MCS est encore en cours d'expansion. Plus de 566 MCS sont en activité fin 2016, pour une cible fixée à 700 en 2017.

Les ARS soulignent, comme les années précédentes, la difficulté de mobiliser des professionnels dans les territoires à très faible démographie médicale, où les médecins libéraux sont déjà fortement sollicités. La clarification apportée par la circulaire interministérielle du 5 juin 2015 sur la participation des médecins sapeurs-pompiers au dispositif MCS a permis de développer cette collaboration.

D'autres modèles de collaboration (faisant intervenir entre autres des professionnels paramédicaux ou le service de santé des armées) sont testés sur certains territoires avec des premiers résultats encourageants.

L'impact du dispositif des MCS paraît important<sup>11</sup>. En effet, si l'on ne retient que les seuls services d'urgences (SU) et services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), au 31 décembre 2015, 6 % de la population (soit 3,9 millions de personnes) réside à plus de 30 minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR. Lorsque sont pris en compte les MCS, la part de population résidant à plus de 30 minutes des urgences se réduit à 4,3% (2,8 millions de personnes), soit 1,1 million de personnes en moins situées à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents que sans prise en compte des MCS. Les nouveaux MCS installés au 1<sup>er</sup> novembre 2016 réduisent de près de 200 000 personnes supplémentaires la population à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents (SU, SMUR ou MCS).

### **Les Carences ambulancières**

L'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales prévoit que les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours (SDIS) à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L. 1424-2, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, sièges des services d'aide médicale d'urgence.

L'indemnisation de ces interventions est basée sur un tarif national d'indemnisation des SDIS, fixé par l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales : le montant est fixé à 118 euros.

Les établissements de santé siège d'un SAMU se voient déléguer les crédits correspondant au financement des interventions des SDIS en cas d'indisponibilité ambulancière.

Le calibrage du nombre d'indisponibilités ambulancières devant être indemnisées est réalisé à partir des déclarations des établissements dans le cadre de la SAE. Il convient à cet égard de rappeler que les prévisions nationales de dotations de crédits sur cette ligne budgétaire sont conditionnées à la qualité des déclarations des carences par les établissements dans la SAE.

Le montant national dédié à ce poste de dépenses au titre des carences ambulancières constatées en 2015 et payées en 2016 s'élève à 22,8 millions d'euros.

L'augmentation du volume de carences ambulancières observé pour l'année 2015, conjuguée à la revalorisation du tarif appliqué aux carences constatées en 2015 décidée dans l'arrêté du 30 novembre 2006 modifié précité, a engendré une augmentation du montant total payé pour indemniser les SDIS de + 5,16%.

### **Les Comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH)**

Le COREVIH est une organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH et à la lutte contre l'infection à VIH en général. En 2016, ces actions ont mobilisé 9,6 M€.

Conformément à l'arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des COREVIH, ces derniers ont été créés dans chaque zone géographique « régionale, infra régionale ou interrégionale » au sein des CHU et CHR. Ils n'ont pas de personnalité morale et comprennent plusieurs collèges représentant les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé et de l'action sociale, les patients, des personnes qualifiées.

- Martinique : la stratégie régionale conduite avec le dispositif COREVIH (Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine) et les autres partenaires a permis d'habiller deux CEGIDD. Le premier se situe à Pierre Zobda Quitman, centre de santé Société d'Hygiène de la Martinique, l'autre est basé au centre de santé Société d'Hygiène de la Martinique. Par ailleurs l'ARS Martinique, en collaboration avec le COREVIH1 et l'IREPS2, a mis en place une campagne de communication appelant les martiniquais à leur responsabilité face au VIH et aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Diverses actions de terrain ont été proposées (chasse aux trésors, l'opération « 72 heures de dépistage », l'action « Dépistaj pou sav »).

<sup>11</sup> Rapport de la DREES sur les déserts médicaux et l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, mai 2017.

- Normandie : souhait de fusionner les deux COREVIH qu'elle possède sur son territoire.
- Ile-de-France : un programme d'actions commun (« InterCoReVIH ») à l'ensemble des 5 CoReVIH de la région a été élaboré et a abouti à l'établissement d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens 2016-2017 signée entre l'ARS et l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris (APHP).
- Bourgogne Franche Comté : projet de fusion des 2 COREVIH pour un lancement en 2018 tout en conservant les deux sites.

### ***Les Actions de coopération internationale (outre-mer)***

En 2016, ces actions ont mobilisé 333 597 €. Deux projets de coopérations régionales ultra-marines méritent, à titre illustratif, d'être mentionnés. En Guyane, le projet Oyapock Coopération santé (OCS) avec le Brésil visant la prévention du VIH et des grossesses précoces au travers de formations à destination des acteurs de la santé, de l'éducation nationale, et aussi des personnes ressources françaises et brésiliennes, ainsi que d'une animation d'un réseau opérationnel transfrontalier de professionnels de santé pour le dépistage et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. A la Guadeloupe, la mission Swell GCS e-santé, permettant de disposer d'une prestation d'assistance et de conseil pour l'élaboration du projet de « Télésanté et Coopération Caraïbienne avec les pays de la zone Caraïbe ». Ces deux projets sont développés, au-delà du financement FIR, via un soutien du programme de coopération régionale 2015-2020 Interreg.

# Mission 3

## Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2016 ont concerné :

- Des rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins ;
- De la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-28 ;
- Des actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, notamment le financement de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG).

**En 2016, 883 583 171€ de dépenses ont été comptabilisées au titre de cette mission.**



Mission n°3		Crédits comptabilisés (en €)		
		2014	2015	2016
1	Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins	164 553 232	167 053 986	<b>153 477 670</b>
2	Permanence des soins en établissement de santé	726 883 882	721 967 783	<b>700 458 152</b>
3	Meilleure répartition géographique des professionnels de santé	13 856 241	13 984 949	<b>13 457 677</b>
4	Autres Mission 3	0	0	<b>16 189 672</b>
Total (en €)		905 293 355	903 006 718	<b>883 583 171</b>

Source : balance comptable 2016 des ARS

# 1. La permanence des soins

## **La permanence des soins en médecine de ville ou « ambulatoire » (PDSA)**

Elle vise à répondre aux besoins de soins non programmés des patients durant les heures de fermeture des cabinets médicaux, soit de 20h à 8h en semaine et du samedi 12h au lundi 8h.

Le FIR participe au financement de la PDSA, et notamment :

- des rémunérations forfaitaires d'astreinte et de régulation des médecins participant à la PDSA,
- des actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA.

En 2016, les crédits comptabilisés s'élèvent à 153,5 M€.

Le coût total de la PDSA<sup>12</sup> 2016<sup>13</sup>, s'est élevé à 372,9 M€ dont 134,3 M€ pour les forfaits d'astreintes et de régulation, contre 357,5 M€ dont 134,9 M€ pour les forfaits d'astreintes et de régulation pour 2015, soit une augmentation de 4,3%.

Si le montant des forfaits d'astreinte et de régulation a légèrement diminué, l'activité réalisée durant les périodes de PDSA a augmenté de 7% entre 2015 et 2016 (+370 000 actes soit +16 M€). La part des actes ayant fait l'objet d'une régulation préalable par les médecins régulateurs continue de croître, atteignant 72 % (contre 71% en 2015, 62 % en 2014 et 2013).

Le montant utilisé par les ARS pour des actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA s'élève à 14 555 230 € en 2016. Il s'agit des mesures de soutien de la PDSA dans lesquelles entrent notamment les charges relatives aux associations de régulation libérale, à l'organisation de la garde en kinésithérapie respiratoire, à l'accompagnement de la mise en service technique du numéro national d'accès à la PDSA, le 116 117, et aux maisons médicales de garde. Ainsi, deux cent cinquante maisons médicales de garde ont été financées pour un montant de 12 460 731 €, soit une subvention moyenne d'environ 50 000 € par structure.

## **La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)**

Premier poste de dépenses au sein de la mission 3, la

PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (de 20h jusqu'à 8h du matin) ; le week-end (sauf le samedi matin), et les jours fériés. Les points d'articulation entre la PDSA et la PDSES sont les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences).

Pour rappel, l'organisation de la PDSES constitue l'un des volets du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS). Une organisation cible de PDSES a ainsi été définie à partir de 2012 pour chaque région au sein du SROS-PRS. Ce schéma cible régional, élaboré de manière concertée et selon une logique de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles :

- définit les principes d'organisation territoriale par spécialité médicale et chirurgicale ;
- identifie par territoire de santé les lignes de PDSES retenues par spécialité ;
- fait intervenir l'ensemble des secteurs hospitaliers, public et privé.

L'organisation de la PDSES répond à une logique d'optimisation des ressources médicales mobilisables (mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes et coopérations entre établissements, recours aux différentes applications de la télémédecine, etc.), et de couverture des besoins de santé identifiés en région, notamment ceux requérant un plateau technique hautement spécialisé, ainsi que des besoins de proximité.

En 2016, les crédits comptabilisés font apparaître une dépense totale de 700,5 M€ contre 722 M€ en 2015. A périmètre constant, les crédits comptabilisés sont donc en baisse de 3 % par rapport à 2015.

Cette baisse des dépenses comptabilisées au titre de la PDSES peut s'expliquer par le fait que l'année 2016 constitue une année de transition pour les ARS, qui ont réalisé l'évaluation de leurs dispositifs en vue d'élaborer le volet PDSES de leurs futurs schémas régionaux. La mise en œuvre de ces schémas et le développement des GHT devraient impacter ce dispositif au cours des exercices suivants.

Comme chaque année, certaines ARS ont réalisé en 2016 une évaluation du dispositif, afin de pouvoir opérer des adaptations et des ajustements de leur schéma cible, dans une logique d'optimisation de l'offre de soins. Ces évaluations ont vocation à dégager des indicateurs qui permettent de mesurer l'activité par ligne de permanence des soins (nombre de déplacements pour les astreintes, nombre de passages pour les permanences sur place...). A l'appui de ces éléments, les ARS peuvent engager une réflexion avec les établissements afin de faire évoluer les lignes de PDSES au sein d'un territoire, voire à l'échelle de toute une région.

<sup>12</sup> Rapport de la DREES sur les déserts médicaux et l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, mai 2017.

<sup>13</sup> Actes 2016 = montants correspondant à 2016 liquidés jusqu'à fin avril 2017.

Le nombre de lignes de gardes ou d'astreintes ont pu évoluer en fonction des besoins identifiés.

Certaines ARS ont également procédé à la mise en œuvre de nouveaux schémas d'organisation sur certaines spécialités.

L'ARS Ile de France a ainsi poursuivi le processus de réorganisation de la PDSSES qu'elle conduit depuis 2012 sur certaines spécialités, afin de faire face aux enjeux démographiques que connaissent un certain nombre d'activités (chirurgie, anesthésie) et à la raréfaction des ressources sur certains territoires. Entre 2015 et 2016, deux nouveaux schémas ont également été proposés pour la radiologie interventionnelle et la neuroradiologie interventionnelle, en particulier dans le champ de la thrombectomie.

De nouvelles modalités de mise en œuvre et de financement de la PDSSES ont également été établies fin 2015, en Aquitaine, en concertation avec les fédérations d'établissement (FEHAP, FHF et FHP) et à partir des travaux menés en lien avec les urgentistes. Ces nouvelles règles, inscrites dans le projet régional de santé (PRS) de l'Aquitaine, visent à mettre en place une organisation « graduée, territorialisée et soutenable » de la PDSSES. Ainsi, le schéma cible de la PDSSES repose sur une gradation des soins : en fonction des disciplines, les lignes de gardes et d'astreintes peuvent être positionnées à un niveau territorial, infrarégional ou régional.

Plus largement, dans le cadre de la réforme territoriale et de la préparation des nouveaux PRS (la PDSSES devenant désormais un volet de celui-ci), de nouvelles réflexions ont été engagées dans de nombreux territoires. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a installé un Comité régional de suivi pour l'accompagner dans ses travaux d'élaboration du futur schéma-cible. Des travaux d'harmonisation des pratiques ont été engagés également en Normandie reposant sur les travaux du PRS afin d'élaborer le schéma cible de la PDSSES.

### **Illustration d'action régionale : la procédure de révision de la PDSSES en Auvergne-Rhône-Alpes**

La préparation de la révision des schémas de PDSSES des deux ex-régions en vue de concevoir un schéma unique, répondant aux besoins de la population et tenant compte des ressources en termes de PDSSES des établissements, intégrant les GHT, et des professionnels de santé, a été élaboré dans le courant du deuxième semestre 2016.

Un appel d'offre a été lancé en vue de réaliser un diagnostic approfondi, les deux dispositifs de PDSSES existants (ex-Rhône-Alpes et ex-Auvergne) mobilisant un montant global de près de 80 millions d'euros par an.

Le projet de révision en trois phases, a débuté par une concertation avec les directions et les responsables médicaux des 15 GHT de la région et avec les directions et les présidents de CME des établissements de santé privés et des ESPIC participant à la PDSSES, selon une analyse par spécialité et par territoire (périmètre des GHT), sachant que pour certaines spécialités, notamment les spécialités de recours, l'organisation sera à concevoir en inter GHT voire à l'échelle régionale. La première phase du travail consistera à prendre connaissance du schéma existant et à traiter les informations recueillies lors des deux enquêtes réalisées sur le fonctionnement de la PDSSES dans l'ex-région Rhône-Alpes (2014 et 2015). Des compléments d'information ciblés pourront éventuellement être sollicités par le consultant désigné. Cette étape doit permettre d'élaborer un diagnostic actualisé de la mise en œuvre du schéma de PDSSES par territoire et d'identifier les gardes et astreintes peu ou pas mobilisées.

La deuxième phase visera à établir sur 3 GHT choisis préalablement (en concertation avec le comité de pilotage) des principes généraux de l'organisation de la PDSSES en Auvergne-Rhône-Alpes, adaptés le cas échéant aux spécificités des territoires des GHT concernés.

Après validation par le comité de pilotage des principes d'organisation de la PDSSES, la troisième phase doit enfin permettre une déclinaison sur les 12 autres territoires de GHT de la région, d'un schéma de PDSSES conforme aux principes retenus.

*Source : rapport d'activité régional de l'ARS Auvergne Rhône Alpes*

## 2. Une meilleure répartition géographique des professionnels de santé : les exercices regroupés en centres de santé, en maisons de santé pluri-professionnelles et en pôle de santé

Pour la première fois, fin 2016, un ralentissement de la courbe de croissance des maisons de santé pluri-pro-

fessionnelles (MSP) était enregistré. Alors qu'en 2015 une augmentation de 200 MSP en fonctionnement était comptabilisée par rapport à fin 2014, en 2016 seule une centaine de maisons se sont ouvertes pour avoisiner près de 900 MSP en fonctionnement et plus de 300 maisons en projet.

A côté des maisons de santé on compte plus de 1900 centres de santé en fonctionnement et une centaine de projets, dont plus de 470 pluri-professionnels ce qui représente un total de 1370 Structures d'Exercice Coordonnées (SEC) en fonctionnement. Comme le montrent les tableaux ci-dessous, le soutien des ARS au regard des SEC est en progression alors même que les dépenses de fonctionnement relatives à la rémunération d'équipe (qui constituait initialement un poste important du financement sur le FIR) font désormais l'objet de financements pérennes par l'assurance maladie (au travers du règlement arbitral<sup>14</sup> pour les MSP et de l'accord national pour les centres de santé). Les tableaux ci-après, basés sur les rapports régionaux des ARS, détaillent les montants des aides via le FIR, par type de structure, pour le premier, et proposent une comparaison des financements via le FIR depuis 2013, pour le second.

Tab I : Montant des aides via le FIR par type de structure :

	MSP				Centres de santé		Autres action
	MSP mono sites		MSP multi sites		en projet	ouverts	
	en projet	ouvertes	en projet	ouvertes			
Nb de structures	85	142	20	54	6	50	16
Nb total de structures	227		74		56		
Nb de SEC et autres actions	357						
Montants versés	1 179 773,13 €	4 005 507,64 €	195 538 €	1 296 267,44 €	128 715 €	1 519 127 €	
Sous total	5 185 280 €		1 575 738 €		1 647 842 €		
Montant total	6 761 019 €				1 647 842 €		
Montant total	8 408 861 €						1 193 008,00 €
Montant total	9 601 869 €						

Source : rapports d'activité des ARS

<sup>14</sup> Le règlement arbitral a été modifié par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017 et qui sera mis en œuvre début 2018

**Tab II : Montant comparatif des financements via le FIR depuis 2013**

	Nombre de SEC financées	Montants accordés aux SEC (en euros)	Montants accordés pour les autres actions (en euros)	Total (en euros)
<b>2013</b>	262	7 868 111 (30 855€/ site)	1 224 283	9 092 394
<b>2014</b>	354	10 926 773 (30 866€ / site)	2 277 694	13 143 466
<b>2015</b>	302	7 151 579 (23 680 € /site)	2 987 783	10 139 362
<b>2016</b>	357	8 408 866 (23 554€ / site)	1 193 008	9 601 869
<b>Evolution entre 2015 et 2016</b>	+ 17%	+ 17,6 %	- 60 %	- 5,3 %

Source : rapports d'activité des ARS

Le montant versé via le FIR en faveur de l'exercice coordonné, et notamment les SEC, demeure substantiel et a augmenté de 17,6 % par rapport à 2015.

Il convient de noter que, par rapport à 2015 :

- le nombre de SEC financées a augmenté de 17,2% (357 contre 302 en 2015). Non seulement le nombre des MSP financées a augmenté (301 contre 264, soit 14% de plus) mais encore on constate une nette augmentation, cette année, de nouveau, du nombre de centres de santé financés. On compte ainsi 56 centres financés (au lieu de 38 en 2015, soit une augmentation de plus de 47%) répartis sur 8 régions<sup>15</sup> ; il y a lieu de noter qu'à elle seule, l'ARS Ile de France a soutenu financièrement 39 centres, tous pluri-professionnels, comptant, pour 34 d'entre eux un médecin généraliste. Parmi les 5 centres pour lesquels la présence d'un médecin généraliste n'est pas mentionnée, 2 sont en projet.

- le soutien financier demeure cependant massivement accordé en faveur des MSP avec 6,8 M€ (soit plus de 80 % du montant total versé aux SEC), ce montant représentant près de quatre fois celui octroyé aux centres de santé ;
- la moyenne des montants versés par SEC est comparable à celle de 2015 ; en revanche pour les seuls centres de santé, alors que cette moyenne avait déjà chuté de 81 786 € par centre en 2014<sup>16</sup> à 42 023 € en 2015, elle tombe en 2016 à 29 425 € par centre ;
- les montants versés en faveur des « autres actions » (1,2 M€) représentent 12,4 % du montant total des sommes versées au titre de l'exercice coordonné regroupé. On observe une diminution de 60 % du montant versé en 2016 par rapport à 2015 (3 M€). Cette baisse s'explique par la réduction du périmètre d'actions que recouvre ce poste. En 2015, il englobait

non seulement les fédérations régionales (financement de fonctionnement, de missions, de formation de « facilitateurs »...) et les autres intervenants tiers, mais également les organisations précurseurs des plateformes territoriales d'appui et autres dispositifs d'appui aux parcours. Désormais les données relatives à ces dispositifs sont exploitées au titre de la mission 2 du présent rapport.

En résumé il convient de retenir que malgré la pérennisation des financements accordés au titre de la rémunération d'équipe via le règlement arbitral et l'accord national, les ARS continuent d'apporter un soutien substantiel aux structures d'exercice coordonné.

Par ailleurs, le soutien des centres de santé continue sa progression qui demeure toutefois très en deçà de ce à quoi on pourrait s'attendre compte tenu des engagements n° 12 du pacte territoire santé sur le renforcement de la place des centres dans l'offre de soins.

L'examen du tableau III ci-après montre qu'en 2016, sur les 8,4 M€ accordés aux SEC, 3,7 M€ (44%) sont destinés à des projets implantés dans des zones prioritaires du SROS. Pour rappel, en 2015, la proportion était de 43%. Il convient cependant de rappeler qu'en 2014, cette proportion s'élevait à près de 60 %.

<sup>15</sup> 7 centres financés répartis sur 4 régions, en 2013, 27 répartis sur 9 régions en 2014 et 38 répartis sur 11 régions en 2015.

<sup>16</sup> Il faut préciser qu'en 2014, 58% du montant financé en faveur des centres de santé avaient attribué à 3 d'entre eux.

**Tab III : implantation géographiques des SEC soutenues financièrement**

Type de structures	MSP				Centres de santé	
	MSP monosites		MSP Multisites		en projet	ouverts
	en projet	ouvertes	en projet	ouvertes		
Nb de structures implantées en zone prioritaires du SROS	43	55	9	32	1	21
	<b>98</b>		<b>41</b>		<b>22</b>	
	<b>161</b>					
Financement versé	468 489,39 €	1 735 583,14 €	66 339 €	877 409 €	4 465 €	557 111 €
	2 204 072,53 €		943 748 €		561 576 €	
	<b>3 147 820,53 €</b>				561 576 €	
	<b>3 709 396,53 €</b>					

Source : rapports d'activité des ARS

Sur les 161 structures en zone prioritaire (46% des SEC financées), la majorité est en zone rurale (99, soit près de 61%) et 62 sont en zone urbaine. En 2014, parmi les SEC en zone prioritaires la proportion de SEC en zone rurale dépassait les 75 % et en 2015 cette proportion était ramenée à 70%.

En toute hypothèse, la tendance, déjà constatée sur les données de 2015, d'une évolution de la stratégie des ARS sur l'implantation des SEC se confirme. Si de nombreuses ARS privilégient les SEC en zone prioritaire, beaucoup d'autres considèrent que les SEC méritent d'être soutenues, quel que soit leur lieu d'implantation. En termes d'attractivité pour les professionnels (rupture de l'isolement professionnel, intérêt du travail en équipe, rythme de travail plus facilement modulable,...), il est important que ces structures justifient un soutien particulier en zone fragile.

#### Les financements des structures en projet

Les financements attribués au titre des études de faisabilité, aussi bien pour les MSP que les centres de santé, sont relativement faibles : 458 174 € au total soit 5,4% des aides totales attribuées aux SEC.

Pour ce qui concerne l'aide au démarrage, deux ARS (Grand-Est et Nouvelle-Aquitaine) allouent des financements de coordination à des structures en projet. Il s'agit notamment de valoriser le travail de coordination réalisé par les futurs membres des MSP pour établir des protocoles.

#### Les financements des structures ouvertes

Comme pour les années passées, on observe que la plus grande partie des financements est versée aux structures d'exercice coordonné (87,6 %), le solde étant versés aux « autres actions » (cf. infra). Parmi les SEC, les financements sont attribués, prioritairement aux structures en fonctionnement : c'est vrai pour les MSP (77,2 %) et davantage encore pour les centres de santé (92, 2 %).

Au regard du financement des SEC, l'aide aux MSP ouvertes est substantiel : 5,3 M€ sur un montant total de financement aux MSP de 6,8 M€, soit 79%. Ce montant finance de façon importante de la coordination et du système d'information (cf. tableau ci-dessous).

Il convient de relever les subventions de fonctionnement déclarées par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté qui, à ce titre aide trois centres de santé pour près de 214 000 € ainsi que deux MSP pour 180 000 €. Si la fragilité financière des centres de santé n'est pas une donnée nouvelle, celle des MSP est plus surprenante : jusqu'à ce jour, un seul autre cas était connu.

Pour une lecture appropriée du tableau IV ci-dessous, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

- l'aide au démarrage s'entend du financement de tout accompagnement se situant de l'étude de faisabilité jusqu'au démarrage de la structure inclus (ingénierie, élaboration du projet de santé, ...)
- l'aide à la coordination couvre aussi bien la formation de coordinateur, que le financement de sa rémunération ; il peut s'agir également de la coordination des acteurs pour établir des protocoles avant même l'ouverture de la structure.
- Les prestations d'accompagnement s'entendent, notamment, de la mise en œuvre du projet de santé, du soutien à la mise en place de la société interprofessionnelle de soins ambulatoire -SISA- (les MSP qui souhaitent bénéficier de la rémunération d'équipe doivent se constituer en SISA).

Tab IV : objet des financements alloués au titre du FIR en 2016

	Objet du financement	MSP		Centres de santé		Total		
		Nb de MSP	Montant versé	Nb de CdS	Montant versé	Nb	Montant versé	
Etude de faisabilité ou opportunité (EFO)	Sous-total EFO	47	423 709 €	3	34 465 €	50	458 174 €	
	Objet du financement	MSP		Centres de santé		Total		
		Nb de MSP	Montant versé	Nb de CdS	Montant versé	Nb	Montant versé	
Aide au démarrage (AAD)	Sous-total AAD	62	1 023 895,63 €	8	447 094 €	70	1 470 989,63 €	
Aide au fonctionnement (AAF)	AAF : Accompagnement et SI	3	76 120 €			3	76 120 €	
	AAF : Coordination	33	900 517 €	1	76 200 €	34	976 717 €	
	AAF : Coordination et personnel administratif	5	128 900 €			5	128 900 €	
	AAF : Coordination et SI	13	333 688 €			13	333 688 €	
	AAF : Equipement SI et autre équipement	70	2 759 678 €	2	54 300 €	72	2 813 978 €	
	AAF : Equipement hors SI	12	182 273 €	1	25 000 €	13	207 273 €	
	AAF : ETP	5	97 174 €			5	97 174 €	
	AAF : Prestation d'accompagnement	5	50 381 €	1	18 757 €	6	69 138 €	
	AAF : Projet innovant	4	1 000 €			4	1 000 €	
	AAF : SI	31	486 986 €	27	378 689 €	58	865 675 €	
	AAF Subvention de fonctionnement	2	180 000 €	3	213 915 €	5	393 915 €	
	AAF : Autre	9	116 698 €	10	399 422 €	19	516 120 €	
		<b>Sous total AAF</b>	<b>192</b>	<b>5 313 415 €</b>	<b>45</b>	<b>1 166 283 €</b>	<b>237</b>	<b>6 479 698 €</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>6 761 019 €</b>	<b>56</b>	<b>1 647 842 €</b>	<b>357</b>	<b>8 408 861 €</b>

Source : rapports d'activité des ARS

Comme déjà en 2015, nombreuses sont les ARS qui indiquent accompagner les structures afin de les aider à obtenir les critères socles permettant d'adhérer à l'accord national ou au règlement arbitral.

Ainsi, 123 SEC bénéficient de rémunérations spécifiques, versées par l'assurance maladie (dont l'objet est de financer la coordination) au titre du règlement arbitral (82 MSP) et de l'accord national (41 centres de santé). Sur l'ensemble de ces structures, 9 MSP et un centre de santé bénéficient en outre d'une aide à la coordination par leur ARS via le FIR (Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Occitanie) pour un montant total de 0,301 M€.

Les ARS s'efforcent d'accompagner les structures non seulement en leur versant directement des aides financières comme indiqué plus haut mais également en sollicitant l'intervention de différents acteurs de terrain (délégations territoriales, fédérations régionales - ou groupement régional des centres de santé – URPS, conseil régional, MSA...) qui, selon les circonstances, fera ou non l'objet d'un financement via le FIR (1,2 M€ versés à ce titre en 2016). A cet égard on note l'intervention des fédérations régionales, sollicitées pour des actions très diverses allant de la communication (forum / journées régionales) à l'intervention de facilitateurs en passant par leur formation.

Les ARS continuent d'utiliser des cahiers des charges régionaux ainsi que des outils (processus d'accompagnement, grille de suivi...) favorisant le partage de modalités de travail communes et concertées entre accompagnants.

# Mission 4

## Efficiences des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2016 concernent en premier lieu l'accompagnement et l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales :

- Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements<sup>17</sup> ;
- Des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires ;
- Des actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets ;
- Des actions en faveur de l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales.;

Les orientations pour 2016 invitaient par ailleurs les agences régionales de santé à mettre en œuvre des actions déclinant les priorités nationales suivantes :

- l'appui aux démarches de fiabilisation et certification des comptes, notamment pour les établissements dont les comptes seront certifiés ;
- l'accompagnement au déploiement de la comptabilité analytique dans les établissements de santé ;
- le soutien au déploiement du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) ;
- la généralisation du projet de Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES) relatif à la facturation directe des établissements de santé auprès des CPAM ;
- le déploiement de l'Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Etablissements de santé – Législation – Indicateurs - Environnement (OPHELIE) ;
- la dématérialisation de la chaîne d'achat et de dépense.

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2016 concernent par ailleurs les dispositifs en faveur des personnels des structures sanitaires et médico-sociales suivants :

- Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ayant préalablement fait l'objet d'un diagnostic de situation réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ainsi que d'un accord négocié entre les responsables des structures et les organisations syndicales représentatives ;
- Les actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences (GPMEC) ;
- Aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des structures engagées dans des opérations de modernisation et de restructuration. La liste et les conditions de versement de ces mesures sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- Des actions en faveur de l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures sanitaires et médico-sociales.

En 2016, 1 120 093 753 € de dépenses ont été comptabilisées au titre de cette mission.



<sup>17</sup> Celles-ci peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans les conditions et dans la limite d'un montant fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget, des personnes âgées et des personnes handicapées

Le tableau ci-dessous présente les détails des dépenses relatives à cette mission :

Mission n°4		Crédits comptabilisés (en €)		
		2014	2015	2016
1.1	Dont conseil, pilotage et accompagnement à la performance hospitalière	8 129 908	15 220 000	<b>17 471 205</b>
1.2	Dont modernisation, adaptation et restructuration des ETS de santé (ou leurs groupements)	1 028 213 806	1 026 103 085	<b>1 017 975 429</b>
2	Dont actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région (système d'information, achats, accompagnement de la modernisation et des restructurations, ingénierie de projets)	17 295 105	18 541 068	<b>23 593 473</b>
3.1	Dont travaux locaux d'amélioration des conditions de travail (diagnostic préalable de situation réalisé par le CHSCT + accord négocié entre les responsables des structures et les organisations syndicales) représentatives)	1 460 111	3 844 266	<b>6 858 353</b>
3.2	Dont actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences	2 152 525	3 006 210	<b>1 752 237</b>
3.3	Dont aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des structures engagées dans des opérations de modernisation et de restructuration	15 773 734	18 790 709	<b>28 217 444</b>
4.1	Dont efficience des structures médico-sociales, opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration	0	1 048 032	<b>7 575 176</b>
4.2	Dont amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales	0	1 236 407	<b>3 027 578</b>
	Autres mission 4	75 121 901	100 385 496	<b>13 622 859</b>
Total (en €)		1 146 915 329	1 188 175 273	<b>1 120 093 753</b>

Si en 2016 la mission 4 reste le premier poste de dépenses au sein du FIR, le montant des crédits consacrés à cette mission est en diminution (-2,3% depuis 2014). Cette baisse est essentiellement imputable à la diminution du poste « modernisation, adaptation et restructuration des établissements de santé (ou leurs groupements) », et aux aides à l'investissement à destination des structures sanitaires et cela malgré la croissance des dépenses portant sur les autres postes de dépenses et notamment en faveur des structures médico-sociales.

# 1. L'accompagnement et l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales

En 2016, 17,5 M€ ont été consacrés aux dispositifs visant à améliorer la performance interne des établissements de santé. Ces crédits ont été répartis entre les actions de déploiement des programmes nationaux (6,5 M€ dont le programme PHARE pour 3,9 M€) et les frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de projets autres que les programmes nationaux (11 M€). A titre d'exemple, il convient de citer l'audit performance au CH de Chinon et l'audit fonctionnement des urgences au CH de Châteauroux pour l'ARS Centre Val de Loire.

## **Illustration d'action régionale : renforcement du soutien régional à la démographie médicale hospitalière : le dispositif des assistants spécialistes régionaux dans la région Normandie**

Dans le cadre de sa politique de soutien à la démographie médicale, l'agence régionale de santé contribue au financement de postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR). Les postes d'ASR sont proposés à de jeunes docteurs en médecine qui ont le plus souvent effectué leur internat dans la région. Le statut d'ASR permet au professionnel, sur une durée de 2 ans, d'une part de compléter sa formation pour acquérir des compétences supplémentaires et d'autre part de renforcer les équipes médicales des établissements. Dans cet esprit, les ASR partagent leur temps entre un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier. Le fonds d'intervention régional a été mobilisé en 2016 à hauteur de 3,19 M€ pour participer au financement de 76 postes d'ASR. Ce dispositif vient compléter l'offre de post-internat existante (chefs de clinique, assistants spécialistes de CHU, ...) et permet de fidéliser les jeunes médecins en région. Les enquêtes menées ont permis de montrer que plus de 75 % des ASR restent en région Normandie à l'issue de leurs deux années, permettant ainsi de renforcer l'offre de soins de la région.

Le dispositif sera reconduit en 2017, en lien étroit entre l'ARS, les 2 CHU et les 2 facultés de médecine.

Source : Rapport d'activité régional de l'ARS Normandie

## **Financement d'une plateforme unique SAMU-ASSU-SDIS dans la région Grand Est**

Ce dispositif déployé pour 57K€ par l'ARS Grand Est vise à intégrer l'ensemble des acteurs afin de favoriser la rapidité de prise en charge des secours d'urgence et d'assurer une régulation médicale efficace et adaptée et de qualité pour tous les appels reçus.

Source : Rapport d'activité régional de l'ARS Grand Est

Les actions de modernisation et de restructuration, de maintien de l'activité déficitaire, d'amélioration de l'offre et aides à l'investissement hors plans nationaux ont mobilisé 1,011 Md€. Ce montant se divise principalement entre le financement des investissements hors plans nationaux (541 M€) et les aides à la contractualisation (152 M€ dont 136 M€ délégués pour le retour à l'équilibre financier). Ces aides permettent également de financer d'autres dispositifs, comme en Martinique, où le CHU a bénéficié de 7,6 M€ destinés à soutenir un certain nombre d'activité du SROS (drépanocytose, périnatalité, urgences, chirurgie, dialyse, cancérologie).

Les actions visant à améliorer l'offre ont mobilisé 92 M€ (9% des crédits). A titre d'illustration, l'ARS Ile-de-France a délégué 9 M€ pour garantir, notamment, la pérennité de l'unité de coordination onco-gériatrique de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou financer des mesures de soutien à la démographie des professionnels de santé.

Les actions permettant la mutualisation des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projet ont fait l'objet de financement par le FIR à hauteur de 23,6 M€. Près de 40% des financements sont dédiés au fonctionnement des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) e-Santé, dont les missions sont définies dans le cadre de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signés avec les ARS. En complément de ces financements en fonctionnement, 15 % des financements ont porté sur des travaux liés à la conception et l'évolution de stratégie régionale d'e-santé (l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)) et à la mutualisation d'outils et d'infrastructures entre les GCS e-Santé des « régions fusionnées » dans le cadre de la réforme territoriale.

### Illustration d'action régionale : le soutien au déploiement du projet PANORAMA

Dans le cadre des projets dits de « PACS (Picture Archiving and Communication System) régionaux » qui visent à déployer des solutions mutualisées au service des établissements de santé (ES) et des centres d'imagerie médicale privés (CIMP), et faciliter ainsi l'échange et le partage de dossiers d'imagerie médicale, la région Océan Indien a été retenue par la DGOS pour son projet PANORAMA. Il vise à répondre aux besoins liés à l'activité d'imagerie médicale dans la région, en proposant les services qui couvriront les attentes prioritaires :

- Echange et partage de dossiers d'imagerie médicale ;
- Stockage et archivage de données dans le but de constituer une base données unique et facilement exploitable ;
- Réduire le nombre d'examens redondants, notamment ceux qui exposent les patients à une irradiation.

L'année 2016 a permis de mener l'étude de faisabilité et d'opportunité et de lancer la procédure concurrentielle pour l'acquisition des solutions prévue en 2017.

Source : rapport d'activité régional de l'ARS Océan Indien

### L'efficacité des structures dans le champ médico-social

En 2016, plus de 7,6 M€ ont été alloués à l'efficacité des structures médico-sociales dans le cadre du FIR, soit plus de 7 fois le montant 2015. Toutefois, l'importance de cette augmentation doit être nuancée par l'hétérogénéité des enregistrements, constatée en confrontant les rapports régionaux du FIR et les données comptables.

Les crédits mobilisés viennent le plus souvent en complément des Crédits médico-sociaux Non Reconductibles (CNR) ou des crédits du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI), pour participer aux travaux de construction ou de rénovation des établissements.

Ces crédits ont aussi été mobilisés pour associer le secteur médico-social au projet de convention culture / santé en Bourgogne-Franche-Comté ; ou pour participer au financement de 10 actions d'audit de performance en Pays-de-la-Loire.

<sup>18</sup> Source : rapports régionaux des ARS

## 2. Les actions en faveur des personnels des structures sanitaires et médico-sociales

### Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

En 2016, les ARS ont consommé 7 M€<sup>18</sup> au titre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Les actions financées portaient sur la prévention des risques psychosociaux (RPS), la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS), la sécurité au travail, les processus expérimentaux d'organisation du travail, l'accompagnement et le soutien des mobilités professionnelles. La réforme territoriale n'a pas eu de conséquences négatives sur les CLACT. Au contraire, une augmentation des dépenses FIR est constatée entre 2015 et 2016. Ainsi, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes a mis l'accent en 2016 sur des mesures organisationnelles innovantes telles que la gestion des remplacements à l'échelle multi-établissements par des plateformes web ou des projets de « synchronisation » des temps médicaux et non médicaux.

Parmi les ARS ayant financé des CLACT, il ressort que 86% des contrats présentés sont agréés, parmi lesquels 94% sont des contrats pluriannuels. 24 % des contrats agréés concernent des établissements publics de plus de 300 agents, 34% des établissements publics de moins de 300 agents, 28% les établissements privés non lucratifs et 12% des établissements privés lucratifs. Les projets concernant un groupe d'établissements mixtes sont passés de 0,4% en 2015 à 1,9% en 2016 ce qui illustre le développement des coopérations public-privé. Les établissements publics de moins de 300 agents sont désormais ceux dans lesquels l'ensemble des thèmes est le plus appréhendé contrairement à ce qui avait été constaté au sein du rapport 2015.

### Illustration des CLACT en régions

L'ARS Grand Est a souhaité accompagner les établissements dans l'amélioration des conditions de travail. Un appel à candidatures CLACT a été lancé à destination de l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, publics, privés et privés non lucratifs. L'ARS a fait le choix en 2016 de ne pas cibler l'appel à projet sur une thématique particulière. Dans ses choix d'attribution, l'ARS a priorisé les dossiers avec une dimension forte d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT). L'ARS Grand Est fait le constat d'une augmentation du nombre de projets déposés, tous secteurs confondus, et tous lieux d'implantation géographiques. Les refus ont principalement porté sur la création de salles de gym, de massages et de détente. Tous les contrats sont pluriannuels afin de laisser le temps aux porteurs de projets de mettre en œuvre l'action.

L'ARS PACA intervient pour améliorer le quotidien des personnels soignants en finançant les actions suivantes :

- La prise en charge de la prévention des TMS, avec l'acquisition de matériel adapté tel que des rails plafonniers, des lits à hauteur variable, des lève-malades, et des formations aux postures ;
- Le financement d'action de prévention des RPS (audits, groupes de paroles, formations...)
- Une aide et soutien aux établissements sur la prévention des violences hospitalières (sécurisation des entrées et des parkings, agents de sécurité, vidéosurveillance).

Les ARS lancent des appels à projets qui permettent de sélectionner des établissements qui pourront, à priori, bénéficier des actions financées. A titre d'exemple, l'ARS Pays-de-la-Loire a concerté avec le groupe ressources humaines en établissements du Comité Régional de Concertation pour les Ressources Humaines (CRRH) pour instituer un lieu de dialogue social dans le but d'établir un focus sur les actions mutualisées entre établissements et les actions relevant de la prévention des TMS et de la prévention des RPS.

Source : rapport d'activité régional des ARS

Devant le succès de cet appel à candidatures, de l'intérêt porté par les acteurs locaux à la démarche, et des retours positifs tant de la part des établissements que des ARS engagées, une enveloppe de 2 M€ a été réservée pour lancer un nouvel appel à candidatures sur l'année 2017 ainsi que l'évaluation et la capitalisation sur les expérimentations 2016 pour permettre aux établissements et aux ARS de s'autonomiser dans la démarche.

### La Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

La GPMC participe à la performance des établissements dans la gestion de sa masse salariale, de l'évaluation de ces postes et de l'accompagnement individuel et collectif des personnels.

En 2016, les ARS ont consommé 1,7 M€ en matière de GPMC. De manière générale, les ARS disposent déjà de cartographies recensant les données précises sur les personnels leur permettant d'identifier les métiers en tension, de mesurer les besoins en recrutement et de mettre en adéquation les quotas et capacités des instituts de formation dont elles ont la supervision. De ce fait, certaines ARS ont demandé une réactualisation des cartographies métiers par établissement, à l'instar des ARS Pays de Loire et Bourgogne-Franche-Comté.

La moitié des ARS a mis en œuvre des actions en matière de GPMC.

L'ARS Auvergne Rhône-Alpes met en exergue que les établissements n'expriment pas toujours de besoins en matière de démarches GPMC et ceci malgré les propositions de l'ARS auprès d'établissements en difficulté financière. Elle indique également que la principale démarche ne relève pas spécifiquement de la GPMC mais d'un domaine plus ciblé, celui de la gestion des situations d'inaptitude pour laquelle l'ARS et l'ANFH se sont associées en 2016.

Les établissements de la région Grand Est rencontrent des difficultés de recrutements et d'attractivité. La démographie médicale y est un enjeu important. L'ARS a cofinancé en 2016 les journées d'accueil des internes, des stagiaires et des directeurs. Ces journées ont permis de donner envie à des internes d'effectuer leur stage sur les sites qui ont habituellement peu de succès. L'ARS a également soutenu la création d'un poste d'Assistant Universitaire de Médecine Générale (AUMG) au sein de la faculté de médecine de Reims. Ce poste créé a permis de renforcer la médecine générale à la faculté de Reims. Enfin, l'ARS Grand Est souligne que les établissements sociaux et médico-sociaux rencontrent plus de difficultés que les établissements sanitaires pour mettre en œuvre la GPMC en raison d'un manque de moyens.

L'ARS Ile-de-France fait savoir qu'elle a consommé des crédits FIR afin de disposer d'une cartographie régionale contenant des données précises sur les personnels et qu'elle souhaite faire des liens entre cette cartographie régionale et une GPMC régionale dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

### La démarche « CLUSTERS sociaux QVT »

Fin 2015, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) ont lancé un appel à candidatures pour expérimenter, au sein de groupes de 5 à 8 établissements de soins (clusters), une approche de leurs projets qui inclut une démarche portant sur l'amélioration de la « qualité de vie au travail » (QVT) en lien avec la qualité des soins. Cette expérimentation prend appui sur le réseau des Associations Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) qui accompagnent méthodologiquement les établissements, sur les ARS qui impulsent les grandes orientations de la politique régionale, et sur un co-pilotage régional porté par les ARS avec les ARACT.

L'appel à projets était doté d'1 M€. 12 projets, proposés par 11 régions et incluant la participation de 79 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, du secteur public comme du secteur privé, ont été sélectionnés. Plusieurs thèmes ont ainsi pu être investigués en incluant une démarche QVT. C'est par exemple le cas de la mutualisation de la fonction achat au sein d'un GHT (Martinique), la qualité de vie au travail dans l'hospitalisation à domicile (Occitanie), les organisations innovantes dans le cadre du virage ambulatoire (Normandie), le traitement des violences au travail et la mise en place d'espaces de discussion dédiées (Centre-Val de Loire), la qualité des soins en lien avec la bientraitance et la qualité de vie au travail (Nouvelle Aquitaine), le parcours patients dans la filière gériatrique (Auvergne-Rhône-Alpes).

Enfin, l'ARS PACA a développé quatre axes de déploiement quant à la démarche GPMC :

- Elaboration d'une cartographie régionale des métiers des établissements;
- Etude sur l'amélioration du dispositif de prise en charge régionale des études promotionnelles;
- Etude sur les métiers sensibles et émergents en région PACA ;
- Accompagnement des établissements à la mise en place de la GPMC (via le logiciel GESFORM).

### **Les autres dispositifs d'accompagnement RH**

Le FIR permet l'attribution d'aides individuelles dans le cadre de restructuration, telles que les indemnités exceptionnelles de mobilité (IEM), les indemnités de départ volontaire (IDV), le dispositif de remboursement du différentiel de rémunération, les conversions professionnelles et la mise en place d'une cellule locale d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO).

Ces indemnités sont des leviers importants d'accompagnement des établissements dans leur politique salariale, notamment pour appuyer des projets de réorganisation de l'offre de soins sanitaire et médico-social.

Concernant les aides individuelles, 14 ARS ont financé 21,4 M€ en 2016. 50% des financements portent sur les indemnités de départ volontaire, 16% sur actions de reconversion professionnelle, 4 % sur les aides à la mobilité, 0,22% sur les remboursements de différentiel de rémunération. Les CLASMO, qui ne concernent que 8 ARS, représentent 1,4 M€, soit 5% des financements alloués. Les indemnités de départ volontaire (13,9 M€), les actions de reconversion professionnelle (4,8 M €) et les CLASMO (1,4 M€) sont les principales dépenses.

### **L'amélioration des conditions de travail dans les structures médico-sociales**

Le montant des crédits mobilisés en faveur des conditions de travail pour le secteur médico-social a été multiplié par 2,5 en 2016, puisqu'il est passé de 1,2 M€ de dépenses en 2015 à 3,03 M€ en 2016. Le nombre d'ARS ayant comptabilisé des opérations pour cette action est passé de 8 à 12.

L'essentiel des actions s'est concentré sur des appels à projet portant sur l'amélioration des conditions de travail dans les ESMS (EHPAD ou EHPA), ainsi que sur l'intégration d'établissements médico-sociaux par certaines ARS participantes, au projet national d'un cluster d'établissements relatifs à la qualité de vie au travail, CLACT et AAP / cluster QVT.

### **Illustration régionale : développement d'un plan d'action en matière de ressources humaines dans le secteur médico-social (2014-2018) par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes**

Elaboré en partenariat avec le conseil régional, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du travail et de l'Emploi (DIRECCTE), ce plan a vocation à structurer une démarche d'accompagnement des ESMS avec l'objectif de mobiliser les acteurs autour de la question des ressources humaines. Il permet l'activation de leviers de performance pour l'amélioration des pratiques de gestion, de management et de coopération entre les ESMS. Pour ce faire, le plan d'actions repose sur quatre axes stratégiques, eux-mêmes déclinés en objectifs et actions. 25 actions et 17 livrables sont planifiés. La mise en œuvre de ce plan mobilise de nombreux acteurs.

Source : rapport d'activité de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

# Mission 5

## Développement de la démocratie sanitaire

Les actions financées sur cette mission visent à renforcer l'exercice de la démocratie sanitaire dans le cadre notamment des thématiques suivantes :

- La formation des représentants des usagers ;

- Le processus de recueil de l'expression des attentes et besoins de tous les acteurs de santé, et en particulier des usagers et des citoyens.

### Crédits alloués par les ARS

#### Consommation des crédits FIR au titre de la mission 5

Développement de la démocratie sanitaire	Crédits comptabilisés 2015 (Balance comptable CNAMTS)	Crédits comptabilisés 2016 (Etat financiers FIR)
Grand Est	353 974	144 051
Nouvelle Aquitaine	501 264	361 745
Auvergne - Rhône Alpes	282 384	287 767
Bourgogne - Franche Comté	255 495	405 611
Bretagne	170 554	179 712
Centre Val de Loire	93 000	92 702
Corse	61 268	44 974
Ile de France	390 165	419 023
Occitanie	277 828	97 713
Haut de France	333 139	155 039
Normandie	203 871	162 204
Pays de la Loire	195 927	109 265
PACA	326 393	326 560
Guadeloupe	60 025	52 170
Guyane	19 625	51 976
Martinique	52 596	60 613
Océan Indien	58 250	75 900
TOTAL	3 635 758	3 027 024

Le montant des dépenses consacrées par les ARS à la démocratie sanitaire s'élève à 3 M€ en 2016 en baisse de 17% par rapport à l'année 2015 (3,6M€).

Cette baisse peut s'expliquer par les raisons suivantes :

- la réforme territoriale : l'année 2016 doit être considérée comme une année de transition en matière d'actions de démocratie sanitaire pour certaines régions. En effet, la création des nouvelles grandes régions a nécessité la recomposition des instances de démocra-

tie sanitaire (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie...),

- le montant de subventionnement en hausse alloué au CISS national en 2016 (2,8M€ dont 0,9M€ de subventionnement de la CNAMTS) : cette augmentation de subventionnement a permis au CISS national d'organiser un nombre plus important de formations en régions.

## Stratégie spécifique à cette mission et à ses dispositifs :

Pour la plupart, les ARS orientent leurs actions en matière de démocratie sanitaire dans une dynamique de co-construction avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et parfois de partenariat avec les CISS régionaux.

Les ARS recourent à un appel à projet qui porte sur les thématiques suivantes :

- assurer la formation des représentants des usagers,

- définir les modalités de la mobilisation du public sur les thématiques sanitaires et médico-sociales (débat publics),

- assurer le recueil de la parole de l'utilisateur.

## Critères et modalités d'allocations des crédits alloués à cette mission et à ses dispositifs :

Dans le processus de décision, la plupart des ARS prennent l'avis de la commission permanente de la CRSA.

## Bilan quantitatif et qualitative des actions menées

### • Bilan quantitatif des actions de formation des représentants des usagers (RU)

Démocratie sanitaire: Actions de formation des RU	Nombre de formations financées en 2016 sur le FIR	dont organisées par le CISS régional <sup>(1)</sup>	dont organisées par le CISS national <sup>(1)</sup>	dont organisées par d'autres associations <sup>(1)</sup>	dont organisées par d'autres acteurs non associatifs <sup>(1)</sup>	Montant de la contribution financière de l'ARS (en €)	Nombre de RU formés	dont RU nouvellement formés
Auvergne - Rhône Alpes	32	22	0	10	0	51 000	420	NR
Bourgogne - Franche Comté	32	12	0	9	11	217 414	203	NR
Bretagne	4	4				7 490	61	28
Centre Val de Loire	10	5	5			92 702	211	NR
Corse	3	2		1			15	NR
Grand Est	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Hauts de France	17	17	11	2	0	121 638	288	NR
Ile de France	34	22		1	11	39 000	202	NR
Normandie	2	2				65 000	28	NR
Nouvelle Aquitaine	29	NR	NR	NR	NR	2 000	304	NR
Occitanie	NR	NR	NR	NR	NR	99 000	NR	NR
Pays de la Loire	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21	19			2	39 300	304	NR
Guadeloupe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Guyane	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Martinique	2	2				NR	NR	NR
Océan Indien	1	1				20 000	16	NR
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>108</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>754 544</b>	<b>2 052</b>	<b>28</b>

Source : rapports d'activité des ARS

<sup>(1)</sup> plusieurs réponses sont possibles pour une même formation, une formation peut-être organisée par plusieurs organismes.

• **Bilan quantitatif des actions de recueil des attentes et des besoins des acteurs de santé**

Démocratie sanitaire: Recueil de l'expression des attentes et des besoins des acteurs de santé	Nombre d'actions financées en 2016 sur le FIR	dont nombre de débats publics organisés	dont nombre d'enquêtes sur les besoins des usagers	dont nombre d'actions de soutien aux associations pour recueillir la parole des usagers	Montant de la contribution financière de l'ARS (en €)
Auvergne - Rhône Alpes	3	0	2	1	187 348
Bourgogne - Franche Comté	9	1	1	7	92 062
Bretagne	3	3			NR
Centre Val de Loire	0	0	0	0	0
Corse	4	0	0	4	NR
Grand Est	10	9			34 254
Hauts de France	6	2	1	1	33 402
Ile de France	11	3	1	1	380 023
Normandie	6	2		4	59 559
Nouvelle Aquitaine	2		1	1	175 611
Occitanie	NR	NR	NR	NR	10 000
Pays de la Loire	4	3	1		77 010
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	1		2	34 727
Guadeloupe	1		1		23 900
Guyane	1	1			NR
Martinique	5	1		4	42 240
Océan Indien	5		2	3	20 000
TOTAL	74	26	10	28	1 170 136

Source : rapports d'activité des ARS

Les actions relevant de ces deux thématiques participent au développement et au renforcement de l'exercice de la démocratie sanitaire au plus près des besoins des citoyens et permettent :

- de former des représentants des usagers qui ainsi peuvent jouer un rôle au sein des instances locales du système de santé (conférence de territoire, conseil de surveillance des centres hospitaliers,...) en portant la parole des usagers. Les formations de représentants des usagers sont organisées par le CISS national, les CISS régionaux pour leurs associations membres ou par d'autres associations en région ;
- de recueillir l'expression des attentes et besoins des usagers et des citoyens. Ce recueil de la parole des usagers se construit par la tenue de débats publics initiés par les instances régionales de démocratie sanitaire et par les associations d'usagers du système de

santé. Les thématiques des débats publics sont variées et portent sur des problèmes de santé connus et partagés par les citoyens notamment l'accès aux soins, le vieillissement...

**Illustration d'une action régionale de recueil des attentes des citoyens et de réponse aux besoins des usagers, par l'ARS Nouvelle-Aquitaine**

Le projet « Esprit des lois » est une action initiée en 2015 en Nouvelle Aquitaine : ce projet a pour objectif de constater les avancées concrètes de l'appropriation des droits

des usagers sur le terrain, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, 12 ans après le vote des lois sur la démocratie sanitaire et sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Ce projet a été co-construit avec les professionnels et les représentants des usagers. L'objectif visé est l'organisation d'un séminaire en octobre 2017 visant à interpeller les dirigeants d'établissements pour améliorer les pratiques professionnelles et le respect des droits des usagers.

- Une action innovante mise en œuvre dans la région

Un appel à projets « établissements promoteurs de démocratie sanitaire » a été lancé au dernier trimestre 2016. Il a pour objectif, au-delà du soutien financier apporté au porteur du projet, de permettre la connaissance d'expériences innovantes et de favoriser le partage d'expériences. Trente-sept établissements ont candidaté dans ce cadre, 14 établissements de santé et 23 établissements médico-sociaux. Dix départements sont concernés.

Le projet déposé dans le cadre de cet appel à projets « Etablissements promoteurs de démocratie en santé » par un groupe de jeunes de l'I.M.P. St-Joseph a été particulièrement apprécié.

Ces jeunes se sont lancés dans la création d'une association, l'association « Pierre de Lune ».

» Cette association a rejoint le réseau national des Juniors associations avec la particularité d'être la seule à fédérer des jeunes en situation de handicap.

L'association dispose des instances habituelles et gère un budget de façon participative en disposant de son propre compte bancaire. Ce projet a été distingué par la CRSA. Les jeunes ont été retenus pour recevoir le trophée démocratie en santé.



# — ANNEXES

# ANNEXE 1

## Sigles utilisés

### A

**AAP** : appel à projet

**AFDPHE** : association française dépistage prévention handicap enfant

**ALD** : affectation de longue durée

**ANACT** : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

**ANAP** : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

**ANFH** : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

**APHP** : assistance publique – hôpitaux de paris

**ARACT** : association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

**ARDPHE** : association régionale pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant

**ARS** : agence régionale de santé

**ATIH** : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**AVC** : accident vasculaire cérébral

### B

**BNA** : base de données nationale alzheimer

### C

**CDAG** : centre de dépistage anonyme gratuit

**CDS** : centre de santé

**CeGIDD** : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

**GSS** : caisse générale de sécurité sociale

**CHRU** : centre hospitalier régional universitaire

**CHT** : communauté hospitalière de territoire

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CIDDIST** : centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

**CISS** : collectif interassociatif sur la santé

**CLACT** : contrat local d'amélioration des conditions de travail

**CLASMO** : cellule locale d'accompagnement social à la modernisation

**CLIC** : centre local d'information et de coordination

**CLS** : contrat local de santé

**CME** : comité médicale d'établissement

**CMU-C** : couverture maladie universelle complémentaire

**CNAMTS** : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

**CNH** : conférence nationale du handicap

**CNIL** : commission nationale de l'informatique et des libertés

**CNP** : conseil national de pilotage

**CNR** : crédits médico-sociaux non reconductibles

**CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**COPERMO** : comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

**COREVIH** : comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH

**CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie

**CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CPP** : centre périnatal de proximité

**CPTS** : communautés professionnelles territoriales de santé

**CRCRH** : comité régional de concertation pour les ressources humaines

**CRH** : compte rendu d'hospitalisation

**CRSA** : conférence régionale de la santé et de l'autonomie

**CSP** : code de la santé publique

**CSS** : code de la sécurité sociale

**CTA** : coordination territoriale d'appui

# D

- DAF** : dotation annuelle de financement
- DAFC** : direction des affaires financières et comptables
- DCC** : dossier communicant de cancérologie
- DDAF** : direction déléguée au budget et affaires financières
- DGS** : direction générale de la santé
- DGOS** : direction générale de l'offre de soins
- DIRECCTE** : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- DLU** : dossier de liaison d'urgence
- DMP** : dossier médical personnel
- DOCCU** : dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- DOM** : département d'outre-mer
- DRAAF** : direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
- DREES** : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DRJSCS** : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- DSPAR** : direction de la stratégie et des parcours

# E

- EPHAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ELSA** : équipe de liaison et de soins en addictologie
- EMG** : équipe mobile de gériatrie
- EMSP** : équipe mobile de soins palliatifs
- ENRS** : espace numérique régional de santé
- EPRD** : état prévisionnel de recettes et de dépenses
- ERRSPP** : équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques
- ESAT** : établissement et service d'aide par le travail
- ESPIC** : établissement de santé privé d'intérêt collectif
- ETP** : éducation thérapeutique du patient

# F

- FEHAP** : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- FHF** : fédération hospitalière de France
- FHP** : fédération de l'hospitalisation privée
- FIDES** : facturation individuelle des établissements de santé
- FIR** : fonds d'intervention régional

# G

- GCS** : groupement de coopération sanitaire
- GEM** : groupe d'entraide mutuelle
- GHT** : groupement hospitalier de territoire
- GIP** : groupement d'intérêt public
- GPMC** : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

# H

- HAD** : hospitalisation à domicile
- HAS** : haute autorité de santé

# I

- IDV** : indemnité de départ volontaire
- IEM** : indemnité exceptionnelle de mobilité
- INCa** : institut national du cancer
- IST** : infection sexuellement transmissible

# L

- LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale

# M

**MAIA** : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

**MCO** : médecine chirurgie obstétrique

**MCS** : médecin correspondant du SAMU

**MDA** : maison des adolescents

**MDN** : maison de naissance

**MILDECA** : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

**MMG** : maison médicale de garde

**MSA** : mutualité sociale agricole

**MSP** : maison de santé pluriprofessionnelle

# O

**ONDAM** : objectif national de dépenses de l'assurance maladie

**OPHELIE** : outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé – législation – indicateurs – environnement

**ORL** : oto-rhino-laryngologie

# P

**PA** : personne âgée

**PAERPA** : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PAI** : plan d'aide à l'investissement

**PDS** : permanence des soins

**PDSA** : permanence des soins ambulatoires

**PDSSES** : permanences des soins des établissements de santé

**PH** : personne handicapée

**PHARE** : performance hospitalière pour des achats responsables

**PMI** : protection maternelle infantile

**PMND** : plan maladies neuro-dégénératives

**PNNS** : programme national nutrition santé

**PPS** : plan personnalisé de santé

**PRAPS** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

**PRE** : plan de retour à l'équilibre

**PRICE** : programme régional d'inspection contrôle

**PRS** : projet régional de santé

**PTA** : plateformes territoriales d'appui

**PTMG** : praticien territorial de médecine générale

# Q

**QVT** : qualité de vie au travail

# R

**RCP** : réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie

**ROR** : répertoire opérationnel des ressources

**RPS** : risque psychosocial

**RRC** : réseaux régionaux de cancérologie

# S

**SAMU** : service d'aide médicale urgente

**SDIS** : service départemental d'incendie et de secours

**SEC** : structure d'exercice coordonné

**SGMAS** : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

**SI** : système d'information

**SLD** : soins de longue durée

**SMUR** : service mobile d'urgence et de réanimation

**SPASAD** : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

**SROS** : schéma régional d'organisation des soins

**SRP** : schémas régionaux de la prévention

**SSR** : soins de suite et de réadaptation

**SU** : service d'urgence

# T

**TMS** : troubles musculo-squelettiques

**TSN** : territoire de soins numérique

# U

**UDS** : université de la démocratie sanitaire

**URPS** : union régionale des professionnels de santé

# V

**VSL** : véhicule sanitaire léger

# ANNEXE 2

## Dépenses FIR 2015-2016 par destination

### Mission n°1

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
<b>MI1-1</b>	<b>Actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques</b>	<b>33 177 525</b>	<b>37 539 760</b>
MI1-1-1	Actions relatives au pilotage de la santé publique	23 302 195	17 453 435
MI1-1-2	Actions de soutien et partenariat dont CLS	1 666 611	9 715 625
MI1-1-3	Actions de veille et de surveillance sanitaire	1 368 506	1 354 690
MI1-1-4	Evaluation, expertises, études et recherches	6 840 213	9 016 010
<b>MI1-2</b>	<b>Actions en matière de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients</b>	<b>245 168 140</b>	<b>240 811 358</b>
MI1-2-1	Dépistage néonatal de la surdité	834 726	1 736 007
MI1-2-10	Cancers : financement des autres activités	3 002 351	2 504 780
MI1-2-11	Prévention de pratiques addictives	15 724 329	17 485 174
MI1-2-12	Promotion de la santé mentale	12 142 636	12 968 576
MI1-2-13	Prévention des pathologies cardio-vasculaires	535 181	420 368
MI1-2-14	Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'ob�sitt�	8 833 273	9 979 297
MI1-2-15	Lutte contre l'ob�sitt�	3 132 417	3 531 501
MI1-2-16	Prévention des autres maladies chroniques	1 486 909	2 653 841
MI1-2-17	Prévention des risques liés à l'environnement protection des eaux	1 511 520	934 937
MI1-2-18	Prévention des risques liés à l'environnement habitat, milieux intérieurs	4 564 866	3 226 601
MI1-2-19	Prévention des risques liés à l'environnement autres risques dont environnement extérieur	4 346 615	5 243 436
MI1-2-2	Education thérapeutique du patient	84 669 857	82 757 665
MI1-2-20	Prévention des risques liés au travail	275 053	197 45
MI1-2-21	Promotion de la santé des populations en difficulté	22 899 678	24 224 127
MI1-2-22	P�rinalit� et petite enfance	9 319 914	9 154 115
MI1-2-23	Lutte contre les traumatismes et les violences	660 792	1 380 284
MI1-2-24 (nouveau)	Projets pilotes accompagnement des patients		102 941
MI1-2-3	Vaccinations : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralis�s	25 074 903	16 181 706
MI1-2-4	Vaccinations : financement des autres activités	764 717	1 478 289
MI1-2-5	Infections associées aux soins et �v�nements indésirables associées aux soins	276 668	1 604 422

MI1-2-6	Dispositif de lutte anti-vectorielle	4 818 022	4 327 201
MI1-2-7	Prévention de la maladie d'Alzheimer	143 110	64 282
MI1-2-8	Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	3 273 700	2 670 317
MI1-2-9	Cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	36 876 905	35 984 040
<b>MI1-3</b>	<b>Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles</b>	<b>97 281 345</b>	<b>124 704 990</b>
MI1-3-1	COREVIH	16 710 030	8 218 990
MI1-3-2	CIDDIST (exercices antérieurs à 2016)	19 713 865	113 582
MI1-3-3	SIDA, IST et hépatites: financement des autres activités	15 775 639	13 644 966
MI1-3-4	Tuberculose : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	25 579 928	26 094 434
MI1-3-5	Tuberculose : financement des autres activités	1 836 100	581 517
MI1-3-6	CDAG (exercices antérieurs à 2016)	17 665 784	167 088
MI1-3-7 (nouveau)	CeGIDD		75 884 412
<b>MI1-4</b>	<b>Actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles</b>	<b>576 422</b>	<b>2 670 746</b>
MI1-4-1	Financement d'actions de gestion des urgences et d'évènements sanitaires exceptionnels	576 422	2 670 746
<b>MI1-5</b>	<b>Actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie</b>	<b>63 432 728</b>	<b>70 363 869</b>
MI1-5-1	Expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD	8 950	
MI1-5-2	Consultations mémoires	59 473 391	60 866 746
MI1-5-3	Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	3 950 387	9 497 124
<b>MI1-6</b>	<b>Autres Mission1 Prévention</b>		<b>2 075 361</b>
<b>MI1-7</b>	<b>Autres Mission1 Médico-social</b>		<b>984 173</b>
<b>Total mission 1</b>		<b>439 636 161</b>	<b>479 150 258</b>

## Mission n°2

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
<b>MI2-1</b>	<b>Développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice</b>	<b>18 706 496</b>	<b>29 251 455</b>
MI2-1-1	Télémédecine	18 706 496	20 681 931
MI2-1-2 (nouveau)	Télémédecine - expérimentation article 36 LFSS 2014		225
MI2-1-3 (nouveau)	Coordination des parcours de soins en cancérologie - volet libéraux		508 382
MI2-1-4 (nouveau)	Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins		5 726 238
MI2-1-5 (nouveau)	Diversification des modes d'exercice des professionnels hospitaliers et libéraux		505 493

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
MI2-1-6 (nouveau)	Centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère		998 500
MI2-1-7 (nouveau)	Maisons de naissance		830 686
<b>MI2-2</b>	<b>Les réseaux de santé</b>	<b>158 563 257</b>	<b>150 021 778</b>
MI2-2-1 ; MI2-2-2 ; MI2-2-3 ; MI2-2-4	Réseaux de santé	158 563 257	150 021 778
<b>MI2-3</b>	<b>Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire</b>	<b>444 226 683</b>	<b>460 060 492</b>
MI2-3-1	Structures de prises en charge des adolescents	19 344 932	23 987 168
MI2-3-10	Actions de coopération internationale (outre-mer)	859 551	333 597
MI2-3-11	Médecins correspondants SAMU	3 787 692	6 019 824
MI2-3-12 (nouveau)	Carences ambulancières		19 201 431
MI2-3-13 (nouveau)	Postes d'assistants spécialistes - Plan cancer		165 000
MI2-3-14 (nouveau)	Postes médicaux partagés - Plan cancer		2 524 910
MI2-3-15 (nouveau)	Unités consultations dédiées pour personnes handicapées		2 536 904
MI2-3-16 (nouveau)	CREX		737 995
MI2-3-17 (nouveau)	PNSP : retour d'expérience dont PEC (conciliation médicamenteuse)		1 927 055
MI2-3-18 (nouveau)	PNSP : simulation en santé		2 651 662
MI2-3-19 (nouveau)	PNSP : Structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins		1 395 069
MI2-3-2	Equipes mobiles de soins palliatifs	131 598 399	133 041 926
MI2-3-21 (nouveau)	Prise en charge des infections ostéo-articulaires (dont RCP)		187 332
MI2-3-22 (nouveau)	COREVIH		9 599 516
MI2-3-23 (nouveau)	Filières AVC		3 699 821
MI2-3-24 (nouveau)	Expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)		332 767
MI2-3-3 (nouveau)	Equipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques		3 317 804
MI2-3-4	Equipe de liaison en addictologie	51 120 821	53 804 910
MI2-3-5; MI2-3-6	Pratique de soins en cancérologie	71 685 707	87 957 723
MI2-3-7	Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer	20 795 942	22 835 464
MI2-3-8	Equipes mobiles de gériatrie	79 336 668	81 796 481
MI2-3-9	Groupe de qualité entre pairs	1 953 410	2 006 131
<b>Autres /provisions 2015</b>		63 743 562	

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
<b>MI2-4</b>	<b>Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent</b>	<b>107 798 441</b>	<b>122 418 164</b>
MI2-4-1	Plan Alzheimer	50 000	1 500
MI2-4-10	MAIA	60 929 191	79 357 622
MI2-4-2; MI2-4-3	PAERPA	10 672 351	11 195 496
MI2-4-6	GEM	28 890 875	31 851 046
MI2-4-9 (nouveau)	Plateforme de répit		12 500
<b>Autres/provisions 2015</b>		7 256 024	
<b>MI2-5</b>	<b>Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé</b>	<b>8 894 896</b>	<b>7 802 113</b>
MI2-5-1	Exercices pluridisciplinaires et regroupés des professionnels de santé	8 894 896	7 802 113
<b>MI2-6</b>	<b>Les centres périnataux de proximité</b>	<b>18 953 613</b>	<b>20 010 933</b>
MI2-6-1	Centres périnataux de proximité	18 953 613	20 010 933
<b>MI2-7; M2-8 (nouveaux)</b>	<b>Autres Mission 2</b>		<b>43 719 032</b>
	<b>Total mission 2</b>	<b>757 143 387</b>	<b>833 283 966</b>

## Mission n°3

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
<b>MI3-1 et MI3-2</b>	<b>Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins &amp; maisons médicales de garde</b>	<b>167 053 986</b>	<b>153 477 670</b>
MI3-1-1	Astreintes en ville	72 532 111	84 059 698
MI3-1-2	Participation au financement de la régulation	44 847 182	48 182 298
MI3-1-3	Structures de régulation libérale	4 014 581	4 676 727
MI3-1-4	Actes financés dans le cadre de l'expérimentation relative à la PDSA	2 061 846	4 098 214
MI3-2-1	Maisons médicales de garde	10 558 132	12 460 731
<b>Autres/ Provisions 2015</b>		33 040 133	
<b>MI3-4</b>	<b>Meilleure répartition géographique de santé</b>	<b>13 984 949</b>	<b>13 457 677</b>
MI3-4-1	PTMG	2 162 723	2 241 231
MI3-4-2	Exercices regroupés en centres de santé	2 187 177	1 610 430
MI3-4-3	Exercices regroupés en maisons de santé pluri-professionnelles	6 593 628	6 858 932
MI3-4-4	Exercices regroupés en pôle de santé	2 548 470	2 747 084
<b>Provisions 2015</b>		492 951	

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
MI3-5 (nouveau)	Autres Mission 3 Sanitaire		16 189 672
	<b>Total mission 3</b>	<b>903 006 718</b>	<b>883 583 170</b>

## Mission n°4

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
<b>MI4-1 (hors MI4-1-8)</b>	<b>Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires</b>	<b>15 220 000</b>	<b>17 471 206</b>
MI4-1-1	Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en oeuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	15 220 000	10 978 529
MI4-1-2 (nouveau)	Appui à la fiabilisation et à la certification des comptes		919 950
MI4-1-3 (nouveau)	Appui au déploiement de la comptabilité analytique		68 850
MI4-1-4 (nouveau)	Généralisation FIDES		176 982
MI4-1-5 (nouveau)	Programme PHARE		3 924 122
MI4-1-6 (nouveau)	Appui au déploiement d'Ophélie		6 400
MI4-1-7 (nouveau)	Appui au déploiement de la dématérialisation		6 480
MI4-1-9 (nouveau)	Autres projets d'amélioration de la performance		1 389 893
<b>MI4-2 &amp; MI4-1-8</b>	<b>Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements.</b>	<b>1 026 103 085</b>	<b>1 017 975 429</b>
MI4-1-8 (nouveau)	Sécurisation des prêts structurés des établissements publics de santé		28 560 000
MI4-2-1	Réorganisations hospitalières	4 677 771	26 470 904
MI4-2-2	Gestion des risques	1 677 701	774 992
MI4-2-3	Accords de bonnes pratiques hospitalières	46 400	715 037
MI4-2-4	Actions de modernisation et de restructuration	10 732 931	132 049 265
MI4-2-5	Aides à la contractualisation	148 475 654	152 256 038
MI4-2-6	Maintien de l'activité déficitaire	34 597 345	37 397 198
MI4-2-7	Amélioration de l'offre	112 236 590	92 082 071
MI4-2-8	Aides à l'investissement hors plans nationaux	546 556 975	547 669 924
<b>Autres (2015)</b>	<b>Développement de l'activité ou soutien financier</b>	167 101 719	
<b>MI4-3</b>	<b>Actions permettant la mutualisation des moyens des professionnels et structures sanitaires de la région, en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets</b>	<b>18 541 068</b>	<b>23 593 473</b>
MI4-3-1	Mutualisation des moyens et structures sanitaires	18 541 068	23 593 473

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
<b>MI4-4</b>	<b>Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ayant préalablement fait l'objet d'un diagnostic de situation réalisé par le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi que d'un accord négocié entre le responsable et les organisations syndicales représentatives de la structure sanitaire concernée</b>	<b>3 844 266</b>	<b>6 858 353</b>
MI4-4-1	CLACT	3 844 266	6 858 353
<b>MI4-5</b>	<b>Actions visant à l'efficience dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences</b>	<b>3 006 210</b>	<b>1 752 237</b>
MI4-5-1, MI4-5-2, MI4-5-3	GPMC	3 006 210	1 752 237
<b>MI4-6</b>	<b>Aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficience des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels</b>	<b>18 790 709</b>	<b>28 217 444</b>
MI4-6-1	Autres dispositifs de ressources humaines	590 925	1 266 812
MI4-6-2	Aides à la mobilité	1 041 430	1 374 678
MI4-6-3	Cellule d'accompagnement social - CLASMO	8 007 599	13 973 297
MI4-6-4	Indemnités de départ volontaire	114 383	46 440
MI4-6-5	Remboursement de différentiel de rémunération	6 618 783	4 799 958
MI4-6-6	Actions de reconversion professionnelle	2 417 589	6 756 260
<b>MI4-7</b>	<b>Structure MS</b>	<b>2 284 439</b>	<b>10 602 754</b>
MI4-7-1	Efficience de structures MS	1 048 032	7 575 176
MI4-7-2	Amélioration des conditions de travail des personnels des structures MS	1 236 407	3 027 578
<b>MI4-8, MI4-9</b>	<b>Autres Mission 4</b>	<b>100 385 496</b>	<b>13 622 859</b>
	<b>Total Mission 4</b>	<b>1 188 175 273</b>	<b>1 120 093 753</b>

## Mission n°5

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)
MI5-1-1	Formation des représentants des usagers	3 635 758	948 835
MI5-1-2 (nouveau)	Recueil de la parole des usagers et citoyens		820 950
MI5-2 (nouveau)	Autres Mission5 Démocratie sanitaire		1 285 556
	<b>Total mission 5</b>	<b>3 635 758</b>	<b>3 055 341</b>

