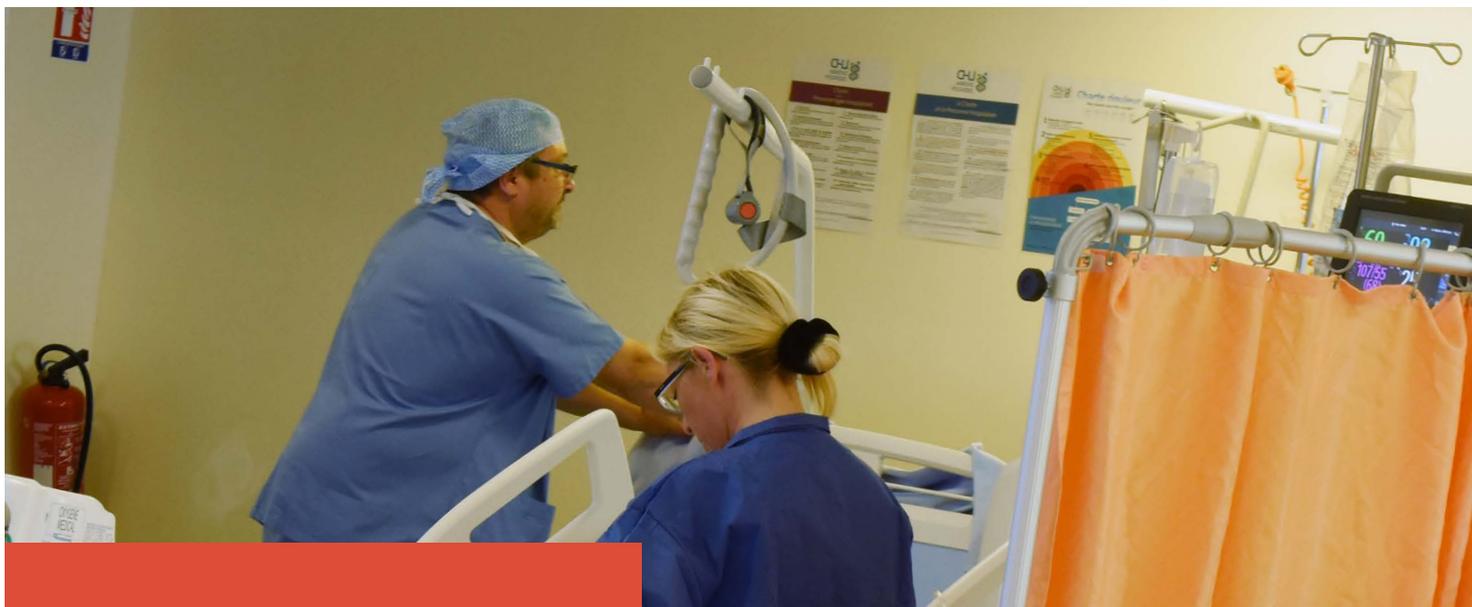




MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*



FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Rapport
d'activité 2020



ars
Agence Régionale de Santé

Version du 03 décembre 2021

Avant-propos

Conformément à l'article L. 1435-10 du code de la santé publique (CSP), un bilan national du fonds d'intervention régional (FIR) est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année.

Le présent rapport est établi à partir des rapports d'activité régionaux que les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) doivent transmettre avant le 31 mai de chaque année au Conseil national de pilotage (CNP) des ARS, instance chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds, conformément à l'article R. 1435-35 du CSP.

Les rapports régionaux sont habituellement établis par les ARS au cours du deuxième trimestre de l'année suivant l'exercice d'activité. Comme en 2020, l'année 2021 a été marquée par la mobilisation prioritaire des ARS dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Dans ce contexte, les rapports régionaux sur l'utilisation du FIR transmis par les ARS au CNP au premier semestre 2021 ont été allégés, pour se concentrer sur la mobilisation du FIR dans la gestion de la crise Covid-19.

La structure du présent rapport est modifiée par rapport à celui de 2020 afin de mettre en exergue la mobilisation du FIR dans la gestion de la crise sanitaire par les ARS.

Les données financières 2020 sont, sauf indications contraires, issues du système d'information budgétaire et comptable des ARS, sans retraitement.

Sommaire

PARTIE 1 : SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET BILAN DE CAMPAGNE DU FIR EN 2020	7
1. Quelques éléments de référence relatifs au FIR	8
· Enjeux et objectifs du FIR : territorialisation, souplesse de gestion et transversalité	8
· Les missions du FIR	9
· Le cadre de gouvernance et de pilotage du FIR	9
· Le principe de fongibilité, ou « libre répartition des crédits »	9
· Les ressources du FIR	9
2. Bilan général de la campagne 2020	10
· Évolutions et actualité du FIR en 2020	10
· Les priorités définies pour 2020	10
· Les ressources du FIR en 2020	11
· Tableau de répartition annexé à l'arrêté du 18 décembre 2020	12
· Évolution des délégations de crédits aux ARS (campagne 2019 et campagne 2020)	14
· La ventilation des dépenses par mission	16
PARTIE 2 : BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF DES MISSIONS DU FIR	19
1. L'utilisation FIR dans le financement de la gestion de la crise Covid par les ARS	20
· Exemples de dépenses liées à la gestion de crise	21
· Données financières	26
Mission 1: Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	30
1. Le périmètre de la mission 1	31
2. Les principaux postes de dépenses	31
· Les CeGIDD	33
· L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	34
· Les consultations mémoire	34
· Dépistage organisé des cancers	34
· Fonds de lutte contre les addictions	34
3. Les nouveaux dispositifs financés par le FIR en 2020	35
· Soutien à la mission santé des centres de protection maternelle et infantile (PMI)	35
· Actions de prévention de l'antibiorésistance	35
· Promotion de la santé en établissements pénitentiaires	35
· Accompagnement à la vie intime et sexuelle des personnes en situation de handicap	36
· Un exemple d'usage du FIR en appui de réponses à des situations sanitaires exceptionnelles : la gestion de la situation sanitaire après la tempête Alex	36
· Usages territoriaux du FIR	37
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	38
1. Le périmètre de la mission 2	39
2. Principaux postes de dépense	42
· Équipes mobiles de soins palliatifs et équipes mobiles de gériatrie	42
· Les dispositifs d'appui à la coordination	42
· Groupements d'entraide mutuelle	43
· Télémédecine	43
· Les maisons des adolescents	44
· Centres périnataux de proximité	44
· Emplois accompagnés pour les personnes en situation de handicap	44

3. Les nouveaux dispositifs financés par le FIR en 2020	45
· Forfait parcours post-traitement aigu cancer	45
· Aide transitoire aux transporteurs sanitaires	45
· Mise en place de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés	46

4. Marge de manœuvre des ARS au bénéfice de la mission 2	47
--	----

Mission 3: Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire

1. Le périmètre de la mission 3	49
---------------------------------	----

2. Principaux postes de dépense	51
· Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)	51
· Permanence des soins ambulatoire (PDSA)	51

3. Les nouveaux dispositifs financés sur le FIR en 2020	52
· Mise en œuvre du Ségur de la santé – accompagnement à l'ouverture temporaire de lits	52

4. Marge de manœuvre des ARS au bénéfice de la mission 3	53
--	----

Mission 4: Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels

1. Le périmètre de la mission 4	55
---------------------------------	----

2. Exemples de mobilisation du FIR	58
· L'accompagnement des investissements des établissements de santé	58
· Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements (aide à la contractualisation, amélioration de l'offre)	59
· Mutualisation des moyens des structures sanitaires	61
· Aides individuelles	61
· Contrats locaux et dispositifs permettant l'amélioration des conditions de travail	61
· Autres dispositifs financés au titre de la mission 4	61

3. Les nouveaux dispositifs financés sur le FIR en 2020	62
· Promotion des biosimilaires	62

Mission 5: Développement de la démocratie sanitaire

1. Le périmètre de la mission 5	65
---------------------------------	----

ANNEXES

Annexe n° 1: Sigles utilisés	68
-------------------------------------	-----------

Annexe n°2: Quelques éléments de référence relatifs au FIR	70
---	-----------

Annexe n° 3: Le cadre législatif et réglementaire du FIR	73
---	-----------

Annexe n° 4: Dépenses FIR 2019 et 2020 par ARS et par mission, en CP	82
---	-----------

Annexe n° 5: Dépenses FIR 2020 par destination, en AE et en CP	84
---	-----------



PARTIE 1

**SYNTHÈSE GÉNÉRALE
ET BILAN DE CAMPAGNE
DU FIR EN 2020**

Quelques éléments de référence relatifs au FIR

Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé le 1^{er} mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Il regroupe au sein d'une même enveloppe, globale et « fongible » asymétriquement, des moyens auparavant dispersés, destinés à des politiques proches ou complémentaires. La gestion du FIR est confiée aux ARS. Le FIR s'inscrit dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et de la stratégie nationale de santé (SNS).

Enjeux et objectifs du FIR: territorialisation, souplesse de gestion et transversalité

Le législateur a souhaité, au travers de la création du FIR, doter les ARS d'un outil financier moderne afin de contribuer à répondre à trois principaux enjeux. Le premier vise à renforcer la capacité d'intervention et la responsabilisation des ARS. Le deuxième consiste à appuyer leurs capacités de décroisonner les politiques publiques de santé dans un objectif de parcours et de prise en charge globale. Enfin, le troisième correspond à la capacité de recréer des marges d'action régionales.

Le FIR, ou plutôt, chacun des 18 budgets FIR pilotés en région, permet aujourd'hui aux ARS de:

- bénéficier d'une plus grande souplesse de gestion par rapport aux outils financiers antérieurs;
- leur offrir de nouvelles marges de manœuvre dans l'allocation des crédits en faveur d'une stratégie régionale de santé transversale;
- mener à bien des opérations de transformation du système de santé tout en maximisant l'efficacité en matière d'allocation des ressources;
- contribuer à passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats – notamment en renforçant les démarches d'évaluation des dispositifs financés;
- concilier la mise en œuvre des priorités nationales avec une capacité d'adaptation en fonction des contextes territoriaux, et la capacité à accompagner financièrement des initiatives et innovations régionales.

Les missions du 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 dont certains seront détaillés dans la seconde partie du présent rapport.

Le cadre de gouvernance et de pilotage du FIR

Le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS, instance de pilotage des ARS au niveau national, définit les orientations données aux ARS pour l'utilisation du fonds, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions définie par arrêté interministériel, est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds et arrête le bilan annuel du FIR.

Le **secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)** coordonne le pilotage opérationnel du FIR, en lien avec l'ensemble des directions du ministère de la santé et la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA).

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les ARS assurent la gestion budgétaire et comptable du FIR au niveau régional au travers d'un budget annexe. Les ARS pilotent l'utilisation du FIR en application des orientations nationales adaptées en fonction des spécificités territoriales et en cohérence avec les projets régionaux de santé (PRS).

La gestion du FIR s'inscrit dans le cadre du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (dit « décret GBCP »). Par ailleurs, le budget annexe FIR ainsi que le compte financier de chaque ARS sont soumis à l'approbation de leur conseil de surveillance respectif.

Le principe de fongibilité, ou « libre répartition des crédits »

Les crédits du FIR sont réputés fongibles, ce qui signifie que les ARS ont la possibilité juridique de redéployer librement les crédits qui leur sont affectés au sein des différentes missions financées dans le cadre du FIR. Cette absence de « fléchage » impératif offre ainsi aux ARS la possibilité de s'écarter de l'utilisation historique des crédits pour les redéployer au profit de l'amplification du financement de dispositifs existant, de l'accompagnement d'initiatives ou innovations régionales, voire de réponses à des situations d'urgence.

Cette fongibilité est limitée juridiquement par le mécanisme de protection des enveloppes de crédits « prévention » et « médico-social », parfois appelé « fongibilité asymétrique », et par la sanctuarisation par la loi de crédits dévolus à certains dispositifs (détail *infra*). Elle est également limitée, à la marge, du fait du besoin de mobilisation du FIR au profit de dispositifs dont le niveau de financement est fixé au niveau national (par exemple dans le cas des appels à projets pilotés au niveau national).

Les ressources du FIR

En vertu de l'article L. 1435-9 du CSP, les ressources du fonds sont constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, en fonction de l'Ondam;
- le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie;
- le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

La répartition des ressources FIR dans le cadre des arrêtés interministériels découle principalement des estimations des besoins de financement des ARS pour la mise en œuvre des missions du FIR et des priorités nationales détaillées dans la circulaire annuelle FIR, ainsi que de la prise en compte des éventuels moindres besoins de financement (par exemple à l'issue d'expérimentations). Elle découle également, pour les ARS concernées, de l'impact du mécanisme de péréquation inter-ARS.

Bilan général de la campagne 2020

Évolutions et actualité du FIR en 2020

Au 1^{er} janvier 2020, l'ARS Océan Indien a fait place à deux nouvelles agences : l'ARS de La Réunion et l'ARS de Mayotte. Cette évolution dans la carte des ARS entraîne une évolution correspondante dans la répartition du FIR entre ARS.



Les priorités définies pour 2020

La circulaire n° SG/2020/65 du 21 avril 2020, validée par le CNP du 27 mars 2020, précise les orientations nationales relatives au FIR pour 2020 autour des priorités de la stratégie nationale de santé (SNS), de Ma santé 2022, du plan national de santé publique (PNSP) et de la feuille de route « personnes âgées ».

Cette circulaire n'intègre pas le financement des besoins découlant des dépenses engagées via le FIR dans le cadre de la gestion de la Covid-19. Elle comporte par ailleurs en annexe I les détails des ressources du FIR 2020.

La circulaire présente trois axes de priorités gouvernementales :

- le développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie, dans le cadre de l'axe 1 de la stratégie nationale de santé 2018-2022 ;
- l'amélioration de l'accès aux soins et des parcours de santé ;
- sur le périmètre médico-social, le soutien au dispositif d'habitat inclusif et au développement des groupes d'entraide mutuelle, notamment ceux dont les adhérents sont concernés par le handicap résultant des troubles du spectre de l'autisme et des troubles du neuro-développement.

La circulaire rappelle également la logique de résultats qui prévaut dans l'utilisation du FIR et a pour corollaire le principe de fongibilité des crédits, et l'importance des marges de manœuvre régionales dont les ARS disposent pour déployer des actions s'inscrivant dans leur PRS.

Les nouveaux dispositifs déployés par les ARS sur le territoire en 2020, notamment ceux financés par le FIR, sont détaillés dans des instructions *ad hoc* tout au long de l'année. Ils feront l'objet de développement dans la seconde partie du rapport.

Les ressources du FIR en 2020

Tableau de répartition du FIR par financeur en M€ entre 2018 et 2020

En M€	2018	2019	2020
par arrêté: Ondam	3 332	3 511	3 905 (dont financement des dépenses de crise – détail <i>infra</i>)
par arrêté: CNSA	131	154	169
Fonds de lutte contre les addictions*		32	32
Fonds de lutte contre le tabac*	32		
Crédits État		7	15
Total	3 495	3 704	4 121

Source : arrêtés de répartition du FIR

*Le fonds de lutte contre le Tabac a été remplacé par le Fonds de Lutte contre les addictions créé par la LFSS 2018

Le premier arrêté interministériel 2020 de répartition des crédits FIR entre ARS, en date du 16 avril 2020, a permis de déléguer 3 707,9 M€ aux ARS, dont :

- 3 553,8 M€ issus de l'Assurance maladie (au regard des besoins de financement des dispositifs antérieurs à 2019 et de la majorité des nouveaux dispositifs 2020); dont 42 M€ au titre de l'aide exceptionnelle au secteur « transport sanitaire »;
- 1 64,1 M€ de la CNSA (au regard principalement de l'estimation des besoins de financement des dispositifs MAIA et GEM).

L'arrêté de répartition en date du 30 juillet a porté le montant des crédits délégués à **3 943,7 M€** (soit une augmentation de 226 M€ par rapport à l'arrêté d'avril) afin d'effectuer une série de compléments de dotations programmés qui n'avaient pas pu être intégrés dans l'arrêté d'avril, de prendre en compte les impacts des surcoûts Covid, et d'effectuer une série de régularisations et de mesures de périmètre à la marge. Les deux principales sources de l'augmentation sont :

- la délégation exceptionnelle de crédits au regard des dépenses engagées par les ARS au titre de la crise sanitaire (« surcoûts Covid ») (**175 M€**);
- la délégation au titre de la part régionalisée du fonds de lutte contre les addictions (**32 M€**).

L'arrêté du **13 novembre 2020 porte le montant délégué à 4 118,3 M€, soit une hausse de 174,6 M€**. Les principaux objectifs de l'arrêté sont de permettre de doter les ARS des moyens nécessaires pour :

- la mise en œuvre de la mesure Ségur « lits à la demande » (+50 M€);
- assurer la solvabilité budgétaire des ARS au vu des engagements pris au titre des « surcoûts Covid », ainsi que leur capacité à financer de nouvelles mesures de gestion de la vague 2 (84,2 M€ pour les surcoûts Covid programmés et 28,5 M€ pour les surcoûts Covid à anticiper). L'arrêté comporte également des dotations ciblées au regard d'autres besoins de financement plus résiduels en montant, et ayant principalement vocation à générer des dépenses en novembre ou décembre 2020.

L'arrêté du **18 décembre 2020 porte le montant délégué à 4 121,4 M€, soit +3,1 M€ de ressources** Assurance maladie (reliquat de la délégation Ondam-FIR 2020) et +2,88 M€ issus de la CNSA pour amorcer le programme « ESMS numérique »

Tableau de répartition annexé à l'arrêté du 18 décembre 2020

ARS	Dont crédits mentionnés au a) de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique		
	Total	Dont crédits « fonds de lutte contre les addictions »	Dont crédits mentionnés au III de l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé :
Auvergne Rhône Alpes	<u>33 372,1</u>	2 700,0	156,0
Bourgogne Franche-Comté	<u>14 841,0</u>	1 500,0	202,5
Bretagne	<u>15 336,7</u>	1 500,0	171,6
Centre Val de Loire	<u>13 999,1</u>	1 500,0	205,9
Corse	<u>4 223,4</u>	500,0	205,9
Grand Est	<u>28 136,7</u>	2 700,0	35,2
Guadeloupe	<u>8 587,6</u>	500,0	80,0
Guyane	<u>13 354,5</u>	<u>500,0</u>	<u>200,0</u>
Hauts-de-France	<u>31 661,3</u>	<u>2 700,0</u>	<u>150,0</u>
Île-de-France	<u>67 635,4</u>	<u>4 800,0</u>	<u>560,9</u>
La Réunion	<u>13 499,7</u>	<u>1 000,0</u>	<u>205,0</u>
Martinique	<u>7 620,0</u>	<u>500,0</u>	-
Mayotte	<u>4 206,3</u>	<u>500,0</u>	-
Normandie	<u>16 435,8</u>	<u>1 500,0</u>	<u>205,9</u>
Nouvelle Aquitaine	<u>27 726,5</u>	<u>2 700,0</u>	<u>482,4</u>
Occitanie	<u>31 036,1</u>	<u>2 700,0</u>	<u>205,0</u>
Pays de la Loire	<u>18 467,5</u>	<u>1 500,0</u>	-
Provence Alpes Côte d'Azur	<u>26 724,1</u>	<u>2 700,0</u>	<u>150,0</u>
Total	<u>376 863,8</u>	32 000,0	3 216,2

Dont crédits mentionnés au b) de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique			Dont crédits mentionnés au IV et au V de l'article 54 de la LFSS pour 2018:	Dont aide exceptionnelle au secteur « transport sanitaires »
Total	Dont crédits « emploi accompagné »	Dont crédits MAIA		
24 743,8	<u>1 667,6</u>	<u>11 937,3</u>	<u>769,5</u>	<u>3 350,9</u>
9 899,0	<u>550,8</u>	<u>3 979,1</u>	<u>324,0</u>	<u>2 306,3</u>
10 963,3	<u>695,6</u>	<u>5 400,2</u>	<u>648,0</u>	<u>1 812,9</u>
8 926,7	<u>508,1</u>	<u>4 547,5</u>	<u>405,0</u>	<u>1 502,8</u>
2 146,2	<u>233,8</u>	<u>850,1</u>	<u>40,5</u>	<u>224,7</u>
17 691,6	<u>1 016,8</u>	<u>8 810,9</u>	<u>648,0</u>	<u>4 455,3</u>
2 029,1	<u>233,8</u>	<u>852,7</u>	<u>121,5</u>	<u>357,1</u>
<u>1 272,3</u>	<u>233,8</u>	<u>568,4</u>	<u>40,5</u>	<u>272,3</u>
<u>15 935,0</u>	<u>1 348,1</u>	<u>6 821,3</u>	<u>972,0</u>	<u>5 991,7</u>
<u>26 951,7</u>	<u>2 454,6</u>	<u>11 084,6</u>	<u>607,5</u>	<u>2 414,1</u>
<u>2 718,6</u>	<u>389,0</u>	<u>1 136,9</u>	<u>162,0</u>	<u>658,2</u>
<u>1 634,3</u>	<u>233,8</u>	<u>568,4</u>	<u>40,5</u>	<u>225,4</u>
<u>496,7</u>	<u>78,6</u>	-	<u>40,5</u>	<u>32,6</u>
<u>11 403,4</u>	<u>698,0</u>	<u>5 622,7</u>	<u>405,0</u>	<u>3 680,9</u>
<u>22 056,7</u>	<u>1 498,7</u>	<u>10 516,2</u>	<u>1 093,5</u>	<u>5 343,9</u>
<u>21 350,7</u>	<u>1 303,2</u>	<u>10 516,2</u>	<u>648,0</u>	<u>4 210,0</u>
<u>10 522,7</u>	<u>766,2</u>	<u>5 400,2</u>	<u>769,5</u>	<u>2 833,3</u>
<u>15 601,5</u>	<u>960,4</u>	<u>7 674,0</u>	<u>364,5</u>	<u>2 327,6</u>
206 343,0	<u>14 870,8</u>	<u>96 286,7</u>	<u>8 100,0</u>	<u>42 000,00</u>

Évolution des délégations de crédits aux ARS (campagne 2019 et campagne 2020)

ARS	Crédits délégués en M€ au titre de 2019 – arrêté du 3 mars 2020	Crédits délégués en M€ au titre de 2020 (hors surcoûts Covid)	Évolution (hors surcoûts Covid)	Total des crédits délégués en 2020
ARS Auvergne-Rhône-Alpes	407,3	417,3	2,5 %	431,8
ARS Bourgogne-Franche-Comté	173,7	177,1	2,0 %	187,6
ARS Bretagne	170,8	181,2	6,1 %	195
ARS Centre-Val de Loire	138,4	141,3	2,1 %	148,9
ARS Corse	24,0	26,1	8,6 %	30,1
ARS Grand Est	344,5	357,4	3,7 %	391
ARS Guadeloupe	47,4	48,8	3,0 %	52,3
ARS Guyane	35,6	38,9	9,2 %	41,8
ARS Hauts-de-France	325,3	336,7	3,5 %	356,7
ARS Île-de-France	583,7	600,6	2,9 %	682,1
ARS Martinique	50,9	51,7	1,6 %	55,2
ARS Mayotte		21,2		28,7
ARS Normandie	184,5	191,2	3,6 %	200,5
ARS Nouvelle-Aquitaine	339,6	348,2	2,5 %	360,8
ARS Océan Indien	93,4			
ARS Occitanie	310,7	322,7	3,9 %	351,2
ARS La Réunion		78,2		83,6
ARS Pays de la Loire	195,0	207,6	6,4 %	223,8
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	278,5	286,6	2,9 %	299,8
Total	3 703,5	3 833,2	3,5 %	4 121,4

Le montant total des crédits délégués hors surcoûts Covid a augmenté de 3,5 % entre 2019 et 2020.

Cette augmentation s'explique par des délégations supplémentaires au titre de mesures nouvelles, et par la volonté de renforcer des dispositifs existants, sans remise en cause du principe de fongibilité asymétrique dans l'emploi des crédits.

Les principales sources d'augmentations des crédits délégués dans le FIR 2020 sont :

- les crédits d'aide exceptionnelle aux transporteurs sanitaires (42 M€);
- les crédits délégués au titre de la contractualisation entre les ARS, les préfets et les départements pour la prévention et la protection de l'enfance (15 M€);
- la mise en place d'un parcours global post-traitement aigu d'un cancer (10 M€);
- le financement des coordinateurs ambulanciers (4,9 M€);
- la prolongation du financement des infirmiers en pratique avancée (4 M€).

À elles seules, ces délégations représentent 76 M€ soit près de la moitié de l'augmentation des crédits délégués en 2020 (hors surcoûts Covid).

Les écarts entre les augmentations qu'ont connus les différentes ARS dans les crédits délégués en 2020 découlent en partie de l'évolution des dotations au titre du programme national E-parcours. La dotation a été construite en prenant en compte le financement en 2020 de 23 projets, concentrés sur quelques régions, ce qui a conduit à une double évolution dans la délégation de crédits :

- D'une part, certaines ARS qui avaient reçu des financements au titre de E-parcours en 2019 n'en ont pas reçu en 2020. À titre d'illustration, les ARS Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire avaient reçu en 2019 respectivement 2,2 M€ et 2,3 M€ de crédits E-parcours qui n'ont pas été renouvelés en 2020.
- D'autres ARS ont reçu des financements non pérennes au titre de E-parcours en 2020, pour un montant total de 10,2 M€. Par exemple, 3,3 M€ ont été délégués à l'ARS Bretagne, 1,9 M€ à l'ARS Pays de la Loire, 0,9 M€ aux ARS Grand Est et Occitanie et 0,8 M€ à l'ARS Guyane. Ceci conduit à une augmentation de leur FIR supérieure à la moyenne, mais qui n'est pas pérenne. Cette délégation représente donc à elle seule un quart de l'augmentation des crédits délégués à l'ARS Guyane.

La ventilation des dépenses par mission

En 2020, le montant des dépenses réalisées via le FIR s'élevait à 4064,4 M€ en crédit de paiement (CP).

Tableau 1. Niveau de dépense des ARS par mission en CP ouverts et M€

		2018	2019	2020
Mission 1	Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie – dont rattachés à l'imputation 1.8 « Covid-19 »	581,3	629,3	843,1
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	967,2	1037,1	1138,2
Mission 3	Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	902,3	916,9	973,9
Mission 4	Efficiences des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1103,7	1070,5	1107,6
Mission 5	Développement de la démocratie sanitaire	4,5	3,9	3,3
Total		3 559	3 655,7	4 064,4

Source : DFAS - MSS

207 M€

sur la mission 1.8 « Covid-19 » consacrée à la gestion de la crise sanitaire





PARTIE 2

BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF DES MISSIONS DU FIR

L'utilisation FIR dans le financement de la gestion de la crise Covid par les ARS

LE FIR, UN OUTIL AGILE POUR DES RÉPONSES RÉACTIVES À LA CRISE SANITAIRE

L'article 3 du décret n° 2016-1645 du 1^{er} septembre 2016 prévoit que relèvent des missions du FIR « des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ». C'est sur ce fondement juridique que le FIR a pu être mobilisé dans la gestion de la crise sanitaire de 2020.

En raison de la souplesse de sa gestion et de la marge laissée aux ARS pour son emploi, le FIR a été un outil essentiel de la réponse à la crise sanitaire de la Covid 19 en 2020. L'abondement du FIR par les arrêtés qui se sont succédés en 2020 a accompagné le développement de la crise sanitaire, en particulier les arrêtés du 30 juillet et du 13 novembre qui ont permis de déléguer des crédits pour couvrir les dépenses spécifiques à la gestion de la crise par les ARS. Ces délégations ont ainsi pu épargner des déprogrammations massives d'activités des ARS, qui ont pu, durant la crise sanitaire, continuer de mettre en œuvre les directives nationales et le financement des partenaires.

La gestion de certaines ARS s'est adaptée à la situation épidémiologique et à l'organisation des soins de sa région. Certaines ARS ont par ailleurs pu organiser des dispositifs en préfiguration des directives nationales, et répondre au plus près au besoin de leur territoire. Afin de suivre les dépenses sur le FIR liées à la gestion de la crise sanitaire, une ligne d'imputation ad hoc a été ajoutée à la nomenclature du FIR en mars. Il s'agit de l'imputation 1.8 « COVID-19 » dont les consignes d'usages ont été fixées par le MINSANTÉ 34 du 13 mars 2020. Cependant, l'intégralité des crédits employés par les ARS au titre des surcoûts Covid n'ont pas été imputés sur cette mission 1.8.

Le FIR a permis à chaque ARS de disposer de leviers pour financer les dispositifs de gestion de la crise en fonction de la situation épidémiologique et des particularités de son territoire.

« Le FIR a été un outil essentiel de la réponse à la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020. »

Exemples de dépenses liées à la gestion de crise

SITES DÉDIÉS COVID ET DÉPISTAGE

HAUTS-DE-FRANCE

1000 ambassadeurs COVID, dont la mission est de sensibiliser au respect des gestes barrières les habitants des quartiers en politique de la ville, les usagers des centres sociaux, des missions locales, des centres d'hébergement et de réadaptation sociale, structures d'accompagnement vers l'emploi, points information jeunesse, ont pu être formés avant d'être déployés sur le terrain.

LA CRÉATION DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES POUR FAIRE FACE À L'AFFLUX DE PATIENTS

Le FIR a été mobilisé afin de mettre en place 40 centres dédiés à la prise en charge en ambulatoire des patients COVID ou suspects COVID, et ce afin de répondre aux besoins des professionnels d'organiser des locaux et des procédures permettant d'isoler la prise en charge des patients potentiellement infectés COVID 19 (centres fermés en juillet 2020). L'appui financier de l'ARS s'est élevé à près de 2 M€.

CRÉATION DE 21 CENTRES AMBULATOIRES DE PRÉLÈVEMENT COVID-19

Le FIR a été employé afin de renforcer les capacités de tests en mettant en place des filières prioritaires, en adossant aux laboratoires de biologie médicale des centres ambulatoires de prélèvement. Les centres ambulatoires de prélèvement se sont créés à cet effet dans le cadre d'une organisation territoriale coordonnée en lien avec un laboratoire support de proximité et une structure d'exercice coordonnée (MSP, centres de santé polyvalents, CPTS).

NORMANDIE

L'opération de mobilisation « Tester Alerter Protéger » a été organisée début décembre 2020 sur la communauté urbaine du Havre et huit autres communes limitrophes. Ces dépistages ont été organisés en partenariat avec la protection civile, l'Éducation nationale, les professionnels de santé libéraux, les étudiants infirmiers, les internes, la ville du Havre et la communauté urbaine, sur de nombreux sites : établissements de santé, officines, grandes entreprises, établissements médico-sociaux et 20 sites éphémères. Dans le cadre de cette opération, un accompagnement individualisé des personnes testées a été réalisé dans chaque lieu de dépistage (sensibilisation aux gestes barrières, identification des contacts des personnes testées positives, appui à l'isolement). Plus de 30000 tests (TAG et RT PCR) ont ainsi été réalisés en six jours. L'appui financier via le FIR de l'ARS s'est élevé à près de 700 k€.

ÎLE-DE-FRANCE

L'Île-de-France a mis en place à compter de l'été 2020 plusieurs dispositifs pour accélérer et amplifier la capacité de dépistage dans la région : la mise en place des opérations d'« aller-vers » avec le déploiement de dispositifs de barnums dans tous les départements franciliens, ainsi que la mise en place d'une plateforme téléphonique régionale pour faciliter l'accès aux rendez-vous de dépistage. Enfin, l'Île-de-France a été particulièrement mobilisée pour l'organisation et le financement des actions de dépistage aux aéroports dans le cadre du contrôle sanitaire aux frontières, 3,3 M€ ont été mobilisés à ce titre sur le FIR en 2020.

PERMANENCE DES SOINS ET ASSIMILÉS

HAUTS-DE-FRANCE

Le renforcement de la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé

La nécessité de prise en charge en soins critiques d'un nombre important de patients COVID a conduit l'Agence à délivrer, au printemps 2020, 11 autorisations dérogatoires d'anesthésie - réanimation au bénéfice d'établissements de statut privé, entraînant le financement de 14 lignes de garde d'anesthésie-réanimation et de 3 lignes d'astreinte chirurgicale dans le cadre d'un accord local de déport de patients chirurgicaux de l'établissement public vers la clinique privée voisine. À l'automne 2020, ces autorisations dérogatoires ont été renouvelées et 2 nouvelles ont été délivrées, aboutissant au financement de 16 lignes de gardes en anesthésie-réanimation. Au global sur l'année 2020, ce dispositif de permanence des soins exceptionnel en établissements de santé a été soutenu par un engagement de l'Agence.

La permanence des soins ambulatoires, dont l'objectif est de permettre aux patients d'avoir accès à un médecin de garde en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets a également été renforcée pour faire face à l'afflux de patients COVID ou suspects COVID, pour un montant estimé à 2 M€.

À noter que l'ARS a délégué auprès de l'URPS Infirmiers la coordination d'infirmières des structures d'hébergement spécifique (hôtel d'isolement des cas positifs) jusqu'à la date de fin de l'état d'urgence sanitaire et d'équipes mobiles de prélèvement (dépistages aires d'autoroute, aéroports, journées de dépistage...). Le FIR a été mobilisé à hauteur de 600 k€ pour cette action.

ÎLE-DE-FRANCE

Dès le début de la crise, l'ARS Île-de-France a structuré un large maillage de centres ambulatoires dédiés à la prise en charge des patients COVID, qui a représenté jusqu'à 250 structures au plus fort de la crise, très largement adossé aux CPTS et MSP de la région. Le financement de ces centres a représenté près de 16 M€ en 2020.

CENTRE-VAL DE LOIRE

Les capacités de soins critiques de la région Centre Val de Loire sont concentrées sur l'Indre-et-Loire (CHU de Tours) et le Loiret (CHR d'Orléans). Lors de la première vague COVID, afin de prévenir la saturation des « petites capacités » départementales en soins critiques et ainsi d'assurer une prise en charge sécurisée des patients pour éviter toute perte de chance, l'agence régionale Centre Val de Loire a préconisé des transferts. Dès lors que 70 % des lits de soins critiques étaient occupés, le transfert des patients des 4 réanimations départementales de la région vers le CHU de Tours devait être envisagé, le CHR d'Orléans assurant la réception des patients du Loiret qui étaient très nombreux et avait déjà nécessité de multiplier par 3 les capacités en soins critiques du CHR d'Orléans. Afin de ne pas faire porter ces transferts par les seules équipes SAMU/SMUR déjà très sollicités, fragiles en termes d'effectif et mobilisés sur le renfort des lignes de régulation, ont été mises en place des ambulances régulées par les SAMU, disponibles 24h/24h, dédiées COVID avec un protocole de désinfection et fournitures d'EPI (équipements de protection individuelle). Le coût global pris en charge par le FIR s'est élevé à 2,3 M€ pour des transports du 27 mars au 7 mai puis, ce dispositif a été allégé progressivement jusqu'au 25 mai. Outre les transferts de patients en soins critiques, ces ambulances ont également permis le transfert de patients d'EHPAD ou du domicile vers les services de médecine COVID et, quand nécessaire, des services de médecine COVID vers les réanimations.

INDEMNITÉS EXCEPTIONNELLES DE STAGE POUR LES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

HAUTS-DE-FRANCE

L'ARS a employé 2,3 M€ pour financer les primes individuelles aux élèves aides-soignants et étudiants infirmiers en 2020. Des primes ont été versées aux étudiants de formation initiale (formation professionnelle ou études promotionnelles exclues du dispositif) qui sont intervenus en renfort aide-soignant ou infirmier dans les services des établissements sanitaires ou médico-sociaux impactés par la situation d'urgence sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

ACCOMPAGNEMENT DES TRANSPORTEURS SANITAIRES AU REGARD DE LEUR CHARGE EXCEPTIONNELLE

Le FIR a été employé à hauteur de 10,8 M€ afin d'appuyer les transporteurs sanitaires, confrontés à des surcoûts liés au transport des patients Covid (par exemple, liés à la désinfection des véhicules).

DÉPENSES LIÉES AUX SYSTÈMES D'INFORMATION

HAUTS-DE-FRANCE

UN SOUTIEN AU DÉPLOIEMENT DES OUTILS NUMÉRIQUES, TELS QUE TÉLÉCONSULTATIONS, AGENDAS, TÉLÉSUIVI, ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS (1,3 M€)

Dès le mois d'avril 2020, l'Agence a ouvert le service de téléconsultation Prédice aux professionnels ne disposant pas déjà d'une solution, afin de répondre aux orientations nationales, renforcées en octobre 2020 afin d'inciter les acteurs à privilégier de façon massive et rapide les prises en charge à distance, à poursuivre le déploiement d'organisations de soins à distance par les professionnels médicaux (médecins et sages-femmes), les auxiliaires médicaux (diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens) et les pharmaciens et à accompagner l'équipement en outils de télésanté des professionnels.

PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE ET CONTACT TRACING

NORMANDIE

Dans le cadre de la gestion par l'ARS des personnes positives ou cas contact soumises à un isolement au cours de l'année 2020, l'ARS a fait le choix de s'appuyer sur un outil logiciel dédié et un prestataire chargé de joindre les personnes concernées. À partir des fichiers mis à disposition par la Caisse nationale d'assurance maladie, les télé-conseillers contactaient les personnes isolées sur la base d'un questionnaire standardisé permettant de rappeler les consignes en matière d'isolement, de s'assurer de leur respect tout au long de la période nécessaire et d'évaluer les besoins éventuels d'accompagnement sur le plan logistique ou social. Le protocole, qui a évolué au cours du temps, prévoyait un suivi à au moins 2 reprises pendant la période d'isolement, ce suivi pouvant être numérique (questionnaire rempli en ligne) ou téléphonique. 243 000 personnes positives ou cas contact ont été suivies dans ce cadre avec 92 000 appels téléphoniques passés par l'opérateur de juillet à décembre 2020.

DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES AUX TERRITOIRES ULTRA-MARINS

Parmi les crédits FIR employés en réponse à la crise sanitaire, 8 M€ ont eu trait à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques aux territoires d'Outre-mer :

- Les surcoûts liés à la mise en place de quatorzaines (de l'ordre de 6 M€). Le FIR a ainsi été employé, par exemple, pour le financement de transport de passagers vers leur lieu de quarantaine, leur hébergement en hôtel, le gardiennage et le financement d'associations présentes sur place. À titre d'illustration, les ARS Martinique et Guadeloupe ont respectivement employé 1,7 M€ et 1,1 M€ sur leur FIR à ce titre ;
- La réserve sanitaire a été fortement mobilisée par les ARS d'Outre-mer. Des effectifs militaires ont également été ponctuellement mobilisés. L'ARS Guadeloupe et Guyane indiquent respectivement avoir mobilisé 213 k€ et 800 k€ pour accompagner ces appuis.
- D'autres dispositifs plus spécifiques ont pu être mis en place par les ARS ultra-marines, dans le cadre de réponses à la crise adaptées aux spécificités de leurs territoires.

GUYANE

L'appui de la réserve sanitaire a été essentiel pendant la première vague qui est arrivée en décalé par rapport à la métropole. Les renforts, libérés du premier pic épidémique en métropole, se sont succédés en Guyane afin de renforcer le système hospitalier et les actions de dépistage sur le littoral comme dans les centres de santé. Les crédits FIR ont permis de financer les déplacements et l'hébergement (800 k€).

MAYOTTE

L'ARS Mayotte a mobilisé près de 400 000 € en 2020 afin d'accélérer l'équipement en points de distribution d'eau (rampes). Dans le cadre de la lutte contre la propagation de la Covid-19 et du confinement, le ministère de la Santé a donné la directive d'assurer l'accès à l'eau potable aux publics précaires vivant dans les bidonvilles. Il a été décidé d'installer des rampes de distribution d'eau sur tout le territoire (120 au total). Ce dispositif vise à distribuer de l'eau au plus grand nombre et favoriser l'hygiène de la population pour limiter la propagation de la Covid-19. Ces rampes peuvent, par ailleurs, être utilisées en cas de pénurie d'eau ou de toute autre crise susceptible de provoquer des épidémies. Par ailleurs, les actions en santé communautaire ont mobilisé 164 000 € sur le FIR. Ces actions, qui consistaient en des séances de sensibilisation sur les mesures barrières et le lavage des mains autour des rampes d'eau et des bornes fontaine monétiques, ont été réalisées par des associations de quartiers. Ces partenaires ont également contribué à mobiliser la population pour se rendre dans des centres de dépistage.

TRANSFERT DE PATIENTS

Dans les premiers mois de la crise, plusieurs ARS ont mobilisé exceptionnellement le FIR afin de financer le transfert de patients Covid vers les services de réanimation d'établissements de santé d'autres régions, ou situés à l'étranger. 7,1 M€ ont été employés sur le FIR au niveau national. Cet emploi du FIR a été particulièrement concentré à Mayotte (4,3 M€) et dans la région Grand-Est (1,8 M€).

BRETAGNE

L'ARS a financé sur le FIR le Smur hélicoptéré (0,9 M€). Le CHU de Rennes était l'un des derniers CHU et le seul établissement de santé de référence zonal (ESR) à ne pas être doté d'un HéliSmur. À ce titre, il mobilise et coordonne les moyens matériels et humains nécessaires pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles comme les afflux de nombreuses victimes ou la gestion des crises épidémiques telles que la crise Covid. L'établissement assure à la fois des missions de proximité, de recours et de référence à vocation régionale et extrarégionale. Il n'existe pas d'hélicoptère d'État positionné sur le secteur. Sur la période du 23 mars au 31 décembre 2020, le bilan d'activité de l'HéliSmur a confirmé et renforcé les premiers éléments d'évaluation très favorables (473 missions réalisées en neuf mois, dont 63 % de transferts secondaires). Dans le contexte de crise sanitaire, l'HéliSmur a permis de réaliser de transferts hélicoptérés de patients de réanimation afin de délester les établissements en tension, au sein de la région et dans le cadre de la solidarité interrégionale.

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Dans le cadre de la Covid-19, les transporteurs sanitaires ont été sollicités puis accompagnés par le biais du FIR 2020, suivant une convention tripartite entre un établissement siège de Smur, des entreprises de transports sanitaires privés et l'ARS. L'objectif principal était de compléter la flotte des Smur avec des ambulances privées dédiées prioritairement pour les Smur ne disposant que de véhicules légers. A donc été mis en place un renfort logistique des Smur afin de faciliter les transferts de patients graves classiquement dédiés aux Smur sous couvert de la régulation des Samu. Ainsi, 15 établissements sièges de Smur ont pu bénéficier de la mise à disposition facilitée d'un véhicule lourd par le biais des transporteurs privés, globalement pour une durée de 20 jours, entre le 1^{er} avril et le 4 mai 2020, soit au moment du pic d'activité des secteurs de soins critiques au cours de la première vague Covid-19.

GRAND-EST

L'ARS Grand-Est a été une des premières régions à devoir transférer des patients afin de limiter la pression hospitalière. Ainsi, des transferts ont été opérés en urgence en France métropolitaine (156 transferts) et à l'étranger (estimation de 169 transferts transfrontaliers) avant la publication des règles inhérentes au financement de ces transports, pour un montant de 1,8 M€. La majorité de ces transferts a été opérée par voie aérienne (environ 200).

**MAYOTTE**

Le transport sanitaire représente 79 % des dépenses de surcoût Covid sur le FIR à Mayotte, ce qui constitue une forte particularité de la gestion de la crise par l'ARS. Les dépenses liées à la mobilisation de l'avion sanitaire s'élèvent à 3,052 M€. L'avion sanitaire dédié, positionné à Mayotte, a pallié la suspension des vols commerciaux pendant le confinement et permis la mise en œuvre de la stratégie de

débordement (protocole d'évacuation sanitaire) vers les hôpitaux de La Réunion. Raccourcissant fortement les délais d'évacuation sanitaire, l'avion s'est imposé comme un outil indispensable en crise comme en dehors de la crise, sauvant des vies et améliorant le pronostic fonctionnel de nombreux patients. La mise en place de l'avion sanitaire dédié au territoire de Mayotte a permis la mise en œuvre de la stratégie de débordement (protocole d'évacuation sanitaire)

vers les hôpitaux de La Réunion. La plupart de ces patients n'auraient pu être pris en charge de manière optimale sur le territoire de Mayotte. Le deuxième poste de dépense est le transport sanitaire hélicoptéré (1,1 M€) qui a réduit d'un facteur 6 à 10 la durée des transferts de patients des centres médicaux de référence (CMR) vers qui a réduit considérablement la durée des transferts de patients depuis les centres médicaux de référence (CMR) et le centre hospitalier à Mamoudzou.

ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES VULNÉRABLES ET DES PUBLICS SPÉCIFIQUES

Lors du premier confinement en mars 2020, des centres d'hébergement dédiés aux personnes en situation de précarité malades de la Covid ont été mis en place dans tous les départements de la région. Ces places d'hébergement ont permis de prendre en charge des malades atteints de la Covid mais dont l'état de santé ne nécessitait pas d'être hospitalisés. Toutefois, les malades ont pu être accompagnés par des équipes médico-infirmières financées par l'ARS qui assuraient le suivi médical régulier de ces patients et faire le lien avec leurs lieux d'hébergement d'origine.

**NOUVELLE-AQUITAINE**

En Nouvelle-Aquitaine, face au nombre de clusters dans les aires/camps des gens du voyage, des équipes de médiation sanitaire ont été mobilisées notamment sur le département de la Charente. C'est à ce titre que des crédits (60 480 €) ont été alloués aux associations qui sont intervenues auprès de ce public.

**OCCITANIE**

Le FIR a permis de financer des centres de prise en charge de personnes vulnérables pour un montant de 0,6 M€. Conformément au cahier des charges « des centres d'hébergement spécialisés (CHS) pour les personnes malades sans gravité Covid-19 sans domicile fixe ou venant de centres d'hébergement ou de logements adaptés », les 13 directions départementales de l'ARS ont accompagné le déploiement dans chaque département de ces structures, en lien avec les directions départementales de cohésion sociale. À l'issue de l'été 2020, deux CHS sont restés en activité, dans l'Hérault et en Haute-Garonne. Ils ont participé à la réponse coordonnée, en matière de dépistage et de prise en charge contre la Covid-19, avec d'autres intervenants (permanences d'accès aux soins de santé, établissements de santé, maisons de santé publique, associations du champ de la précarité, Services intégrés d'accueil et d'orientation, etc.) Ces deux CHS ont donné lieu également à des initiatives nouvelles, notamment sous forme d'équipes mobiles allant au-devant des publics dans leurs lieux de vie (hébergements, squats, bidonvilles, camps des gens du voyage, etc.) pour des actions de dépistage et d'orientation vers le soin.

**ÎLE-DE-FRANCE****DES MESURES DANS LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE (2,9 M€)**

Au regard des fortes tensions qui sont intervenues sur le champ de la psychiatrie dès le début du mois de juin, l'ARS a déployé plusieurs actions, notamment : la mise en place d'une cellule de régulation régionale, la création de deux unités Covid psy régionales et la mobilisation de deux cliniques pour accueillir des patients en post-urgences et ainsi alléger la tension sur les autres établissements de la région. Une plateforme téléphonique de soutien psychologique à destination des patients de psychiatrie et de leurs proches a également été mise en place à compter du mois de mars.

Les actions de prévention et de promotion du port du masque, ciblées sur les jeunes adultes et les publics fragiles (0,5 M€) : une campagne de prévention orientée notamment vers les adolescents et jeunes adultes a été déployée dans la région à compter de septembre 2020. Elle s'est appuyée sur les associations de prévention et sur les collectivités territoriales. Des mesures à destination des publics fragiles ont également été déployées via la mobilisation des associations « trodeuses » et des associations de médiation dans les bidonvilles, ainsi que la distribution de masques.

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Les renforts alloués dans le cadre de la crise sanitaire se sont notamment traduits par des postes infirmiers et/ou de médiateurs de santé pour aller au contact du public en grande précarité. Les équipes mobiles mènent leurs actions dans la rue, dans les squat et bidonvilles, sur les terrains d'accueil des gens du voyage. Les renforts ont permis de faire passer dès le début de la crise les messages de prévention, gestes barrières notamment

puis incitation à la vaccination. Pour d'autres projets, il s'est agi pendant la crise de mettre à l'abri des personnes en grande précarité dans des lieux d'hébergement de courte durée : village vacances du soleil à Marseille 3^e et/ou auberge de Bonneveine pour femmes sans abri avec enfants : une mise à l'abri face à la crise et un encadrement santé se sont avérés nécessaires : présence infirmière, encadrement par un temps de médecin, facilitation des contacts acteurs les acteurs de santé de droit commun.

AUTRES ILLUSTRATIONS DE LA MOBILISATION DU FIR DANS LE CADRE DE LA GESTION DE CRISE

OCCITANIE

Une subvention à hauteur de 1 M€ a été attribuée à l'URPS Pharmaciens afin d'aider à la mise en œuvre des mesures barrières. Ceci a contribué à la mobilisation des pharmacies tout au long de la deuxième partie de l'année 2020 sur le déploiement des masques, gants et équipements de protection individuelle (EPI) dans le réseau de soin. En plus de cette mobilisation, les pharmacies ont été sollicitées pour réglementairement et rapidement mettre en œuvre les outils « mesures barrières » au sein de leur pharmacie (plexiglas, circuit fléché, solutions hydro-alcooliques...). Afin de valoriser cette fonction support dans la gestion des biens relatifs aux mesures barrières, un forfait de 500 € a été octroyé à chaque pharmacie d'Occitanie.

NOUVELLE-AQUITAINE

Le FIR a permis l'achat de 200 respirateurs (3,1 M€). Cette décision a été prise dès mi-mars dans l'objectif d'augmenter le stock régional notamment dans l'hypothèse d'une crise de longue durée corrélée à un très grand nombre de patients relevant de réanimation mais aussi pour compenser d'éventuelles défaillances du matériel déjà disponible.

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

L'opération Carry-le-Rouet (2,1 M€)

Dès janvier 2020, les opérations de rapatriement des personnes ayant séjourné dans une zone atteinte par l'épidémie de Covid-19 ont mobilisé des crédits du FIR pour un montant total de 2,1 M€. Une première opération de rapatriement sur le site de Carry-le-Rouet a rassemblé 225 ressortissants français en provenance de Wuhan dans le centre de loisir Vacancier. Des prestations d'hébergement, de restauration, de nettoyage et de désinfections ainsi que la participation de la Croix-Rouge au dispositif d'isolement et d'approvisionnement du site ont généré une dépense globale de l'opération de 1,4 M€. Une seconde opération de rapatriement sanitaire s'est déroulée sur le site de l'École nationale supérieure des officiers sapeurs-pompiers (ENSOSP) accueillant en deux vagues 78 et 35 rapatriés sanitaires. Les prestations d'hébergement, de restauration, de prise en charge des déprogrammations des formations planifiées sur ce site ont engendré un coût d'opération de 0,7 M€.

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

En écho aux difficultés remontées par les personnels des Ehpad (tension, stress, etc.) pendant la crise, l'ARS a souhaité proposer aux établissements volontaires une démarche qui permette de prendre du recul, en tirer parti et identifier des pistes de solution pour rendre l'organisation plus agile face aux crises. Les groupes d'échanges et d'écoute des personnels d'Ehpad ont été animés au profit des 50 établissements volontaires par l'Aract (Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail) qui a produit des supports de communication diffusés auprès de l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région (230 K€).

PAYS DE LA LOIRE

L'Agence régionale de santé a ouvert le 2 juin 2020 une plateforme d'emplois saisonniers dédiés aux étudiants. Conçue en partenariat avec les Universités, les instituts de formation, les employeurs et les étudiants, cette plateforme permet de réunir sur un même espace l'offre et la demande en mettant en relation les étudiants et les structures de santé. La plateforme en ligne baptisée « Josette » (Jobs Santé l'ETE) a été lancée à l'échelle des Pays de la Loire. Elle a permis de mettre en relation les établissements et les étudiants en santé pour la période estivale. Cette plateforme ouverte aux étudiants en santé leur permet d'effectuer des remplacements saisonniers d'agent des services hospitaliers (AHS), d'aide-soignant ou d'infirmier selon leur avancée dans le cursus de formation. Elle est également accessible aux étudiants de toutes filières, qui peuvent postuler sur des postes de ménage, de logistique, de service, bref de soutien aux équipes fortement mobilisées durant la crise. Tout étudiant peut déposer son CV sur les annonces correspondant à ses critères.

Données financières

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Deux sources de données ont été utilisées pour nourrir cette partie du rapport :

- Il s'agit d'une part des **données comptables** des ARS pour 2020, qui retracent les crédits rattachés à l'imputation 1.8 du FIR ;
- D'autre part, le rapport de chaque ARS sur l'usage de FIR en 2020 transmis au CNP, comportant un détail extra-comptable des dépenses liées à la gestion de la crise sanitaire, notamment celles liées à la permanence des soins.

NIVEAU DES DÉPENSES GESTION DE CRISE PAR ARS (EN M€)

Le niveau d'engagement de crédits FIR selon les ARS est naturellement hétérogène, du fait de la cinétique de la crise selon les régions, de leur démographie et des spécificités de chaque territoire.



ARS	Mission 1.8 (AE) – M€	Mission 1.8 (CP)	Remontées des ARS sur le total des dépenses crise (AE)*
ARS Auvergne-Rhône-Alpes	6,9	6,5	13,6
ARS Bourgogne-Franche-Comté	6,9	6,5	7,7
ARS Bretagne	5,7	5,6	7,3
ARS Centre-Val de Loire	5,5	5,6	5,5
ARS Corse	3,6	3,2	3,7
ARS Grand Est	33,5	32,5	33,0
ARS Guadeloupe	2,4	2,2	2,4
ARS Guyane	3,5	3,4	3,5
ARS Hauts-de-France	11	10,3	17,4
ARS Île-de-France	74,7	59,5	74,7
ARS Martinique	2,9	2,8	3
ARS Mayotte	4,6	4,6	5,6
ARS Normandie	6,3	6,1	6,3
ARS Nouvelle-Aquitaine	6,2	6,1	8,2
ARS Occitanie	24,6	21,7	22,2
ARS La Réunion	6,9	6,6	7
ARS Pays de la Loire	14,8	14,4	14
ARS Provence-Alpes-Côte d'azur	8,7	8,4	14,8
TOTAL	230,2	207,5	250

* Ces données sont issues du dialogue de gestion réalisé avec les ARS.

Données par destination (en M€)

Emploi des crédits	Montants (M€) (AE)
Centres Covid et opérations de dépistage	38,0
Dépenses liées à la permanence des soins ambulatoires et en établissement de santé	30,7
Mise en place de plateformes téléphoniques et actions de contact tracing	28,0
Achat d'équipements de protection individuelle (EPI) et de masques (dont transport)	25,6
Dispositifs exceptionnels d'indemnisation des libéraux	16,6
Amélioration des systèmes informatiques et de l'équipement	15,3
Associations agréées de sécurité civile (renforts Samu)	11,3
Primes aux étudiant-e-s infirmiers et aides-soignants	11,0
Surcoûts liés au transport sanitaire	10,8
Dépenses spécifiques aux territoires ultra-marins	8,0
Dépenses liées aux transferts de patients	7,1
Dispositifs d'accompagnement des personnes vulnérables	6,7
Dépenses liées à la communication de crise	6,6
Opérations spécifiques à certains territoires (hors outre-mer)	6,1
Dépenses de fonctionnement liées à la crise sanitaire	5,3
Achat de respirateurs	3,8
Dépenses non rattachables à l'une des destinations précédentes	18,9
Total	250

Ces données sont issues du dialogue de gestion réalisé avec les ARS.



MISSION 1

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



Le périmètre de la mission 1

Conformément à l'article L. 1435-8 du CSP, le FIR finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. »

Dans ce cadre, « le fonds participe notamment au financement :

— 1° 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 ;

— 2° Des 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 ;

— 3° Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;

— 4° Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;

— 5° Des actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie » (article R. 1435-16 du CSP).

Tableau des dépenses FIR 2018 – 2020 pour la mission 1 (en crédits de paiement – CP –, en M€) :

Nomenclature FIR	Destination	2018	2019	2020
1.1	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	38,1	52	52,7
1.2	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	315,1	341,5	351,5
1.3	Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	155	161,13	157,5
1.4	Actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	2,13	4,08	2,1
1.5	Actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie	68,6	68,4	68,9
1.6	Autres Mission 1	2	1,7	2,4
1.7	Autres Mission 1 (médico-social)	0,3	0,5	0,3
Total hors dépenses liées au COVID 19		581,3	629,27	635,5
1.8	Covid-19			207,5
TOTAL dont 1.8				843,1

LISTE NON EXHAUSTIVE D' ACTIONS POUVANT ÊTRE FINANCÉES DANS LE CADRE DE LA MISSION 1 DU FIR :

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 relatives au pilotage de la santé publique;
- actions de soutien et partenariat;
- actions de veille et de surveillance sanitaire;
- évaluation, expertises, études et recherches;
- pôles régionaux de compétence (PRC).

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 :

- cancers: structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers;
- cancers: financement des autres activités;
- éducation thérapeutique du patient;
- vaccinations, dont financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées;
- infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins;
- dispositif de lutte anti-vectorielle;
- prévention de la maladie d'Alzheimer;
- prévention d'autres maladies liées au vieillissement;
- actions de lutte contre les addictions (hors fonds de lutte contre les addictions);
- actions de lutte contre les addictions (fonds de lutte contre les addictions);
- promotion de la santé mentale;
- prévention des pathologies cardio-vasculaires;
- promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité;
- lutte contre l'obésité;
- prévention des autres maladies chroniques;
- prévention des risques liés à l'environnement: protection des eaux, habitat, milieux intérieurs, autres: risques, dont environnement extérieur;

- prévention des risques liés au travail;
- promotion de la santé des populations en difficulté;
- périnatalité et petite enfance;
- lutte contre les traumatismes et les violences;
- projets pilotes accompagnement des patients;
- expérimentation jeunes en souffrance psychique;
- expérimentation vaccination contre la grippe par les pharmaciens;
- centres régionaux de dépistage néonatal;
- actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes;
- dépistage néonatal de la surdité;
- dépistage néonatal (déficit en Medium-Chain-Acyl-CoA);
- prise en charge du psychotraumatisme;
- service sanitaire en santé.

Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles :

- centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD);
- comités de la coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih);
- Sida, infections sexuellement transmissibles (IST) et hépatites: financement des autres activités;
- tuberculose: financement notamment des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées.

Actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles : financement d'actions de gestion des urgences et d'événements sanitaires exceptionnels.

Actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie :

- expérimentations relatives aux médicaments dans les Ehpad;
- consultations mémoire;
- prévention des handicaps et de la perte d'autonomie.

Les principaux poste de dépenses

Les CeGIDD

Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) assurent l'information et le dépistage gratuit du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Les missions de ces structures sont variées :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (le VIH, responsable du sida) 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 ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception ;
- la délivrance des autotests VIH ;
- l'accès à des traitements préventifs.

Les CeGIDD, portés par des structures hospitalières ou non hospitalières sont financées en majorité sur le FIR, pour un montant de **93,6 M€** en 2020 (contre 94,3 M€ en 2019) (*imputation 1.3.7*).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ce dispositif a pour but d'aider les patients ainsi que leur famille, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. L'éducation thérapeutique du patient permet par exemple au patient de soulager ses symptômes, de prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure, de réaliser des gestes techniques (injection d'insuline), et d'adapter des doses de médicaments.

Montants 2020 (en CP) : **82,7 M€** contre 82,4 M€ en 2019 (*imputation 1.2.2*).



Les consultations mémoire

Les consultations mémoire sont des consultations d'évaluation des troubles de la mémoire repérés par un médecin généraliste. Elles sont réalisées au sein d'un hôpital disposant de consultations mémoire ou auprès de neurologues libéraux. Des centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR), au nombre de 28, exercent une fonction de recours pour des diagnostics complexes.

Les consultations mémoire contribuent pleinement à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en participant à la structuration de la filière gériatrique et en travaillant en partenariat avec les établissements et services médico-sociaux qui prennent en charge les personnes âgées et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours sur les territoires.

Les ARS poursuivent leurs actions, d'une part, d'organisation des consultations mémoire sur les territoires, au travers d'une gradation des consultations afin notamment de renforcer l'accès au diagnostic grâce à une meilleure orientation des personnes et de leurs aidants et, d'autre part, de répartition équitable des financements en tenant compte de leur activité répertoriée dans la Banque nationale Alzheimer. Elles y ont consacré **62,4 M€** en 2020, montant constant par rapport à 2019 (*imputation 1.5.2*).



Dépistage organisé des cancers

Trois programmes nationaux de dépistage organisé sont mis en œuvre en France afin d'optimiser la prise en charge des patients et améliorer son efficacité: celui du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus (depuis 2018). Les ARS ont participé en 2020 à hauteur de **40,3 M€** (en CP) (*imputation 1.2.9*) au financement des centres régionaux de coordination des dépistages de cancers (CRCDC) qui prennent en charge la mise en œuvre régionale et territoriale des dépistages (41,2 M€ en 2019).

Fonds de lutte contre les addictions

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale de 28 décembre 2018, le fonds de lutte contre les addictions a succédé au fonds de lutte contre le tabac afin de financer des programmes de lutte contre les addictions, notamment le tabac, l'alcool, le cannabis. En 2020, **32 M€** du fonds ont été versé au FIR et permettent aux ARS de financer, au titre de la mission 1, le déploiement en région d'actions nationales prioritaires, ainsi que la réalisation de programme régionaux de réduction du tabagisme. Ces crédits sont sanctuarisés, par exception à la fongibilité du FIR.

L'instruction n° DGS/SP3/DSS/MCGRM/CNAM/ du 3 juin 2020 relative au dispositif de soutien par le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives aux actions régionales contribuant à la lutte contre les addictions pour 2020 a précisé le périmètre des actions à financer par les ARS au titre du fonds de lutte contre les addictions ainsi que les orientations annuelles.

En 2020,

Consultations mémoire:

62,4 M€

Dépistage cancers

40,3 M€

Fonds de lutte contre les addictions

32 M€

Les nouveaux dispositifs financés par le FIR en 2020

Soutien à la mission santé des centres de protection maternelle et infantile (PMI)

CIRCULAIRE n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2020/34 du 20 février 2020 relative à la contractualisation préfet/ARS/département pour la prévention et la protection de l'enfance

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, des contrats portant sur la prévention/PMI et la protection de l'enfant ont été conclus à partir de 2020 entre le préfet, les ARS et une trentaine de départements. Pour accompagner le déploiement d'objectifs prioritaires de santé publique relevant des missions des services de PMI, les ARS ont mobilisé dans le cadre de cette contractualisation des crédits du FIR à hauteur de **7,2 M€** pour cofinancer des actions de prévention et de promotion de la santé dans le champ de la protection maternelle et infantile avec une attention particulière pour les populations en situation de vulnérabilité.

Actions de prévention de l'antibiorésistance

INSTRUCTION N° DGS/Missionantibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79 du 15 mai 2020 relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé.

L'année 2020 a été l'année de lancement de l'expérimentation de centres régionaux d'antibiothérapie par les ARS. Ces centres rassemblent des missions d'expertise, de stratégie et d'animation des professionnels de santé afin de renforcer et d'améliorer le bon usage des antibiotiques en région. Ce dispositif répond à l'action 5 de la feuille de route interministérielle de 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance. Le FIR a été mobilisé dans ce cadre à hauteur de **1,1 M€** (*imputation 1.2.35*).

Promotion de la santé en établissements pénitentiaires

Afin de permettre aux personnes détenues de bénéficier des mêmes avancées en prévention et en promotion de la santé que la population générale dans le cadre du plan priorité prévention, les ARS ont soutenu en 2020 des projets locaux s'appuyant sur une animation technique régionale, dans le cadre des projets régionaux de santé. Ces projets sont mis en place par les équipes sanitaires, pénitentiaires, éducatives et associatives en associant les personnes détenues à la construction et à la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la feuille de route 2019-2021 « santé des personnes placées sous-main de justice ». Un bilan de la mise en place de ces projets sera effectué en 2022.

Accompagnement à la vie intime et sexuelle des personnes en situation de handicap

INSTRUCTION n° DGCS/SD3B/2020/178 du 15 octobre 2020 relative à la diffusion du cahier des charges des centres ressources régionaux « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap ».

Pour faire suite aux annonces du Grenelle des violences conjugales, la mise en place d'un centre de ressources vie affective, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap dans chaque région a débuté fin 2020, financé par le FIR. Le dispositif est destiné à accompagner la vie intime et sexuelle ainsi que la parentalité des personnes en situation de handicap, que ce soit au domicile ou en établissement et service médico-social (ESMS), au service de leur autonomie et de leur sécurité.

Chaque centre a vocation à organiser un réseau d'acteurs de proximité afin d'apporter des réponses aux personnes en situation de handicap sur leur vie intime ou face à des violences subies. Ces centres de ressources seront également au service des aidants familiaux et des professionnels.

Un exemple d'usage du FIR en appui de réponses à des situations sanitaires exceptionnelles: la gestion de la situation sanitaire après la tempête Alex

La tempête Alex a frappé le département des Alpes Maritimes les 2 et 3 octobre 2020 et touché 70 communes des vallées de la Roya, de la Vésubie et de la Tinée.

À Tende, l'hôpital (5 lits de médecine et 73 lits d'Ehpad) a été évacué dans la nuit vers une autre structure située sur les hauteurs de la ville. Les routes d'accès, très endommagées, ont été coupées pendant plusieurs mois. L'ARS a pu mettre en place et financer plusieurs dispositifs.

Des moyens hélicoptérés ont été mis en place pour assurer la couverture sanitaire des lieux :

- un hélicoptère a été mis à disposition par la sécurité civile pour transporter régulièrement les produits de premières nécessités (médicaments, eau, aliments, mazout, etc.) pendant plusieurs semaines ;
- un deuxième hélicoptère a été mis en place pour assurer le transport du personnel soignant quotidiennement entre Tende et Nice et ses environs pour un coût de 1,3 M€ sur trois mois.

Des CUMP (cellules d'urgence médico-psychologiques) ont été mises en place dans plusieurs sites de la région sinistrée et des consultations médico-psychologiques ont été programmées dans plusieurs centres hospitaliers du département (CHU NICE, CH Sainte Marie, HP Lenval) pendant deux périodes de six mois pour prendre en charge les situations psychologiques les plus graves. Du personnel de la réserve sanitaire a été mobilisé ainsi que des soignants de la région (psychiatres, psychologues, médecin, pédopsychiatre, infirmiers).



Tempête Alex - Breil-Sur-Roya, France - Octobre 2020

Usages territoriaux du FIR

Le cadre du FIR permet de favoriser la constitution et l'usage de « marges de manœuvre » régionales, au profit notamment d'actions de prévention (principe de « fongibilité asymétrique »).

En 2020, et malgré le contexte, les ARS ont poursuivi leurs orientations d'une partie du FIR vers des actions de prévention régionales voire des expérimentations.

Du fait de la situation de mobilisation des ARS face à la crise sanitaire, il n'a pas été possible d'organiser une remontée d'information qui aurait permis d'illustrer ces actions régionales. Des travaux seront initiés avec les ARS pour viser l'enrichissement de l'information du Parlement en ce sens, à l'occasion du prochain FIR.



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



Le périmètre de la mission 2

Conformément à l'**article L. 1435-8 du CSP**, le FIR finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale. »

Dans ce cadre, « le fonds participe notamment au financement :

- 1° Du développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre les structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
- 2° Des réseaux de santé mentionnés à [l'article L. 6321-1](#) ;
- 3° Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire ;
- 4° Des 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 ;
- 5° Des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- 6° Des actions des centres périnataux de proximité mentionnés à [l'article R. 6123-50](#), en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins » (**Article R. 1435-16 du CSP**).

LISTE NON EXHAUSTIVE D'ACTIONS POUVANT ÊTRE FINANÇÉES DANS LE CADRE DE LA MISSION 2 DU FIR :

Développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information en santé :

- télémédecine ;
- télémédecine – expérimentations article 36 LFSS 2014 ;
- coordination des parcours de soins en cancérologie – volet libéraux ;
- plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins ;
- diversification des modes d'exercice des professionnels hospitaliers et libéraux ;
- centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère ;
- maisons de naissance ;
- expérimentation douleur chronique ;
- expérimentation OBEPEDIA ;
- services numériques d'appui à la coordination polyvalente ;
- communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- organisations innovantes.

RÉSEAUX DE SANTÉ MENTIONNÉS À L'ARTICLE L. 6321-1

Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire :

- structures de prises en charge des adolescents ;
- équipes mobiles de soins palliatifs ;
- équipes ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques ;
- équipes de liaison en addictologie ;
- pratique de soins en cancérologie ;
- psychologues et assistants sociaux hors plan cancer ;
- équipes mobiles de gériatrie ;
- groupe de qualité entre pairs ;
- actions de coopération internationale (outre-mer) ;
- médecins correspondants Samu ;
- carences ambulancières ;
- postes d'assistants spécialistes et postes médicaux partagés – plan cancer ;
- unités consultations dédiées pour personnes en situation de handicap ;
- PNSP : réduction des événements indésirables graves ;
- filières accident vasculaire cérébral ;
- expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale ;
- expérimentations relatives aux hébergements pour patients ;
- Unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG) ;
- Soutien à la structuration du secteur des transports sanitaires ;
- Aide financière des transporteurs sanitaires au titre de la garde ambulancière – mesure transitoire
- etc.

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 :

- plan Alzheimer ou unités cognitives comportementales ;
- personnes âgées en risque de perte d'autonomie
 - Plan personnalisé de santé (PAERPA) ;
- unités d'hébergement renforcées en Ehpad ;
- unités cognitives comportementales ;
- groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en Ehpad ;
- équipe spécialisée Alzheimer (ESA) en Ehpad ;
- plateforme de répit ;
- MAIA – méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ;
- accompagnement des aidants ;
- professionnalisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) ;
- habitat inclusif pour personnes handicapées (PH) ;
- emploi accompagné ;
- généralisation du forfait hébergement temporaire en sortie d'hôpital.

Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé :

- exercices pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- démarches d'appui aux fédérations régionales et plateforme nationale programme PACTE.

Actions des centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50, en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins

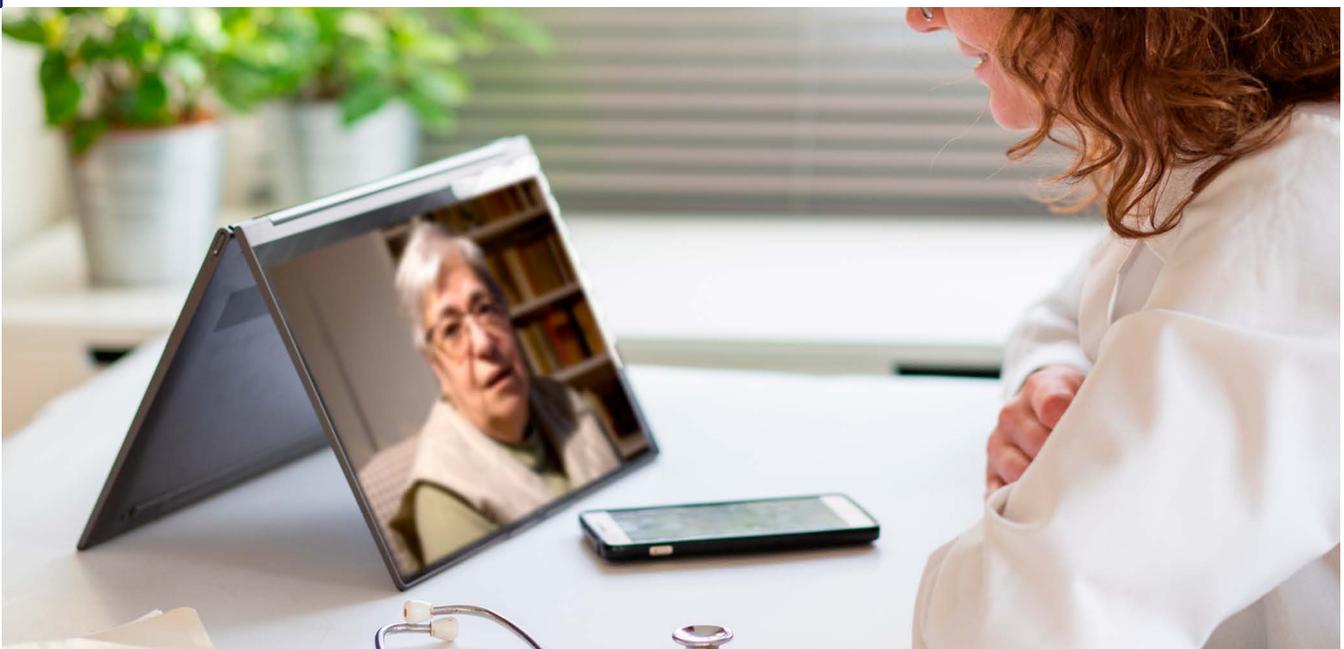


Tableau des dépenses FIR 2018-2020 pour la mission 2 (en CP, en M€):

Nomenclature FIR	Destination	2018	2019	2020
2.1	Développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information en santé	91,29	125,10	86,3
2.2	Réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1	145,80	126,44	25,7
2.3	Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	493,81	519,04	603,9
2.4	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	142,54	161,11	85,4
2.5	Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	7,47	12,13	13,2
2.6	Actions des centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50, en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins	21,31	23,03	23,5
2.7	Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes			236,9
2.7 en 2019 puis 2.8 en 2020	Autres Mission 2 (médico-social en 2019 et sanitaire 2020)	51,68	55,76	52,3
2.8 en 2019 puis 2.9 en 2020	Autres Mission 2 (2020 médico-social)	13,32	14,53	11,1
Total		967,22	1037,13	1138,2

Principaux postes de dépense

Équipes mobiles de soins palliatifs et équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles désignent des équipes pluridisciplinaires et transversales qui interviennent dans les services hospitaliers et chez les partenaires extra-hospitaliers qui font appel à elles.

Les équipes mobiles de soins palliatifs adultes et pédiatriques se déplacent au lit du patient et auprès des soignants, à la demande de ces derniers. Elles permettent la diffusion de la culture palliative auprès de toutes les personnes associées aux soins palliatifs. Elles sont financées sur le FIR à hauteur de **146,9 M€** (en CP) en 2020, un montant en hausse par rapport à 2019 (144,70 €) (imputation 2.3.2).

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) interviennent en équipes pluridisciplinaires et transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les professionnels de santé de ville, les services et établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les dispositifs d'appui à la coordination des parcours des personnes âgées. Elles constituent un pivot de la filière gériatrique et ont été fortement renforcées en 2020. Les ARS ont financé ce développement en y consacrant au total **94,8 M€** sur le FIR, en hausse par rapport à 2019 (90,1 M€) (imputation 2.3.8).

Les dispositifs d'appui à la coordination

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) est un point d'entrée unique et gratuit pour les professionnels et structures qui font face à des personnes en situations de santé et de vie complexes pour favoriser le maintien à domicile.

Chaque DAC est composé d'une équipe pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.). Il informe, oriente et accompagne les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes en évaluant la situation et les besoins de la personne et en proposant un parcours de santé personnalisé, coordonné et accompagné, en accord avec le médecin traitant et en lien avec les professionnels.

Des DAC ont été successivement créés depuis plusieurs années pour répondre à un fort besoin : réseaux de santé, centre locaux d'information et de coordination, MAIA, coordination territoriale d'appui, etc. Cependant, leur diversité et leur fragmentation limitent la lisibilité et l'efficacité de leur action. C'est pourquoi les dispositifs MAIA, les réseaux de santé, les PTA (plateformes territoriales d'appui), les CTA (coordination territoriale d'appui), voire les CLIC (centres locaux d'information et de coordination) ont vocation à s'unifier d'ici à 2022, conformément à l'article 23 de la loi organisation et transformation du système de santé. Les DAC ainsi créés devront s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, contribuant à la coordination des acteurs impliqués dans les parcours. Cette unification des DAC s'inscrit dans « Ma Santé 2022 ».

En 2020, les crédits employés pour des dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et aux dispositifs connexes représentent **236,9 M€** répartis comme suit :

Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes	20,6 M€
DAC – Coordination territoriale d'appui (CTA)	2,1 M€
DAC – MAIA non encore intégrées/ en cours d'intégration	70,4 M€
DAC – Réseau de santé mono-thématique	48,6 M€
DAC – Réseau de santé pluri-thématique	48,9 M€
DAC – Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins	46,3 M€

Lecture des comptes du FIR: évolution de la nomenclature FIR pour le suivi des DAC

Jusqu'en 2019, la nomenclature du FIR ne permettait pas d'isoler les crédits employés pour la mise en œuvre de ces dispositifs coordonnés. Ils étaient répartis dans les missions 2.2 « Réseaux de santé » et 2.4 « Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale ».

En 2020, le choix a été fait de regrouper le suivi des financements DAC dans une ligne de la nomenclature du FIR. La ligne 2.7 est donc à partir de 2020 la ligne d'imputation des crédits employés pour les DAC, à l'exception des réseaux de santé qui restent sur la mission 2.2. Cela explique les fortes évolutions des montants de ces deux lignes d'imputation.

De plus, les dispositifs de coordination s'inscrivent dans le cadre du programme E-parcours qui accompagne l'outillage de la coordination usuelle (les dispositifs de soins coordonnés notamment les CPTS) et complexe.

Groupements d'entraide mutuelle

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société. Ils accueillent des personnes que des troubles de santé similaires mettent en situation de fragilité. Ils ont pour objet premier la création d'un lien social et la lutte contre l'isolement ; ainsi, ces groupes sont des lieux de rencontres, d'échanges et de soutien entre les adhérents. Les différentes activités organisées par les adhérents visent tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante.

Ces collectifs de pairs concernés par des problématiques de santé similaires sont innovants et originaux car leur démarche se situe en dehors du cadre habituel de l'action auprès des personnes en situation de vulnérabilité. Les GEM ne constituent en effet pas des structures médico-sociales, et fondent leur action en matière d'insertion sociale, citoyenne et professionnelle sur un projet d'entraide, plutôt que sur des prestations assurées par des professionnels.

Le FIR a participé au financement des GEM à hauteur de **45,5 M€** (CP) en 2020 (42,4 M€ en 2019).

Télé médecine

La télé médecine est une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle permet de répondre aux difficultés démographiques, épidémiologiques et organisationnelles. Les ARS soutiennent le déploiement, en contractualisant avec les porteurs de projet. Une partie des crédits FIR sanctuarisés sont destinés au programme ÉTAPES (expérimentation de télé médecine pour l'amélioration des parcours de soin), et environ **11,7 M€** ont été employés par les ARS dans ce cadre, sur les **30 M€** dédiés à la télé médecine.

Le déploiement de la télésanté qui rassemble la pratique médicale et paramédicale à distance, est une des priorités de la stratégie de transformation du système de santé portée par « Ma Santé 2022 ». Son développement a été fortement accéléré dans le contexte de crise sanitaire en 2020 mais aussi grâce au déploiement en cours du télésoin pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens.

Les maisons des adolescents

Les maisons des adolescents (MDA) constituent des lieux ressource pluridisciplinaires qui apportent des réponses aux problématiques de l'adolescence. Les MDA s'adressent aux jeunes qui ressentent un mal-être ainsi qu'à leur famille et l'ensemble des professionnels concernés (professionnels de santé, de l'Éducation nationale, des services sociaux et médico-sociaux, de la protection judiciaire de la jeunesse, de l'aide sociale à l'enfance...). Elles exercent des missions :

- d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge;
- de prévention et repérage des situations à risque (violences subies, risque de déscolarisation ou de radicalisation) et d'expertise de situations complexes;
- de coordination et d'appui aux acteurs.

Les ARS co-financent par le FIR les MDA qui ne sont pas rattachées à un établissement autorisé en psychiatrie pour un montant total en 2020 de **31 M€** (*imputation 2.3.1*), en hausse de 10 % par rapport à 2019.

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. Le CPP est animé par des sages-femmes et au moins un gynécologue-obstétricien et parfois par un psychologue ou un diététicien. Certains CPP proposent également des consultations pédiatriques.

Parallèlement aux cours de préparation à l'accouchement, des CPP ont développé une offre d'ateliers destinés aux jeunes parents (soutien à l'allaitement, portage, etc.), 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 consacré **23,5 M€** (mission 2.6) au financement des centres périnataux de proximité en 2020, un chiffre constant par rapport à 2019.

Emplois accompagnés pour les personnes en situation de handicap

Le dispositif d'emploi accompagné a été créé par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et est financé par le FIR depuis 2019. Il permet l'accompagnement vers et dans l'emploi ordinaire des travailleurs reconnus handicapés au moyen d'un dispositif qui combine un accompagnement médico-social et un accompagnement à visée d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Le déploiement du dispositif d'emploi accompagné sur l'ensemble du territoire se poursuit, avec **13,8 M€** de crédits employés en 2020 contre 9,5 M€ en 2019 (*imputation 2.4.16*).



Les nouveaux dispositifs financés par le FIR en 2020

Forfait parcours post-traitement aigu cancer

DÉCRET n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

Afin de faire débiter l'accompagnement vers l'après-cancer au plus tôt et au plus près des patients bénéficiaires, l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit l'accès à un parcours de soins global après le traitement d'un cancer adapté aux besoins du patient qui peut être lancé jusqu'à un an après la fin du traitement actif. Ce parcours peut comprendre, en fonction des besoins du patient identifiés par le médecin prescripteur :

- un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée ;
- un bilan et/ou des consultations diététiques ;
- un bilan et/ou des consultations psychologiques.

Aide transitoire aux transporteurs sanitaires

L'aide financière accordée aux transporteurs sanitaires privés pour leurs interventions effectuées dans le cadre de la garde départementale à compter du 1^{er} juillet 2019 a été prolongée pour l'année 2020 dans l'attente de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs conventionnels.

L'aide accordée aux transporteurs sanitaires correspond à une diminution du taux d'abattement appliqué sur les factures des interventions réalisées dans le cadre de la garde ambulancière. Fixé à 60 %, l'abattement est ainsi ramené à hauteur de 30 %.

Ce taux d'abattement de 30 % est appliqué sur les interventions concernées par la tarification conventionnelle générale avec abattement de garde. La liquidation de l'aide financière est assurée par l'Assurance maladie, par calcul *a posteriori* de la différence entre la facturation effectuée selon les dispositions conventionnelles en vigueur (abattement de 60 %) et le montant dû en appliquant un abattement ramené à 30 %. Les CPAM informent ensuite les ARS des montants ainsi versés qui sont *in fine* supportés par le FIR.

En 2020, **53,6 M€** ont été employés par les ARS pour financer cette aide transitoire.

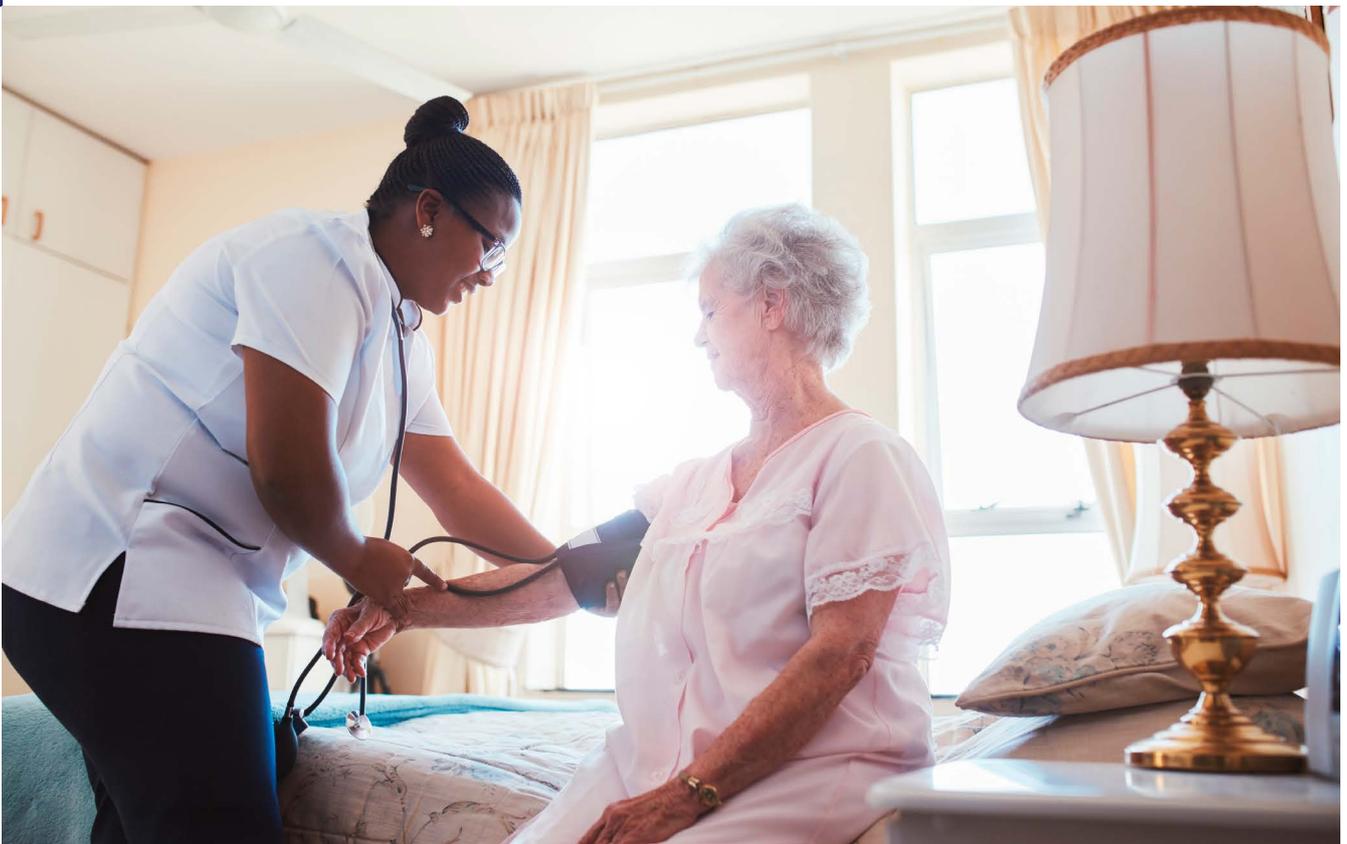
Mise en place de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés

Les SSIAD renforcés doivent accompagner le développement d'une offre intermédiaire de prise en charge des soins infirmiers. Leur action, sur l'ensemble du territoire, vise à mieux prendre en charge les personnes dont la dépendance et les besoins en soins augmentent, dont la prise en charge par le SSIAD

classique se révèle insuffisante mais qui ne nécessite pas une intervention « hospitalisation à domicile ». La mise en place des SSIAD renforcés doit :

- permettre l'intervention des SSIAD pour des soins plus importants et des passages au domicile plus réguliers ;
- étendre les horaires d'intervention du SSIAD les week-ends, le soir ou la nuit ;
- faciliter les sorties d'hospitalisation et le retour à domicile.

Le dispositif a été expérimenté dans dix ARS en 2020.



Marge de manœuvre des ARS au bénéfice de la mission 2

La mise en œuvre des dispositifs décrits plus haut n'épuise naturellement pas l'ensemble des usages du FIR sur le périmètre de la mission 2. Les ARS peuvent en effet mobiliser des crédits FIR pour d'autres actions au titre de cette mission, notamment des actions régionales ou des appuis à des expérimentations.

Du fait de la situation de mobilisation des ARS face à la crise sanitaire, il n'a pas été possible d'organiser une remontée d'information qui aurait permis d'illustrer ces actions régionales. Des travaux seront initiés avec les ARS pour viser l'enrichissement de l'information du Parlement en ce sens, à l'occasion du prochain FIR.



MISSION 3

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



Le périmètre de la mission 3

Conformément à l'**article L. 1435-8 du CSP**, le FIR finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire. »

Dans ce cadre, « le fonds participe notamment au financement :

— 1° Des rémunérations forfaitaires versées en application de [l'article R. 6315-6](#) aux médecins qui participent à la permanence des soins ;

- 2° Des actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde ;
- 3° De la permanence des soins en établissement de santé mentionnée à l'article [L. 6111-1-3](#), dans le respect des dispositions de l'article [R. 6111-49](#) ;
- 4° Des actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, en particulier au sein des dispositifs mentionnés à [l'article L. 6323-5](#) » (**article R. 1435-16 du CSP**).

Tableau des dépenses FIR 2018-2020 pour la mission 3 (en CP, en M€) :

Destination	2018	2019	2020
Rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins	152,15	155,40	163,4
Actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde	12,74	14,08	14,3
Permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1, dans le respect des dispositions de l'article R. 6112-28	702,99	692,05	697,1
Actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, en particulier au sein des dispositifs mentionnés à l'article L. 6323-5	21,06	31,55	35,9
Autres Mission 3	13,4	23,86	30,8
Séjour – accompagnement ouverture temporaire de lits dit « à la demande »	-	-	32,3
Total	902,34	916,94	973,9

Liste non exhaustive d'actions pouvant être financées dans le cadre de la mission 3 du FIR:

- rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins;
- astreintes en ville;
- participation au financement de la régulation;
- structures de régulation libérale;
- actes financés dans le cadre de l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

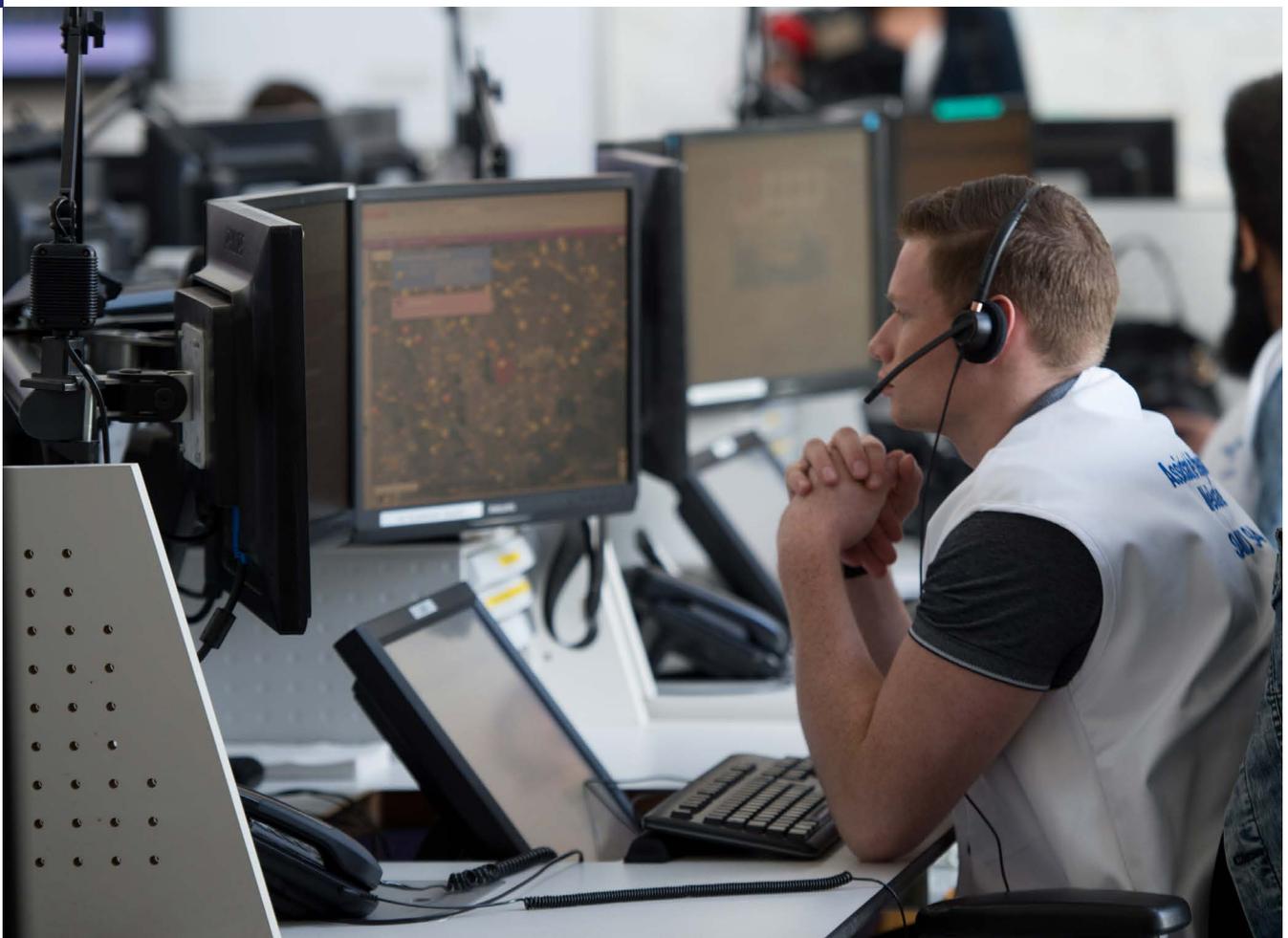
Actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde

Permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1^o de l'article L. 6112-1, dans le respect des dispositions de l'article R. 6112-28:

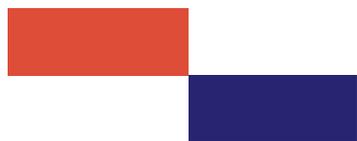
- gardes en établissements privés;
- astreintes;
- permanence des soins en établissements publics.

Actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, en particulier au sein des dispositifs mentionnés à l'article L. 6323-5:

- praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG);
- exercices regroupés en centres de santé;
- exercices regroupés en maisons de santé pluri-professionnelles;
- exercices regroupés en pôle de santé;
- projets de recherche maisons et centres de santé;
- praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA);
- praticiens isolés à activité saisonnière (PIAS);
- praticiens territoriaux médicaux de remplacement (PTMR);
- 400 médecins généralistes en zone sous dense;
- infirmiers en pratique avancée.



Principaux postes de dépense



Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de la fin de journée – le plus souvent 20 heures –, et jusqu'à 8 heures du matin), le week-end (sauf le samedi matin), et les jours fériés. Elle concerne le seul champ médecine chirurgie obstétrique (MCO). L'organisation de la PDSES fait partie intégrante du schéma régional de santé (SRS) et constitue une annexe du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Sur la base d'un diagnostic identifiant les besoins de santé de la population, le SRS fixe l'organisation de la PDSES *via* :

- la détermination du nombre d'implantations par activité et par spécialités (celles relatives à la PDSES et autres spécialités médicales et chirurgicales) et par modalité d'organisation (lignes de garde, d'astreinte, de demi-garde, de demi-astreinte);
- leur déclinaison selon le ou les différents zonages du SRS donnant lieu à la répartition des activités de soins;
- l'intervention de l'ensemble des établissements de santé ou tout autre détenteur d'activités de soins MCO, qu'ils soient publics ou privés.

En 2020, les ARS ont employé **697 M€** à la PDSES, en hausse par rapport à 2019 (692 M€).

Permanence des soins ambulatoire (PDSA)

La PDSA est une mission de service public assurée par des médecins généralistes volontaires et aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé : les soirs et nuits de 20 h à 8 h, le samedi de 12 h à 20 h, les dimanches, jours fériés et ponts mobiles de 8 h à 20 h.

Les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à cette permanence des soins sont financées par le FIR à hauteur de **163 M€** en 2020 (155,4 M€ en 2019).

L'autre aspect de la PDSA est la mise en place de structures *ad hoc*, en particulier les maisons médicales de garde, financées par le FIR à hauteur de **14,3 M€** en 2020, un chiffre stable par rapport à 2019.

Les nouveaux dispositifs financés sur le FIR en 2020

Mise en œuvre du Ségur de la santé – accompagnement à l'ouverture temporaire de lits

INSTRUCTION n° DGOS/R3/2020/195 du 23 octobre 2020 relative au dispositif d'accompagnement d'ouvertures temporaires de lits de médecine dans les établissements de santé.

Afin d'accompagner financièrement les établissements de santé pour faciliter l'ouverture d'unités temporaire de médecine le FIR a été abondé de 50 M€ supplémentaires dans le cadre de l'arrêté du 30 juillet 2020.

Ce dispositif créé suite au Ségur de la santé doit permettre de soulager les services d'urgences, de médecine et de pédiatrie des besoins d'hospitalisation accrus durant les épisodes hivernaux grippaux et de bronchiolite, notamment pour prendre en charge les personnes âgées poly-pathologiques dans le cadre de l'épidémie de grippe et les enfants particulièrement concernés par les épidémies hivernales.



Marge de manœuvre des ARS au bénéfice de la mission 3

La mise en œuvre des dispositifs décrits plus haut n'épuise naturellement pas l'ensemble des usages du FIR sur le périmètre de la mission 3. Les ARS peuvent en effet mobiliser des crédits FIR pour d'autres actions au titre de cette mission, notamment des actions régionales ou des appuis à des expérimentations.

Du fait de la situation de mobilisation des ARS face à la crise sanitaire, il n'a pas été possible d'organiser une remontée d'information qui aurait permis d'illustrer ces actions régionales. Des travaux seront initiés avec les ARS pour viser l'enrichissement de l'information du Parlement en ce sens, à l'occasion du prochain FIR.



MISSION 4

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



Le périmètre de la mission 4

Conformément à l'**article L. 1435-8 du CSP**, le FIR finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels. »

Dans ce cadre, « le fonds participe notamment au financement :

- 1° Des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires;
- 2° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des subventions d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget;
- 3° Des 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;
- 4° De 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;

5° D'actions visant à l'efficacité dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences;

6° D'aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficacité des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels. Ces mesures ont pour objet de financer les dépenses liées aux actions de reconversion, aux indemnités de départ volontaire, aux aides à la mobilité, au remboursement du différentiel de rémunération et à la prise en charge des coûts de fonctionnement de cellules d'accompagnement social.

Les actions mentionnées du 1° au 6° peuvent également faire l'objet d'un financement en faveur des structures médico-sociales. Les opérations citées au 2° en faveur de ces structures peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dans les établissements privés, les aides en faveur des personnels prévues au présent article ne peuvent se substituer aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre 1^{er} de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectifs » (**article R. 1435-16 du CSP**).



Tableau des dépenses FIR 2018-2020 pour la mission 4 (en CP, en M€)

Nomenclature FIR	Destination	2018	2019	2020
4.1	Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	13,19	10,99	9,6
4.2	Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des subventions d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget	1003,04	950,92	973,1
	Dont actions de modernisation		108,1	105
	Dont aides à la contractualisation		132,8	163,4
	Dont amélioration de l'offre		60,6	56,4
	Dont aides à l'investissement		565,5	576,5
4.3	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	29,93	37,18	44,8
4.4	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	7,25	8,20	9,4
4.5	Actions visant à l'efficience dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences	9,64	12,94	23,4
4.6	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	25,97	23,91	20,7
4.7	Efficience des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels	6,37	9,93	12,1
4.8	Autres Mission 4 (sanitaire)	5,88	13,07	12,8
4.9	Autres Mission 4 (médico-social)	2,44	3,37	1,5
Total		1103,71	1070,51	1107,6

Liste non exhaustive des actions de la mission 4 du FIR:

Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires:

- frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires;
- appui à la fiabilisation et à la certification des comptes;
- appui au déploiement de la comptabilité analytique;
- généralisation facturation individuelle des établissements de santé (FIDES);
- programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE);
- appui au déploiement d'Ophélie;
- appui au déploiement de la dématérialisation;
- autres projets d'amélioration de la performance.

Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des subventions d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget:

- réorganisations hospitalières;
- gestion des risques;
- accords de bonnes pratiques hospitalières;
- actions de modernisation et de restructuration;
- autres aides à la contractualisation;
- maintien de l'activité déficitaire;
- amélioration de l'offre;
- aides à l'investissement hors plans nationaux;
- promotion des biosimilaires;
- intéressement CAQES.

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.

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.

Actions visant à l'efficacité dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences.

Aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficacité des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels:

- aides à la mobilité;
- cellule d'accompagnement social (CLASMO);
- indemnités de départ volontaire;
- remboursement de différentiel de rémunération;
- actions de reconversion professionnelle.

Efficacité des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels.

Au sein de la mission 4, plus de 900 M€ sont consacrés aux opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements.

Exemples de mobilisation du FIR

L'accompagnement des investissements des établissements de santé

Les actions financées par le FIR des ARS sont particulièrement variées sur la mission 4. Pour ce bilan 2020, le choix a été fait de présenter cette variété au travers d'illustrations collectées dans plusieurs régions

GRAND-EST

19 M€ FIR en 2020 ont été dédiés à l'**accompagnement de projets d'investissements ponctuels**. À titre d'exemple, en 2020, l'ARS Grand Est est venue en soutien du projet de réorganisation des urgences d'un centre hospitalier, afin de permettre l'installation d'un centre de soins non programmés libéral à proximité.

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

L'ARS a accordé 34,8 M€ en 2020 **d'aide à l'investissement** pour les établissements sanitaires et 2,3 M€ en 2020 pour les établissements médico-sociaux

HAUTS-DE-FRANCE

Une des priorités d'utilisation des crédits du FIR réside dans l'**accompagnement des projets d'investissement immobiliers**, afin d'assurer la modernisation et la restructuration du patrimoine ou encore la transformation et l'adaptation de l'offre de soins. Un soutien de 88 M€ en 2020 est ainsi apporté aux établissements de la région, réparti entre accompagnements

pluriannuels (près de 78 % de l'enveloppe) et soutiens ponctuels, comme ce fut le cas, par exemple pour les projets de modernisation du service d'accueil des urgences des Centres Hospitaliers de Château Thierry et de Clermont, les projets de rénovation – restructuration des Centres Hospitaliers de Tourcoing et d'Abbeville, ou encore le projet de construction du nouvel hôpital du Centre Hospitalier Sambre-Avesnois à Maubeuge.

NORMANDIE

Dans le cadre du pacte de refondation des urgences, une enquête a été réalisée en janvier 2020 auprès de tous les établissements publics de la région sur les besoins d'investissements identifiés au sein des services d'urgences: **restructuration et extension du service, amélioration des flux d'accueil de patients/visiteurs, équipements**. **19 projets ont été classés en priorité 1 pour un coût total de 21,1 M€.**

L'accompagnement financier régional proposé pour ces 19 projets se porte à hauteur de 18,3 M€. En cas de capacités de financement existantes ou de coût total limité, le projet est aidé à hauteur de 30 % mais la majorité est proposée en aide à 100 % en raison d'une absence de financement autre possible. L'accompagnement financier a été contractualisé via un avenant CPOM et s'étale sur 3 ans sur la période 2020-2022. 6,9 M€ ont ainsi été alloués à ce titre en 2020.

OCCITANIE

Afin d'accompagner les établissements de santé dans leurs projets d'investissement, l'ARS a décidé depuis plusieurs années d'attribuer des subventions FIR dont le versement est conditionné à la transmission de factures acquittées correspondant

à l'objet de la subvention et accompagnées d'un état récapitulatif signé par le Directeur ou le comptable de l'établissement. Ces financements viennent en complément des enveloppes attribuées par le niveau national. En 2020, l'enveloppe de 13 M€ a permis de soutenir 13 établissements.

13 M€
ont permis de soutenir
13 établissements

BRETAGNE

L'ARS Bretagne accompagne les projets d'investissement dans les territoires. En 2020, elle a ainsi soutenu le rapprochement des hôpitaux de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen le Grand, situés dans un territoire rural à l'ouest de Rennes.

La constitution d'un nouvel établissement: le CH de Brocéliande, est un projet qui a été concerté et validé par les

élus et par la communauté hospitalière. Il poursuit à la fois une ambition de résorption de la fracture territoriale ainsi qu'un objectif de gradation des soins et de recomposition de l'offre. À ce titre, 956K€ ont été alloués par l'ARS fin 2020 aux deux établissements afin qu'ils puissent lancer les travaux préparatoires à la fusion (études préalables, migration des systèmes d'information, travaux), en lien avec le CHU de Rennes, établissement pivot du GHT Haute Bretagne.

Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements (aide à la contractualisation, amélioration de l'offre)

BOURGOGNE-FRANCHE COMTÉ

- Création d'une **plate-forme web collaborative HANDIAPASON** (site internet de partage de savoir-faire et de l'expérience) mettant à disposition une banque de contenus culturels et didactiques au service des accompagnants professionnels, familiaux et pairs aidants afin de les aider à améliorer la vie sociale, culturelle et les loisirs des personnes en situation de handicap (au quotidien et particulièrement durant les périodes de crise sanitaire). Ils sont répertoriés par thèmes Aide à la communication (écriture, lecture, interaction avec les autres, supports adaptables, citoyenneté), Vie quotidienne (santé, bien-être, cuisine, prévention, travail, vie pratique), Culture et loisirs (jeux, art, histoire, événements, activités extérieures, voyages). Favorisant l'ouverture à la culture, aux loisirs, à la citoyenneté et à la vie sociale des personnes accompagnées (musique, peinture, cuisine, vie quotidienne, jeu, citoyenneté, informatique, participation sociale...) grâce à des supports d'activités et des outils avec une communication adaptée. L'ARS via le FIR, finance un abonnement d'**accès à la plate-forme à tous les ESMS handicap** de sa compétence en Bourgogne Franche-Comté (13 k€).
- L'ARS s'engage en faveur du développement de la **réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)** pour financer une prestation d'accompagnement méthodologique et technique à destination des établissements de santé, à savoir l'ensemble des mesures pré, per et postopératoires destinées à réduire l'agression et le stress liés au geste chirurgical et à améliorer la récupération postopératoire (11 k€).

OCCITANIE

Exemple de projets innovants ou à fort impact de Santé Publique sur des parcours prioritaires: Projet de filière de dépistage et traitement accéléré du nodule pulmonaire mis en place par le CHU de Montpellier. Le but de ce projet est d'anticiper le repérage des patients présentant un nodule pulmonaire et développer des prises en charges précoces. Le financement de 98 512 € accordé est un amorçage et a permis la mise en place d'Infirmiers de coordination qui vise à réduire les délais de prise en charge des patients d'une large partie du territoire de l'Ex région Languedoc Roussillon et du secteur de Millau, en associant la Ville et l'Hôpital.

NORMANDIE

L'ARS a financé le déploiement d'**équipes médicales de territoire** (196 k€ FIR en 2020). Elle a lancé un appel à projets destiné à accompagner le déploiement d'équipes médicales de territoire, prioritairement dans les spécialités médicales pour lesquelles les difficultés de recrutement et l'inégale répartition des ressources entre établissements sont les plus marquées: médecine d'urgence, gynécologie-obstétrique, anesthésie réanimation, mais également toute autre spécialité identifiée comme prioritaire par le projet médical partagé du GHT des établissements concernés. 8 projets ont ainsi été accompagnés.

GRAND-EST

- Pour renforcer la démographie médicale dans les territoires isolés, moderniser et adapter le régime indemnitaire des praticiens pour soutenir notamment les dynamiques d'équipes médicales de territoire, 1125 praticiens ont perçu la prime d'exercice territorial (7 M€ FIR en 2020). Le financement de cette prime a pour objectif de favoriser l'attractivité des établissements et permet d'apporter un soutien financier aux établissements engagés dans les parcours prioritaires du Projet Régional de Santé, plus particulièrement en santé mentale maladies cardio-vasculaires mais également urgences. Il concerne l'exercice partagé entre les établissements d'un même GHT, avec à titre d'exemple la mise en place de consultations avancées dans les hôpitaux périphériques
- Le contexte de démographie des professionnels de santé et les besoins de la population nécessitent d'adapter l'offre de soins en créant de nouveaux métiers. Depuis 2018, les infirmiers qui ont trois années d'activité peuvent accéder au diplôme d'État d'IPA (infirmier en pratique avancée), et ainsi acquérir plus de responsabilités. Dans ce contexte, en 2020 l'ARS Grand Est a financé le déploiement des **Infirmiers en Pratique Avancées à hauteur de 2,4 M€** afin de permettre aux établissements concernés de remplacer le personnel en formation IPA et compenser la perte d'activité pour les infirmiers libéraux. La subvention octroyée par l'ARS Grand Est aux établissements concernés est de 30000 € par année de formation et par infirmier. En contrepartie, l'établissement s'engage à libérer de tout engagement de service l'infirmier en formation durant la période universitaire et les infirmiers en formation s'engagent à suivre l'ensemble des enseignements dispensés par les facultés de médecine de la région Grand Est. En 2020, 29 infirmiers ont été diplômés à Nancy et 152 en cours de formation dans les trois facultés de médecine de la région Grand Est avec 78 diplômés prévus en 2021.

ÎLE-DE-FRANCE

DISPOSITIFS DE SOUTIEN EN RESSOURCES HUMAINES (10,4 M€ FIR EN 2020)

- Ces dispositifs correspondent à deux thématiques :
- Le contrat d'allocation d'étude (3,9 M€) qui permet d'accroître l'attractivité territoriale et de fidéliser des étudiants. 71 structures sont concernées dont 54 établissements de santé.
 - Le financement des impacts sociaux (6,5 M€) générés par des restructurations engagées par les établissements. Ces besoins correspondent à des formations, à des indemnités pour départ volontaires, ou encore au versement de l'allocation de retour à l'emploi (ARE). Ce sont près de 11 établissements franciliens qui ont bénéficié de ces crédits en 2020.

HAUTS-DE-FRANCE

Dans l'objectif de répondre aux problématiques de renforcement de l'attractivité de la région pour les jeunes médecins et d'anticipation des difficultés en matière de démographie médicale hospitalière, le FIR est mobilisé pour financer partiellement les **postes d'assistants spécialistes à temps partagé**. Au regard du nombre croissant de demandes, une montée en puissance du dispositif a été actée dès 2019 pour une pleine application en 2021 représentant l'accompagnement de 60 postes de 1^{ère} année et de 60 postes de 2^{ème} année. En 2020, les crédits alloués sur ce dispositif se sont élevés à 1,99 M€.

CENTRE-VAL DE LOIRE

Dans la suite des crédits alloués en 2019 pour la restructuration de 3 services d'urgences (les CH de Châteaudun, Bourges et Montargis) en lien avec le pacte de refondation des urgences, un complément d'1 M€ été alloué au CH de Montargis et 500 k€ pour l'initiation des **études pour la restructuration du service des urgences du CH de Romorantin-Lanthenay**. Par ailleurs, à la suite de la crise COVID, l'agence a alloué 1 M€ au CH de Chartres, dont le département a été durement frappé lors de la première vague en marge de la situation de l'Île-de-France, pour la restructuration de son service de réanimation.

PAYS DE LA LOIRE

Le CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins) instauré en 2018 par la loi, est un contrat tripartite signé entre ARS, l'assurance maladie et chaque établissement de santé de la région. Véritable levier d'amélioration de la qualité et de la pertinence de la prise en charge thérapeutique des patients, le CAQES, contrat d'une nouvelle génération, permet grâce à son évaluation annuelle le versement d'un intéressement financier selon atteinte des résultats. L'évaluation annuelle montre d'ailleurs la très bonne dynamique et la progression des établissements ligériens. Consciente de ces enjeux, l'ARS finance ce dispositif depuis sa création à hauteur d'1 million d'euros sur le FIR dont 400 k€ sur l'enveloppe régionale.

GUADELOUPE

Mise en place d'un **dispositif permettant d'apurer des dettes croisées entre plusieurs établissements publics** : versement d'une aide conditionnée au remboursement d'une dette due à un autre établissement, également en difficulté. Ce système, en lien avec le comptable public, a permis de cibler l'apurement de dettes parfois anciennes, que les établissements en difficultés ne priorisaient pas sur leurs fournisseurs courants.

MARTINIQUE

- 54 % du budget de la mission 4 soit 15,2 M€** ont été attribués, dans le cadre d'aide à la contractualisation (ex. crédits AC),
- Au CHU de Martinique (13,3 M€), pour soutenir la politique d'investissements structurants sur l'ensemble des sites, d'une part et accompagner le maintien d'activités hautement spécialisées telles que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, d'autre part.
 - Au GCS Mangot Vulcin (1,9 M€) en guise de compensation financière d'un emprunt bancaire contracté par la structure pour la construction de la cité hospitalière du même nom.

Mutualisation des moyens des structures sanitaires (44,8 M€)

NOUVELLE-AQUITAINE

Création d'un Groupement de Coordination Sanitaire Achat Nouvelle-Aquitaine : Créé en 2020, ce GCS Achats est ouvert aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et compte déjà comme membre 10 des 12 groupements hospitaliers de territoire (GHT) et 109 établissements et services médico-sociaux (ESMS) soit au total plus de 950 entités juridiques. Soutenue par l'ARS, cette structure a vocation à coordonner et harmoniser les segments d'achats et à accompagner la professionnalisation de ces membres. À ce titre, 190 k€ ont été alloués en 2020.

Aides individuelles

CORSE

Compte tenu des situations déficitaires de certains établissements de Corse, la maîtrise de la masse salariale reste un enjeu prioritaire. Cette maîtrise de la masse salariale s'appuie sur une **optimisation de la gestion des ressources humaines et par une adéquation entre les besoins en nombre d'agents et les restructurations internes engagées**. À ce titre, les indemnités de départ volontaires représentent un levier d'action adapté pour certains établissements. Ainsi la priorité de financement des aides individuelles est établie en fonction de la situation financière des établissements, du type de restructuration et du montant sollicité. Au titre du FIR 2020, le dispositif a concerné un agent.

ÎLE-DE-FRANCE

Le financement des impacts sociaux (6,5 M€) générés par des restructurations engagées par les établissements. Ces besoins correspondent à des formations, à des indemnités pour départs volontaires, ou encore au versement de l'allocation de retour à l'emploi (ARE). Ce sont près de 11 établissements franciliens qui ont bénéficié de ces crédits en 2020, à hauteur de 6,5 M€.

Contrats locaux et dispositifs permettant l'amélioration des conditions de travail

GRAND-EST

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

2020 l'ARS Grand Est a accompagné 126 établissements de santé dans la mise en œuvre de leur contrat local d'amélioration des conditions de travail (3 M€ FIR en 2020). Ces crédits ont permis l'**acquisition d'équipements dans le cadre de la prévention des troubles musculo-squelettiques** (rails plafonniers, lits médicalisés et chariots ergonomiques essentiellement et autres matériels de levage), et de la prévention des risques (Réévaluation du document unique).

CORSE

En 2020, trois dossiers CLACT ont été agréés par l'ARS au titre de la thématique des troubles musculo-squelettique (TMS). L'accompagnement financier alloué a concerné la conduite d'une prestation extérieure visant à la mise en place **d'une cellule d'écoute externe, la poursuite d'une formation en ergonomie ainsi que l'acquisition de matériel** divers visant à améliorer les conditions de travail des soignants.

BRETAGNE

L'ARS a lancé en mars 2020 un appel à projets relatif à la « **Prévention des risques professionnels, à l'amélioration des conditions de travail et à la qualité de vie au travail** » en direction des établissements de santé. Une enveloppe de 1 M€ a été mobilisée sur le FIR pour accompagner 48 établissements bretons (publics et privés). Parmi les projets retenus, on

peut citer: la formation d'acteurs en prévention des TMS, l'intervention de consultants ergonomes, des formations à la prévention et à la gestion de l'agressivité, l'aide à la gestion du stress, au télétravail. Les conditions de travail constituent un enjeu essentiel pour la santé et le bien-être des agents mais aussi pour la qualité des soins. Le contexte actuel de crise sanitaire rend encore plus nécessaire l'accompagnement des professionnels qui exercent en établissements de santé.

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

L'ARS a mis en place des parcours de **valorisation des acquis de l'expérience** dans le secteur médico-social: 300 000 € en 2020 et financé des équipements à hauteur de 260 000 € en 2020.

Autres dispositifs financés au titre de la mission 4

PAYS DE LA LOIRE

L'ARS a mis en place en 2020 une déconcentration d'une partie de crédits FIR (3,7 M€ soit 1,5 % du FIR) au profit des directeurs

territoriaux en vue de financer des actions d'intérêt local notamment pour financer des solutions d'hébergement pour les enfants en situation de handicap (dispositif « zéro sans solution »).

Les nouveaux dispositifs financés sur le FIR en 2020

Promotion des biosimilaires

ARRÊTÉ du 12 février 2019 relatif à l'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville.

En 2020, le FIR a assuré le financement de la promotion des biosimilaires pour l'activité 2019 à hauteur 2,4 M€, au titre de l'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale. Ce dispositif vise à inciter les services hospitaliers prescripteurs à un plus grand recours aux médicaments biosimilaires via la mise en

place d'un intéressement aux établissements de santé. L'année 2020 est la dernière année de financement de ce dispositif par le FIR qui a été assuré en 2021 par une mission d'intérêt général (MIG) pour l'activité 2020.





MISSION 5

Développement de
la démocratie sanitaire



Le périmètre de la mission 5

Conformément à l'article L. 1435-8 du CSP, le FIR finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 5° Au développement de la démocratie sanitaire. »

Dans ce cadre, « le fonds participe notamment au financement d'une part de toute action visant à améliorer la prise en compte des attentes et des besoins des usagers du système de santé et d'autre part des formations des représentants de ces derniers » (article R. 1435-16 du CSP).

Tableau des dépenses FIR 2018-2020 pour la mission 5 (en CP, en M€)

Nomenclature FIR	Destination	2018	2019	2020
5.1	Toute action visant à améliorer la prise en compte des attentes et des besoins des usagers du système de santé, et des formations des représentants de ces derniers	1,72	1,84	1,65
5.1.1	Formation des représentants des usagers	0,47	0,49	0,29
5.1.2	Recueil de la parole des usagers et citoyens	1,24	1,35	1,36
5.2	Autres missions 5	2,76	2,04	1,60
Total		4,48	3,88	3,25

Cette mission correspond aux actions visant 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 ;
- les actions spécifiques de partenariat avec certaines unions régionales des associations agréées d'usagers du système de santé (Uraass), comme le permet l'article R. 1114-38 du code de la santé publique.

Les actions de démocratie sanitaire menées en région complètent les actions et dispositifs financés par le fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) qui finance notamment :

- le fonctionnement et les activités de France Asso Santé (Unaass) ;
- la formation de base dispensée aux représentants d'usagers par les associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et habilitées par la ministre en charge de la Santé à délivrer la formation de base en

application du II de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, ainsi que les indemnités de formation des représentants d'usagers.

En revanche, la mission 5 ne finance plus :

- les actions de formation de base menées directement par les Uraass. En effet, une subvention nationale du FNDS est versée directement à France Asso Santé pour financer toutes les actions de formations de base qu'elle organise (y compris à travers ses délégations régionales) ;
- le fonctionnement et les activités des Uraass (qui relèvent désormais de l'enveloppe financière allouée directement à France Asso Santé par le FNDS).

Par ailleurs, les crédits de la mission 5 n'ont pas vocation à être utilisés pour financer le fonctionnement des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui est couvert par des crédits du budget de fonctionnement des ARS (article D. 1432-53 du CSP).



ANNEXES

ANNEXE N° 1

Sigles utilisés

ANNEXE N° 2

Cadre législatif et réglementaire

ANNEXE N° 3

Tableau récapitulatif du FIR

ANNEXE N° 4

Dépenses FIR 2017-2019 par région, en CP

ANNEXE N° 5

Dépenses FIR par destination, en AE et en CP

ANNEXE N° 6

Dépenses déclarées par les ARS dans la gestion de la crise sanitaire

ANNEXE N° 7

Circuit des liquidations et des paiements du FIR en 2019

Annexe n° 1

Sigles utilisés

A

AAP: appel à projet
AC: aide à la contractualisation
AE: autorisation d'engagement
ALD: affectation de longue durée
ARS: agence régionale de santé

C

CDAG: centre de dépistage anonyme gratuit
CeGIDD: centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CGSS: caisse générale de sécurité sociale
CHRU: centre hospitalier régional universitaire
CHU: centre hospitalier universitaire
CHS: centre d'hébergement spécialisé
CIDDIST: centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLACT: contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLIC: centre local d'information et de coordination
CLS: contrat local de santé
CME: comité médical d'établissement
CNAMTS: caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL: commission nationale de l'informatique et des libertés
CNP: conseil national de pilotage
CNSA: caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COREVIH: comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH
CP: crédit de paiement
CPAM: caisse primaire d'assurance maladie
CPOM: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS: communautés professionnelles territoriales de santé
CPP: centre périnatal de proximité
CRCRH: comité régional de concertation pour les ressources humaines
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
CUMP: cellule d'urgence médico-psychologique

D

DAF: dotation annuelle de financement
DFAS: direction des finances, des achats et des services
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
DREES: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E

ELSA: équipe de liaison et de soins en addictologie
EMG: équipe mobile de gériatrie
EMSP: équipe mobile de soins palliatifs
EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERRSPP: équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques
ESAT: établissement et service d'aide par le travail
ESMS: établissement et service médico-social
ESPIC: établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETAPES: Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
ETP: éducation thérapeutique du patient

F

FIR: fonds d'intervention régional

G

GEM: groupe d'entraide mutuelle
GHT: groupement hospitalier de territoire

H

HAS: Haute Autorité de santé

I

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

MDA: maison des adolescents

MECSS: mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

MMG: maison médicale de garde

MSP: maison de santé pluri-professionnelle

O

ONDAM: objectif national de dépenses de l'assurance maladie

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

PDSes: permanences des soins des établissements de santé

PH: personne handicapée

PMI: protection maternelle et infantile

PMND: plan maladies neuro-dégénératives

PPS: plan personnalisé de santé

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

PRS: projet régional de santé

PTA: plateforme territoriale d'appui

PTMG: praticien territorial de médecine générale

S

SAAD: service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMU: service d'aide médicale urgente

SDIS: service départemental d'incendie et de secours

SEC: structure d'exercice coordonné

SGMCAS: 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

SRS: schéma régional de santé

SSIAD: service de soins infirmiers à domicile

U

URPS: union régionale des professionnels de santé

UNAASS: union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

URAASS: union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé

Annexe n° 2

Quelques éléments de référence relatifs au FIR

LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS STRUCTURELLES DU FIR DEPUIS SA CRÉATION

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 ainsi qu'aux crédits relatifs à la prévention et à la promotion de la santé.

En 2013, le champ du FIR s'est considérablement élargi pour intégrer :

- les aides à la contractualisation (AC) à l'exception de celles relevant d'engagements d'investissements nationaux ;
- des missions relevant jusqu'alors de crédits « missions d'intérêt général (MIG) » visant à favoriser une approche transversale des prises en charge ;
- des crédits visant à améliorer la qualité ainsi que la coordination des soins et des crédits en faveur de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA) et des personnes handicapées (groupes d'entraide mutuelle – GEM –, structures de prévention associatives accueillant des personnes que des situations de handicap mettent en situation de fragilité) ainsi que de l'amélioration des parcours des personnes âgées (personnes âgées en risque de perte d'autonomie – PAERPA).

En 2014, le périmètre du FIR est inchangé mais l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) inclut un nouveau sous-objectif retraçant les dépenses relatives au FIR financées par l'Assurance maladie, avec l'objectif d'en renforcer la transparence et d'améliorer son suivi.

En 2015, les missions du FIR sont restructurées en cinq axes stratégiques, au lieu de huit précédemment.

En 2016, le FIR fait l'objet d'une réforme de sa gestion financière et comptable, désormais assurée par les ARS au travers d'un budget annexe.

Au 1^{er} janvier 2020, l'ARS Océan Indien a fait place à deux nouvelles agences : l'ARS de La Réunion et l'ARS de Mayotte. Cette évolution dans la carte des ARS entraîne une évolution correspondante dans la répartition du FIR entre ARS.

LE CADRE DE GOUVERNANCE ET DE PILOTAGE DU FIR

AU NIVEAU NATIONAL

Le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS, instance de pilotage des ARS au niveau national :

- définit les orientations données aux ARS pour l'utilisation du fonds ;
- émet un avis sur la répartition des crédits entre régions définie par arrêté interministériel ;
- est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds ;
- arrête le bilan annuel du FIR.

Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) coordonne, en lien avec l'ensemble des directions du ministère et la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA), le pilotage opérationnel du FIR. Cette action s'incarne notamment au travers de la préparation des grands rendez-vous budgétaires et de l'élaboration du rapport d'activité FIR remis au Parlement. Le SGMCAS assure également le pilotage du plan d'amélioration continue du FIR et le respect de ses principes spécifiques définis par le législateur, notamment en matière de non-fléchage des crédits. Il anime en outre, depuis 2019, l'exercice de dialogue de gestion annuel FIR avec l'ensemble des ARS. Au sein du SGMCAS, la direction des finances, des achats et des services (DFAS) assure le rôle de tutelle budgétaire des ARS, ce qui inclut l'approbation des budgets FIR.

AU NIVEAU RÉGIONAL

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les ARS assurent la gestion budgétaire et comptable du FIR au travers d'un budget annexe qui permet de gérer les crédits de façon pluriannuelle pour plus de cohérence, d'efficacité et de lisibilité. Dans ce cadre, elles assurent l'intégralité du circuit des dépenses au titre du FIR, à l'exception de dépenses que les caisses primaires d'assurance maladie

(CPAM) payent directement auprès des professionnels de santé libéraux, et qui leur sont ensuite remboursées par le FIR.

La gestion du FIR s'inscrit dans le cadre du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (dit « décret GBCP »). Par ailleurs, le budget annexe FIR ainsi que le compte financier de chaque ARS sont soumis à l'approbation de leur conseil de surveillance respectif. 4 représentants des collectivités territoriales, 3 représentants des usagers, 4 personnalités qualifiées. Les ARS pilotent l'utilisation du FIR en application des orientations nationales adaptées en fonction des spécificités territoriales et en cohérence avec les projets régionaux de santé (PRS).

Les modalités de pilotage du fonds d'intervention régional diffèrent selon les ARS, particulièrement en matière d'organisation interne. À titre d'illustration, les référents FIR des ARS, interlocuteurs du secrétariat général dans le cadre du pilotage national du FIR, peuvent occuper leurs fonctions au sein de direction des financements, de direction de la stratégie, des directions des affaires financières/agences comptables...

Parmi les activités de pilotage du FIR régional peuvent être notamment mis en exergue :

- la définition des grandes orientations du FIR régional, en lien avec les projets régionaux de santé ;
- la préparation des budgets principaux et rectificatifs du FIR, et notamment le travail de recensement, chiffrage, priorisation et programmation :
 - des dépenses incompressibles relevant par exemple d'engagements pluriannuels, de dépenses obligatoires, ou de dépenses non obligatoires mais récurrentes,
 - des dépenses associées aux crédits « sanctuarisés » (cf. infra),
 - des dépenses associées à la mise en œuvre des priorités nationales et/ou régionales (projets régionaux de santé),
 - le cas échéant, du reliquat de crédits pouvant être considéré comme des marges de manœuvre régionales, pouvant par exemple être mobilisées pour amplifier des dispositifs existants ou pour appuyer des initiatives et innovations locales.
- l'animation de l'analyse de la performance des dépenses FIR – démarches d'évaluation des dispositifs financés – ;
- le renforcement du contrôle interne associé au FIR, ainsi que la communication interne et externe sur ses spécificités ;
- la constitution du rapport annuel régional FIR.

FOCUS SUR LA FONGIBILITÉ DES CRÉDITS, COROLLAIRE DE LA RESPONSABILISATION DES ARS

LE PRINCIPE DE FONGIBILITÉ, OU « LIBRE RÉPARTITION DES CRÉDITS »

Les crédits du FIR sont réputés fongibles, ce qui signifie que les ARS ont la possibilité juridique de redéployer librement les crédits qui leur sont affectés au sein des différentes missions financées dans le cadre du FIR. Cette absence de « fléchage » impératif offre ainsi aux ARS la possibilité de s'écarter de l'utilisation historique des crédits pour les redéployer au profit de l'amplification du financement de dispositifs existant, de l'accompagnement d'initiatives ou innovations régionales, voire de réponses à des situations d'urgence.

Cette fongibilité est limitée juridiquement par le mécanisme de protection des enveloppes de crédits « prévention » et « médico-social », parfois appelé « fongibilité asymétrique », et par la sanctuarisation par la loi de crédits dévolus à certains dispositifs (détail *infra*). Elle est également limitée, à la marge, du fait du besoin de mobilisation du FIR au profit de dispositifs dont le niveau de financement est fixé au niveau national (par exemple dans le cas des appels à projets pilotés au niveau national).

Enfin, elle est structurellement contrainte du fait de la nature des dispositifs financés par le FIR. Celle-ci génère des besoins de financement incompressibles ou fortement rigides représentant, selon une estimation réalisée par le secrétariat général du ministère des affaires sociales à l'issue des dialogues de gestion FIR de 2019, de l'ordre de 87 % de l'assiette du FIR.

LES AMÉNAGEMENTS JURIDIQUES AU PRINCIPE DE FONGIBILITÉ

• Les enveloppes protégées « prévention » et « médico-social »

L'article L. 1435-9 du CSP prévoit deux exceptions au libre redéploiement des crédits FIR par les ARS en différenciant au sein de ses ressources deux enveloppes dites protégées :

- L'enveloppe protégée « prévention » : au sein des crédits délégués, est identifiée une fraction de crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire. Ces crédits ne peuvent être affectés à d'autres usages ;
- L'enveloppe protégée « médico-social » : au sein des crédits délégués, est identifiée une fraction de crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Ces crédits ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

En revanche, les ARS peuvent s'écarter du montant délégué au titre de ces enveloppes afin de mobiliser des crédits supplémentaires pour financer des actions dans ces deux domaines, le but étant ainsi de favoriser les actions de prévention, de promotion de la santé et relevant du champ médico-social.

Les crédits « sanctuarisés »

L'article 36 de la LFSS 2014 concernant le programme Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (ÉTAPES), ainsi que l'article 92 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, pour l'accompagnement d'une série de projets, portent dérogation au principe de fongibilité : les crédits délégués au titre de ces dispositifs ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

Le renforcement de la fongibilité au profit du développement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé complexes

Par exception aux principes précédents, l'article 69 de la LFSS pour 2018 prévoit que les crédits délégués au titre du dispositif MAIA peuvent être redéployés vers tout autre dispositif d'appui à la coordination intéressant en tout ou partie les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

LES RESSOURCES DU FIR

LES RESSOURCES PRINCIPALES DU FIR EN 2020 ET LEUR RÉPARTITION

En vertu de l'article L. 1435-9 du CSP, les ressources du fonds sont constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, en fonction de l'Ondam. Ce montant peut être révisé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année ainsi que les transferts décidés dans le cadre de la fongibilité dotation annuelle de fonctionnement (DAF)-FIR ;
- le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. Il peut s'agir par exemple de dotations issues du programme budgétaire 157 « handicap et dépendance », intégrées à l'arrêté de répartition FIR, ou, au niveau régional, de ressources enregistrées aux budgets FIR des ARS (ressources propres, dons, legs ainsi que versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics, sur une base volontaire pour financer leurs actions).

LA RÉPARTITION DES RESSOURCES FIR ENTRE RÉGIONS DANS LE CADRE DES ARRÊTÉS INTERMINISTÉRIELS

La répartition des ressources FIR dans le cadre des arrêtés interministériels découle principalement :

- des estimations des besoins de financement des ARS pour la mise en œuvre des missions du FIR et des priorités nationales détaillées dans la circulaire annuelle FIR, ainsi que de la prise en compte des éventuels moindres besoins de financement (par exemple à l'issue d'expérimentations) ;
- pour les ARS concernées, de l'impact du mécanisme de péréquation inter-ARS.

Le mécanisme de péréquation inter-ARS a été défini en 2015 à la suite d'un travail associant les directions d'administration centrale et les ARS. Il vise à renforcer, sur une partie du périmètre du FIR (60 %), l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux, en réduisant la prépondérance des clés de répartition entre régions découlant des modèles de financement antérieurs au profit d'une plus grande prise en compte de critères populationnels et de santé publique (mortalité brute, indice synthétique de précarité et taux d'affection de longue durée – ALD). Il génère une cible de réduction des dotations FIR de six ARS au profit de l'augmentation du FIR de six autres ARS, qui sera atteinte en 2025. Enfin, l'évolution annuelle de la dotation ne peut conduire à une baisse supérieure à 1 % au titre de la péréquation.

Annexe n° 3

Le cadre législatif et réglementaire du FIR

Cette annexe référence le cadre législatif et réglementaire du FIR. Elle rappelle :

- la création du FIR à l'article 65 de la LFSS pour 2012 ;
- les missions financées par le FIR aux articles L. 1435-8 et R. 1435-16 du CSP ;
- les dotations du FIR aux articles L. 1435-9, R. 1435-24 du CSP ;
- les modalités de gestion, de mise en œuvre, de versement et de suivi du FIR aux articles L. 1435-9-1, L. 1435-10 et R. 1435-25, R. 1435-27 du CSP ;
- les règles d'élaboration de budget, de gestion comptable et financière, d'évaluation et les modalités de versement aux bénéficiaires par les ARS aux articles R. 1435-26, R. 1435-28, R. 1435-29, R. 1435-30, R. 1435-31, R. 1435-33, R. 1435-34 du CSP ;
- les règles de versement par les organismes d'assurance maladie à l'article R. 1435-32 ;
- les bénéficiaires du FIR aux articles R. 1435-17 du CSP ;
- le rôle et les compétences du Conseil national de pilotage des ARS à l'article R. 1435-35 du CSP.

Cadre législatif: article 65 de la LFSS pour 2012, articles L. 1435-8 à L. 1435-11 du CSP

- Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2012 portant **création d'un fonds d'intervention régional (FIR)** codifié à l'article L. 1435-8 du CSP

[La loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012](#) prévoit dans son **article 65**, la **création d'un fonds d'intervention régional (FIR)** à compter du 1^{er} mars 2012. Ce fonds finance, sur décision des agences régionales de santé (ARS), des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

« – l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ceux-ci, à des centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou à des regroupements d'établissements ;

– la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ;

– la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ».

[Le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé](#) vient préciser la liste des actions, structures et expérimentations pouvant être financées par le FIR dans le domaine de la continuité, de la performance et de la qualité des soins ainsi que dans le domaine de la prévention. [L'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique](#) et [l'arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional](#) fixent la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération et la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional.

— **Article L. 1435-8 du CSP: définition des cinq axes stratégiques du FIR et obligation d'évaluation des dispositifs financés par le FIR**

Modifié par [ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 – art. 10](#)

Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

- 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- 2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- 5° Au développement de la démocratie sanitaire.

Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une **évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** mentionnés, respectivement, à [l'article L. 6114-2](#) du présent code et à [l'article L. 313-11](#) du code de l'action sociale et des familles.

Les financements alloués au service de santé des armées au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements régionaux pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre du contrat spécifique prévu à [l'article L. 6147-12](#).

— **Article L1435-9 du CSP relatif aux trois catégories de financements (dotations versées par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) et celles prévues par des dispositions législatives ou réglementaires) et identification des fonds concernés par le principe de fongibilité asymétrique des crédits**

Modifié par [loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 – art. 69](#)

Les ressources du fonds sont constituées par :

- 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est **fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale**, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Le montant de cette dotation prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime

juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les évolutions relatives aux conversions d'activité. Il peut être révisé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année ainsi que les transferts décidés en application de [l'article L. 174-1-2](#) du code de la sécurité sociale ;

- 2° (Abrogé) ;
- 3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

- a) 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, des traumatismes et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;
- b) 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 accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

— **Article L. 1435-9-1 du CSP relatif à un aménagement de la fongibilité asymétrique des crédits pour les fonds affectés à tout dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**

Créé par [loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 – art. 69](#)

Par dérogation au b de l'article L. 1435-9 et à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les crédits relevant du fonds d'intervention régional destinés au financement des dispositifs prévus au même article 48 et à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles peuvent être affectés par l'agence régionale de santé à tout autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées.

— **Article L. 1435-10 du CSP sur le rôle du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP), les modalités de mise en œuvre (budget annexe, arrêté interministériel, conditions de report des crédits non consommés) et le suivi de l'utilisation du FIR**

Modifié par [loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 – art. 69](#)

Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont **gérés dans le cadre du budget annexe** mentionné à [l'article L. 1432-5](#). Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé **peut être confié**, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, **à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé**. Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites sont pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du fonds d'intervention régional fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article.

En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes, dans des conditions fixées par décret.

Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à [l'article L. 1435-8](#), de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.

— **Article L. 1435-11 du CSP précisant que les modalités d'application des mesures prévues aux articles L. 1435-8 à L. 1435-11 sont fixées par décret en Conseil d'État**

Créé par [loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 – art. 65](#)
Les modalités d'application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d'État.

Cadre réglementaire : articles R. 1435-16 à R. 1435-36 du CSP

Sous-section 1 : missions

— **Article R. 1435-16 du CSP précisant le contenu des cinq missions du FIR**

Modifié par [décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016](#)
– art. 3

Le I précise les principales actions relevant de la mission 1 du FIR : promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

I. Au titre des missions mentionnées au 1^o de [l'article L. 1435-8](#), le fonds participe notamment au financement :

- 1^o 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 ;
- 2^o Des 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 ;
- 3^o Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
- 4^o Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- 5^o Des actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie.

Le II précise les principaux dispositifs et actions relevant de la mission 2 du FIR : organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

II. Au titre des missions mentionnées au 2^o de [l'article L. 1435-8](#), le fonds participe notamment au financement :

- 1^o Du développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre les structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
- 2^o Des réseaux de santé mentionnés à [l'article L. 6321-1](#) ;
- 3^o Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire ;

- 4° Des 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;
- 5° Des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé;
- 6° Des actions des centres périnataux de proximité mentionnés à [l'article R. 6123-50](#), en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Le III précise les principaux dispositifs et actions relevant de la mission 3 du FIR : permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire.

III. Au titre des missions mentionnées au 3° de l'article L. 1435-8, le fonds participe notamment au financement :

- 1° Des rémunérations forfaitaires versées en application de [l'article R. 6315-6](#) aux médecins qui participent à la permanence des soins;
- 2° Des actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde;
- 3° De la permanence des soins en établissement de santé mentionnée à [l'article L. 6111-3](#), dans le respect des dispositions de [l'article R. 6111-49](#);
- 4° Des actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, en particulier au sein des dispositifs mentionnés à [l'article L. 6323-5](#).

Le IV précise les principaux dispositifs et actions relevant de la mission 4 du FIR : efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels

IV. Au titre des missions mentionnées au 4° de l'article L. 1435-8, le fonds participe notamment au financement :

- 1° Des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires;
- 2° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des subventions d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget;
- 3° Des 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;
- 4° De 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;
- 5° D'actions visant à l'efficience dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences;
- 6° D'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. Ces mesures ont pour objet de financer les dépenses liées aux actions de reconversion, aux indemnités de départ volontaire, aux aides à la mobilité, au remboursement du différentiel de rémunération et à la prise en charge des coûts de fonctionnement de cellules d'accompagnement social.

Les actions mentionnées du 1° au 6° peuvent également faire l'objet d'un financement en faveur des structures médico-sociales. Les opérations citées au 2° en faveur de ces structures peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dans les établissements privés, les aides en faveur des personnels prévues au présent article ne peuvent se substituer aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre I^{er} de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectifs.

Le V précise que la mission 5 du FIR: développement de la démocratie sanitaire finance des actions répondant aux besoins des usagers et des formations effectuées par leurs représentants.

V. Au titre des missions mentionnées au 5° de l'article L. 1435-8, le fonds participe notamment au financement d'une part de toute action visant à améliorer la prise en compte des attentes et des besoins des usagers du système de santé et d'autre part des formations des représentants de ces derniers.

- **Article R. 1435-17 relatif aux bénéficiaires du FIR: professionnels, collectivités publiques, organismes quel que soit leur statut et prestataires extérieurs dans le respect des contrats passés selon les règles de la commande publique**

Modifié par [décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 – art. 1](#)

Les sommes engagées par les agences régionales de santé au titre des missions mentionnées à [l'article R. 1435-16](#) sont versées aux professionnels, aux collectivités publiques ou aux organismes, quel que

soit leur statut, chargés de leur mise en œuvre. Les rémunérations forfaitaires engagées au titre du 1^o du III de l'article R. 1435-16 peuvent être attribuées au centre de santé employant un médecin salarié qui participe à la permanence des soins.

Le fonds d'intervention régional peut également rémunérer des prestataires extérieurs qui contribuent à ces missions, dans le cadre de contrats passés selon les règles de la commande publique. Les articles R. 1435-30, R. 1435-31 et R. 1435-33 ne s'appliquent pas à ces rémunérations.

Sous-section 2: Organisation et fonctionnement

— Article R. 1435-24 du CSP relatif aux modalités de calcul de la dotation versée par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie

Modifié par [décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 – art. 2](#)

Le montant de la charge de la dotation fixé chaque année par l'arrêté mentionné au 1^o de [l'article L. 1435-9](#) est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie au prorata du montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du dernier exercice connu servies par chacun des régimes.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les conditions de versement de ces montants à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par les autres régimes.

— Article R. 1435-25 du CSP relatif à l'adoption de l'arrêté interministériel fixant le montant attribué à chaque ARS et aux règles d'engagement, de liquidation et de paiement des crédits en l'absence de budget annexe

Modifié par [décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 – art. 2](#)

Chaque année, avant le 1^{er} mars, l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa de [l'article L. 1435-10](#) **fixe, après avis du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le montant des crédits attribués à chaque agence régionale de santé.** Il précise pour chaque région le montant des crédits mentionnés aux a et b de [l'article L. 1435-9](#).

Des dotations complémentaires peuvent être attribuées en cours d'année, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'alinéa précédent. En l'absence de budget annexe adopté dans les conditions fixées par l'article R. 1432-56, les agences régionales de santé peuvent engager, liquider et mettre au paiement des crédits dans la limite mensuelle du douzième du montant attribué l'année précédente au titre du premier alinéa.

— Article R. 1435-26 du CSP relatif aux règles de gestion financière et comptable du FIR et à la mise en place d'un budget annexe pour les ARS

Modifié par [décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 – art. 2](#)

Chaque agence régionale de santé, dans le cadre de son budget annexe, assure la gestion financière et comptable des crédits attribués au titre du fonds d'intervention régional, conformément aux règles fixées par les articles R. 1432-54 à R. 1432-66.

L'agent comptable de l'agence régionale de santé établit le compte financier du budget annexe. Le directeur général de l'agence arrête le compte financier, le soumet au conseil de surveillance pour approbation et le transmet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le compte financier du budget annexe relatif au fonds d'intervention régional est constitué d'un compte de résultat, d'un bilan et d'une annexe qui retracent l'ensemble de l'activité du fonds.

— Article R. 1435-27 du CSP relatif à l'élaboration des comptes du FIR par les ministres concernés qui se fondent sur les comptes financiers des budgets annexes établis par les ARS et à l'obligation de leurs transmissions au CNP et aux DGARS avant le 30 avril N+1

Modifié par [décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 – art. 2](#)

Les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, les agences régionales de santé et les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie chargés du paiement de certaines dépenses relevant des missions du fonds d'intervention régional pour le compte des agences régionales de santé en application de [l'article L. 1435-10](#) échangent les informations comptables et financières nécessaires au suivi national et régional du fonds.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale élaborent les comptes du fonds d'intervention régional, qui se fondent sur une consolidation des comptes financiers des budgets annexes établis par les agences régionales de santé, et les transmettent au Conseil national de pilotage et aux directeurs généraux des agences régionales de santé avant le 30 avril de l'exercice suivant.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités techniques d'application du présent article.

— **Article R. 1435-28 du CSP relatif à l'élaboration annuelle du budget du FIR par chaque DGARS et à sa transmission pour information au CNP**

Modifié par [décret n° 2012-1247 du 7 novembre 2012 – art. 2 \(V\)](#)

Dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de celles résultant du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé établit chaque année un budget du fonds dans la région, qu'il transmet pour information au Conseil national de pilotage.

— **Article R. 1435-29 du CSP relatif aux modalités de versement du FIR aux bénéficiaires par les ARS**

Créé par [décret n° 2012-271 du 27 février 2012 – art. 1](#)
Les décisions de financement mentionnées à l'article L. 1435-8 déterminent chaque année le montant des sommes à verser au bénéficiaire, y compris lorsque le financement est prévu sur une base pluriannuelle dont la durée maximale ne peut excéder cinq ans. Pour la mission mentionnée au 1° de l'article R. 1435-16, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 vaut décision de financement.

Lorsque l'opération à financer concerne plusieurs régions, les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes prennent une décision commune d'attribution de financement.

— **Article R. 1435-30 du CSP relatif à l'obligation de contractualisation entre l'ARS et le bénéficiaire sauf en cas de rémunération des médecins dans le cadre de la permanence des soins et sous réserve du dépassement d'un seuil de financement**

Modifié par [décret n° 2019-406 du 2 mai 2019 – art. 2](#)
I. L'octroi des financements est, sous réserve des dispositions du II, subordonné à la conclusion entre l'agence régionale de santé et l'organisme ou le bénéficiaire concerné :

1° Soit de l'un des contrats prévus aux [articles L. 1435-3, L. 1435-4 et L. 6147-12](#) ;

— 2° Soit d'un contrat spécifique.

— Ce contrat mentionne l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire. Il comporte les autres mentions prévues à l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

II. Les dispositions du I ne sont pas applicables :

— 1° Au financement des actions mentionnées au 1° du III de l'article R. 1435-16 ;

— 2° Aux financements qui ne dépassent pas le seuil mentionné au quatrième alinéa de l'article 10 de la loi n° 2000-321 précitée.

— **Article R. 1435-31 du CSP relatif aux spécificités de la décision de financement lorsque le bénéficiaire du financement est un réseau de santé**

Créé par [décret n° 2012-271 du 27 février 2012 – art. 1](#)
Lorsque le bénéficiaire du financement est un réseau de santé, la décision de financement est prise en application des dispositions de l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale. Les conditions de prise en charge financière des prestations et l'application des dérogations prévues à cet article sont annexées au contrat mentionné à l'article précédent.

— **Article R. 1435-32 du CSP précisant que les organismes d'assurance maladie règlent directement aux professionnels de santé certaines dépenses du FIR**

Modifié par [décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 – art. 2](#)
Les organismes d'assurance maladie chargés par l'arrêté mentionné au troisième alinéa de l'article L. 1435-10 du paiement de certaines dépenses relevant des missions du fonds d'intervention régional versées directement aux professionnels de santé effectuent le paiement des sommes pour le compte des agences régionales de santé, qui en assurent l'ordonnancement, dans les conditions fixées par l'article 40 de la loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises.

— **Article R. 1435-33 du CSP relatif aux mesures pouvant être adoptées par les DGARS en cas d'inexécution des engagements pris par l'organisme bénéficiaire**

Créé par [décret n° 2012-271 du 27 février 2012 – art. 1](#)
En cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat mentionné à l'article R. 1435-30, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Si, au terme du délai accordé par l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires au respect des engagements n'ont pas été prises sans justification valable, le directeur général de l'agence régionale de santé peut modifier ou résilier le contrat. Il peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre.

— **Article R. 1435-34 du CSP relatif à l'évaluation des actions financées par le FIR et au rapport annuel sur le FIR élaboré par les ARS**

Créé par [décret n° 2012-271 du 27 février 2012 – art. 1](#)
L'agence régionale de santé procède à une évaluation des résultats de chaque action financée et la prend en compte pour le renouvellement éventuel du financement de l'action.

Le directeur général de l'agence régionale de santé établit chaque année un rapport relatif aux actions financées par le fonds dans la région.

— **Article R. 1435-35 du CSP relatif aux compétences du CNP qui est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du FIR, d'arrêter le bilan de l'exécution des budgets et des comptes N-1 avant le 15 octobre N et d'élaborer les instructions budgétaires et comptables**

Créé par [décret n° 2012-271 du 27 février 2012 – art. 1](#)
Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds. À ce titre, il est rendu destinataire, chaque année avant le 31 mai, des rapports mentionnés à [l'article R. 1435-34](#) et d'un rapport financier relatif à l'exercice antérieur présenté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Il arrête le bilan mentionné à [l'article L. 1435-10](#). Il élabore les instructions budgétaires et comptables nécessaires à l'application de la présente section.

— **Article R. 1435-36 du CSP précisant que le FIR est soumis au contrôle économique et financier de l'État**

Créé par [décret n° 2012-271 du 27 février 2012 – art. 1](#)
Le fonds d'intervention régional est soumis au contrôle économique et financier de l'État dans les conditions fixées par le [décret n° 55-733 du 26 mai 1955](#).

Autres textes réglementaires relatifs au FIR

- **Texte relatifs au financement**

— [Arrêté du 4 juin 2013 déterminant les conditions de financement par le FIR des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé et leurs groupements comportant des dépenses d'investissement](#)

- **Textes relatifs aux règles de gestion comptable et financière**

— [Arrêté du 1^{er} mars 2012 fixant les conditions de versement à la CNAMTS de la dotation des régimes obligatoires de bases d'assurance maladie au FIR](#)

— [Décret n° 2017-814 du 5 mai 2017 portant réglementation des reports et de déchéance des créances relatives au fonds d'intervention régional \(article 2 non codifié – dispositions transitoires\)](#)

— [Arrêté du 22 avril 2014 portant création d'un comité de maîtrise des risques financiers au sein du comité stratégique de maîtrise de risques des ministères chargés des affaires sociales](#)

— [Arrêté du 21 décembre 2015 relatif aux modalités d'exercice du contrôle budgétaire sur les agences régionales de santé](#)

— [Arrêté du 22 juin 2018 fixant le taux plafond des reports de crédits du fonds d'intervention régional autorisés prévu à l'article D. 1435-36-1 du code de la santé publique](#)

— [Instruction n° DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/266 du 21 décembre 2018 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs sanitaires et médico-sociaux](#)

- **Texte relatif aux catégories de dépenses relevant du FIR et payées directement par les CPAM**

— [Arrêté du 16 décembre 2015 fixant les dépenses du budget annexe des agences régionales de santé payées directement aux professionnels de santé par les caisses primaires d'assurance maladie](#)

- **Textes sur l'accompagnement des ressources humaines dans le cadre du FIR**

- [Instruction n° DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional](#)
- [Instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013 relative à l'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux des indemnités de départ volontaires et des aides à la mobilité financées dans le cadre du fonds d'intervention régional \(se référer à la foire aux questions\)](#)

- **Textes sur les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération et la permanence des soins en établissement de santé financés par le FIR**

- [Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique](#)
- [Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional](#)

Circulaires annuelles sur le FIR

- [Circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012](#)
- [Circulaire SG n° 2013-195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013](#)
- [Circulaire N° SG/DGOS/2013/361 du 8 octobre 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013](#)
- [Circulaire n° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014](#)
- [Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015](#)
- [Circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016](#)
- [Circulaire n° SG/PÔLE-ARS/2017-146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017](#)
- [Circulaire n° SG/2018/117 du 11 mai 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2018](#)
- [Circulaire n° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019](#)
- [Circulaire n° SG/2020/65 du 21 avril 2020 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2020](#)



Annexe n° 4

Dépenses FIR 2019 et 2020 par ARS et par mission, en CP

ARS	Mission 1		Mission 2	
	2019	2020	2019	2020
ARS Auvergne-Rhône-Alpes	71 733,6	79 044,3	123 882,4	132 991,3
ARS Bourgogne-Franche-Comté	24 099,2	29 374,3	58 361,8	61 719,4
ARS Bretagne	24 188,1	29 403,1	48 960,0	60 570,0
ARS Centre-Val de Loire	19 374,0	25 239,3	38 242,2	40 165,1
ARS Corse	3 878,3	8 436,0	7 417,6	8 306,4
ARS Grand-Est	48 649,4	79 512,9	90 788,1	99 509,4
ARS Guadeloupe	10 187,9	9 994,2	10 864,4	8 325,3
ARS Guyane	15 818,3	19 267,3	5 585,1	7 251,7
ARS Hauts-de-France	48 299,5	63 080,6	92 683,8	104 863,9
ARS Île-de-France	124 169,4	176 330,2	177 285,8	173 728,9
ARS Martinique	8 803,1	9 911,3	7 241,9	7 857,2
ARS Mayotte		13 380,0		4 652,7
ARS Normandie	25 894,5	31 549,0	54 624,2	63 857,7
ARS Nouvelle-Aquitaine	59 544,7	69 593,6	107 868,4	120 834,5
ARS Occitanie	46 001,2	71 560,3	75 377,3	89 819,8
ARS Océan Indien	22 676,2		16 002,0	
ARS Pays de la Loire	29 357,7	45 151,8	49 163,7	56 212,7
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	46 596,1	59 553,5	72 774,6	80 882,0
ARS La Réunion		22 693,4		16 701,6
Total général	629 271,2	843 075,1	1 037 123,3	1 138 249,6

Mission 3		Mission 4		Mission 5	
2019	2020	2019	2020	2019	2020
109 840,0	117 721,7	94 044,2	103 142,8	235,9	115,7
46 011,8	48 821,1	41 008,6	48 747,3	197,7	213,7
46 812,1	53 111,3	42 178,8	52 256,1	151,1	406,4
29 456,9	32 192,4	53 232,3	44 852,0	150,0	42,0
3 854,9	4 255,6	7 877,0	9 108,8	72,5	52,7
81 153,0	83 362,7	118 794,5	130 136,7	334,9	99,6
5 290,8	5 655,1	20 595,3	25 914,9	65,7	8,7
3 218,2	3 700,3	11 288,4	11 755,7	53,9	52,2
84 105,2	86 853,9	95 634,1	105 056,2	189,6	317,5
165 345,5	170 945,8	125 754,7	141 816,6	651,2	425,8
6 943,4	7 982,0	25 963,7	28 167,5	41,3	27,7
	482,4		-		188,0
39 568,8	42 680,4	61 848,5	61 409,9	142,0	42,2
79 033,0	88 383,2	90 163,3	88 837,6	505,8	590,2
76 672,5	78 387,7	103 869,8	100 443,9	96,6	182,0
11 264,1		34 094,9		260,0	
51 630,6	56 258,0	66 272,2	64 202,3	190,0	74,4
76 739,6	80 643,1	77 885,9	63 294,2	543,7	415,9
	12 446,8		28 418,0		
916 940,4	973 883,5	1 070 506,2	1 107 560,5	3 881,9	3 254,7

Annexe n° 5

Dépenses FIR 2020 par destination, en AE et en CP

Dépenses FIR par mission, en AE et en CP, en M€

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 1	1.1	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	50,8	52,7
	1.1.1	Actions relatives au pilotage de la santé publique	11,5	11,7
	1.1.2	Actions de soutien et partenariat	17,5	19,1
	1.1.3	Actions de veille et de surveillance sanitaire	1,5	1,5
	1.1.4	Évaluations, expertises, études et recherches	15,8	16,0
	1.1.5	Pôles régionaux de compétence (PRC)	4,4	4,4
	1.2	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	353,2	351,5
	1.2.1	Dépistage néonatal de la surdité	1,8	1,9
	1.2.2	Éducation thérapeutique du patient	82,3	82,7
	1.2.3	Vaccinations: financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	19,2	19,2
	1.2.4	Vaccinations: financement des autres activités	1,8	2
	1.2.5	Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	1,9	1,7
	1.2.6	Dispositif de lutte anti-vectorielle	8,5	6,7
	1.2.8	Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	2,2	2,1
1.2.9	Cancers: structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	37,6	40,3	
1.2.10	Cancers: financement des autres activités	3,3	3,4	
1.2.12	Promotion de la santé mentale	15,7	15,7	

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 1	1.2.13	Prévention des pathologies cardio-vasculaires	1,9	2,5
	1.2.14	Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	11,5	11,6
	1.2.15	Lutte contre l'obésité	4,7	4,8
	1.2.16	Prévention des autres maladies chroniques	5,2	4,6
	1.2.17	Prévention des risques liés à l'environnement : protection des eaux	3,3	3,0
	1.2.18	Prévention des risques liés à l'environnement : habitat, milieux intérieurs	7,0	6,8
	1.2.19	Prévention des risques liés à l'environnement : autres risques, dont environnement extérieur	8,1	8,0
	1.2.21	Promotion de la santé des populations en difficulté	39	38,6
	1.2.22	Périnatalité et petite enfance	11,6	11,8
	1.2.23	Lutte contre les traumatismes et les violences	3,2	9,0
	1.2.24	Projets pilotes accompagnement des patients	1,8	1,8
	1.2.25	Expérimentation jeune en souffrance psychique	0,3	0,3
	1.2.27	Centres régionaux de dépistage néonatal	9,5	9,5
	1.2.28	Actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes	14,7	14,9
	1.2.29	Actions de lutte contre les addictions (hors fonds de lutte contre les addictions)	19,3	19,7
	1.2.30	Actions de lutte contre les addictions (fonds de lutte contre les addictions)	22,4	22,0
	1.2.31	Dépistage néonatal (déficit en MCAD)	1,2	1,3
	1.2.32	Prise en charge du psychotraumatisme	3,3	3,1
	1.2.33	Service sanitaire en santé	0,3	0,3
	1.2.34	Soutien mission PMI	9,0	7,2
1.2.35	Prévention antibiorésistance	1,1	1,1	

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 1	1.2.36	Accompagnement vie intime personnes handicapées	0,1	0,1
	1.3	Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	155,4	157,5
	1.3.1	COREVIH	16,3	16,3
	1.3.3	Sida, IST et hépatites: financement des autres activités	16,3	16,3
	1.3.4	Tuberculose: financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	29,8	30,2
	1.3.5	Tuberculose: financement des autres activités	0,9	1,1
	1.3.7	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)	92,1	93,6
	1.4	Actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	4,0	2,1
	1.5	Actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie	69,7	68,9
	1.5.2	Consultations mémoire	62,3	62,4
	1.5.3	Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	7,4	6,6
	1.6	Autres Mission 1	2,4	2,4
	1.7	Autres Mission 1 (médico-social)	0,3	0,3
	1.8	Covid-19	230,2	207,5
	MISSION 2	2.1	Développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information en santé	88,2
2.1.1		Télé médecine	17	18,3
2.1.2		Télé médecine – expérimentations article 36 LFSS 2014- actes (protégé)	11,5	11,7
2.1.4		Coordination des parcours de soins en cancérologie – volet libéraux	0,5	0,5
2.1.6		Diversification des modes d'exercice des professionnels hospitaliers et libéraux	1,0	1,1
2.1.7		Centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère	2,5	2,5
2.1.8		Maisons de naissance	1,5	1,5

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 2	2.1.9	Expérimentation douleur chronique	0,06	0,06
	2.1.10	Expérimentation OBEPEDIA	0,8	0,8
	2.1.11	Services numériques d'appui à la coordination polyvalente	28,9	27,1
	2.1.12	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	7,0	7,2
	2.1.13	Organisations innovantes	16,6	15,0
	2.1.14	Parcours cancer	0,7	0,6
	2.2	Réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1	25,1	25,7
	2.2.1	Dispositifs spécifiques régionaux-cancérologie	10,1	10,3
	2.2.2	Dispositifs spécifiques régionaux-périnatalité	15,1	15,3
	2.3	Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	604,5	603,9
	2.3.1	Structures de prises en charge des adolescents	31,6	30,9
	2.3.2	Équipes mobiles de soins palliatifs	146,7	146,8
	2.3.3	Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques	5,3	5,3
	2.3.4	Équipe de liaison en addictologie	57,9	57,8
	2.3.5	Pratique de soins en cancérologie	86,9	87,1
	2.3.6	Pratique de soins en cancérologie – volet libéraux	2,8	2,8
	2.3.7	Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer	21,6	21,7
	2.3.8	Équipes mobiles de gériatrie	94,8	94,8
	2.3.9	Groupe de qualité entre pairs	1,7	1,8
	2.3.10	Actions de coopération internationale (outre-mer)	0	0
	2.3.11	Médecins correspondants Samu	6,2	6,2
	2.3.12	Carences ambulancières	41,4	41,2
	2.3.13	Postes d'assistants spécialistes – plan cancer	1,1	1,1
	2.3.15	Unités consultations dédiées pour personnes en situation de handicap	7,5	7,0
	2.3.17	PNSP: retour d'expérience dont PEC (conciliation médicamenteuse)	0,7	0,5
	2.3.18	PNSP: simulation en santé	2,0	2,1
	2.3.19	PNSP: structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins	4,4	4,8

	Destination	Intitulés	AE	CP
	2.3.20	PNSP: Revue de morbi-mortalité pluri-professionnelles ville-hôpital et réduction des événements indésirables graves	0,3	0,3
	2.3.22	Prise en charge des infections ostéo-articulaires (dont RCP)	0,2	0,2
	2.3.23	Filières accident vasculaire cérébral	5,0	5,0
	2.3.24	Expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	1,7	1,7
	2.3.25	Expérimentations relatives aux hébergements pour patients	0,3	0,3
	2.3.26	Unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG)	3,0	3,2
	2.3.27	Soutien à la structuration du secteur des transports sanitaires	28,2	27,6
	2.3.28	Aide financière des transporteurs sanitaires au titre de la garde ambulancière – mesure transitoire	53,1	53,6
MISSION 2	2.4	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	96,1	85,4
	2.4.1	Plan Alzheimer ou unités cognitives comportementales	0,25	0,25
	2.4.2	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Plan personnalisé de santé (PAERPA): PPS (protégé)	0,16	0,19
	2.4.3	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie autre (PAERPA): autres que PPS (protégé)	3,2	3,6
	2.4.6	Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	54,1	45,5
	2.4.11	Accompagnement des aidants (dont SPASAD)	2,5	2,6
	2.4.12	Professionnalisation des SAAD	0,04	0,38
	2.4.13	Habitat inclusif PA	3,3	2,6
	2.4.14	Habitat inclusif PH	13,4	11,3
	2.4.15	SI suivi des décisions d'orientation des CDAPH en ESMS	0,07	0,27
	2.4.16	Emploi accompagné PH	14,3	13,8
	2.4.17	Généralisation du forfait hébergement temporaire en sortie d'hôpital	3,6	3,7

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 2	2.5	Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	14,6	13,2
	2.5.1	Exercices pluridisciplinaires et regroupés des professionnels de santé	14,2	13,2
	2.5.2	Démarches d'appui aux fédérations régionales et plateforme nationale programme PACTE	0,4	0,4
	2.6	Actions des centres périnataux de proximité mentionnées à l'article R. 6123-50, en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins	23,5	23,5
	2.7	Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes	244,3	236,9
	2.7.1	Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes	20,9	20,6
	2.7.2	DAC – Coordination territoriale d'appui (CTA)	4	2,1
	2.7.3	DAC – MAIA	79,3	70,4
	2.7.4	DAC – Réseau de santé mono-thématique	47,3	48,6
	2.7.5	DAC – Réseau de santé pluri-thématique	47,1	48,9
	2.7.6	DAC – Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins	46	46,3
	2.8	Autres Mission 2 (sanitaire)	51,7	52,3
	2.9	Autres Mission 2 (médico-social)	12,6	11,1
	MISSION 3	3.1	Rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins	163,8
3.1.1		Astreintes en ville	78	78,2
3.1.2		Participation au financement de la régulation	72,6	72
3.1.3		Structures de régulation libérale	6	6
3.1.4		Actes financés dans le cadre de l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	7,1	7,1
3.2		Actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde	14,3	14,3
3.3		Permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1, dans le respect des dispositions de l'article R. 6112-28	693,5	697,1

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 3	3.3.1	Gardes en établissements privés	26,4	26,8
	3.3.2	Astreintes	46,4	49,4
	3.3.3	Permanence des soins en établissements publics	620,8	620,9
	3.4	Actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, en particulier au sein des dispositifs mentionnés à l'article L. 6323-5	36,8	35,9
	3.4.1	Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)	2,4	2,4
	3.4.2	Exercices regroupés en centres de santé	3,2	3
	3.4.3	Exercices regroupés en maisons de santé pluri-professionnelles	20,9	20,9
	3.4.5	Projets de recherche maisons et centres de santé	0,1	0,1
	3.4.6	Praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA)	0,2	0,2
	3.4.7	Praticiens isolés à activité saisonnière (PIAS)	0,02	0,02
	3.4.8	Praticiens territoriaux médicaux de remplacement (PTMR)	1,1	1,1
	3.4.9	400 médecins généralistes en zone sous dense	1,1	1,1
	3.4.10	Infirmiers en pratique avancée	7,7	7,1
	3.5	Autres Mission 3	31,3	30,8
3.6	Ségur – accompagnement ouvertures temporaires de lits (à la demande)	32,2	32,3	
MISSION 4	4.1	Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	10,1	9,6
	4.1.1	Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	7,6	7,4
	4.1.2	Appui à la fiabilisation et à la certification des comptes	0,15	0,15
	4.1.3	Appui au déploiement de la comptabilité analytique	0,06	0,02
	4.1.5	Programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)	0,4	0,4
	4.1.8	Autres projets d'amélioration de la performance	1,8	1,7
	4.2	Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des subventions d'investissement dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget	966,1	973,1

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 4	4.2.1	Réorganisations hospitalières	22	20,4
	4.2.2	Gestion des risques	0,05	0,05
	4.2.3	Accords de bonnes pratiques hospitalières	0,05	0,07
	4.2.4	Actions de modernisation et de restructuration	103,5	105
	4.2.5	Autres aides à la contractualisation	166,9	163,4
	4.2.6	Maintien de l'activité déficitaire	39	39,4
	4.2.7	Amélioration de l'offre	58	56,4
	4.2.8	Aides à l'investissement hors plans nationaux	564,6	576,5
	4.2.9	Promotion des biosimilaires	2,5	2,4
	4.2.10	Intéressement CAQES	9,6	9,7
	4.3	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	45	44,8
	4.4	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	9,4	9,4
	4.5	Actions visant à l'efficacité dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences	23,5	23,4
	4.5.2	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) actions de formation	9,2	9,2
	4.5.3	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) actions d'accompagnement	14,3	14,2
	4.6	Aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficacité des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels	21,1	20,7
	4.6.1	Autres dispositifs de ressources humaines	17,9	17,7
	4.6.2	Aides à la mobilité	0,4	0,6
	4.6.3	Cellule d'accompagnement social (CLASMO)	0,7	0,5

	Destination	Intitulés	AE	CP
MISSION 5	4.6.4	Indemnités de départ volontaire	1,6	1,7
	4.6.5	Remboursement de différentiel de rémunération	0	0
	4.6.6	Actions de reconversion professionnelle	0,4	0,3
	4.7	Efficiences des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels	13,2	12,1
	4.7.1	Efficiences des structures médico-sociales	9,1	8,8
	4.7.2	Amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales	4,1	3,4
	4.8	Autres Mission 4 (sanitaire)	13,6	12,8
	4.9	Autres Mission 4 (médico-social)	1,9	1,6
	5.1	Toute action visant à améliorer la prise en compte des attentes et des besoins des usagers du système de santé, et des formations des représentants de ces derniers	1,82	1,65
	5.1.1	Formation des représentants des usagers	0,29	0,29
	5.1.2	Recueil de la parole des usagers et citoyens	1,53	1,36
	5.2	Autres Mission 5	1,75	1,60



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Édition : Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

Maquette : Parimage/Dicom des ministères sociaux

Crédits photos : adobe shutterstock - T. Fournier (page 26)

Octobre 2021