

# FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Rapport d'activité 2017



Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales  
Octobre 2018



# SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET BILAN DE LA CAMPAGNE FIR 2017 .....</b>	<b>4</b>
Les orientations stratégiques du FIR .....	5
La mise en œuvre financière du FIR .....	6
Les modalités de gestion du FIR.....	12
<b>BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF DES MISSIONS DU FIR .....</b>	<b>14</b>
<b>Mission 1</b> – Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.....	15
<b>Mission 2</b> – Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.....	25
<b>Mission 3</b> – Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire .....	41
<b>Mission 4</b> – Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels .....	50
<b>Mission 5</b> – Développement de la démocratie sanitaire .....	62
<b>ANNEXES .....</b>	<b>67</b>

# — PARTIE 1

— Synthèse générale et  
bilan de la campagne FIR 2017

## Le FIR, levier financier des ARS depuis 2012

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

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

Les ressources du FIR en 2017 sont majoritairement constituées d'une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie qui intègre désormais les crédits Etat au titre de la prévention transférés au sein de la dotation de l'assurance maladie. Par ailleurs, le FIR bénéficie d'une dotation de l'État et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et d'une dotation exceptionnelle du Fonds National d'Éducation, de Prévention et d'Information Sanitaire. Des arrêtés ministériels fixent chaque année la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds, ainsi que le montant des crédits alloués à chaque ARS.

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

## Les orientations stratégiques du FIR

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

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

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

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

### – Les axes prioritaires de la politique de santé en 2017

Il a été demandé aux ARS de veiller à ce que les moyens alloués dans le cadre du FIR contribuent à la poursuite de la mise en œuvre des dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé, ainsi qu'à la déclinaison, au niveau territorial approprié, des plans et programmes nationaux de santé publique. Les orientations nationales pour l'année 2017 qui ont été définies par la circulaire du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017. Les ARS ont ainsi mis l'accent sur les actions suivantes :

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

En 2017, le fonds a financé la poursuite des expérimentations prévues par l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et des personnes handicapées, ainsi que l'expérimentation relative à la prise en charge de la souffrance psychologique des jeunes de 11 à 21 ans dans le cadre de l'article 68 de la LFSS pour 2017.

Il a également permis d'accompagner l'élargissement des missions des CeGIDD (délivrance des autotests et dispensation des traitements préventifs PrEP et TPE).

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

- En particulier la montée en charge de la mesure visant à permettre aux femmes de 25 à 65 ans d'avoir accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin dans le cadre du plan cancer ;
- La poursuite du financement des programmes d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du plan maladies neurodégénératives (PMND).

Un effort particulier a également été consenti à l'égard des actions de prévention menées par les 4 ARS ultra-marines (sanctuarisation de leur dotation FIR à périmètre retraité).

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

Le FIR a vocation à financer l'organisation et la structuration des parcours de santé, en tenant compte des initiatives des professionnels de santé. À ce titre, il facilite la structuration du premier recours, notamment la mise en place des équipes de premier recours et la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

En 2017, il a financé la poursuite du déploiement sur le territoire des plateformes territoriales d'appui (PTA). Ces fonctions d'appui à la coordination à destination des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des personnes en situation complexe se traduisent par une aide concrète à la conception et à la gestion de leurs projets.

Outre la poursuite des expérimentations relatives aux Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) et le renforcement des maisons des adolescents, le FIR a financé la montée en charge du dispositif de consultations dédiées aux personnes handicapées.

En outre, à compter de 2017, le FIR accompagne la mise en œuvre de services numériques territoriaux dédiés aux dispositifs d'appui à la coordination polyvalente des parcours des patients (PTA, PAERPA, ...). Le déploiement progressif de ces services numériques en appui à la coordination (SNACs) est opéré dans le cadre de la stratégie régionale construite par les ARS avec l'ensemble des acteurs participant au parcours du patient.

Le fonds contribue également à la réduction des inégalités d'accès aux soins. Le développement de la télémédecine et l'accompagnement des structures d'exercice coordonné afin de favoriser le travail en équipe ont été des axes prioritaires en 2017. Ces structures (telles que les maisons et pôles de santé) participent activement au renforcement de l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé. Par ailleurs, l'année 2017 marque la finalisation du maillage territorial par les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), avec 352 dispositifs actuellement installés sur l'ensemble du territoire.

### **Permanence des soins et meilleure couverture de l'accès aux soins sur le territoire**

En 2017, le FIR a participé à favoriser une meilleure répartition des professionnels et structures de santé sur les territoires. Les structures d'exercice coordonné, qui favorisent le travail en équipe, ont été soutenues.

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

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

L'amélioration des conditions de travail des personnels, y compris pour ceux exerçant en établissements médico-sociaux publics et privés, est également une priorité.

À cet égard, la qualité de vie au travail a été au centre de nombreuses initiatives et expérimentations régionales.

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

Le FIR contribue au financement des actions de démocratie sanitaire menées au plan régional en complément des actions et dispositifs financés par le fonds national pour la démocratie sanitaire. Il s'agit d'actions de formation des représentants des usagers du système de santé (hors actions de formation de base menées directement par les URAASS), de recueil de l'expression des attentes et des besoins de tous les acteurs de santé, notamment.

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

En 2017, après mesures de régulation, les ressources du Fonds se sont élevées à 3 370 M€ après 3 244 M€ pour l'exercice 2016 et 3 239 M€ en 2015.

Les ressources du FIR sont constituées de :

- 3,240 Md€ au titre de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, après mesures de régulation, en augmentation de 8,1 % par rapport à 2016. Cette augmentation importante en 2017 par rapport aux années précédentes s'explique par l'intégration des crédits Etat au titre de la prévention au sein de la dotation d'assurance maladie (0,116 M€) ;
- 0,127 Md€ au titre de la dotation de la CNSA en augmentation de 10,7 % par rapport à 2016 ;
- 0,003 Md€ au titre d'une contribution exceptionnelle du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

	Crédits délégués en 2016 (en €)	Crédits délégués en 2017 (en €)	Taux d'évolution (en %)
Grand Est	307 116 162	322 607 800	5,0 %
Nouvelle Aquitaine	289 125 495	304 002 695	5,1 %
Auvergne - Rhône-Alpes	366 629 984	376 914 864	2,8 %
Bourgogne - Franche-Comté	148 793 433	157 340 167	5,7 %
Bretagne	145 785 403	152 057 445	4,3 %
Centre-Val de Loire	113 202 846	120 113 214	6,1 %
Corse	18 381 340	19 510 611	6,1 %
Île de France	530 912 244	552 409 700	4,0 %
Occitanie	266 749 661	278 485 653	4,4 %
Hauts de France	289 860 424	295 115 924	1,8 %
Normandie	162 902 216	168 225 133	3,3 %
Pays de la Loire	167 289 197	178 066 598	6,4 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	234 206 355	245 479 061	4,8 %
Guadeloupe	42 082 218	44 953 729	6,8 %
Guyane	34 848 987	31 828 779	-8,7 %
Martinique	49 653 800	46 321 611	-6,7 %
Océan Indien	76 445 093	76 611 083	0,2 %
<b>TOTAL</b>	<b>3 243 984 859</b>	<b>3 370 044 069</b>	<b>3,9 %</b>

Au niveau national le niveau des crédits FIR délégués aux ARS est en augmentation de 3,9 % entre 2016 et 2017 : à l'exception des ARS Guadeloupe et Guyane, toutes les ARS enregistrent une augmentation de leur délégation variant entre +0,2 % et +6,8 %. S'agissant des ARS Guadeloupe et Guyane, la baisse faciale de la dotation ne peut être analysée comme une diminution des moyens alloués : en effet, ces diminutions correspondent au retraitement en 2017 de mesures ponctuelles 2016 non pérennes.

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

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

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

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

Depuis 2015, le FIR s'est doté d'un dispositif de péréquation, visant à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux. Trois critères sont

désormais pris en compte afin de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population :

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

En prenant en compte les crédits de prévention, la péréquation s'applique à 60 % du total des crédits relevant du FIR ; il n'est pas appliqué aux dotations des ARS d'Outre-mer et, à compter de 2017, aux dotations de l'ARS Corse.

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

### **Une fongibilité largement utilisée en 2017**

Les ARS disposent d'une grande souplesse dans l'utilisation des crédits FIR en raison du caractère fongible de l'essentiel de ces crédits au sein du fonds. Cette fongibilité des crédits FIR offre aux ARS la possibilité de s'écarter de l'utilisation historique des crédits pour les redéployer au profit d'autres actions entrant dans le champ des missions du fonds.

En 2017, 86 % des crédits FIR étaient fongibles, 13 % étaient soumis à une fongibilité asymétrique et 1 % était strictement limité au financement de dispositifs spécifiques<sup>1</sup> et ne pouvait pas être redéployé au profit du financement d'autres actions.

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

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

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

Le mécanisme de fongibilité asymétrique, mis à l'œuvre depuis 2012, a été largement sollicité par les ARS en 2017 pour un montant total de 81,3 M€ dont 76,3 M€ attribués aux actions de prévention et 5,0 M€ aux actions médico-sociales. Le total des crédits ayant fait l'objet d'un mouvement de fongibilité asymétrique en faveur des actions de prévention et du secteur médico-social a augmenté de 4 M€ par rapport à 2016.

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité asymétrique sur la période 2015-2017 (en euros)**

- Fongibilité asymétrique :

Prévention	2015 (en €)	2016* (en €)	2017 (en €)
Grand Est	0	0	0
Nouvelle Aquitaine	6 672 875	3 300 000	12 400 000
Auvergne - Rhône-Alpes	9 410 000	17 030 204	16 565 561
Bourgogne - Franche-Comté	6 779 633	2 943 053	2 642 102
Bretagne	2 404 066	2 115 287	0
Centre-Val de Loire	5 208 599	550 000	550 000
Corse	1 248 077	311 256	52 276
Île de France	7 551 166	37 914 050	33 820 461
Occitanie	5 094 312	1 586 594	2 600 000
Hauts de France	2 533 394	0	0
Normandie	6 813 633	0	0
Pays de la Loire	5 725 589	0	0
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	3 147 000	6 200 000	7 700 000
Guadeloupe	0	0	0
Guyane	654 659	0	
Martinique	0	0	0
Océan Indien	1 124 182	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>38 889 235</b>	<b>71 950 444</b>	<b>76 330 400</b>

Source : rapports d'activité des ARS

\* L'année 2016 a fait l'objet d'une correction s'agissant de l'ARS IDF : montant de la fongibilité non intégré au rapport 2016

1 Il s'agit des crédits relatifs au financement de PAERPA et de l'article 36 de la LFSS 2014 (télémédecine).



Prévention	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 (en €)
Grand Est	0	0	0
Nouvelle Aquitaine	2 353 932	660 000	3 100 000
Auvergne - Rhône-Alpes	2 903 000	0	1 842 920
Bourgogne - Franche-Comté	0	583 248	31 828
Bretagne	4 167 092	645 728	0
Centre-Val de Loire	0	0	0
Corse	0	0	0
Île de France	75 000	0	0
Occitanie	570 000	492 456	0
Hauts de France	241 500	0	0
Normandie	121 175	0	0
Pays de la Loire	100 000	2 570 000	0
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	0	0	0
Guadeloupe	0	0	0
Guyane	540 000	0	0
Martinique	300 000	139 000	0
Océan Indien	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>11 371 699</b>	<b>5 090 432</b>	<b>4 974 748</b>

Source : rapports d'activité des ARS

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

Un autre mécanisme de fongibilité concerne les dotations annuelles de financement (DAF). L'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale créé par la LFSS pour 2014, autorise les directeurs généraux des ARS à transférer une part de la DAF vers le FIR, et inversement. La loi prévoit toutefois que ce transfert de crédits s'opère dans une limite de 1 % de la DAF et son champ d'application exclut les crédits protégés au titre de l'article L.1435-9 du code de la santé publique. L'objectif de cette disposition est de donner aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de ces deux enveloppes qui, bien que n'ayant pas le même objet, constituent l'essentiel de la marge de manœuvre financière des ARS.

En 2017, deux ARS ont fait appel à ce mécanisme de fongibilité (Bourgogne Franche Comté et Île-de-France) pour un montant total de 1,2 M€ contre 21,5 M€ en 2016. Le moindre recours à ce dispositif peut s'expliquer par le caractère définitif de l'opération puisque les dotations font l'objet d'une correction à ce titre.

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité DAF/FIR sur la période 2015 -2017 (en euros)**

Prévention	Montants transfert DAF vers FIR		
	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 (en €)
Grand Est	0	13455521	0
Nouvelle Aquitaine	260000	0	0
Auvergne - Rhône-Alpes	0	0	0
Bourgogne - Franche-Comté	2968000	1448715	132919
Bretagne	0	0	0
Centre-Val de Loire	39000	-79732	0
Corse	-70000	0	0
Île de France	0	991350	1052910
Occitanie	356650	0	0
Hauts de France	0	3766997	0
Normandie	0	0	0
Pays de la Loire	0	2041581	0
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	696671	-130000	0
Guadeloupe	0	0	0
Guyane	0	0	0
Martinique	0	0	0
Océan Indien	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>4 250 321</b>	<b>21 494 432</b>	<b>1 185 829</b>

Source : rapports d'activité des ARS

### Illustration régionale : utilisation de la fongibilité DAF/FIR

En 2017, l'ARS Ile-de-France a utilisé le dispositif de fongibilité DAF-FIR afin de financer les actions suivantes :

- Le développement des actions d'information, de communication, de formation, de lutte contre la stigmatisation, d'outils innovants en santé mentale sur le territoire francilien via le GCS PSYCOM ;
- Le financement d'un poste de chargé de coordination territoriale au sein de la FNAPSY et de chargés de mission départementaux pour l'UNAFAM.

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a utilisé le dispositif de fongibilité DAF vers FIR pour deux dispositifs :

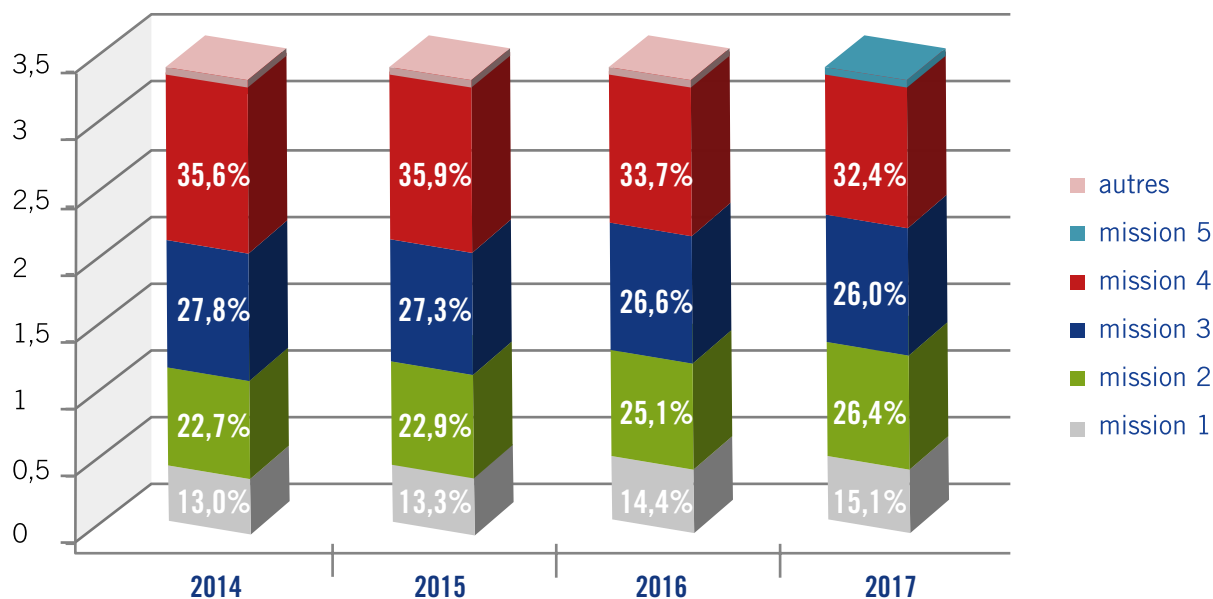
- le financement de consultations mémoires,
- le financement de l'ELSA du CHS de St Ylie.

### – Le bilan financier des ARS :

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

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

Poids des dépenses par mission dans le total entre 2014 et 2017 (en milliards d'euros)



Entre 2014 et 2017, les ARS ont consacré une part croissante de leurs dépenses aux deux premières missions.

À l'inverse, les dépenses consacrées aux missions 3, 4 et 5 voient leur poids relatif diminuer au sein des dépenses totales.

Les dépenses sur la mission 1 ont augmenté de 0,7 point en 2017 par rapport à 2016, traduisant la constance des ARS en matière de développement des actions de prévention et de promotion de la santé.

La mission 2 est, elle aussi, en constante augmentation avec une hausse de plus de 1,3 point entre 2016 et 2017 imputable essentiellement à l'investissement des ARS dans les actions en faveur de la promotion des parcours d'une part et de la qualité et de la sécurité des soins d'autre part. La mission 5 est en baisse depuis 2014 en raison essentiellement d'un resserrement de son périmètre en parallèle de la création du fonds national pour la démocratie sanitaire.

Tableau : répartition des crédits par missions :

Mission	Crédits comptabilisés (en €)				
	2014	2015	2016	2017	
				AE	CP
1 Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	424 174 543	439 636 160	479 150 258	520 740 959	515 423 417
2 Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	738 296 648	757 143 386	833 283 966	886 957 256	897 277 076
3 Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	905 293 355	903 006 718	883 583 170	885 985 733	886 718 819
4 Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 157 940 593	1 188 175 273	1 120 093 753	1 066 958 323	1 102 364 969
5 Développement de la démocratie sanitaire	504 488 888	363 575 757	305 534 170	320 010 101	278 916 262
Autres	23 380 056	17 663 820	3 112 435		
<b>Total (en €)</b>	<b>3 254 130 083</b>	<b>3 309 261 117</b>	<b>3 322 278 924</b>	<b>3 363 842 372</b>	<b>3 404 573 443</b>

La mission 4 qui recense les dépenses relatives à d'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels, reste en 2017 le premier poste de dépenses au sein du FIR avec un montant de 1,07 Md€ en AE et 1,10 Md€ en CP, soit 32,4 % des dépenses, malgré la diminution observée depuis 2015.

La mission 2 et la mission 3 sont respectivement les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> principaux postes de dépenses. Après une période de réduction de l'écart des dépenses entre ces deux missions au profit de la mission 2, en 2017 la mission 2 devient le deuxième poste de dépenses des ARS traduisant leur volontarisme sur l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

### Le résultat comptable 2017

À la clôture des comptes du FIR en 2017, le montant total des crédits consommés au titre du FIR par les agences régionales de santé se rapportant à l'exercice s'est établi à 3,361 Md€ en AE et à près de 3,404 M€ en CP<sup>2</sup>, supérieur de 35 M€ au montant des ressources allouées. Cet écart a en partie été absorbé par la mobilisation des crédits correspondant aux opérations antérieures à 2016, provisionnés dans les comptes de la CNAM (avant la création du budget annexe). Le résultat fait apparaître un excédent de 53 M€.

## Les modalités de gestion du FIR

### – En 2016 : création du budget annexe FIR

La création du budget annexe FIR (article 56 de la LFSS 2015) permet aux ARS de gérer leur budget de manière pluriannuelle, en instaurant la possibilité de reporter une partie des crédits non consommés sur l'exercice suivant, favorisant une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et la mise en place au niveau régional de dispositifs innovants s'étendant sur plusieurs années. Par ailleurs, avec la mise en place de ce budget annexe, les ARS ont désormais la possibilité d'engager des crédits FIR dès le mois de janvier sur la base de la reconduction de 90 % du budget FIR de l'année précédente, sans attendre la publication de l'arrêté national qui fixe le niveau des crédits FIR de l'année.

### Les modalités de suivi budgétaire et comptable

L'applicatif SIBC, déployé dans la totalité des agences et utilisé pour le suivi budgétaire et comptable du budget propre des ARS, a été adapté pour accueillir les données du budget annexe FIR à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les ARS assurent désormais le paiement de l'ensemble des dépenses à l'exception de celles payables directement aux professionnels de santé qui restent confiées aux caisses primaires d'assurance maladie et aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS). Les dispositifs directement payés par les organismes d'assurance maladie sont les suivants :

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

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

2 Données issues des comptes financiers enregistrées dans le système d'information budgétaire et comptable – erreur d'imputation d'une ARS constatée postérieurement à l'arrêté des comptes financiers

**Tableau – Organisation des liquidations et des paiements par mission du FIR en 2017**

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

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

Les décisions concernant le FIR sont soumises au Conseil National de Pilotage (CNP) des ARS, qui définit, par circulaire, les orientations pour l'utilisation du fonds, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions et est chargé du suivi de la gestion du fonds. En outre, le CNP arrête le rapport d'activité annuel du FIR, remis au Parlement. Le secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) coordonne le pilotage opérationnel du FIR à l'échelle nationale, notamment la préparation des campagnes budgétaires du fonds.

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

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

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

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

Le pilotage du FIR a été confié à la Direction de la Stratégie et des Parcours (DSPAR), au sein d'une direction Déléguée Pilotage. Le service FIR est responsable du cadrage stratégique et de l'animation du processus d'arbitrage sur le FIR, ainsi que de l'alignement des dépenses avec les orientations stratégiques définies par la direction de l'Agence. Elle pilote le processus de programmation des dépenses et leur ventilation, et produit les éléments d'information stratégiques aux instances de l'Agence et au niveau national.

Une organisation décentralisée a été mise en place pour la saisie dans HAPI dans les directions métiers. Parmi les instances mises en place : le COPIL FIR (réuni 3 fois par an), instance transversale de discussion et de pré-arbitrage, le Comité Technique FIR (mensuel), instance transversale réunissant la DSPAR, la direction financière, l'agence comptable et les directions métiers afin de partager les informations, mettre à jour les procédures et assurer le suivi qualité des processus.

Des présentations annuelles sont faites aux délégations départementales sur l'utilisation du FIR et les procédures de gestion.

En matière de contrôle interne et la gestion des risques, les travaux sur la cartographie des risques, pilotés par l'agence comptable, ont été réalisés et un plan d'action pour sécuriser le processus déployé.

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

Dans le cadre de la réorganisation liée à la réforme territoriale, la décision a été prise de centraliser l'ensemble des missions relatives au financement au sein du siège de la nouvelle ARS via la création d'un pôle FIR au sein d'une Direction des Financements. Le Pôle FIR assure le pilotage, la gestion et le suivi du FIR. Il est l'interlocuteur unique des directions métiers et des délégations départementales pour toute la gestion du FIR. En 2017, un comité de suivi du FIR, composé des directions métiers a été créé afin d'améliorer le pilotage du FIR tant au niveau de l'élaboration de l'EPRD que du suivi de l'exécution budgétaire.

Concernant la démarche de maîtrise des risques comptables et financiers, après l'élaboration de la cartographie de risques et de l'organigramme fonctionnel nominatif en 2016, un plan d'actions a été défini en 2017.

# — PARTIE 2

— Bilan quantitatif et qualitatif  
des missions du FIR

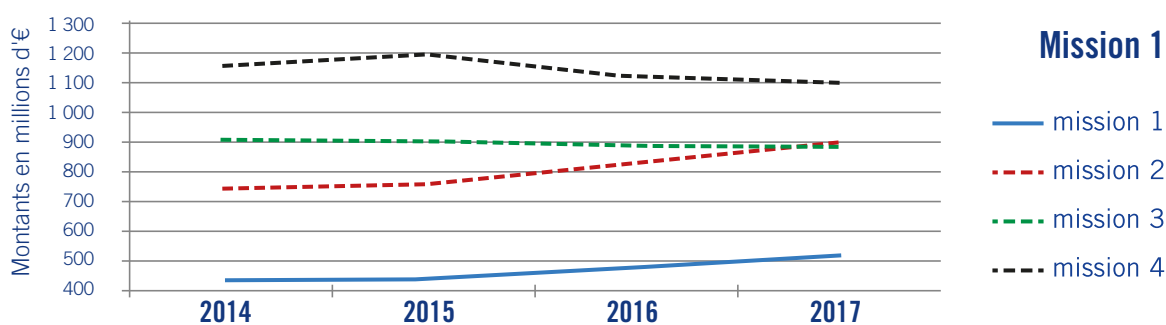
# Mission 1

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

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2017 ont plus particulièrement concerné :

- Des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques ;
- Des actions en matière 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 ;
- Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux, notamment les consultations mémoire.

En 2017, 520740959 € en AE et 515423417 € en CP ont été comptabilisés au titre de cette mission.



Les tableaux ci-dessous présentent les détails des dépenses relatives à cette mission :  
Dépenses comptabilisées au titre de la mission 1 en 2017

Mission 1	Crédits comptabilisés (en €)				
	2014	2015	2016	2017	
				AE	CP
Dont prévention et observation en santé, évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	25907348	33177524	37539760	42461552	41592766
Dont éducation à la santé, prévention des maladies, des comportements à risques ainsi que des risques environnementaux et ETP	228561316	245168140	240811358	262897643	261984445
Dont dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	99772252	97281345	124704990	139385777	135106270
Dont gestion des situations sanitaires exceptionnelles	799574	576422	2670746	2283686	2312012
Dont prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux	61587592	63432728	70363869	71065120	71974040
Autres	0	0	3059534	2647181	2453883
<b>Total national</b>	<b>424174543</b>	<b>439636160</b>	<b>479150258</b>	<b>520740959</b>	<b>515423417</b>

Les dépenses liées à la mission 1 sont en constante hausse. En effet, les ARS dépensent 91 M€ de plus entre 2014 et 2017. Sur les quatre dernières années, les dépenses de prévention ont augmenté de 21,5 % essentiellement tirées par les postes « dépistage et diagnostic de maladies transmissibles » (+35,3 M€ entre 2014 et 2017) et « éducation à la santé, prévention des maladies, des

comportements à risques ainsi que des risques environnementaux et ETP » (+33,4 M€ entre 2014 et 2017). Les ARS ont notamment recours au mécanisme de fongibilité asymétrique du sanitaire vers la prévention pour financer les actions de prévention.

#### Comparaison des crédits alloués par les ARS au titre de la mission 1 sur la période 2015-2017 (en euros)

Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Crédits comptabilisés 2015	Crédits comptabilisés 2016	2017 (en CP)
Auvergne - Rhône Alpes	53 574 805	65 286 113	66 979 486
Bourgogne - Franche Comté	17 302 095	20 210 781	21 036 075
Bretagne	13 190 497	18 420 892	18 687 224
Centre Val de Loire	12 759 969	12 524 931	14 668 367
Corse	2 510 214	2 623 710	2 822 650
Grand Est	35 866 343	36 167 272	38 652 926
Haut de France	37 121 004	37 721 729	40 171 974
Île de France	87 403 122	81 055 889	88 754 009
Normandie	20 979 933	22 588 003	22 193 084
Nouvelle Aquitaine	34 951 185	40 067 683	47 433 214
Occitanie	32 886 527	35 835 958	37 089 952
Pays de la Loire	24 045 187	25 445 990	25 446 376
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25 889 176	37 029 377	41 292 873
Guadeloupe	7 752 136	8 279 600	8 556 225
Guyane	10 150 010	10 014 735	13 176 611
Martinique	6 796 599	7 955 246	7 979 464
Océan Indien	16 457 360	17 922 346	20 482 909
<b>Total national</b>	<b>439 636 161</b>	<b>479 150 258</b>	<b>515 423 417</b>

Source : états financiers des ARS

Le taux de progression des dépenses, de 7,57 % entre 2016 (479,2 M€) et 2017 (515,4 M€) était de 9,74 % l'année précédente (439,6 M€ en 2015).

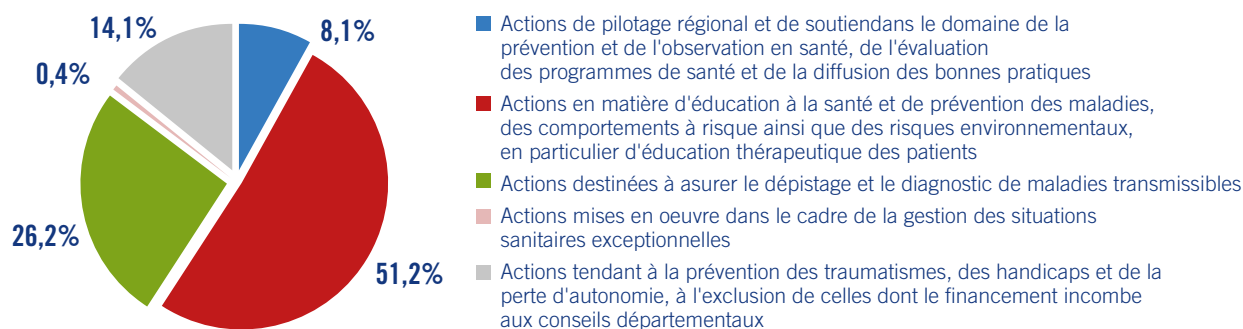


### Répartition thématique des crédits alloués au titre de la mission 1 (en euros)

Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	Actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	Actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients	Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	Actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux
Grand Est	2 373 080	21 087 614	8 397 121	17 968	6 777 142
Nouvelle Aquitaine	5 220 108	24 684 348	9 739 382	156 972	7 632 404
Auvergne - Rhône-Alpes	4 901 229	32 282 702	17 902 570	328 783	11 564 202
Bourgogne - Franche-Comté	3 277 457	10 117 334	4 830 994	355 859	2 454 431
Bretagne	1 557 835	9 297 814	4 272 257	667 479	2 891 839
Centre-Val de Loire	1 518 543	6 866 998	4 522 892	0	1 759 934
Corse	844 703	921 373	555 239	1 089	500 247
Île de France	3 716 383	51 204 452	26 567 525	303 147	6 962 502
Occitanie	3 258 069	16 118 027	11 188 180	9 627	6 516 049
Hauts de France	1 524 351	25 824 423	6 440 202	0	6 382 998
Normandie	2 092 718	10 705 444	5 260 772	52 779	4 081 371
Pays de la Loire	3 611 415	9 289 176	7 299 934	10 560	5 235 291
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	2 026 556	20 049 081	11 099 118	193 030	7 925 088
Guadeloupe	883 919	4 205 953	2 946 059	140 294	380 000
Guyane	804 005	6 207 414	6 164 192	0	1 000
Martinique	1 748 859	3 286 899	2 281 198	51 024	611 485
Océan Indien	2 233 538	11 720 516	5 638 635	23 400	866 820
<b>TOTAL NATIONAL (en euros)</b>	<b>41 592 768</b>	<b>263 869 568</b>	<b>135 106 270</b>	<b>231 2011</b>	<b>72 542 803</b>
<b>TOTAL NATIONAL (en %)</b>	<b>8,1 %</b>	<b>51,2 %</b>	<b>26,2 %</b>	<b>0,4 %</b>	<b>14,1 %</b>

Source : états financiers des ARS et SIBC

### Ventilation nationale des crédits alloués au titre des différentes actions déployées en matière de prévention



## Stratégie spécifique à cette mission et à ses dispositifs

L'année 2017 s'inscrit en continuité avec 2016 sur la mise en œuvre des programmes régionaux de santé (PRS), y compris dans les régions fusionnées, tout en se plaçant dans la perspective de l'élaboration de nouveaux PRS qui ont été arrêtés courant 2018.

De manière générale, les ARS ont poursuivi la dynamique mise en œuvre depuis la création du FIR sur la base des diagnostics locaux produits par les observatoires régionaux de la santé publique. L'organisation de la réponse aux besoins des populations est notamment menée dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), dont le nombre progresse en 2017 (305 CLS dont 49 sont des contrats de deuxième, voire troisième génération).

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

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

En 2017, le principe de fongibilité asymétrique vers les crédits prévention a été mis en œuvre par 8 des 17 ARS pour un montant total de 76,3 M€ (source : rapports d'activité régionaux), soit une augmentation significative par rapport à 2016 (34 M€). Ces montants s'échelonnent de 0,052 M€ (ARS Corse) à 33,8 M€ pour l'ARS Île-de-France.

Ces crédits représentent 15 % des dépenses des ARS relatives à la promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

Comme les années précédentes, les modalités d'allocation de ressources définies pour financer les priorités des schémas régionaux de la prévention (SRP) :

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

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

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

## Modalités d'évaluation des programmes et des actions

L'évaluation des actions repose principalement sur l'autoévaluation effectuée par les promoteurs sur la base d'objectifs et d'indicateurs prédéterminés en commun avec les ARS. Un appui méthodologique peut être apporté aux promoteurs par les IREPS.

L'ARS Nouvelle Aquitaine indique que l'évaluation des actions de prévention fait l'objet chaque année d'un programme annuel intégré au programme régional d'inspection contrôle (PRICE).

## Bilan quantitatif et qualitatif des actions menées

Libellé mission	2017 (CP)	Thématiques financées	2017 (CP)
CeGIDD	82761364	SIDA, VIH, IST et hépatites	<b>106 046 010</b>
SIDA, IST et hépatites : financement des autres activités	15281433		
COREVIH	7890973		
CIDDIST (exercices antérieurs à 2016)	0		
CDAG (exercices antérieurs à 2016)	112239		
Tuberculose : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires re-centralisées	28443783	Tuberculose	<b>29 060 261</b>
Tuberculose : financement des autres activités	616478		
Vaccinations : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires re-centralisés	18091091	Vaccinations	<b>20 684 725</b>
Vaccinations : financement des autres activités	1583528		
Expérimentation vaccination contre la grippe par les pharmaciens	1010106		
Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	984336	Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	<b>984 336</b>
Dispositifs de lutte anti vectorielle	4901297	Lutte antivectorielle	<b>4 901 297</b>
Cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	37369756	Cancers	<b>40 736 167</b>
Cancers : financement des autres activités	3366411		
Prévention de pratiques addictives	18449364	Pratiques addictives	<b>18 449 364</b>
Promotion de la santé mentale	15972211	Santé mentale	<b>15 972 211</b>
Prévention de la maladie d'Alzheimer	18540	Maladies liées au vieillissement	<b>2 780 811</b>
Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	2762271		
Prévention des pathologies cardio-vasculaires	503128	Pathologies cardiovasculaires	<b>503 128</b>
Prévention des autres maladies chroniques	2324436	Autres maladies chroniques	<b>2 324 436</b>
Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	12309127	Nutrition et lutte contre l'obésité	<b>15 596 911</b>
Lutte contre l'obésité	3287784		

Libellé mission	2017 (CP)	Thématiques financées	2017 (CP)
Prévention des risques liés à l'environnement : protection des eaux	1 495 749	Prévention des risques liés à l'environnement	<b>11 506 716</b>
Prévention des risques liés à l'environnement : habitat, milieux intérieurs	4 636 497		
Prévention des risques liés à l'environnement, autres risques, dont environnement extérieur	5 374 470		
Prévention des risques liés au travail	119 250	Prévention des risques liés au travail	<b>119 250</b>
Éducation thérapeutique du patient	84 324 148	Éducation thérapeutique et accompagnement des patients	<b>86 014 771</b>
Projets pilotes accompagnement des patients	1 690 623		
Promotion de la santé des populations en difficulté	28 269 661	Santé des populations en difficulté	<b>28 269 661</b>
Périnatalité et petite enfance	99 188 29	Périnatalité et petite enfance	<b>11 551 949</b>
Dépistage néonatal de la surdité	1 633 120		
Lutte contre les traumatismes et les violences	1 028 713	Traumatismes et violences	<b>1 028 713</b>
Financement d'actions de gestion des urgences et d'événements sanitaires exceptionnels	2 312 012	Gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus	<b>2 312 012</b>
Actions relatives au pilotage de la santé publique	19 119 569	Pilotage régional de la politique de santé publique	<b>39 976 556</b>
Actions de soutien et partenariat dont CLS	10 903 979		
Actions de veille et de surveillance sanitaire	907 287		
Evaluation, expertises, études et recherches	9 045 723		
Expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD	6 448	Traumatismes, handicaps et perte d'autonomie	<b>71 974 040</b>
Consultations mémoires	62 253 967		
Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	9 713 625		
Autres Mission 1 Prévention	1 885 122	Autres Mission 1 Prévention	<b>1 885 122</b>
Autres Mission 1 Médico-social	568 762	Autres Mission 1 Médico-social	<b>568 762</b>

Source: SIBC

Au-delà de la reconduction des programmes de santé publique mis en œuvre en 2016 (vaccination, lutte contre les addictions, dépistage organisé des cancers, lutte contre la tuberculose, éducation thérapeutique du patient, ...), l'année 2017 est particulièrement caractérisée par :

- La reprise par les ARS de la compétence relative aux pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (PRC) ;
- La préfiguration du dépistage du cancer du col de l'utérus ;

- L'expérimentation prévue à l'article 92 de la LMSS (accompagnement à l'autonomie en santé en direction des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie, ainsi que des personnes handicapées) ;
- L'expérimentation prévue dans le cadre de la mesure 5 du PMND (éducation thérapeutique à destination des malades souffrant de maladies neurodégénératives) ;
- L'extension des missions des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID) ;

- L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens ;
- Des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux, notamment les consultations mémoire.

## – Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, le financement des PRC a été transféré au FIR. Ce dispositif a fait l'objet d'un appel à projets des ARS sur la base du cahier des charges national. Il a pour objectif de poursuivre la politique de soutien aux acteurs et d'assurer un rôle d'expertise auprès des ARS avec l'enjeu de renforcer la professionnalisation des acteurs. Les PRC constituent des plateformes régionales de ressources et de services destinées à améliorer la qualité des programmes de prévention/promotion de la santé ; d'harmoniser les pratiques et de faciliter le transfert d'intervention et l'implantation d'actions innovantes. Les IREPS ont majoritairement été retenus pour porter ce dispositif.

### Un exemple d'actions mises en œuvre : ARS Normandie

Suite à l'appel à projets lancé par l'ARS Normandie, l'IREPS de Haute-Normandie a été retenu pour porter le dispositif régional d'appui à la politique et aux interventions en prévention et promotion de la santé –PPS- (ex-PRC) dont la mission est de contribuer à l'amélioration de la qualité des actions et des pratiques en PPS, renforcer les capacités des acteurs et appuyer l'ARS dans la mise en œuvre de la politique régionale de PPS. Pour 2017, les actions suivantes ont été mises en œuvre : installation et coordination du dispositif (mise en place des instances et partenariats et coordination des activités, création d'un MOOC en partenariat avec d'autres régions, accompagnement méthodologique pour identifier les actions de terrain prometteuses, interface entre chercheurs et acteurs dans le cadre d'une convention ARS/Région/universités/préfecture de région pour le développement de la recherche interventionnelle et le transfert des connaissances).

## – La préfiguration du dépistage du cancer du col de l'utérus

Conformément au plan Cancer 2014-2019 qui préconise de généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) et à l'instruction du 25 mai 2016 relative aux modalités de désignation de structures régionales de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les structures de préfiguration du programme national ont été désignées en 2017. La mise en

œuvre de la préfiguration s'est opérée de manière satisfaisante. L'année 2017 a notamment été consacrée à la préparation du dispositif dans l'attente de la sortie (le 4 mai 2018) de l'arrêté ministériel fixant le cahier des charges national du DOCCU. De nombreuses réunions d'information ont été organisées au niveau local afin de présenter le dispositif aux professionnels de santé.

### Un exemple d'action mise en œuvre : ARS Grand Est

L'association alsacienne EVE a été désignée fin 2016 comme structure préfiguratrice du DOCCU suite à l'appel à projets de l'INCa. Le DOCCU était déjà déployé en Alsace.

Les travaux de déploiement du dépistage conduits par EVE durant l'année 2017 ont été les suivants :

- réalisation d'un état des lieux (2<sup>e</sup> trimestre),
- constitution d'un conseil scientifique (1<sup>re</sup> réunion en juin),
- séminaire régional des anatomo-cytopathologistes (ACP) en juin,
- identification d'un premier département pour débiter la généralisation : la Moselle (les formations des professionnels ont débuté en novembre et se sont poursuivies au 1<sup>er</sup> trimestre 2018).

## – L'expérimentation prévue à l'article 92 de la LMSS

L'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit une expérimentation pour une durée de cinq ans de projets pilotes dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé en direction des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées.

En 2016 a eu lieu une première vague d'appel à projets pour l'expérimentation. 19 projets pilotes ont été retenus dans 14 régions. En 2017, un second et dernier appel à projets a permis la désignation de 9 nouveaux projets dans 8 régions. Toutes les régions sont pourvues au moins d'un projet à l'exception de la Martinique.

Chaque projet pilote d'accompagnement sanitaire, social et administratif retenu fait l'objet d'une convention avec l'ARS concernée.

### Un exemple d'actions mises en œuvre : ARS Bourgogne-Franche-Comté :

L'appel à projet 2016 a permis de financer une action développée par l'IREPS Bourgogne Franche-Comté d'accompagnement à l'autonomie des adolescents et jeunes adultes de 11 à 21 ans sur les problématiques de santé liées au surpoids et à l'obésité. Ce projet cible les jeunes adultes et adolescents vulnérables bénéficiant ou ayant bénéficié d'interventions socio-éducatives. En 2017, deux

milieux de vie dépendant du secteur de protection de l'enfance ont été retenus pour cette expérimentation.

En 2017, le second appel à projet a sélectionné le dossier porté par l'association Voir et Percevoir 21 : une Équipe Mobile Basse Vision propose une prise en charge médico-sociale de tous les déficients visuels du territoire, quel que soit leur âge, leurs ressources et leur situation vis à vis de l'emploi. L'accompagnement mis en place par L'Équipe Mobile Basse Vision s'inscrit dans le continuum : rééducation > réadaptation > réinsertion. 110 bénéficiaires seront pris en charge sur 5 ans.

## – L'expérimentation prévue dans le cadre de la mesure 5 du PMND

À partir de 2015, dans le cadre de la mesure 5 « développer l'éducation thérapeutique (ETP), dans le cadre des recommandations de la Haute autorité de santé, en prenant en compte les besoins du patient et ceux de ses proches » du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, les ARS ont lancé un appel à projet pour développer des programmes d'ETP à destination des malades souffrant de maladies neurodégénératives (scléroses en plaque, maladie de Parkinson et maladies d'Alzheimer principalement). Après une phase de construction et de montée en charge, ces programmes doivent durer au moins 3 ans.

### Un exemple d'actions mises en œuvre : ARS Centre Val-de-Loire :

Suite à l'appel à projets lancé en région Centre-Val de Loire, il a été décidé de sélectionner le projet présenté par l'UGECAM du Centre et qui s'intitule : « Mieux vivre avec la sclérose en plaques » (SEP). Il vise à proposer une éducation thérapeutique structurée pour le patient atteint de SEP et son entourage. Il s'agit de développer ses compétences pour le rendre responsable et autonome dans la gestion de sa maladie et d'améliorer sa qualité de vie. Le projet a démarré début 2017. Plusieurs points ont d'ores-et-déjà pu être développés :

- la formation des professionnels qui interviennent dans le projet permettant de développer les connaissances et compétences de l'équipe projet (coaching dans la SEP, travail avec le réseau régional Neurocentre, prise en charge des troubles sexuels liés à la SEP...),
- l'élaboration d'outils de communication permettant de faire connaître le programme : plaquette de communication, affiches, courrier de présentation adressé à l'ensemble des médecins généralistes du département d'Eure-et-Loir ainsi qu'aux neurologues.

- la mise en route effective du programme avec la réalisation des premiers diagnostics éducatifs et des ateliers (connaissance de la maladie, activité physique adaptée, diététique, sophrologie).

D'autres actions de développement du programme sont prévues : la formation spécifique pour les aidants, la poursuite du développement des partenariats avec les structures du département ou l'intervention de patients experts dans certains ateliers.

## – L'extension des missions des CeGIDD

En matière de lutte contre le VIH et des hépatites virales, l'année 2017 a vu la consolidation des missions des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), habilités par les ARS en 2016 dans le cadre de la nouvelle organisation du dispositif d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles.

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

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

Par ailleurs, l'article 39 de la loi de modernisation de notre système de santé a étendu les missions des CeGIDD à la délivrance des autotests VIH, ainsi qu'à l'accès à des traitements préventifs fixés par arrêté ministériel, à savoir :

- La prophylaxie préexposition VIH (PrEP). La délivrance de la PrEP par les CeGIDD est autorisée depuis l'arrêté du 7 juin 2016.
- Les traitements post-exposition (TPE), après intégration des CeGIDD dans le nouveau cadre d'organisation de la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH.

### Un exemple d'actions mises en œuvre : ARS Ile-de-France :

L'année 2017 a vu la consolidation des CeGIDD dans leurs missions, avec l'appui des groupes de travail du Comité technique régional. En ce qui concerne les actions hors les murs, un guide pratique a été élaboré, et diffusé en début d'année 2018 ; pour la délégation de tâches, partage d'expérience mais constat de la complexité du processus ; pour les questions de gratuité, la discussion se poursuit.

La seconde moitié de l'année a permis de déployer la PrEP dans les CeGIDD conformément aux instructions nationales et grâce au financement via les mesures nouvelles du FIR. Un groupe de travail large (CeGIDD, hospitalier, associations, COREVIH, ARS) a permis d'entendre les expériences en cours à l'hôpital, d'évaluer les moyens humains et financiers nécessaires ainsi que les objectifs possibles, avant de répartir les moyens entre les différents CeGIDD. La question de la gratuité pour tous et tout le temps a été particulièrement discutée dans ce cadre. Un cadre de suivi de la montée en charge de la PrEP en CeGIDD a été établi.

### L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 permet la conduite d'expérimentations relatives à la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine. Deux régions ont été retenues par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour la campagne 2017-2018 : Auvergne Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine. En 2017, 1 010 106 € ont été alloués aux officines faisant partie de l'expérimentation. En Auvergne-Rhône-Alpes, ce sont plus de 60 % des officines de la région qui ont participé à l'expérimentation et 98 500 patients ont ainsi bénéficié de cette vaccination.

### – Les consultations mémoire

La consultation mémoire est une consultation d'évaluation des troubles de la mémoire qui ont été repérés par un médecin généraliste. Elle est réalisée au sein d'un hôpital disposant d'une consultation mémoire ou auprès de neurologues libéraux. Des consultations mémoire de ressources et de recherche (CMRR), au nombre de 28, exercent une fonction de recours pour des diagnostics complexes. Les consultations mémoire mènent leur activité en réseau avec les médecins généralistes, participent à la structuration de la filière gériatrique et travaillent 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. Depuis 2005, ces consultations mémoire font l'objet d'une labellisation sur la base d'un cahier des charges défini en 2011. Leur activité a été renforcée pour permettre au malade de bénéficier d'une information d'ensemble, précise et personnalisée concernant sa pathologie et d'une proposition de prise en charge.

Le financement des consultations mémoire (hors CMRR) progresse de plus de 2 % entre 2016 et 2017. Ces évolutions font suite à un point de situation effectué dans de nombreuses régions en 2016 et 2017, notamment en raison de la réforme territoriale et de ses impacts. Ce point de situation a permis à certaines ARS de redéfinir

l'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. Le point de situation a également conduit des ARS à définir une modélisation économique des consultations mémoire (ARA, Bourgogne-Franche Comté, Bretagne, Grand-Est, Ile-de-France) afin d'obtenir une plus grande équité de financement entre les établissements et selon les besoins des territoires.

### Illustration des actions menées en région

L'ARS des Hauts-de-France a ainsi identifié des consultations mémoire référentes de territoire, dans des établissements sièges d'accueil des urgences disposant également d'une IRM et de compétences en neurologie et en gériatrie, et des consultations mémoire de proximité, disposant de compétences en gériatrie et en neurologie ou en lien avec des neurologues libéraux. Le suivi de l'activité des consultations mémoire s'effectue notamment au travers de la Banque nationale Alzheimer (BNA) mais également au travers du rapport d'activité du contrat pluriannuel d'objectifs de moyens (CPOM) de l'établissement de santé d'implantation.

Suite aux travaux menés en 2016 qui l'ont conduit à remodeler les financements afin d'inciter à une dynamique de réseau, l'ARS de Bretagne note une progression de la pertinence des orientations et notamment un meilleur repérage des patients de moins de 65 ans et un meilleur recours au CMRR. Elle a mis en place une cellule régionale dédiée à la coordination et à l'animation des filières en vue de favoriser l'harmonisation des pratiques, les liens avec les consultations libérales et l'insertion dans un réseau commun essentiel pour les patients jeunes.

Enfin, sous l'égide de l'ARS Occitanie, les responsables des deux CMRR ont impulsé en 2017 une dynamique régionale concertée autour du diagnostic, de la recherche et de l'organisation du parcours avec l'ensemble des 31 consultations mémoire de la région (une nouvelle a été labellisée en Aveyron dans une zone rurale).

régions	Montants engagés 2016	Montants engagés 2017	Évolution % 2016-2017
Auvergne-Rhône-Alpes	9 212 245	10 018 411	9 %
Bourgogne-Franche Comté	2 246 653	2 235 247	-1 %
Bretagne	2 843 039	2 843 039	0 %
Centre Val-de-Loire	1 676 527	1 676 527	0 %
Corse	500 247	500 247	0 %
Grand Est	6 577 672	6 577 672	0 %
Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy	252 600	252 600	0 %
Guyane	-	-	-
Hauts-de-France	4 473 710	4 631 329	4 %
Ile-de-France	6 812 000	6 956 000	2 %
Martinique	611 485	611 485	0 %
Normandie	4 081 371	4 081 371	0 %
Nouvelle-Aquitaine	6 601 412	6 664 437	1 %
Occitanie	5 539 669	5 539 669	0 %
Océan Indien	490 070	590 070	20 %
Pays de la Loire	4 899 903	4 936 824	1 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 048 046	4 139 040	2 %
<b>Total</b>	<b>60 866 649</b>	<b>62 253 967</b>	<b>2 %</b>



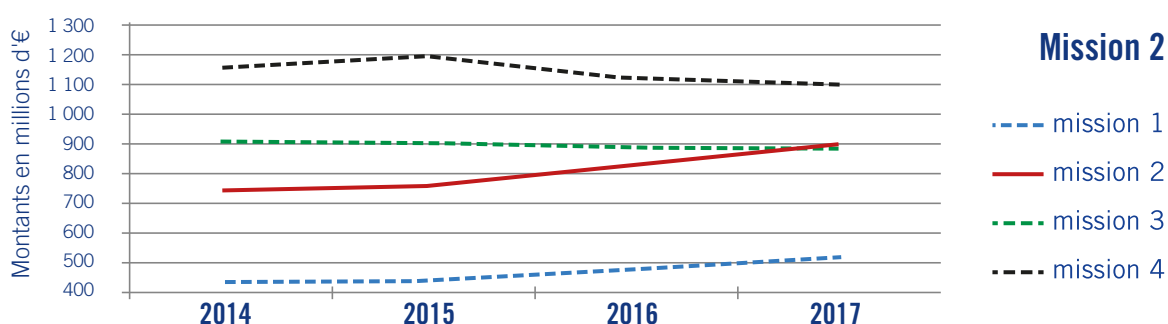
## Mission 2

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

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2017 ont représenté 886 957 256 € en AE et 897 277 076 € en CP et ont plus particulièrement concerné :

- les actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire (484 M€) et médico-sociales (136 M€);
- les réseaux de santé (154 M€);

- le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice (45 M€);
- les centres périnataux de proximité (20 M€);
- les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé (12 M€).



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

Mission 2	Crédits comptabilisés (en €)				
	2014	2015	2016	2017	
				AE	CP
Développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice	13 160 642	18 706 496	29 251 455	46 310 783	44 961 103
Réseaux de santé	158 861 068	158 563 256	150 021 778	143 643 974	154 378 288
Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	448 941 254	444 226 683	460 060 492	485 753 073	483 642 618
Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale	928 163 669	107 798 440	122 418 164	133 252 890	136 264 421
Centres périnataux de proximité	18 799 797	18 953 614	20 010 933	20 883 301	20 883 301
Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	5 717 518	8 894 897	7 802 113	11 815 105	11 760 028
Autres	0	0	43 719 032	45 298 130	45 387 317
<b>Total national</b>	<b>738 296 648</b>	<b>757 143 386</b>	<b>833 283 966</b>	<b>886 957 256</b>	<b>897 277 076</b>

On note en 2017 une augmentation de 21,5 % des dépenses sur les quatre dernières années. Cette augmentation concerne principalement les parcours de santé et les nouveaux modes d'exercice (+242 %), les exercices pluridisciplinaires et regroupés (+106 %), la qualité et la sécurité des prises en charges médico-sociales (+47 %).

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

### La Télémedecine

Les ARS ont dépensé 22, 76 M€<sup>3</sup> en 2017 pour 344 projets de télémedecine, soit 2, 5 M€ (11 %) de plus qu'en 2016 (pour 206 projets). Cette dynamique de dépenses est conforme aux orientations du plan d'égal accès aux soins qui fait du déploiement de la télémedecine sa priorité n°2. À ces projets s'ajoutent, pour 2017, et avant l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise, les dépenses relatives au programme ETAPES qui couvrent les actes de téléconsultation, de téléexpertise et le forfait financement des structures donnant accès à des téléconsultations<sup>4</sup>. Les ARS ont financé via le FIR protégé ce programme avec 1 366 133 € de dépenses selon les données nationales.

#### Évolution du nombre de projets par région

Régions	Nombre de projets par région en 2017	Nombre de projets par région en 2016
Auvergne-Rhône-Alpes	4	9
Bourgogne-Franche-Comté	22	21
Bretagne	23	7
Centre-Val-de-Loire	18	21
Corse	4	9
Grand Est	37	14
Guadeloupe	9	18
Guyane	1	2
Hauts-de-France	18	14
Ile-de-France	9	24
Martinique	0	4
Normandie	54	18
Nouvelle Aquitaine	104	18
Occitanie	4	6
Océan Indien	NR	1
Pays de la Loire	9	9
Provence-Alpes-Côte-D'azur	18	11
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>206</b>

#### Évolution des dépenses dédiées à la télémedecine (hors FIR protégé)

Régions	Dépenses télémedecine FIR 2017 (consolidé, hors FIR protégé)	Dépenses télémedecine FIR 2016 (consolidé, hors FIR protégé)
Auvergne-Rhône-Alpes	34 000	205 105
Bourgogne Franche Comté	2 702 000	1 895 417
Bretagne	2 473 693	1 489 971
Centre Val-de-Loire	1 573 605	1 759 537
Corse	22 603	172 534
Grand Est	602 826	198 205
Guadeloupe	1 299 426	2 336 138
Guyane	314 714	584 714
Hauts-de-France	3 226 760	438 063
Ile-de-France	1 897 591	3 314 268
Martinique	0	226 951
Normandie	3 457 837	1 508 632
Nouvelle-Aquitaine	2 128 846	3 890 477
Occitanie	392 950	313 300
Océan Indien	294 587	222 936
Pays de la Loire	827 700	727 728
Provence-Alpes-Côte-D'azur	1 513 333	930 000
<b>Total</b>	<b>22 762 472</b>	<b>20 213 980</b>

#### Acteurs impliqués dans les projets : une dynamique de décloisonnement des secteurs

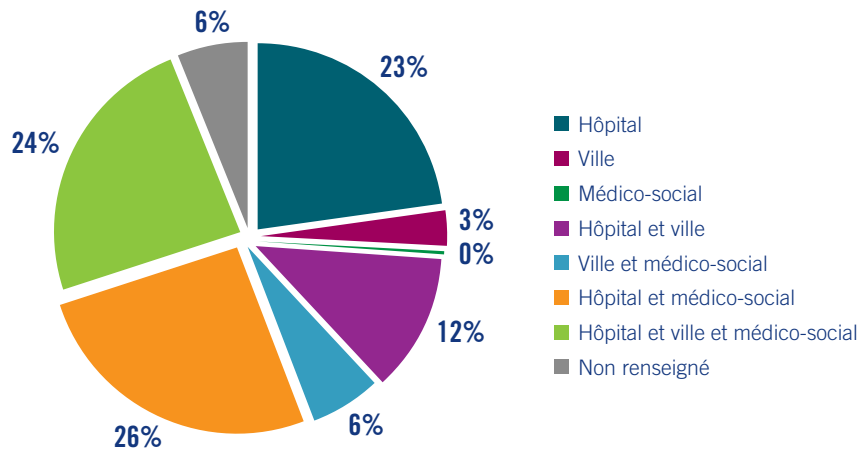
Sur les 344 projets déclarés par les ARS<sup>5</sup>, près d'un tiers concerne le secteur hôpital-médico-social (26 %). Les établissements de santé sont également très présents en partenariat avec les acteurs des secteurs « ville » associés au « médico-social » (24 %). Le secteur hospitalier seul concerne 23 % des projets : la baisse est prononcée par rapport aux années précédentes (36 % en 2015 et 33 % en 2016) et l'augmentation du nombre de partenariats depuis trois ans illustre un renforcement des liens entre l'hôpital, la ville et le médico-social.

3 États financiers FIR consolidés national

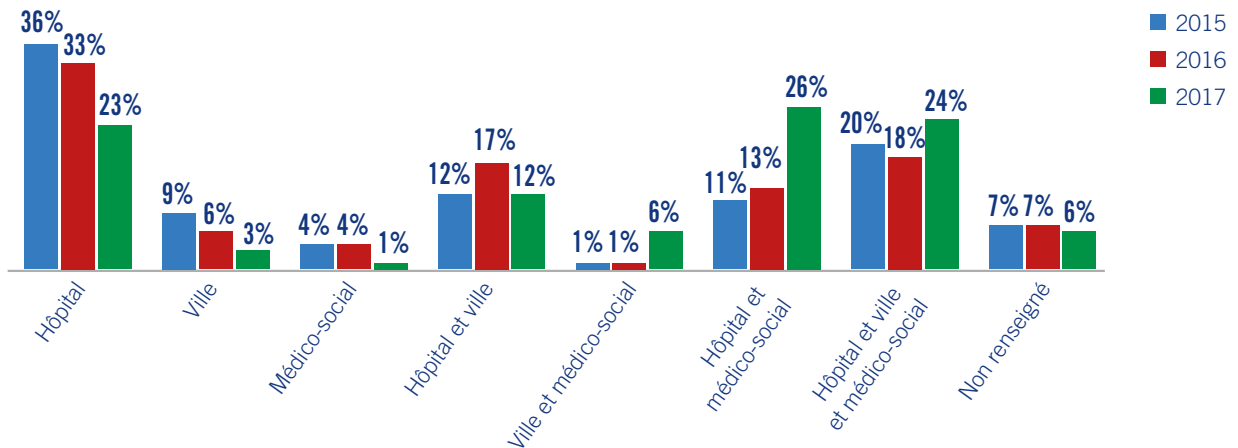
4 Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

5 16 ARS sur 17 au 01/09/18

### Types d'acteurs impliqués dans les projets financés (% projets)



### Évolution des types d'acteurs impliqués dans les projets financés (% projets)

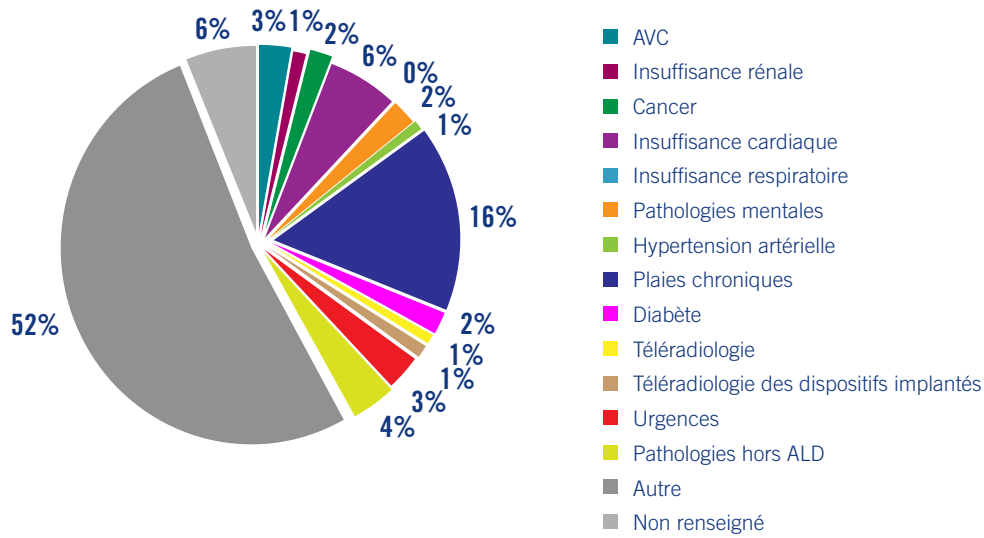


#### Des prises en charge de plus en plus diversifiées particulièrement tournées vers les personnes âgées et handicapées

Chaque année, certains types de prise en charge semblent se démarquer de ceux soutenus l'année précédente. En 2017, 48 % des projets ont un axe « pathologies ». Cela correspond sensiblement aux données de 2016 avec, tout de même, des évolutions au sein des groupes de pathologies. Ainsi, les projets relatifs à la prise en charge des AVC représentent 12 % des projets en 2015, 6 % en 2016 et 3 % en 2017. Pour l'année 2016, les projets concernant le diabète ont été plus nombreux avec 8 % contre 2 % en 2017. L'année 2017 a connu un développement important des projets relatifs aux plaies chroniques avec 17 % (5 % et 3 % pour 2015 et 2016).

Les 52 % « autres » ont un axe par « population » du fait de la diversité des pathologies concernées. Cette proportion est comparable à celle des années 2015 et 2016. Les populations de patients les plus représentées sont les personnes âgées (principalement en dermatologie et soins palliatifs avec 35 % des projets), ainsi que les personnes handicapées (un peu moins de 15 % des projets). Ces chiffres confirment que les besoins sont variés et que la télémédecine est une réponse à la nécessité d'améliorer de la prise en charge des patients.

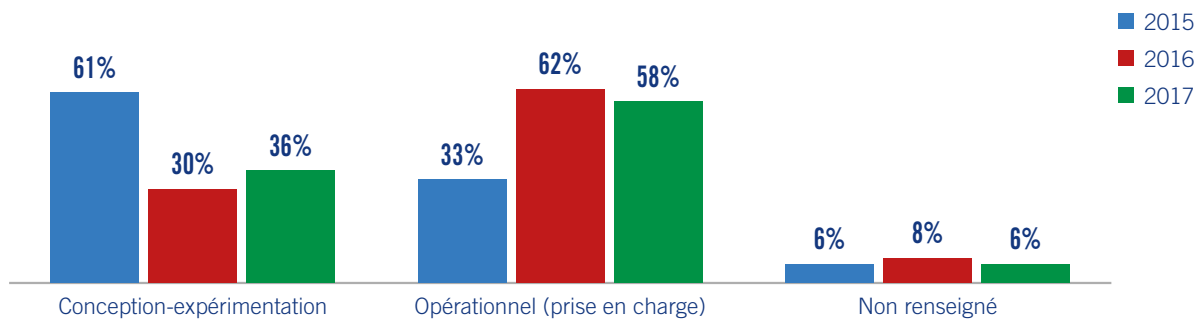
### Types de prise en charge financés (% projets)



### Un accompagnement financier tout au long des projets

La nature de l'accompagnement financier en 2017 est relativement stable par rapport à 2016 : 36 % des projets en phase de conception-expérimentation (soit 124 projets) et 58 % de projets en phase opérationnelle (200 projets).

### Évolution de l'état des projets financés (% projets)

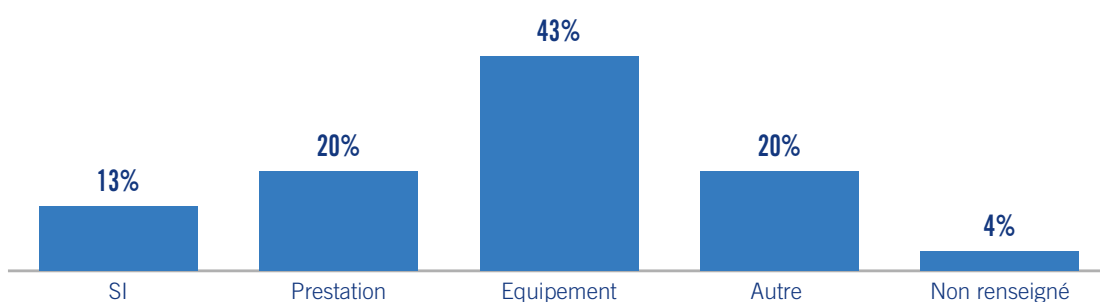


Nature des dépenses et sommes allouées : l'accent est mis sur l'équipement

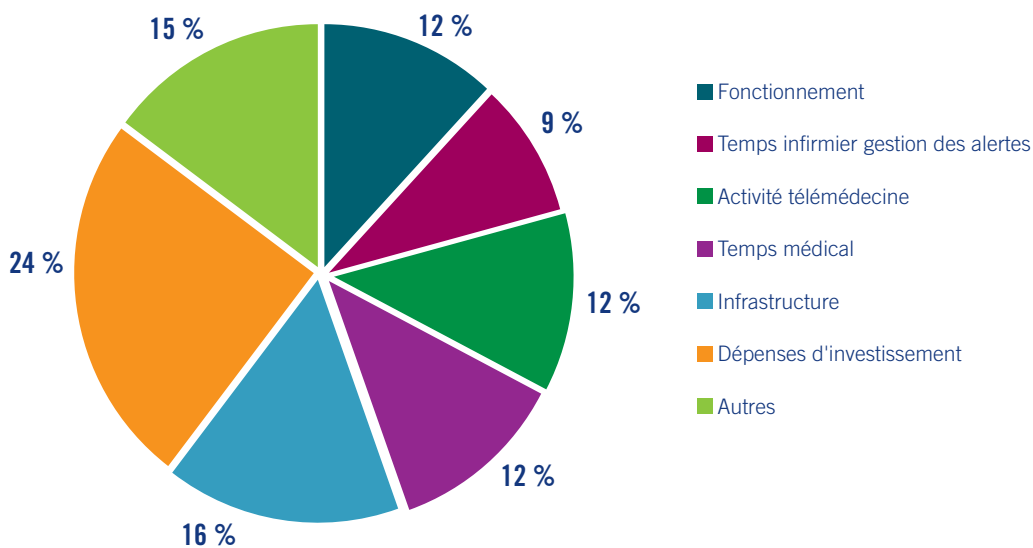
Concernant la nature des dépenses, il est à noter une hausse importante des dépenses d'équipement (43 % contre 22 % en 2016) et une baisse de celles touchant aux systèmes d'information (SI) (13 % contre 23 % en 2016). La part des prestations d'accompagnement et des dépenses visant d'autres postes reste stable par rapport à 2016. Elles représentent chacune 20 % des projets.

Parmi les « autres » postes de dépenses, celles d'investissement (25 %) et relatives au temps infirmier, à la gestion des alertes (9 %) se démarquent alors que les autres thématiques présentent une ventilation relativement stable (fonctionnement, activité médicale, infrastructures,... entre 12 % et 16 %). Cette catégorie est passée de 30 % en 2016 à 20 % en 2017.

Nature de la dépense couverte (% projets)



Nature des projets « autre » (% projets)



## Les Plateformes Territoriales d'Appui

La stratégie nationale de santé adoptée en décembre 2017 prévoit, dans le cadre de l'objectif d'assurer la continuité des parcours de santé, de « simplifier et faire converger les dispositifs d'appui à la coordination territoriale qui ont pour objet de faciliter le parcours des personnes en situation complexe afin de les rendre plus lisibles et compréhensibles pour les professionnels de santé et les usagers ».

Pour ce faire, les plateformes territoriales d'appui (PTA)<sup>6</sup> permettent d'apporter un appui aux professionnels de santé dans l'organisation des parcours complexes. En effet, l'ambition de ces plateformes est de créer une porte d'entrée unique pour aider l'ensemble des professionnels de santé à mieux prendre en charge les cas complexes et de faire converger les dispositifs d'appui à la coordination existants pour plus de simplicité et d'efficacité. La PTA vient donc en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe, sans distinction d'âge ni de pathologie. Le médecin traitant, ou un médecin en lien avec ce dernier, déclenche le recours à la plateforme. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plateforme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plateforme, afin de valider le déclenchement. Les PTA ont des équipes pluridisciplinaires avec des compétences sanitaires et sociales qui permettent de répondre à des situations très diverses.

**La deuxième année de mise en place des plateformes territoriales d'appui confirme la dynamique territoriale des acteurs.** En 2017, on dénombrait 54 PTA financées et réparties dans 12 régions, dont 47 en fonctionnement et 7 en mode « projet ». Ces dernières ont bénéficié d'un

financement FIR au titre de « prestations d'accompagnement de projets ». Pour les 5 autres régions, les travaux sont en cours avec un objectif de création de PTA en 2018. Le nombre de PTA en fonctionnement a donc doublé de 2016 à 2017 (28 PTA en 2016 dont 22 en fonctionnement). Ce résultat montre la dynamique territoriale des acteurs pour le déploiement de ce dispositif.

Le financement 2017 des 54 PTA s'élève à 11 M€, contre 5,7 M€ en 2016, soit un financement presque doublé. Il convient de préciser que ce montant n'inclut pas le financement des CTA de PAERPA ni les PTA du projet TSN (territoire de soins numérique) ou encore des dispositifs d'appui à la coordination (réseaux de santé et MAIA). Les régions Bretagne, Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur ont alloué la majorité des financements, soit 7,6 M€.

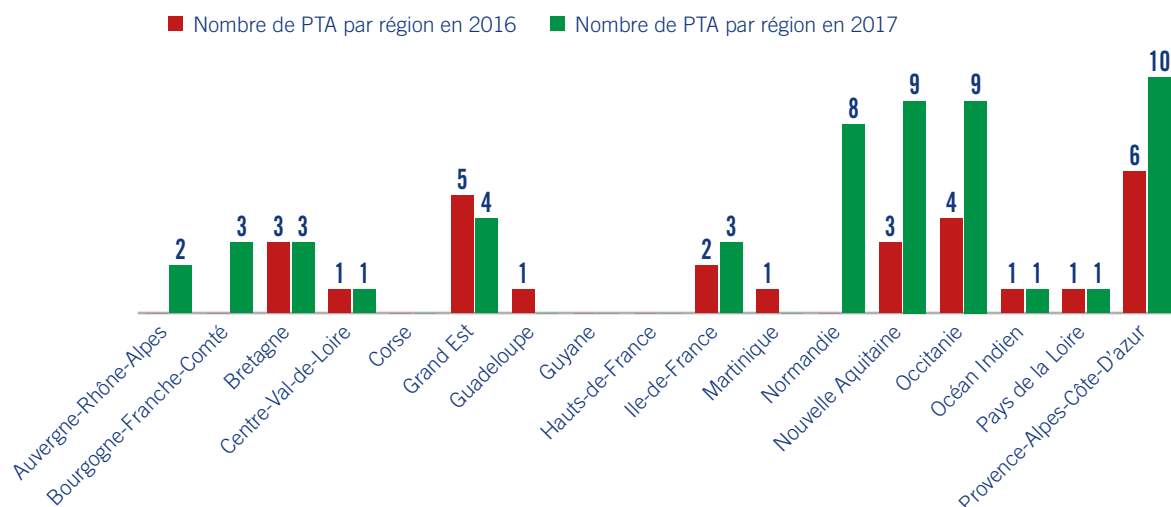
La PTA est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. À défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'agence régionale de santé peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration du projet de PTA et, le cas échéant, désigne l'opérateur.

En 2017, la moitié des projets est à l'initiative des professionnels des dispositifs d'appui à la coordination préexistants et un quart à l'initiative des professionnels de santé de ville.

Des PTA majoritairement portées par des opérateurs historiques : les opérateurs des plateformes territoriales d'appui sont bien souvent des acteurs porteurs de dispositifs de coordination et d'intégration. On identifie notamment :

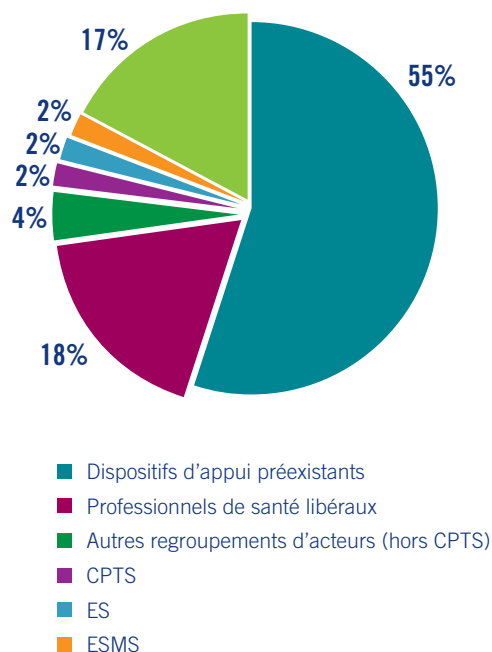
- Les dispositifs de coordination et/ou d'appui à la coordination (regroupement de « 3 ou plus » dispositifs d'appui à la coordination suivants : réseau de santé, MAIA, CTA PAERPA et CLIC) ;

### Évolution de la mise en place des PTA en France 2016-2017



<sup>6</sup> Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

### Acteurs à l'initiative de la mise en place de la PTA



- Les réseaux de santé (regroupement) ;
- Les professionnels de santé libéraux ;
- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ;
- Les établissements de santé ;
- Un réseau de santé ;
- Une MAIA ;
- Une CTA PAERPA.

On distingue deux modes d'organisation des sites PTA : sites centralisés et sites principaux avec des antennes de proximité. 2/3 des sites PTA sont centralisés et 1/3 des sites PTA disposent d'antennes de proximité. Le territoire d'intervention des PTA installées est majoritairement infra départemental (29 PTA sur 54). 17 PTA couvrent un périmètre départemental et 8 PTA interviennent sur un territoire inter départemental.

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

455 réseaux ont bénéficié d'un financement au titre du FIR en 2017. Le nombre de réseaux financés continue ainsi de diminuer (-7 % par rapport à 2016) : ils étaient 582 réseaux en 2014, 558 réseaux en 2015, soit (-5 %), 491 réseaux en 2016, soit (-12 %).

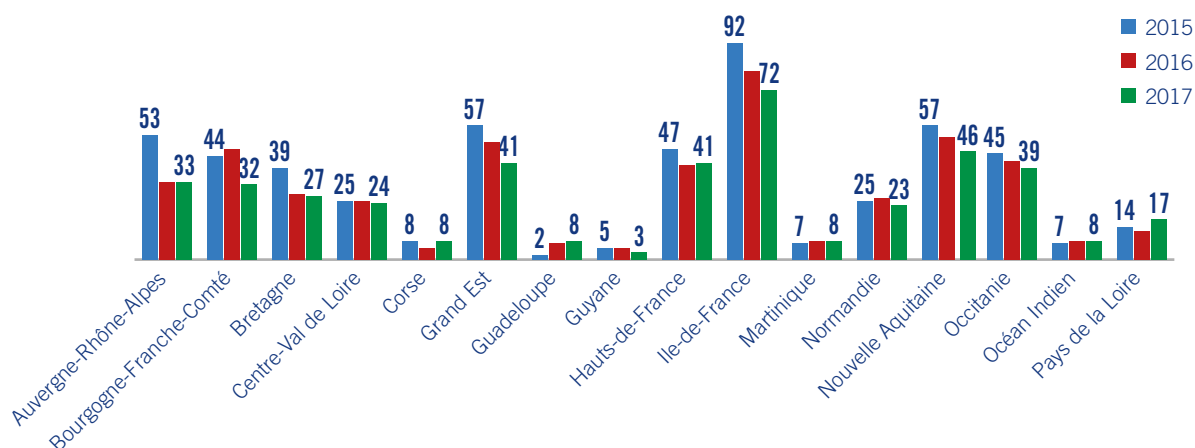
Cette baisse du nombre de réseaux s'explique par la dynamique de regroupements/fusions de réseaux de santé opérés pour la création de réseaux de santé pluri thématiques et/ou polyvalents, conformément aux orientations nationales relatives aux réseaux de santé de 2012<sup>7</sup>.

Cette dynamique s'est accentuée par l'évolution des réseaux vers les plateformes territoriales d'appui (PTA), définies par la loi de modernisation de notre système de santé (article 74).

Les agences régionales de santé ont financé les réseaux de santé à hauteur de 144 M€, soit un montant en baisse par rapport aux financements des années 2015 et 2016 qui s'élevaient respectivement à 158 M€, et 150 M€.

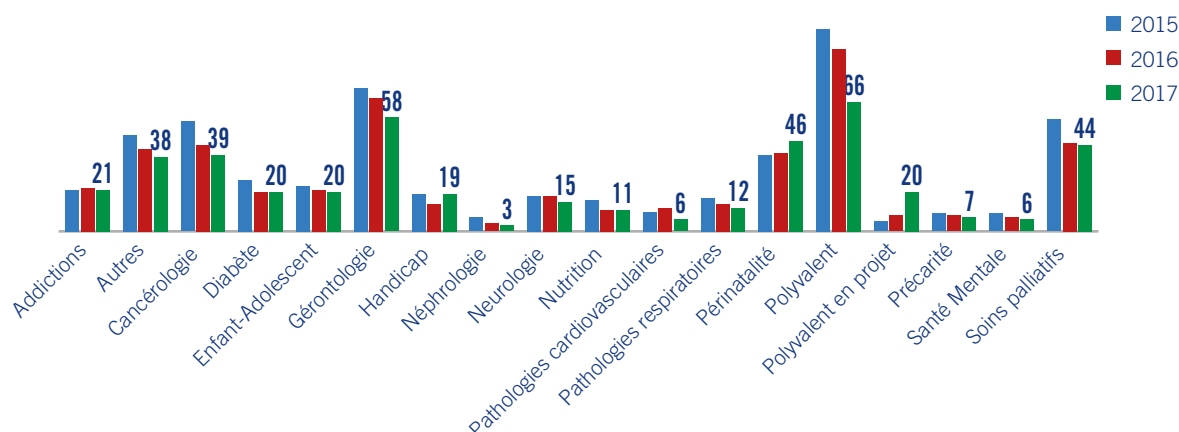
Les financements alloués aux réseaux de santé ont principalement diminué dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Ile-de-France et Nouvelle Aquitaine. Les financements des autres régions sont restés globalement stables.

### Évolution du nombre de réseaux de santé en France



7 Guide méthodologique pour améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé? octobre 2012.

## Évolution des réseaux de santé par thématique



### Des réseaux tournés vers la polyvalence

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

Le graphique ci-dessous illustre la baisse continue du nombre de réseaux par thématique.

Les réseaux polyvalents, gérontologiques, soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité recensés respectivement sont en nombre important, 273 réseaux, soit 60 %. Le nombre de réseaux de santé polyvalents et/ou polyvalents en projet reste le plus important, soit 86 réseaux.

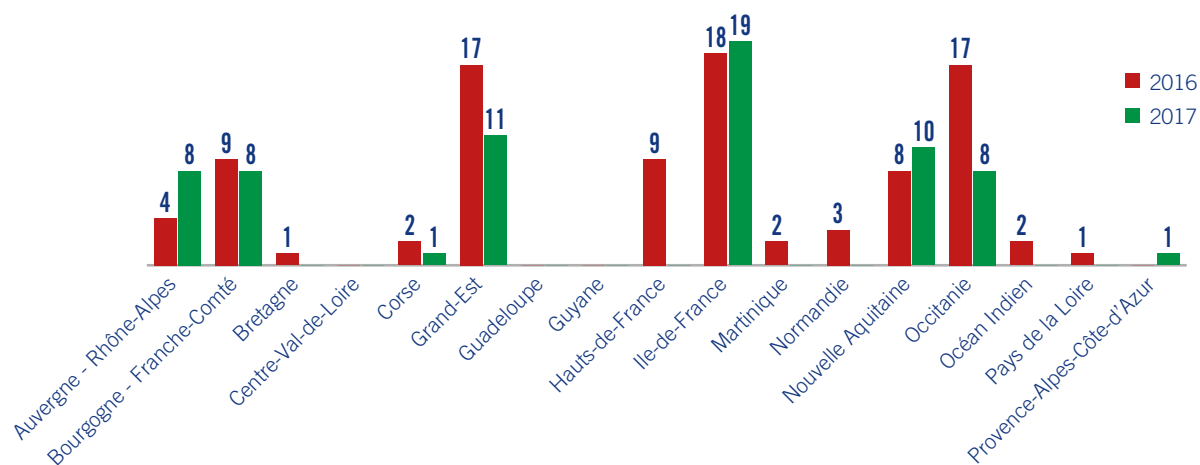
Le nombre de patients dont les réseaux de santé ont coordonné le parcours est de 156811. La file active a diminué de 29 % entre 2016 et 2017. Il convient cependant de préciser que les données exploitées ne sont pas exhaustives car ne contiennent pas toujours la donnée « la file active » pour plusieurs réseaux.

Les réseaux de santé qui ont le plus diminué leur file active sont les réseaux gérontologiques, de cancérologie, diabète, de neurologie et pathologies respiratoires.

### Focus sur les réseaux de santé polyvalents

Pour l'année 2017, on dénombre 66 réseaux de santé polyvalents et 20 autres en projet. Le montant global consacré aux 66 réseaux de santé polyvalents est d'environ 33 M€. Le montant consacré aux 20 réseaux de santé polyvalents en projet est d'environ 6 M€.

### Évolution du nombre de réseaux de santé polyvalents en France 2016/2017





## Focus sur les réseaux de cancérologie et de périnatalité

On constate une diminution du nombre de réseaux de cancérologie en 2017. Les budgets alloués aux réseaux régionaux de cancérologie ont également diminué tandis que les budgets consacrés aux réseaux territoriaux de cancérologie sont restés globalement stables comparativement à 2016.

Cette diminution du nombre de réseaux s'explique notamment par la fusion de certains réseaux et l'évolution vers les PTA.

S'agissant des réseaux de périnatalité, on constate une augmentation de leur nombre en 2017. Les budgets alloués aux réseaux régionaux de périnatalité ont légèrement diminué et les budgets consacrés aux réseaux territoriaux de périnatalité ont augmenté comparativement à 2016.

Cancérologie	Nombre de réseaux 2015	Nombre de réseaux 2016	Nombre de réseaux 2017	Montant accordé en 2015	Montant accordé en 2016	Montant accordé en 2017
Cancérologie - réseau régional	27	22	21	8 941 865 €	7 261 642 €	7 600 055 €
Cancérologie - réseau territorial	27	22	18	5 504 602 €	5 233 439 €	3 850 992 €
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>12 495 081 €</b>	<b>14 446 287 €</b>	<b>11 451 047 €</b>

Sources : ARS selon données renseignées.

Périnatalité	Nombre de réseaux 2015	Nombre de réseaux 2016	Nombre de réseaux 2017	Montant accordé en 2015	Montant accordé en 2016	Montant accordé en 2017
Périnatalité - réseau régional	24	22	23	9 154 416 €	9 450 098 €	8 333 975 €
Périnatalité - réseau territorial	18	18	23	4 246 474 €	4 330 399 €	6 186 769 €
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>13 400 890 €</b>	<b>13 780 497 €</b>	<b>14 520 744 €</b>

Sources : ARS selon données renseignées.

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

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

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

Le programme est opérationnel depuis 2015 et a initialement été déployé sur 9 territoires. En 2016, le dispositif Paerpa a été étendu (un territoire pilote dans chaque grande nouvelle région non couverte et élargissement de la taille des territoires initiaux afin d'asseoir les dynamiques déjà constatées et d'enrichir les premiers résultats obtenus). Ainsi le programme est actuellement déployé sur 18 territoires pilotes.

### Des outils en consolidation et des usages en croissance par les professionnels de santé avec des organisations de coordination en voie de stabilisation

L'année 2017 a été marquée par une forte montée en charge des outils et des actions concrètes auprès des professionnels et des usagers déployés par les ARS et leurs partenaires sur les premiers territoires, ainsi que par le début des réalisations sur les territoires de la 2<sup>e</sup> vague.

Les Principaux chiffres (source ANAP):

- **9 500 sollicitations de professionnels et 7 700 d'usagers ou d'aidants par trimestre en 2017** des nouvelles plateformes (CTA) personnes âgées sur les territoires. Ces plateformes d'appui, d'information et d'orientation à destination des professionnels et des personnes âgées préfiguratrices des futures PTA sont portées par différentes structures selon les spécificités et les choix des territoires<sup>8</sup> - regroupant et reconfigurant les outils de coordinations présents (MAIA- CLIC- réseau...). Elles s'appuient toutes sur des structures existantes à travers une gouvernance étendue et renouvelée (dont les conseils départementaux) afin d'associer plus étroitement les professionnels de ville (ex : Plateforme autonomie seniors (Bordeaux), Maison des aînés et des aidants (Paris), Eclair'age à Valenciennes);
- Depuis 2015, l'usage des plans personnalisés de santé (PPS) personne âgée (nouvel acte forfaitaire CNAMTS de 100 euros parcours rémunérant 2 ou 3 professionnel libéraux -MG, IDE, MK ou pharmacien) a fortement progressé. 7 558 PPS validés entre décembre 2014 et décembre 2017, ce qui témoigne d'une forte appropriation de cet outil par les professionnels. Les temps d'appropriation du PPS par les acteurs étant variables, les usages effectifs du PPS sur les territoires sont très différents d'un territoire à l'autre;
- 550 séjours d'hébergement temporaire « Paerpa » en sortie de médecine/chirurgie en 2017;
- 2 206 interventions par des IDE d'astreinte mutualisée en EPHAD;
- Formations des acteurs : le dispositif Paerpa prévoit des formations pour les différents professionnels qui participent à la prise en charge des personnes âgées. Les professionnels de santé libéraux, hospitaliers et salariés ont ainsi pu suivre des formations - 574 en 2017 (ONDPC). Les professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ont également pu participer à une formation - 3 650 professionnels du domicile en 2017 (CNSA). Certaines régions ont mis en place des formations spécifiques (formation sur l'hygiène bucco-dentaire pour les professionnels des EHPAD et du domicile en Bourgogne; formation des équipes de nuit des EHPAD aux situations d'urgence à Bordeaux).

D'autres outils significatifs sont présents notamment sur les risques iatrogéniques et de conciliations médicamenteuses, d'amélioration des circuits d'informations entre EPHAD et hôpital, usages de nouveaux SI, mobilisation d'équipe ou d'experts au domicile<sup>10</sup>.

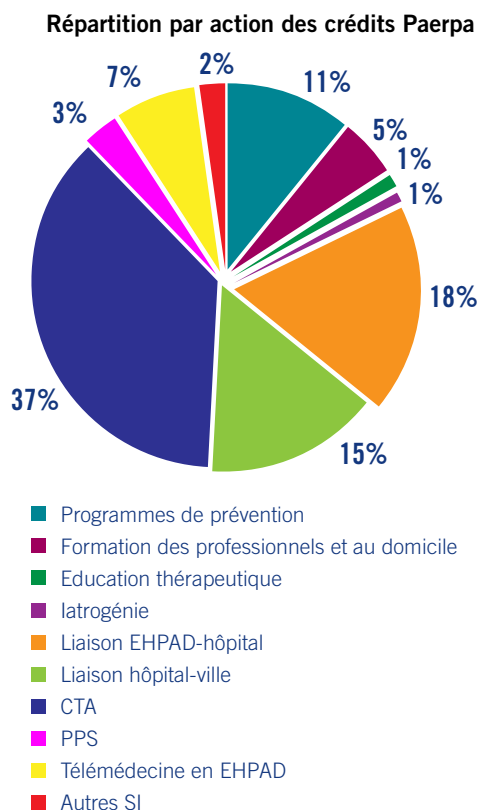
## Une consolidation des crédits en 2017

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

En 2017, 18,3 M€ ont été notifiés au titre du FIR 2017 et 16 M€ ont été consommés. Cette consommation élevée s'explique par la montée en charge des territoires de la 2<sup>e</sup> vague. La somme dédiée à chaque territoire a été calibrée sur la base des feuilles de route et des actions préalablement définies par les acteurs. En cas de non-respect des engagements ou de retard pris dans le calendrier, les ARS ont eu la possibilité de reporter ces crédits l'année suivante.

S'agissant des dépenses liées aux territoires de la 1<sup>re</sup> vague, on observe une relative stabilisation due à des ajustements opérés sur les différentes actions.

Ces résultats synthétiques par action issus du bilan intermédiaire 2017<sup>11</sup> sont à manier avec précaution. D'une part, une telle analyse présente l'inconvénient de diviser les actions les unes par rapport aux autres alors que le programme a été conçu dans une approche du parcours populationnel et territorial des personnes âgées en perte d'autonomie et de minorer les actions moins consommatrices d'un point de vue financier mais potentiellement génératrice d'effet positif.



<sup>8</sup> ANAP – Journée d'échanges des CTA PAERPA- publication janvier 2017, travaux convergence du COP parcours SG

<sup>9</sup> L'hébergement temporaire en EHPAD en sortie de MC. Places dédiées d'hébergement temporaire expérimental sous une modalité inédite (30 jours solvabilités).

<sup>10</sup> [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan\\_paerpa\\_2018.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf)

<sup>11</sup> [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan\\_paerpa\\_2018.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf)

## Perceptives et orientations

Le programme Paerpa en 2017 commence à donner lieu à de nombreuses capitalisations et évaluations qui sont encore en cours (Drees et Irdes) qu'il est nécessaire de consolider avant de diffuser les acquis de ce programme à d'autres territoires.

Après plus de 3 ans de mise en œuvre effective du programme sur les 9 premiers territoires, il ressort de façon évidente que le décloisonnement entre les secteurs sanitaires, médico-social et social est au cœur de la réussite de la démarche parcours de la personne âgée, cette dernière nécessitant, le plus souvent, l'intervention de plusieurs professionnels à travers de nouveaux outils interstitiels, pluri-professionnels et multisectoriels. Le mouvement engagé semble très prometteur dans la plupart des territoires testés mais il est aussi clairement apparu que le temps (18 mois de mise en œuvre approximativement) était une donnée en partie incompressible pour transformer les pratiques et permettre d'en dégager les premiers effets médico-économiques attendus (cf. Irdes).

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

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

Avec 9,4 M€ supplémentaires en 2017, l'enveloppe déléguée aux ARS pour le développement des dispositifs MAIA s'élevait à 94,6 M€. Cette enveloppe a fait l'objet d'une consommation au niveau national de près de 85 M€, soit en progression de 7 % par rapport à 2016. La mobilisation des ARS au profit du parcours des personnes âgées de 60 ans et plus, à travers le déploiement des dispositifs MAIA, s'avère donc importante, comme en atteste cette consommation accrue d'une enveloppe globale.

En Nouvelle Aquitaine, l'objectif était d'achever la couverture du territoire régional en dispositifs MAIA. Une 44<sup>e</sup> et dernière MAIA a donc été créée, entièrement financée sur le FIR. Désormais, la stratégie régionale est axée sur le déploiement des plateformes territoriales d'appui (PTA). En 2017, toutes les MAIA de Nouvelle Aquitaine, de même que tous les réseaux gérontologiques ou polyvalents, étaient impliqués dans une PTA ou dans un projet de PTA.

En Auvergne-Rhône-Alpes, afin de permettre également de compléter la couverture régionale, cinq nouveaux dispositifs ont été créés en 2017, comprenant cinq pilotes et dix gestionnaires de cas.

De façon générale, les ARS organisent le regroupement et l'intégration des fonctions d'appui à la coordination sur les territoires, à partir des ressources existantes, en prenant

principalement ancrage sur les MAIA et services de gestion de cas, les CLIC et les réseaux de santé, etc. En Île-de-France, la politique gérontologique régionale est organisée en fonction des territoires de proximité MAIA.

Les régions sont dans une phase de formalisation des processus de travail avec l'ensemble des dispositifs de coordination.

En Centre-Val de Loire, l'organisation de la fongibilité des crédits prévus par l'article 69 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, permettra de financer des PTA, à partir de 2018. Les crédits destinés actuellement au financement des réseaux de santé, des MAIA et en partie à l'expérimentation « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), seront ainsi mutualisés.

En Occitanie, la fongibilité aura pour objectif le financement de l'accompagnement des territoires de santé par des innovations organisationnelles, concomitantes aux plans de déploiement numérique territoriaux.

Par ailleurs, dans les territoires d'expérimentation Paerpa, les gestionnaires de cas MAIA ont un rôle prépondérant au sein des coordinations territoriales d'appui (CTA) – précurseur des PTA- pour la gestion des cas complexes et le suivi des fragilités des publics âgés en perte d'autonomie. C'est par exemple, le cas en Normandie, où une « cellule d'appui », financée sur le FIR, composée d'une équipe pluridisciplinaire (gériatre, assistant social, infirmier, podologue, ergothérapeute, etc.), réalise des évaluations à domicile et est animée par un coordonnateur en lien étroit avec la MAIA du territoire Paerpa.

Enfin, en 2017, plusieurs ARS ont organisé des séminaires avec les gestionnaires de cas MAIA et les acteurs impliqués dans le parcours de santé des personnes âgées sur les territoires. Plusieurs points d'attention ont été mis évidence, avec la nécessité de :

- clarifier le rôle des pilotes MAIA ;
- structurer la gouvernance de la politique médico-sociale avec les conseils départementaux ;
- améliorer la visibilité et l'accessibilité aux plateformes de coordination et d'orientation pour les professionnels, les personnes âgées et leurs proches aidants (CLIC, MAIA, PTA, etc.).

En Bretagne, l'ARS et les départements ont ainsi pour objectif de réaliser conjointement une « feuille de route MAIA » avec une stratégie territoriale partagée.

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

Introduits par la loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les GEM sont désormais bien déployés sur le territoire. En 2017, la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021, pour le volet handicap psychique, en

fait un axe prioritaire et confirme ainsi leur importance. En 2017, les ARS ont dépensé 35,3 M€ au titre des GEM, soit une augmentation de près de 11 % par rapport à 2016. Cette consommation supérieure à l'enveloppe déléguée (35,3 M€ en 2017) révèle un intérêt soutenu des Agences pour ce dispositif.

En 2017, on recense 466 GEM, soit +36 par rapport à 2016. 78 % des GEM accueillent des personnes en souffrance psychique, 11 % des personnes cérébrolésées et 11 % un public mixte.

En 2017, le déploiement des GEM s'est donc poursuivi pour l'ensemble des régions. L'ARS Normandie a, par exemple, reçu une autorisation d'engagement permettant le financement de trois nouveaux groupements sur la période 2017-2019.

En Grand Est, en 2017, douze nouveaux GEM ont été créés, venant s'ajouter aux quarante-quatre existants, permettant ainsi de renforcer significativement la couverture régionale.

L'ARS a, par ailleurs, renforcé les enquêtes d'activité en complétant l'enquête nationale annuelle sur le fonctionnement des GEM par une enquête de satisfaction.

Dans le même sens, afin de consolider les vingt-cinq GEM de son territoire, l'ARS Bretagne a procédé en 2017, à la revalorisation des moyens de fonctionnement, préconisée au niveau national pour l'ensemble des régions à hauteur de 78000 € par an et par groupement, en vue notamment de permettre aux GEM de :

- sécuriser leurs modalités de fonctionnement ;
- renforcer le taux d'encadrement en animateur ;
- développer des activités favorisant un appui aux personnes avec handicap psychique ou traumatisées crâniennes dans toutes les dimensions de leur parcours de santé et de vie et notamment concernant la réinsertion sociale et professionnelle.

En Martinique, les crédits FIR 2017 ont permis une revalorisation de la subvention dédiée à chacun des deux GEM existants.

Par ailleurs, l'arrêté du 18 mars 2016 modifie et actualise le cahier des charges des GEM, en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Aussi, en 2017, les ARS ont réalisé un travail de mise en conformité des GEM avec ce nouveau référentiel. En Nouvelle Aquitaine, l'ARS a bénéficié du soutien de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement de trois sessions de formation des GEM au nouveau cahier des charges national.

En Occitanie, les quarante GEM de la région ont bénéficié de l'organisation de temps d'échange et de formation dans le cadre d'actions visant à promouvoir la santé mentale.

L'ARS Bourgogne-France-Comté a, par ailleurs, noté des difficultés en matière d'accès au service. L'offre de GEM ne couvre pas l'ensemble du territoire régional et mériterait d'être étoffée pour que les publics concernés puissent y avoir effectivement accès (difficultés d'accès liées à la

faiblesse des transports en commun en milieu rural, des personnes en situation de handicap psychiques et cérébrolésées, isolées et éloignées des centres urbains).

Pour les mêmes raisons, l'ARS Centre-Val de Loire a souhaité cibler des « zones prioritaires » (concentrant les besoins et éloignées des zones denses) pour le déploiement des GEM sur son territoire.

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

En 2017, plusieurs régions ont effectué des évaluations quantitatives et qualitatives, permettant parfois de dégager des reliquats ou de recouvrer des crédits sur les enveloppes GEM et MAIA, finançant ainsi diverses actions d'amélioration de la prise en charge médico-sociale.

Dans les Hauts-de-France et en Provence-Alpes-Côte-D'azur, une partie des crédits MAIA a donc été utilisée pour des initiatives territoriales en termes de :

- coopération et de parcours sur le champ des personnes âgées et du handicap ;
- soutien au programme d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ;
- prévention et éducation à la santé.

En Pays de la Loire, ces crédits résiduels, ont permis de financer, dans deux départements, le déploiement de Via Trajectoire modules grand âge et handicap. L'ARS a également contribué à l'outillage et à la formation des pilotes MAIA : développement d'un logiciel métier « gestion de cas », pour faciliter la gestion des situations complexes.

### **Les Équipes mobiles de gériatrie**

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 (PTA, MAIA, PTA, CLIC).

Elles jouent un rôle essentiel dans le décloisonnement de ces équipes et acteurs dans la perspective d'un parcours adapté et fluide des personnes âgées fragiles. Elles constituent un des pivots de la filière gériatrique dans l'optimisation de la fluidité de ce parcours.

Sur les 16 régions qui disposent d'une EMG (seule la Guyane n'en dispose pas), les ARS ont consommé 84,3 M€ pour le financement de 312 établissements de santé pour le fonctionnement de leur(s) équipe(s) mobile(s) déclarées par les ARS.

Le financement des EMG progresse de 3 % par rapport à 2016 à l'instar des années précédentes, en lien avec le vieillissement de la population et le développement des démarches « parcours des personnes âgées » sur les territoires, articulant les réponses alliant ville, hôpital,

médico-social sur les territoires aux besoins des personnes âgées fragiles sur leurs lieux de vie.

Par rapport à 2016, 6 régions ont fait progresser le financement de leurs équipes mobiles dans le cadre de leurs travaux au-delà du tendanciel national de 3 % tandis que 7 régions ont reconduit à l'identique leur financement.

Dans le cadre de leurs travaux sur le parcours des personnes âgées et dans un souci d'objectivation de l'activité des EMG, des ARS ont poursuivi l'état des lieux sur le fonctionnement et l'activité des EMG (PACA en 2017) et mis en place pour certaines d'entre elles des modèles de financement fondés sur l'activité des équipes et les besoins des territoires (Bretagne, Ile-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France).

L'activité des équipes prise en compte par l'ARS Ile-de-France intègre non seulement les interventions auprès des personnes mais également les réunions de concertation pluridisciplinaires et les formations auprès des acteurs, gage de diffusion de la culture gérontologique. Des cibles d'activité ont été définies dans ce cadre afin d'orienter les financements à partir de 2018.

À cet effet, l'utilisation d'un rapport d'activité et d'un outil de reporting, dont l'outil de l'ANAP sont recommandés par certaines ARS afin de partager une vision commune et d'objectiver les activités des EMG et d'un financement équitable (Bourgogne-Franche-Comté).

Le second mouvement vise à promouvoir les missions des EMG en extrahospitalier initiée notamment par PAERPA pour intervenir auprès des personnes âgées en EHPAD (Bourgogne-Franche-Comté, Île-de-France, l'ARS Auvergne-Rhône Alpes) afin de porter l'expertise gériatrique sur le lieu de vie des personnes. Si les interventions de certaines EMG se développent à domicile (Nouvelle-Aquitaine), plusieurs ARS s'interrogent sur ces interventions qui doivent au mieux s'effectuer en complémentarité avec celles des réseaux de santé intervenant auprès de cette population.

Afin de mieux appréhender ce dispositif d'intervention des EMG, l'ARS Auvergne-Rhône Alpes a ainsi mené fin 2016 une enquête auprès des EMG extra-hospitalières afin de mieux appréhender ce dispositif en termes de fonctionnement, de modalités d'intervention et de difficultés rencontrées. Si ces EMG concourent à l'amélioration globale du parcours (soutien à domicile, programmation des hospitalisations,...), il ressort de l'analyse une fragilité du dispositif lié au manque de reconnaissance de ce rôle au sein de leur établissement et de visibilité par la médecine de ville.

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

En 2017, près de 143 M€, soit une augmentation de l'ordre de 5 % par rapport à 2016, ont été mobilisés pour les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les équipes de ressources régionales et de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).

En Auvergne-Rhône-Alpes, région qui compte 42 équipes mobiles de soins palliatifs et 2 équipes de ressources régionales et de soins palliatifs pédiatriques, une réflexion sur la reconfiguration de l'organisation des soins palliatifs a été entamée dans certains départements. Cette reconfiguration impactera les EMSP qui devront développer leur activité extrahospitalière vers les établissements médico-sociaux et le domicile.

L'ARS Bretagne a permis une nouvelle répartition de la zone d'intervention des 4 EMSP du territoire de santé de Haute-Bretagne (Rennes/Redon/Vitré/Fougères) et continuera ce travail en 2018 concernant les autres équipes afin que chaque personne puisse bénéficier d'un accompagnement de ce type.

Par ailleurs, la Cellule d'animation régionale des soins palliatifs a déployé une fiche régionale « SAMU-PALLIA » qui permet d'anticiper et transmettre les informations indispensables sur le patient et ses souhaits dans la survenance d'une urgence qu'il soit en établissement ou à domicile.

S'agissant de l'ARS Hauts-de-France (qui compte 34 EMSP et 3 ERRSPP), un nouveau cadre de missions des EMSP de la région, a été publié en 2017. Il s'accompagne d'une sectorisation des EMSP pour leurs interventions dans les établissements médico-sociaux et d'une nouvelle modélisation financière. L'objectif de cette modélisation est double :

- Favoriser les interventions des EMSP dans les établissements médico-sociaux par la mise en place de moyens dédiés,
- Harmoniser les moyens de fonctionnement des équipes au regard de leur activité.

Concernant l'ARS Ile-de-France, fin 2017, une dotation complémentaire a été allouée dans le cadre du plan national pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie 2015-2018. Ces crédits supplémentaires ont ainsi permis de renforcer 7 EMSP dont l'ERRSPP, notamment pour :

- Compléter et renforcer le maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs,
- Développer des programmes visant à repérer de manière précoce, au domicile, les besoins en soins palliatifs et faciliter l'accès aux prises en charge notamment par les professionnels de premier recours mais également par les offres de soins coordonnées telles que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile,

- Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville, afin de favoriser les projets territoriaux de professionnels de ville coordonnés et de faciliter le recours aux expertises et aux coordinations via, le cas échéant, les plateformes territoriales d'appui.

Afin de répondre aux enjeux soulevés lors de l'évaluation des EMSP réalisée en 2015, l'ARS Pays-de-la-Loire a renforcé les moyens alloués aux 18 équipes existantes sur le territoire régional. En 2017 ces dotations complémentaires ont eu pour but de renforcer le recours aux compétences spécifiques (notamment de psychologues) et de mettre l'accent sur l'enjeu de la formation des équipes propres aux EMSP et à la formation des libéraux intervenant sur les territoires des EMSP.

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

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont définies dans la circulaire DHOS/O2 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. En 2017, 53,8 M€ ont été mobilisés pour des ELSA. Elles ont pour missions :

- de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ;
- d'intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes ;
- de développer des liens avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

Ainsi, dans l'organisation de la filière addictologie hospitalière, les ELSA constituent une modalité pivot de la réponse de niveau 1 de proximité. Le travail avec les patients peut être individuel ou de groupe, notamment d'information, qui peut être orienté par produit ou à l'attention d'une population particulière (les femmes enceintes, les jeunes, les personnes en situation de précarité).

En 2018, la Direction générale de l'offre de soins a décidé de généraliser, un rapport d'activité pour les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) déployé sur la plateforme PIRAMIG dès l'année 2018 pour le recueil de l'activité 2017. En effet, suite à un groupe de travail et à un test réalisé à l'été 2017, une version définitive du rapport d'activités a été retravaillée avec les ARS d'une part et avec la MILDECA, l'OFDT et Elsa France d'autre part. La généralisation de ce rapport d'activités est un préalable nécessaire pour mieux valoriser l'activité des ELSA mais également conforter ces équipes comme les principaux acteurs des parcours de santé en addictologie que la DGOS souhaite définir. La campagne de recueil de l'activité étant en cours jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2018, les premiers éléments de synthèse ne seront disponibles qu'à l'automne.

### **Quelques actions mises en œuvre en région**

En Île de France ainsi qu'en Bretagne, un rapport d'activité régional standardisé a été mis en place. Sur cette base, l'ARS Ile-de-France a entrepris un travail de modélisation financière afin de permettre une meilleure adéquation entre les besoins, l'activité constatée et les moyens affectés.

En région Pays de la Loire, une évaluation des Équipes de Liaison en Addictologie finalisée en 2016 a été réalisée par un groupe de travail piloté par la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en addictologie qui a travaillé à harmoniser les relations des ELSA avec les services d'urgence des établissements de santé. La SRAE continue sa montée en charge avec le recrutement d'un professionnel médical et la mise en place d'un Comité Scientifique et Technique composé de professionnels de l'addictologie de l'ensemble des secteurs et territoires de la Région. Ce dernier a pour mission de déterminer les travaux à engager à partir des besoins des acteurs dans l'objectif de contribuer à organiser le parcours des personnes vivant avec une addiction. Une cartographie des acteurs ainsi qu'une veille en matière d'addictologie à l'attention de l'ensemble des acteurs et usagers sont disponibles sur le site internet de la SRAE.

### **Les Médecins correspondants SAMU**

En réponse à l'objectif d'améliorer l'accès à des soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de trente minutes d'un effecteur de médecine d'urgence, les médecins correspondants du SAMU (MCS) ont été identifiés comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients et d'améliorer les temps d'accès.

Comme le prévoient le décret du 22 mai 2006 et l'arrêté du 12 février 2007, les MCS sont des médecins de premier recours, formés à l'urgence, qui interviennent en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires identifiés et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

Un guide a été réalisé par la DGOS et diffusé aux ARS en juillet 2013, afin de promouvoir le dispositif. Un accompagnement financier de cette mesure par les ARS dans le cadre du FIR 2017 permet notamment de financer la formation des MCS, le matériel mis à disposition des MCS, ainsi qu'un complément de rémunération, s'il y a lieu. Une instruction de la DGOS demandait aux ARS d'identifier sur la base du diagnostic Drees d'accès aux soins les territoires ayant des délais d'accès aux soins urgents les plus longs. Les premières années ont permis la montée en charge du dispositif sur les territoires, avec un impact réel

sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes<sup>12</sup>. De nouvelles régions se sont inscrites dans le dispositif, permettant de porter en 2016 le nombre de MCS à 577 médecins. On note ensuite un infléchissement du dispositif, avec en 2017 un nombre de 520 médecins correspondants du SAMU intervenant à la demande du SAMU mais pour un nombre d'interventions en hausse par rapport à l'année précédente, soit 7 616 interventions pour l'année 2017 contre 5 944 pour l'année 2016. Les dépenses totales consacrées aux MCS sur le FIR, s'établissent à 6 M€ sur l'exercice 2017.

Les ARS soulignent comme les années précédentes la difficulté de mobiliser des professionnels, en particulier pour des nouveaux recrutements, dans les territoires à très faible démographie médicale, où les médecins libéraux sont déjà fortement sollicités. C'est notamment pour répondre à cette pénurie que certains territoires ont envisagé de développer d'autres modèles de collaboration faisant intervenir entre autres des professionnels paramédicaux ou le service de santé des armées, ou encore les médecins sapeurs-pompiers.

Plusieurs régions enregistrent ainsi un nombre d'interventions total plus faible avec un nombre de médecins intervenant moins important. Toutefois, les médecins précédemment recrutés semblent être bien installés dans le dispositif et conservent un niveau d'activité identique voir supérieur. A contrario, les régions comme Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'azur enregistrent des interventions et un nombre de médecins impliqués en augmentation. Ces régions où le dispositif était déjà très bien installé ont continué leur croissance et l'ancrage des MCS.

Comme pour les années précédentes, une volatilité importante des dépenses s'observe entre régions. Pour expliquer ce phénomène, on peut notamment se référer à la nature même du dispositif de financement FIR, qui couvre principalement des dépenses « d'investissement »-formation et équipement, liquidées au cas par cas, et les dépenses liées ne sont pas automatiques. De même, la formation reçue par les MCS en activité peut être moins longue que la formation initiale et par conséquent nécessiter des crédits moins importants.

Si le nombre de médecins mobilisés dans le dispositif a diminué, la hausse des interventions témoigne de son intérêt pour le SAMU et in fine la population. Les ARS poursuivent leurs efforts pour informer et communiquer sur l'action des MCS, et leur valeur ajoutée.

## **Les Carences ambulancières**

L'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales prévoit que les interventions qui ne relèvent pas de l'article L.1424-2, effectuées par les services d'incendie et de secours (SDIS) à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate une indisponibilité des transporteurs sanitaires ou « carence ambulancière » à réaliser un transport sanitaire urgent, font l'objet d'une indemnisation par les établissements de santé, sièges des services d'aide médicale d'urgence (SAMU) des SDIS.

L'indemnisation des interventions effectuées par les SDIS pour carences ambulancières est basée sur un tarif national unitaire fixé par l'arrêté du 30 novembre 2006 : ce montant, réévalué annuellement, est fixé à 118 € pour les interventions de 2016 réglées en 2017.

Le nombre d'indisponibilités ambulancières pris en compte est issu des déclarations des établissements dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Il convient à cet égard de rappeler que les prévisions nationales de dotations de crédits sur cette ligne budgétaire sont conditionnées à la qualité des déclarations des carences par les établissements dans la SAE.

On constate que le volume des interventions des SDIS sur le motif de carences ambulancières déclaré dans la SAE a augmenté tendanciellement ces dernières années de 10 % par an environ. Cet effet, conjugué à la revalorisation annuelle du tarif national, engendre une augmentation régulière des dépenses au titre des carences ambulancières constatées pour un montant de 26,9 millions d'euros en 2017 (+4 % par rapport à 2016).

En 2016 et 2017, en application de l'article 66 de LFSS pour 2012, le Ministère des solidarités et de la santé a autorisé une démarche d'expérimentation dans plusieurs départements pilotes permettant de déroger aux règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux transports sanitaires urgents. L'un des dispositifs intégrés le plus couramment dans ces expérimentations est la mise en place d'une fonction de coordonnateur ambulancier en interface entre la régulation du Centre 15 et les transporteurs sanitaires privés afin d'améliorer la réponse aux demandes des SAMU en transport sanitaire urgent. Trois départements expérimentaux ont financé cette nouvelle fonction sur l'économie induite par la baisse des carences dans leur territoire. Comme prévu par la loi, un bilan de ces expérimentations sera établi en 2019 et remis au Parlement. L'un des indicateurs quantitatifs suivi est l'évolution du nombre des carences, avec un objectif partagé de maîtrise, voire de baisse.

12 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

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

Le COREVIH est une organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH et à la lutte contre l'infection à VIH en général. En 2017, ces actions ont mobilisé 9,2 M€.

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

En Bourgogne Franche Comté, le COREVIH a été installé en septembre 2017 par fusion des deux COREVIH antérieurs. L'équipe est répartie sur deux sites. Sur le plan organisationnel, de nouvelles commissions ont été créées :

- Santé sexuelle (Chemsex, éducation à la sexualité, PrEP, vaccinations, dépistage);
- Parcours de santé (addictions, éducation thérapeutique);
- Social (difficultés d'accès aux soins, travaux en partenariats avec les MDPH et les EHPAD).

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

En 2017, ces actions ont mobilisé 0,2 M€, soit une baisse de 40 % par rapport à 2016.

En Guyane, l'année 2017 est caractérisée par une relance des activités de coopération en santé. Le projet Oyapock Coopération santé (OCS) avec le Brésil vise la prévention du VIH et des grossesses précoces au travers de formations à destination des acteurs de la santé, de l'éducation nationale, et aussi des personnes ressources françaises et brésiliennes. Une animation d'un réseau opérationnel transfrontalier de professionnels de santé pour le dépistage et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a également été mise en place.

À la Guadeloupe, dans le cadre des dispositifs « Projet Santé et coopération caribéenne », l'objectif est de disposer d'une prestation d'assistance et de conseil pour l'élaboration du projet de « Télésanté et Coopération Caribéenne avec les pays de la zone Caraïbe » à développer avec le soutien du programme de coopération régionale 2015-2020 Interreg. Il s'agit de mettre en place des modes de coopération pour une offre de soins et de savoir-faire à forte valeur ajoutée pouvant répondre aux besoins de santé publique des pays de la Caraïbe en utilisant la Télésanté comme le cœur du projet.

Cette action contribue au renforcement de l'attractivité du territoire.



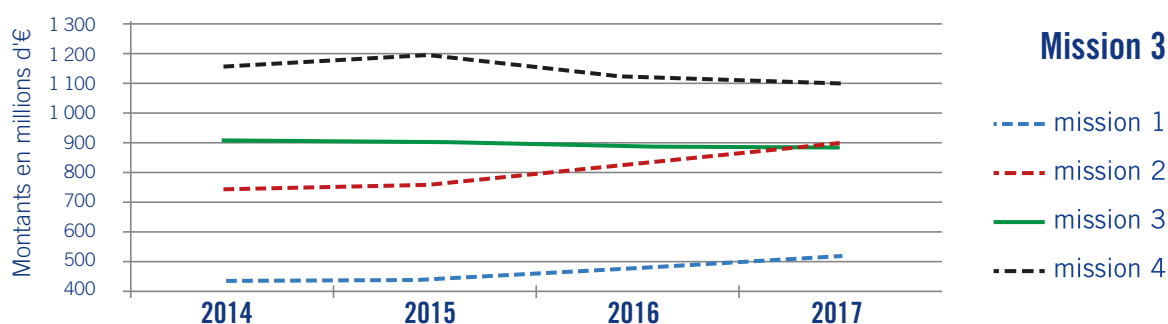
# Mission 3

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

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2017 ont concerné :

- Des rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins ;
- De la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-28 ;

- Des actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, notamment le financement de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG).



En 2017, 885 985 733 € en AE et 886 718 819 € en CP ont été comptabilisés au titre de cette mission.

Mission 3	Crédits comptabilisés (en €)				
	2014	2015	2016	2017	
				AE	CP
Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins	164 553 232	167 053 986	153 477 670	162 918 142	164 989 683
Permanence des soins en établissement de santé	726 883 882	721 967 783	700 458 152	699 550 862	698 528 054
Meilleure répartition géographique des professionnels de santé	13 856 241	13 984 949	13 457 677	14 106 220	13 919 766
Autres	0	0	16 189 672	9 410 509	9 281 316
<b>Total national</b>	<b>905 293 355</b>	<b>903 006 718</b>	<b>883 583 171</b>	<b>885 985 733</b>	<b>886 718 819</b>

Source : SIBC

Les dépenses de la mission 3, en baisse sur la période 2014-2016 (-2,4 %) en raison des diminutions de dépenses portant sur la permanence des soins, connaissant une stabilisation en 2017 (+0,35 % par rapport à 2016), essentiellement imputable au dynamisme des dépenses liées aux rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins. Le niveau de ce poste de dépenses revient au niveau de 2014. Les dépenses en faveur d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé restent relativement stables sur les 4 derniers exercices.

## La permanence des soins

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

La permanence des soins en médecine de ville ou « ambulatoire » vise à répondre aux besoins de soins non programmés des patients durant les heures de fermeture des cabinets médicaux, soit de 20h à 8h en semaine et du samedi 12h au lundi 8h.

Conformément au décret du 13 juillet 2010, il revient à chaque ARS d'arrêter un cahier des charges régional de la PDSA portant les principes d'organisation et de rémunération de la permanence sur le territoire régional. Ce document détermine les montants des forfaits rémunérant les différentes lignes de garde des médecins effecteurs et régulateurs, dans le cadre d'une dotation régionale fermée.

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

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

En 2017, les dépenses s'élèvent à 165 M€ en CP (163 M€ en AE), soit une augmentation de 7,5 % par rapport à 2016 (153,5 M€). Pour rappel, entre 2015 (167 M€) et 2016 (153,5 M€), ces crédits avaient diminué de 8 %.

Outre les rémunérations forfaitaires d'astreinte et de régulation des médecins participant à la PDSA, ce montant comprend également les actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA qui s'élèvent à 28,3 M€ en 2017. Il s'agit des mesures de soutien de la PDSA dans lesquelles entrent notamment les charges relatives aux associations de régulation libérale, à l'organisation de la garde en kinésithérapie respiratoire et aux maisons médicales de garde. Ainsi, 258 maisons médicales de garde ont été financées pour un montant de 13,1 M€, soit une subvention moyenne d'environ 50 000 € par structure. Ces crédits ont également servi à financer : des actions de communication destinées à l'accompagnement la mise en service du 116 117, le numéro national d'accès à la PDSA expérimenté dans trois régions pilotes (Corse, Normandie, Pays de la Loire), ainsi que, dans la perspective du déploiement de ce numéro sur l'ensemble du territoire, l'adaptation technique des SAMU qui réceptionneront les appels du 116 117. Initialement prévue pour 2018, la généralisation du 116 117 a été suspendue afin de tenir compte des orientations qui seront prises fin 2018 sur les numéros d'appel d'urgence.

Selon les données de l'assurance maladie, le coût total de la PDSA<sup>13</sup> 2017<sup>14</sup>, est de 385,4 M€ dont 136,7 M€ pour les forfaits d'astreintes et de régulation et 248,7 M€ pour le remboursement des actes (en 2016, ces montants étaient respectivement de 372,9 M€, 134,3 M€ et 238,6 M€) soit une augmentation globale de 3 %, de 1,7 % pour les forfaits et de 4 % pour le remboursement des actes.

En 2017, 5,7 M d'actes ont été réalisés aux horaires de PDSA contre 5,6 M en 2016, soit une augmentation de 1,8 %. La part de ces actes ayant fait l'objet d'une régulation préalable par les médecins régulateurs reste stable, atteignant 72 %.

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

Premier poste de dépenses au sein de la mission 3, la PDES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (de 20h jusqu'à 8h du matin) ; le week-end (sauf le samedi matin), et les jours fériés. Elle concerne le seul champ MCO. Les points d'articulation entre la PDSA et la PDES sont les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences).

L'organisation de la permanence des soins en établissements de santé fait partie intégrante du schéma régional de santé. Une nouvelle organisation cible de PDES a ainsi été définie cette année pour chaque région. Ainsi, sur la base d'un diagnostic identifiant les besoins de santé de la population, ce schéma fixe l'organisation de la PDES via :

- La détermination du nombre d'implantations par activité et par spécialités (celles relatives à la PDES 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 su schéma régional 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.

L'organisation de la PDES répond à une logique d'optimisation des ressources médicales mobilisables (mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes et coopérations entre établissements, recours aux différentes applications de la télémédecine, etc.), et de couverture des besoins de santé identifiés en région, notamment ceux requérant un plateau technique hautement spécialisé, ainsi que des besoins de proximité. Elle prend en compte les mutualisations et les dispositifs de coopération et s'appuie notamment sur les regroupements opérés dans le cadre de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire.

13 Forfaits financés sur le FIR et actes financés sur l'enveloppe ville de l'assurance maladie, à l'exception des Pays de la Loire.

14 Actes 2017 = montants correspondant à 2016 liquidés jusqu'à fin avril 2018.

Le calendrier de déploiement du dispositif a été défini par chaque ARS, avec la possibilité d'échelonner la réorganisation de la PDSSES de manière progressive.

### **Suivi de la mise en œuvre du dispositif de PDSSES**

En 2017, le dispositif de PDSSES a fait l'objet d'un suivi dans toutes les régions. En règle générale, ce suivi est réalisé dans le cadre de la revue annuelle des contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'ARS et chaque établissement de santé participant au dispositif, la signature et l'actualisation des contrats tripartites passés entre les médecins libéraux, l'établissement de santé privé et l'ARS dans le cadre de la PDSSES privée, ainsi que lors de l'instruction de chaque dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation et à l'occasion des visites de conformité.

Comme chaque année, certaines ARS ont réalisé une évaluation du dispositif, afin de pouvoir opérer des adaptations et des ajustements de leur schéma cible, dans une logique d'optimisation de l'offre de soins. Ces évaluations ont vocation à dégager des indicateurs qui permettent de mesurer l'activité par ligne de permanence des soins. Dans le cadre du volet PDSSES des PRS, l'ARS Hauts de France a ainsi utilisé les indicateurs suivants : le nombre de praticiens par ligne proposée par les établissements permettant d'évaluer la soutenabilité des lignes, le nombre de spécialités respectant la réglementation de PDS, le nombre de lignes de permanence des soins créées, les modes de coopération pour les lignes mutualisées, le nombre d'établissements disposant d'une mission de service public de PDSSES.

À l'appui de ces éléments, les ARS peuvent engager une réflexion avec les établissements afin de faire évoluer les lignes de PDSSES au sein d'un territoire, voire à l'échelle de toute une région. Le nombre de lignes de gardes ou d'astreintes ont pu évoluer en fonction des besoins identifiés.

Les ARS ont veillé à éviter les doublons et à vérifier l'effectivité des gardes et astreinte. Les évolutions peuvent se faire en faveur d'une plus grande mutualisation, en fonction des évolutions organisationnelles dans le cadre des projets médicaux partagés de territoire des GHT et de leur environnement territorial et régional.

Dans certaines régions comme la Guyane, la géographie du territoire et les distances entre les établissements ne favorisent toutefois pas la mutualisation des lignes de gardes et astreintes. Une réflexion est toujours en cours en vue de l'élaboration d'un schéma cible dans lequel seraient intégrées les potentialités de recours à la télé-médecine.

À titre d'illustration, les enjeux du nouveau schéma PDSSES pour 2018- 2022 de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté sont les suivants :

- Définir un schéma unique de la PDSSES pour l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté, en faisant converger les principes des schémas des deux anciennes régions ;
- Organiser la PDSSES selon une approche territoriale, dans le cadre des territoires d'activités de soins du SRS ;
- Assurer l'accès aux activités de soins autorisées à l'échelon le plus adapté, la nuit, le week-end et les jours fériés afin de permettre au patient d'être pris en charge au bon endroit en sécurisant les parcours de soins non programmés ;
- Favoriser l'efficacité du dispositif, compte tenu des contraintes sur la démographie médicale et des contraintes de financement sur le FIR, par la limitation du nombre de sites assurant la PDSSES H24 pour une même activité au sein d'un territoire ou la mutualisation de certaines gardes ou astreintes.

Dans le cadre de la réforme territoriale, l'ARS Normandie a poursuivi son objectif de développement des structures pluridisciplinaires d'exercice coordonné dans des zones prioritaires dont la charte a été revue en 2017. Les modalités d'allocation n'ont pas été modifiées sur 2017 mais des travaux régionaux ont été engagés tout au long de cette année afin d'harmoniser les pratiques de révision du schéma cible PDSSES très différentes entre la partie occidentale et orientale de la Normandie, en s'appuyant sur les travaux relatifs au PRS pour une mise en application en 2018/2019.

### Illustration d'action régionale: la procédure de révision de la PDES en Île de France

En 2017, dans un contexte budgétaire et financier toujours contraint, l'enveloppe PDES continue à être redéployée afin de consolider l'organisation des schémas au niveau régional (près de 700 lignes de gardes et 350 astreintes dans environ 80 établissements franciliens publics ou ESPIC).

Pour ce faire, au vu des résultats de l'enquête régionale réalisée début 2017 sur le nombre de déplacements en 2016 des lignes d'astreinte, l'Agence met en œuvre la dernière tranche de révision du financement des astreintes à la réalité des déplacements (en lieu et place antérieurement d'un financement forfaitaire sur la base d'un déplacement par jour). Pour rappel, l'Agence a fait le choix en 2015 et en 2016 de ne pas répercuter l'intégralité de l'impact défavorable de cette modulation sur les enveloppes PDES des établissements mais de le lisser sur 3 ans (2015-2017).

L'Agence poursuit également les travaux de réorganisation de la PDES avec :

- l'adaptation organisationnelle du schéma de chirurgie orthopédique (passage d'une garde à une demi-garde et demi-astreinte) et l'harmonisation de son financement en conséquence ;

- la mise en place du schéma de radiologie interventionnelle en lien avec l'appel à projet lancé mi-novembre 2016 ;

L'enveloppe allouée au titre de la PDES publique s'élève ainsi à 118,0 M€ (vs. 118,6 M€ en 2016).

Source : données rapports d'activité régionaux des ARS

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

En 2017, le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) a augmenté d'une centaine par rapport à 2016 (comme entre 2015 et 2016, alors que l'on avait enregistré 200 MSP supplémentaires entre 2014 et 2015), portant à 1 000 le nombre de MSP en fonctionnement (et environ 330 MSP en projet).

On comptait 2 062 centres de santé répertoriés dans Finess fin 2017 (au lieu de plus de 1 900 fin 2016) dont les activités sont variées : centres de santé dentaires, centres de santé infirmiers, centres de santé médicaux, centres de santé polyvalents.

Une confusion a été longtemps établie entre les centres de santé polyvalents et les centres de santé pluri-professionnels. Selon la définition des centres polyvalents, donnée par l'accord national du 8 juillet 2015 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, il s'agit de centres pouvant avoir une activité médicale et paramédicale ou de centres ayant parmi leurs activités médicales, des activités de chirurgie-dentaire ou de sages-femmes. Toutefois, si l'on retient comme critère de la pluri-professionnalité, la présence minimale d'un médecin généraliste et d'un auxiliaire médical, on constate que nombre de centres dits « polyvalents » ne sont pas pluri-professionnels. Dans ces conditions, on doit estimer le nombre de centres de santé pluri-professionnels à 350 et non 470, comme indiqué dans le rapport d'activité du FIR 2016. À cet égard, il convient de préciser en outre que l'observatoire des centres de santé, plateforme destinée à recueillir des informations sur les caractéristiques des centres, notamment au regard de leurs activités, n'est renseigné, jusqu'à aujourd'hui, que par une partie des centres. L'obligation de renseigner l'observatoire ne devenant effective pour l'ensemble des centres de santé qu'à partir de 2019, dans l'intervalle, les chiffres ne peuvent être qu'estimatifs.

Ainsi, le nombre de structure d'exercice coordonné (SEC) -1 350- demeure à peu près inchangé par rapport à celui indiqué dans le précédent rapport FIR, même si le nombre de MSP a progressé en 2017.

Le montant financé par les ARS en vue du soutien à l'exercice coordonné connaît, globalement, pour la première fois, en 2017, un léger infléchissement de 4,9 %, alors même que le soutien aux SEC à proprement parler, continue de progresser (+ 6,3 %). Dans la continuité des années précédentes, on observe que les ARS privilégient le soutien financier des maisons de santé pluri-professionnelles.

Ce constat mérite d'être analysé à partir des tableaux ci-dessous, fondés sur les rapports régionaux, qui détaillent les montants des aides via le FIR, par type de structure (tableau I) et proposent une comparaison des financements via le FIR depuis 2013.

L'infléchissement du soutien accordé à l'exercice coordonné en 2017 est essentiellement lié à une diminution significative des montants attribués aux « autres actions » (cf. ci-dessous le commentaire du tableau IV).

En revanche, le soutien aux structures d'exercice coordonné -SEC- elles-mêmes (centres et maisons de santé), continue de progresser (+6,30 %), s'ajoutant ainsi aux financements pérennes que leur accorde l'assurance maladie au titre de l'accord national pour les centres de santé et de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les maisons de santé.

Par rapport à 2016 :

- le nombre de SEC financées a très légèrement diminué (2 %, soit 350 contre 357 en 2016). Cette diminution résulte de la baisse importante du nombre de centres de santé soutenus : soit 36 - répartis sur 10 régions - au lieu de 56 (près de 36 % de moins) - répartis sur 8 régions-, retombant ainsi à peu près au niveau de 2015 où 38 centres de santé avaient été aidés financièrement.
- L'ARS Ile-de-France qui avait financé 39 centres de santé pour 578439 € en 2016 n'en a financé que 5 en 2017 pour 196638 € (soit une diminution de 66 % des aides accordées). En revanche, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes qui n'avait soutenu que 5 centres de santé en 2016 pour 207350 € en a financé 14 en 2017 pour 1050062 € (soit une augmentation de plus de 80 %);
- avec 6801152 € (au lieu de 6761019 € en 2016) le soutien financier demeure massivement accordé en faveur des MSP (soit près de 78 % du montant total versé aux SEC);
- la moyenne des montants versés par SEC est légèrement plus élevée que celle observée les deux années précédentes (24994 € en 2017 contre près de 23554 € en 2016 et 23680 € en 2015). En revanche, cette moyenne est singulièrement plus élevée pour les centres de santé (55626 €/centre) que pour les maisons de santé (21590 €). À cet égard, la moyenne par centre a considérablement augmenté depuis 2016 où elle ne s'élevait qu'à 29425 € (+ 47,1 %).

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

	MSP				Centres de santé		Autres actions	
	MSP monosites		MSP multisites		en projet	ouverts		
	en projet	ouvertes	en projet	ouvertes				
<b>Nb de structures</b>	84	168	11	52	5	30	<b>2</b>	
<b>Nb total de structures</b>	<b>252</b>		<b>62</b>		<b>35</b>			
<b>Nb de SEC et autres actions</b>	<b>350</b>							
<b>Montants versés</b>	1 231 611,19 €	435 002 941 €	283 954,40 €	935 556,88 €	120 000,00 €	182 693,00 €		
<b>Sous total</b>	<b>5 581 640,60 €</b>		<b>1 219 511,28 €</b>		<b>1 946 930,00 €</b>			
<b>Montant total</b>	<b>6 801 151,88 €</b>				<b>1 946 930,00 €</b>			
<b>Montant total</b>	<b>8 748 081,88 €</b>							<b>190 837,00 €</b>
<b>Montant total</b>	<b>8 938 918,88 €</b>							

Source : rapport d'activité des ARS

En résumé, il convient de retenir que les ARS continuent d'apporter un soutien substantiel aux structures d'exercice coordonné, à proprement parler, aussi bien en ce qui concerne les maisons de santé que les centres de santé. En revanche on observe une diminution notable des soutiens accordés aux « autres actions ».

### Plus de la moitié des SEC soutenues par le FIR sont implantées en zone prioritaire

Sur l'ensemble des SEC financées, 183 sont situées en zone rurale et 167 en zone urbaine. Alors qu'en 2016 le nombre de structures situées en zones prioritaires financées par le FIR représentait 45 % du total (161 SEC sur 357), cette proportion a été portée à 53 % en 2017 (186 SEC sur 350). Ainsi plus de 55 % des MSP et 1/3 des centres de santé situés en zone sous dense bénéficient d'un soutien via le FIR.

Les 186 structures en zone prioritaire (175 MSP et 11 centres de santé) se répartissent pour moitié entre zone rurale (96, soit près de 51,6 %) et pour moitié en zone urbaine (90 soit 48,4 %). Parmi les SEC financées situées en zone prioritaire, la proportion de celles situées en zone rurale ne cesse de décroître depuis 2014 : 75 % en 2014, 70 % en 2015, 61 % en 2016 et moins de 52 % en 2017. À noter également que parmi les SEC financées en zone prioritaire, 7 d'entre elles sont en quartier prioritaire de la politique de la ville -QPPV- (toutes implantées dans la région Ile-de-France) et 79 sont en zone de revitalisation rurale (dont 8 en zone urbaine).

On constate donc que la tendance observée les années précédentes s'agissant de l'évolution de la stratégie des ARS qui, depuis 2015 finançaient une proportion toujours plus importante de SEC hors zone sous dense, tend à s'inverser en 2017 puisque la proportion de SEC soutenues dans ces zones a augmenté de plus de 8 points entre 2016 et 2017.

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

	Nombre de SEC financées	Montants accordés aux SEC (en euros)	Montants accordés pour les autres actions (en euros)	Total (en euros)
<b>2013</b>	262	7868111 € (30855 €/ site)	1 224 283 €	9 092 394
<b>2014</b>	354	10 926 773 € (30 866 €/ site)	2 277 694 €	13 143 466
<b>2015</b>	302	7 151 579 € (23 680 €/ site)	2 987 783 €	10 139 362
<b>2016</b>	357	8 408 866 € (23 554 / site)	1 193 008 €	9 601 869 €
<b>2017</b>	350	8 938 918 € (24 994,52 € / site)	1 908 37 €	9 129 755 €
<b>diminution / augmentation (%)</b>	-2 %	+ 6,30%	-84 %	-4,91%

Source : rapport d'activité des ARS

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

Type de structures	MSP				Centres de santé	
	MSP monosites		MSP Multisites		en projet	ouverts
	en projet	ouvertes	en projet	ouvertes		
<b>Nb de structures implantées en zone prioritaires du SROS</b>	54	89	7	25	4	7
	<b>143</b>		<b>32</b>		<b>11</b>	
	<b>186</b>					
<b>Financement versé</b>	783828,92 €	2332611,70 €	167620,00 €	435074,00 €	100000,00 €	507684,00 €
	3 116 440,62 €		602 694,00 €		607 684,00 €	
	<b>3 719 134,62 € (21 252,20 € / MSP)</b>					607 684,00 € (55 244 / CdS)
	<b>4 326 818,62 € (23 262,47 € / SEC)</b>					

Source : rapports d'activité des ARS

Au regard des montants alloués aux structures implantées dans ces zones, on constate globalement une augmentation de 617 422 € (+ 16,6%), étant précisé que le montant moyen par structure demeure à peu près équivalent : 23 262 € au lieu de 23 039 € en 2016 (soit moins de 1 % d'augmentation).

## **Un soutien financier versé majoritairement aux SEC en fonctionnement**

### **Les financements au titre des études de faisabilité**

Pour les MSP, on note une augmentation du montant versé au titre des études de faisabilité qui passe de 423 709 € en 2016 pour 47 MSP (9015 € / MSP) à 683 192 pour 42 MSP (16 266 € / MSP) en 2017.

Cependant, rapportés au montant total des aides accordées aux MSP (6 801 151 €), ces financements demeurent relativement faibles (10 %), même si, proportionnellement, ce montant augmente par rapport à 2016 (6,3 %).

Il convient de souligner qu'aucun centre de santé n'a bénéficié d'une aide pour l'étude de faisabilité (3 en avaient bénéficié en 2016).

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

### **Les financements au titre de l'aide au démarrage (AAD)**

L'aide au démarrage s'entend en principe du financement de tout accompagnement ou soutien se situant après l'étude de faisabilité et jusqu'au démarrage de la structure inclus. Sont ainsi financés l'aide :

- à l'ingénierie,
- à l'élaboration du projet de santé,
- à l'acquisition d'équipements collectifs favorisant la coordination, la pratique collaborative ou l'accueil des stagiaires (comme en Nouvelle Aquitaine)
- à l'acquisition d'un système d'information labellisé
- à la constitution en SISA pour les MSP (prérequis à l'adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel -ACI- au titre duquel les structures pourront percevoir des financements pérennes).

Les montants accordés aux MSP au titre de l'AAD ont ainsi singulièrement progressé en 2017 par rapport à l'année précédente, puisqu'ils ont plus que doublé, passant de 1 023 895 € à 2 303 306 € (+ 125 %).

Concernant l'aide aux centres de santé, les montants attribués (442 568 €) demeurent pratiquement inchangés par rapport à 2016 et ils représentent seulement 16 % du montant total de l'AAD pour l'ensemble des SEC.

Qu'il s'agisse des MSP ou des centres de santé, plus du tiers des montants attribués concerne les équipements collectifs et les systèmes d'information (922 737 €).

### **Les financements au titre de l'aide en fonctionnement (AAF)**

Comme les années précédentes, l'AAF accordée aux MSP demeure significativement plus importante (deux fois et demi) que celle attribuée aux centres de santé : 3 814 652 € pour les MSP versus 1 504 362 € pour les centres. Le nombre de structures aidées est également beaucoup plus important pour les MSP (156) que pour les centres (25). Dans ces conditions, la moyenne du montant par SEC est beaucoup plus élevée pour les centres de santé (60 174 €) que pour les MSP (24 452 €). Cette différence s'explique par les subventions de fonctionnement (entre 100 000 € et 250 000 € par centre) dont bénéficient quelques rares centres de santé (en Martinique ou en Auvergne Rhône-Alpes, par exemple), déclarées comme telles ou au travers du financement de personnel administratif.

Outre les subventions de fonctionnement, l'objet des financements accordés après ouverture des structures est très divers. Pour beaucoup, il recoupe l'objet des aides accordées au titre de l'AAD : c'est vrai notamment pour l'acquisition d'équipements collectifs, du système d'information ou pour l'aide à la structuration en SISA que financent la plupart des régions. En effet, de nombreuses structures ouvertes depuis plusieurs années souhaitent améliorer leur activité de coordination et, se constituant en SISA, pouvoir ainsi bénéficier des forfaits spécifiques accordés par l'assurance maladie via l'ACI (pour les MSP dont seule la moitié était adhérente fin 2017) ou via l'accord national (pour les centres de santé).

Au titre de la coordination, les ARS attribuent parfois une aide à titre transitoire (Nouvelle Aquitaine / Bourgogne Franche-Comté) aux structures ouvertes qui ne sont pas encore adhérentes à l'ACI. L'ARS Nouvelle-Aquitaine précise que cette aide ayant un objectif incitatif est fixée à 20 000 € / MSP et n'est pas renouvelable.

Par ailleurs, un certain nombre d'ARS finance la formation des coordonnateurs dispensée par l'EHESP ainsi que les déplacements inhérents à cette formation (3 à 4 séminaires par an).

Enfin, la plupart des ARS indiquent accompagner les MSP en vue d'une adhésion à l'ACI. À cet égard, on peut souligner que 132 MSP sur les 168 ouvertes financées bénéficient de rémunérations spécifiques, versées par l'assurance maladie (dont l'objet est de financer la coordination) au titre de l'ACI, au lieu de 82 en 2016, soit une augmentation de 50 MSP (+ 60 %).

Il est précisé que les indications fournies par les ARS ne permettent pas de ventiler les montants attribués à chacun de ces postes, pris isolément : le plus souvent, un montant global est attribué pour ces postes (ou parfois même un autre poste associant la coordination ou les systèmes d'information à des équipements ou du personnel administratif).

Tableau IV : objet des financements alloués au titre du FIR en 2017

	Objet du financement	MSP		Centres de santé		Autres actions		Total	
		Nb de MSP	Montant versé	Nb de CdS	Montant versé	Nb Action	Montant versé	Nb	Montant versé
<b>Étude de faisabilité ou opportunité (EFO)</b>	<b>Sous-total EFO</b>	<b>42</b>	<b>683 192,60 €</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>42</b>	<b>683 192,60 €</b>
<b>Aide au démarrage (AAD)</b>	AAD: Ingénierie	12	123721,00 €	5	150000,00 €			17	273721,00 €
	AAD: Élaboration du projet de santé	35	346949,76 €					35	346949,76 €
	AAD: Appui juridique	28	254806,03 €					28	254806,03 €
	AAD: Équipements	6	117358,00 €					6	117358,00 €
	AAD: SI	8	142488,60 €					8	142488,60 €
	AAD: SI / appui juridique	3	34008,00 €					3	34008,00 €
	AAD: SI / Équipement	15	715747,60 €	4	206990,00 €			19	922737,60 €
	AAD: Équipement / appui juridique	1	49994,00 €					1	49994,00 €
	AAD: SI / équipement / appui juridique	12	447945,00 €					12	447945,00 €
	AAD: Autre	9	70288,48 €	2	85578,00 €			11	155866,48 €
	<b>Sous-total AAD</b>	<b>129</b>	<b>2 303 306,47 €</b>	<b>11</b>	<b>442 568,00 €</b>			<b>140</b>	<b>2 745 874,47 €</b>
<b>Aide au fonctionnement (AAF)</b>	accompagnement	4	38369,00 €	15	755062,00 €			19	793431,00 €
	accompagnement + coordination	5	43475,00 €	1	20000,00 €			6	63475,00 €
	accompagnement + SI	46	1363740,00 €					46	1363740,00 €
	subvention de fonctionnement			1	100000,00 €			1	100000,00 €
	coordination	29	554379,71 €	1	33000,00 €			30	587379,71 €
	coordination + équipement hors SI	3	136582,00 €					3	136582,00 €
	coordination + personnel administratif	1	18387,00 €					1	18387,00 €
	coordination + SI	4	153973,00 €					4	153973,00 €
	équipement hors SI			1	15000,00 €			1	15000,00 €
	équipement hors SI + personnel administratif	1	10000,00 €					1	10000,00 €
	équipement hors SI + SI	4	71937,57 €					4	71937,57 €
	personnel administratif	2	40262,00 €	2	500000,00 €			4	540262,00 €
	SI	28	384415,07 €	1	9300,00 €			29	393715,07 €
	Autre	29	999132,46 €	3	72000,00 €	2	190837,00 €	34	1 261 969,46 €
		<b>Sous total AAF</b>	<b>156</b>	<b>3 814 652,81 €</b>	<b>25</b>	<b>1 504 362,00 €</b>	<b>2</b>	<b>190 837,00 €</b>	<b>184</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>6 801 151,88 €</b>	<b>-</b>	<b>1 946 930,00 €</b>	<b>-</b>	<b>190 837,00 €</b>		<b>8 938 918,88 €</b>

Source : rapports d'activité des ARS



Par ailleurs, les ARS signalent, à l'instar des années précédentes, accompagner les structures par d'autres actions. Ainsi, les ARS Occitanie et Provence-Alpes-Côte-d'Azur indiquent dans l'annexe statistique de leur rapport d'activité, pour l'une, avoir financé à hauteur de 40837 € la faculté de médecine de Toulouse en vue d'une opération de promotion de l'exercice coordonné et, pour l'autre (PACA), avoir attribué 150000 € à la fédération régionale des MSP. D'autres ARS mentionnent les aides financières allouées aux fédérations régionales afin d'accompagner les promoteurs de projets ou encore en vue d'actions de communication (Nouvelle-Aquitaine / Grand-Est / Ile-de-France / Occitanie / Pays-de-La-Loire).

Par ailleurs, les ARS signalent à l'instar des années précédentes, l'intervention de différents acteurs de terrain (URPS, conseil régional, Préfecture MSA...). Certaines, comme les ARS Pays-de-la-Loire et Normandie soulignent également leur travail en partenariat avec l'assurance maladie (notamment la direction de la coordination de la gestion du risque -DCGDR-).

Il convient enfin de souligner les ARS continuent d'utiliser des cahiers des charges régionaux ainsi que des outils (process d'accompagnement, grille de suivi...) favorisant le partage de modalités de travail communes et concertées entre accompagnants.

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

- l'aide au démarrage (AAD) s'entend du financement de tout accompagnement ou soutien se situant de l'étude de faisabilité jusqu'au démarrage de la structure inclus (ingénierie, élaboration du projet de santé, ...)
- l'aide au fonctionnement (AAF) s'entend du financement de tout soutien ou accompagnement se situant après l'ouverture de la structure ; l'aide à la coordination, après ouverture de la structure, couvre notamment la formation du coordinateur, ainsi que le financement de sa rémunération ou encore le versement de forfaits ;
- les prestations d'accompagnement s'entendent, notamment, de la mise en œuvre du projet de santé et, pour les MSP, du soutien à la mise en place de la SISA.

# Mission 4

## Efficiencia des estructuras sanitarias y médico-sociales y mejora de las condiciones de trabajo de sus personal

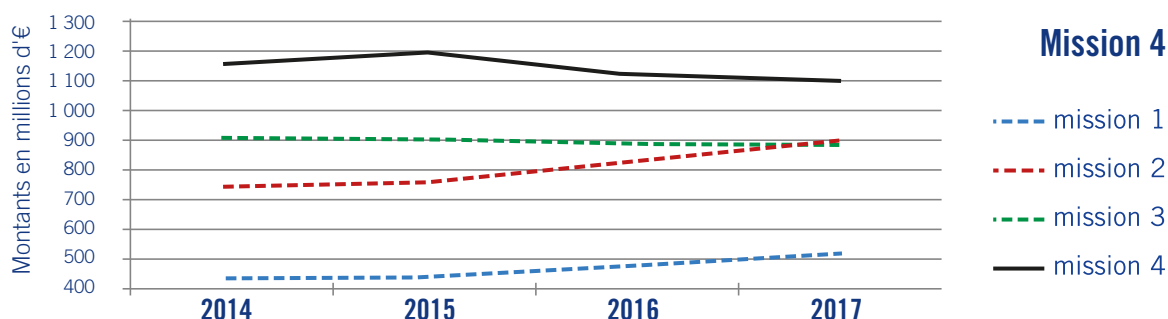
Las acciones financiadas por el FIR al título de esta misión en 2017 concierne en primer lugar el acompañamiento y la eficiencia de las estructuras sanitarias y médicas sociales:

- Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements<sup>15</sup>;
- Des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires;
- Des actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets;
- Des actions en faveur de l'efficiencia des structures sanitarias y médico-sociales.

Las acciones financiadas por el FIR al título de esta misión en 2017 concierne por ailleurs los dispositivos en favor de los personal de las estructuras sanitarias y médico-sociales siguientes:

- los contratos locales de mejora de las condiciones de trabajo (CLACT) que previamente han sido objeto de un diagnóstico de situación realizado por el comité de higiene, de seguridad y de las condiciones de trabajo (CHSCT) así que de un acuerdo negociado entre los responsables de las estructuras y las organizaciones sindicales representativas;
- las acciones de gestión previsionnel de los oficios, empleos y competencias (GPMC);
- las ayudas individuales, prestaciones y complementos de remuneración destinados a favorecer la movilidad y la adaptación de los personal de las estructuras comprometidas en las operaciones de modernización y de restructuration. La lista y las condiciones de pago de estas medidas son fijadas por decreto de los ministros encargados de la salud y de la seguridad social;
- las acciones en favor de la mejora de las condiciones de trabajo de los personal de las estructuras sanitarias y médico-sociales.

En 2017, 1 066 958 323 € en AE y 1 102 364 969 € en CP ont été comptabilisées al título de esta misión.



15 Celles-ci peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans les conditions et dans la limite d'un montant fixées par décret des ministres encargados de la salud, de la seguridad social, du budget, des personnes âgées y des personnes handicapées

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

Mission 4	Crédits comptabilisés (en €)				
	2014	2015	2016	2017	
				AE	CP
Conseil, pilotage et accompagnement à la performance hospitalière	8 129 908	15 220 000	17 471 205	13 106 457	10 451 984
Modernisation, adaptation et restructuration des établissements de santé (ou leurs groupements)	1 028 213 806	1 026 103 085	1 017 975 429	972 522 011	1 012 635 209
Actions permettant la mutualisation des moyens des professionnels et structures sanitaires de la région, en matière de systèmes d'information, d'achats, accompagnement de la modernisation et des restructurations, ingénierie de projets	17 295 105	18 541 068	23 593 473	25 721 158	25 740 334
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	1 460 111	3 844 266	6 858 353	6 335 249	4 793 158
Actions visant à l'efficacité dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences	2 152 525	3 006 210	1 752 237	2 724 060	2 724 060
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	15 773 734	18 790 709	28 217 444	27 672 334	26 712 313
Efficacité des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels médico-sociales	0	1 048 032	7 575 176	5 121 669	5 392 050
Amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales	0	1 236 407	3 027 578	4 342 243	4 622 076
Autres	75 121 901	100 385 496	13 622 859	9 403 141	9 293 785
<b>Total national</b>	<b>1 146 915 329</b>	<b>1 188 175 273</b>	<b>1 120 093 753</b>	<b>1 066 948 322</b>	<b>1 102 364 969</b>

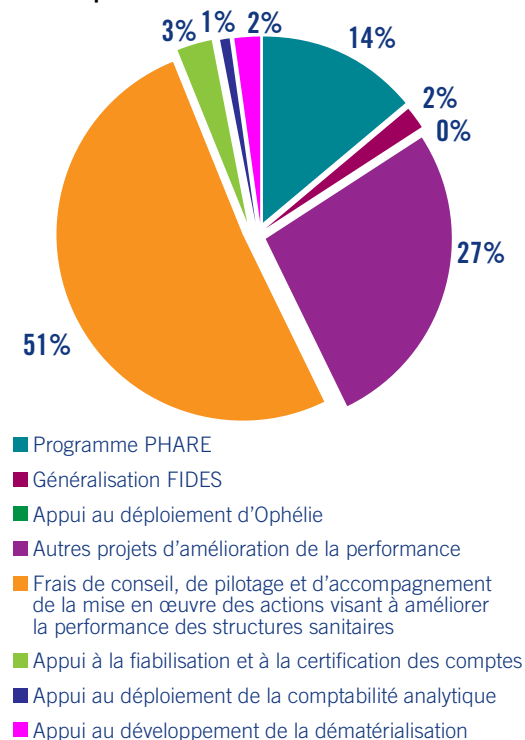
Si en 2016 la mission 4 reste le premier poste de dépenses au sein du FIR, le montant des crédits consacrés à cette mission est en diminution. (-3,9 % depuis 2014). Cette baisse est essentiellement imputable à la diminution du poste « modernisation, adaptation et restructuration des établissements de santé (ou leurs groupements) », et

aux aides à l'investissement à destination des structures sanitaires et cela malgré la croissance des dépenses portant sur les autres postes de dépenses et notamment en faveur des personnels des structures médico-sociales.

# L'accompagnement et l'efficacité des structures sanitaires et médicales sociales

En 2017, 10,5 M€ ont été consacrés aux dispositifs visant à améliorer la performance interne des établissements de santé. Ces crédits ont été répartis entre les actions de déploiement des programmes nationaux (5,2 M€ dont le programme PHARE pour 1,5 M€) et les frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de projets autres que les programmes nationaux (5,3 M€).

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



5,2 M€ sont dédiés au déploiement des programmes nationaux. (FIDES/PHARE/OPHELIE/certification des comptes/comptabilité analytique...)

Ainsi, l'ARS PACA a financé à hauteur de 212 K€, 6 projets relatifs à l'amélioration de certains cycles comptables ayant fait l'objet de réserves lors du passage à la certification des comptes, à savoir, les immobilisations, les provisions, les recettes et le contrôle interne.

De même, l'ARS Normandie a octroyé 45 K€ sur le plan régional de déploiement à la comptabilité analytique. Ce plan a permis de financer 3 établissements référents (CHIC Alençon-Mamers, CH Saint-Lô, CHI Elbeuf-Louviers), qui accompagnent chacun d'autres établissements de la région. Ce dispositif a permis d'améliorer la qualité du

retraitement comptable (RTC) en diminuant le nombre de retours de ce dernier avant validation par l'ARS.

Enfin, les cinq établissements hospitaliers, en Centre Val de Loire, devant mettre en œuvre en 2017 la facturation individuelle, « FIDES, Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé » ont perçu chacun une dotation de 4,8 K€, correspondant au coût de l'accompagnement par l'éditeur du logiciel facturation (soit un total de 24 K€).

## Illustration Hauts-de-France

Afin de d'accompagner les établissements de la région Hauts-de-France dans le déploiement et le maintien de la dynamique PHARE, il a été décidé de financer des projets autour de 3 axes : les achats, la logistique et la formation. Le point central des projets accompagnés sur l'année 2017 est la mise en place de la fonction achat mutualisée en GHT.

En parallèle de ce sujet complexe, l'ARS a souhaité financer ou co-financer des projets innovants sur la thématique de la logistique ainsi que la coordination du segment des DASRI par l'opérateur d'achat UniHA.

Enfin, l'ARS a prolongé son partenariat avec les ANFH Nord-Pas-de-Calais et Picardie pour le co-financement des formations à l'attention des agents des filières techniques (Achat et logistique).

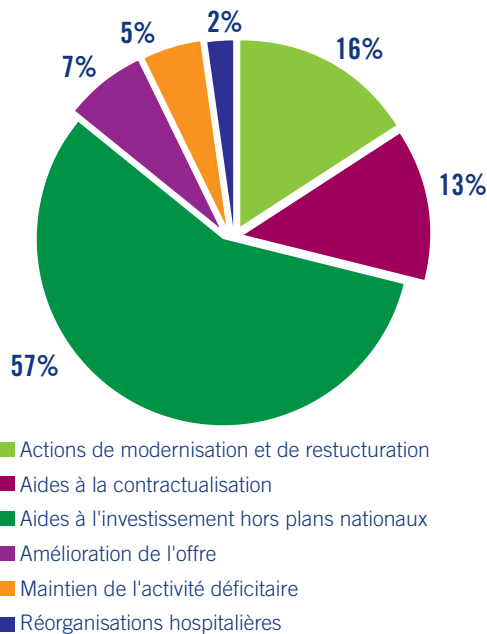
En 2017, la stratégie globale liée au programme PHARE a donc été de poursuivre l'accompagnement des établissements de santé dans la transformation de leurs fonctions achat (pour une performance accrue), dans le contexte GHT, tout en explorant un nouveau levier de performance : la logistique.

Sur l'enveloppe PHARE (497 K€), 70 % des fonds ont été dédiés à l'accompagnement à la mise en place de la fonction achat mutualisée. Ces crédits ont principalement été alloués à un établissement qui a porté le marché pour tous les GHT de la région. Le reste de l'enveloppe est ventilé sur les autres projets (5 % pour la coordination de groupe, 10 % pour la formation et 15 % pour les projets logistiques).

5,3 M€ sont attribués pour des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de projets autres que les programmes nationaux évoqués ci-dessus.

À titre d'exemple, il convient de citer la réalisation d'études comparatives entre établissements sous la forme de « benchmarks régionaux » pour l'ARS ARA. La thématique des consultations externes a été retenue afin de soutenir les efforts d'optimisation de cette activité clinique, en tenant compte du développement des activités de médecine ambulatoire. Plus de 30 établissements ont participé et l'Agence prolonge son appui en organisant, en 2018, des accompagnements collectifs à la mise en œuvre d'améliorations.

**Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements**



Les actions de modernisation et de restructuration, de maintien de l'activité déficitaire, d'amélioration de l'offre et d'aide à l'investissement hors plans nationaux ont mobilisé 1,012 Md€ en 2017 et se répartissent de la manière suivante :

- **571,8 M€ pour le financement des investissements hors plans nationaux (soit 56,5 % des crédits).** Les aides à l'investissement portent sur les mesures régionales accompagnant la politique nationale d'investissement mais ne concernent pas les mesures nationales issues des Plans H2007 et H2012. Comme les deux années précédentes, on constate qu'en 2017, les ARS ont consacré une partie importante de leurs aides à l'investissement. Celles-ci répondent à plusieurs priorités identifiées localement : mise aux normes et renouvellement d'équipements vétustes, reconstruction d'un plateau technique performant mutualisé, reconstruction de services des urgences, maintien de l'offre sur le territoire, etc. À titre d'exemple, l'ARS Bourgogne Franche Comté a consacré 82 % des crédits de la mission 4 aux aides à l'investissement hospitalier, en complément des aides nationales.
- **165,4 M€ pour les actions de modernisation et de restructuration (soit 16 % des crédits)** visant notamment à accompagner des opérations de transfert d'activité ou de regroupement de services, aider à la restructuration, fusion d'établissements ou encore au maintien des coopérations entre établissements, notamment public/privé, en vue de gagner en efficacité et en viabilité. À ce titre l'ARS Bourgogne Franche Comté a accompagné sur 3 ans le CH de Dole

dans sa réduction capacitaire et a apporté son soutien à la coopération avec le CHRU de Besançon. De même, les cliniques des Grainetières, Jeanne d'Arc, du Saint Cœur et la polyclinique Jeanne d'Arc ont été accompagnées par l'ARS Centre Val de Loire afin de maintenir les coopérations public-privé sur un site unique.

- **133,2 M€ d'aides à la contractualisation (soit 13 % des crédits).**

Les établissements les plus en difficulté de la région Île de France ont été accompagnés à travers des aides destinées notamment à faire face à de fortes tensions de trésorerie et à restaurer, autant que possible, leur autonomie financière. Cet appui s'élevait, cette année, à 12,3 M€ pour 5 établissements. Pour rappel, ces aides doivent permettre de sécuriser la trésorerie des établissements et donc participer prioritairement à l'apurement des passifs sociaux, bancaires et fiscaux éventuellement existants. Enfin, après avoir soutenu la sécurisation des prêts structurés en appui du dispositif national pour plusieurs établissements, l'Agence accompagne le CHI Lucie et Raymond Aubrac de Villeneuve-Saint-Georges dans le réaménagement de son encours de dette.

**Illustration Hauts-de-France\***

Le réseau NEPHRONOR poursuit l'objectif général d'améliorer la prise en charge globale des patients avant et après le stade de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) terminale dans l'ensemble de la région des Hauts-de-France. Ce réseau est ouvert aux professionnels de santé, personnes morales ou physiques, de droit public ou privé, à orientation sanitaire, médico-sociale ou libérale, et aux patients eux-mêmes. Les objectifs poursuivis sont :

- De développer de nouveaux modes d'exercice : nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé,
- D'harmoniser les pratiques en relation avec les recommandations de la HAS,
- De favoriser l'accès à la transplantation et d'améliorer de suivi de la file active des greffés,
- D'impliquer la médecine de ville dans la prise en charge de la maladie rénale chronique à travers la définition d'un parcours de soins,
- De développer l'Éducation Thérapeutique du Patient aux niveaux 2 et 3 en articulation avec les professionnels de santé habituels du patient,
- Et de développer l'observation en santé.

Pour ce faire, NEPHRONOR, dont le promoteur est le CHRU de Lille, est organisé en cinq commissions (Registre REIN, Éducation et Prévention, Organisation Régionale, Recherche et Développement, Transplantation).

Dans le cadre de l'extension de son périmètre à l'ensemble des Hauts-de-France, le réseau a signé en 2017 avec l'ARS une convention pluriannuelle

d'objectifs et moyens 2017-2020. Le réseau s'engage à mettre en œuvre, en cohérence avec les orientations du Projet Régional de Santé (PRS), le plan d'actions détaillé annexé à la convention sur les axes suivants :

- Promouvoir la prévention de l'IRC,
- Promouvoir la qualité des pratiques,
- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient,
- Développer l'observation en santé.

Au titre de l'exercice 2017, le montant de l'accompagnement financier alloué par l'ARS s'est élevé à 100 K €, conformément aux budgets prévisionnels de chaque action annexés à la convention. Pour les exercices suivants ; l'ARS s'est engagée à ce que le financement annuel soit garanti à hauteur de 70 K€ (70 % du financement 2017).

\* Extraits du Rapport d'activité régionale de l'ARS Hauts-de-France

- **72,4 M€ concernent les actions visant à améliorer l'offre (soit 7 % des crédits)**

- **48,6 M€ pour le maintien des activités déficitaires (soit 4,8 % des crédits).**

Ce type d'aide vise à assurer le maintien de l'offre sur un territoire isolé.

- **20,7 M€ pour les réorganisations hospitalières**

### Répartition par régions des 3 missions principales

RÉGION	Aides à l'investissement hors plans nationaux	Actions de modernisation et de restructuration	Aides à la contractualisation
Auvergne - Rhône Alpes	64 745 629 €	1 936 000 €	43 952 446 €
Bourgogne - Franche Comté	27 748 097 €	1 572 294 €	887 541 €
Bretagne	28 945 818 €	4 458 912 €	204 000 €
Corse	1 157 372 €	1 234 498 €	2 667 301 €
Centre Val de Loire	29 501 028 €		5 991 132 €
Grand Est	69 545 909 €	42 003 310 €	1 173 394 €
Guadeloupe	4 830 641 €	11 188 319 €	729 895 €
Guyane	2 416 027 €		568 370 €
Hauts-de-France	72 870 327 €		15 141 542 €
Île-de-France	92 067 256 €	28 720 850 €	1 839 611 €
Martinique	6 142 238 €	3 545 333 €	12 691 441 €
Nouvelle Aquitaine	39 271 299 €	17 393 057 €	3 814 849 €
Normandie	25 617 099 €	29 386 861 €	2 066 704 €
Occitanie	20 034 020 €	79 588 €	31 714 004 €
Océan Indien	10 709 752 €	3 137 000 €	8 522 237 €
PACA	47 834 066 €	2 532 083 €	293 671 €
Pays de la Loire	28 405 042 €	18 203 919 €	907 970 €
<b>Total général</b>	<b>571 841 619 €</b>	<b>165 392 024 €</b>	<b>133 166 108 €</b>

## Illustration d'actions déployées en Bretagne : Les contrats hospitaliers de territoire

Pour la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, l'ARS Bretagne peut s'appuyer sur l'historique de plusieurs communautés hospitalières de territoire, désormais transformées en groupements hospitaliers de territoire.

L'ARS Bretagne est d'ores et déjà allée plus loin avec la mise en œuvre de contrats hospitaliers de territoire.

Le contrat hospitalier de territoire est un outil au service de la stratégie territoriale s'inscrivant dans le cadre de la mise en œuvre des principes de gradation et de territorialisation de l'offre de soins portés par le PRS dont le champ est le suivant :

- L'aide à la structuration et/ou au développement d'une filière de soins via des temps médicaux partagés : les postes de praticiens hospitaliers sont visés prioritairement (les demandes de postes d'assistants spécialistes seront instruites dans le cadre de la campagne dédiée)
- La facilitation des investissements pour les établissements membres du GHT
- La mutualisation de certaines fonctions supports au sein du GHT.

Le contrat hospitalier est caractérisé par la dégressivité des financements accordés par l'ARS avec l'idée que les établissements soient en capacité d'autofinancer les mesures accompagnées à l'issue de la durée de l'accompagnement.

Les mesures présentes dans les contrats hospitaliers de territoire sont financées de manière triennale selon le principe de dégressivité suivant :

- financement de 75 % du montant total de la mesure la première année
- financement de 50 % du montant total de la mesure la deuxième année
- financement de 25 % du montant total de la mesure la troisième année

En revanche, les mesures liées à l'investissement ne sont pas financées de manière dégressive mais financées par l'ARS en totalité ou en partie sur une année, en fonction de la date de mise en service / mise en œuvre dudit investissement, dans la limite des crédits susceptibles d'être mobilisés au niveau du CHT. Les coûts de maintenance ne sont eux, pas pris en charge dans ce cadre contractuel. Les financements sont attribués à l'établissement support du GHT et sont imputés sur le budget annexe G, charge ensuite à l'établissement support de les répartir entre les établissements bénéficiaires des mesures accompagnées.

Conclu initialement pour une durée de 3 ans, la durée d'accompagnement du contrat hospitalier est désormais calquée sur la durée du PMP.

Trois CHT ont été signés sur les territoires de :

- Brest : 1,6 M€ sur 3 ans (2016 à 2018), signé le 3 février 2016 ;
- Vannes : 1,6 M€ sur 3 ans (2015 à 2017), signé le 29 avril 2015 ;
- Saint-Brieuc : 2,2 M€ sur 6 ans (2012 à 2017), contrat initial signé le 8 octobre 2012 (pour la période 2012-2014) et avenant portant sur une nouvelle période triennale (2015-2017) signé le 5 juin 2014.

Soit un montant total de 5,48 M€ dont 758 K€ au titre de 2017.

Dans le cadre de la mise en place des GHT, l'ARS Bretagne a souhaité accompagner deux GHT supplémentaires en 2017 :

- Sud Bretagne : 1,15 M€ sur 6 ans (2016-2021) dont 466 K€ au titre de 2017 ;
- Haute Bretagne : 2,97 M€ sur 6 ans (2016-2021) dont 1,04 M€ au titre de 2017.

*Source Rapport FIR 2017 ARS Bretagne*

## La mutualisation des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projet.

Ces actions ont fait l'objet de financement par le FIR à hauteur de 25,7 M€ en 2017 (+9 %).

La répartition des financements par grandes orientations est la suivante :

- Environ 40 % des financements sont dédiés au fonctionnement des GCS (Groupements de Coopération Sanitaire) e-Santé, dont les missions sont définies dans le cadre de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signés avec les ARS ;
- En complément de ces financements en fonctionnement, les travaux liés à la conception / l'évolution des stratégies régionales de e-santé (l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)) se sont poursuivis et amplifiés pour atteindre 23 % des dépenses ;
- Le développement de services numériques régionaux au service de parcours de soins et dans un objectif de promotion et de sécurisation du partage et des échanges d'information entre les différents acteurs de la prise en charge, à travers la mise en place de plateforme de services, a concerné 9 % des financements ;
- Toujours dans un objectif de coordination des soins et de communication facilitée entre acteurs, les outils d'orientation tels que le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et les logiciels d'orientation des patients bénéficient de 5 % des financements ;
- Le déploiement d'outils d'échange et de partage d'information en déclinaison d'orientations nationales reste prioritaire avec 9 % des financements. Les

projets portent sur le déploiement de la Messagerie sécurisée de santé (MS Santé), le Dossier Médical Partage (DMP), le SI Réunion de Concertation Pluri professionnelle (RCP), le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)... ;

- La filière Urgences bénéficie de 2 % des financements. Cela recouvre le financement des ORU (observatoire régional des Urgences) et des projets pour accompagner l'envoi des RPU (résumé des passages aux urgences), ... ;
- Les SI d'imagerie ont obtenu 4 % des financements. Ces financements portent sur des projets techniques et d'accompagnement des acteurs ;
- Les autres projets, qui représentent 5 % des financements restant, recouvrent une diversité d'actions notamment ciblées sur la sécurité des Systèmes d'information (actions de formation, d'accompagnement, financement de ressources dédiées) et l'aide à l'informatisation des établissements de santé (action d'accompagnement pour atteindre les prérequis du programme Hôpital Numérique, financements ponctuels de projets).

Le périmètre des projets varie selon les régions : en général les ARS financent, dans le cadre du FIR, le fonctionnement du GCS e-santé de la région sur différents projets régionaux de e-santé (infrastructure et services), en déclinaison notamment de la politique nationale.

### Illustration d'action régionale : le soutien au déploiement du dossier communicant de cancérologie (DCC) en Bourgogne-Franche-Comté

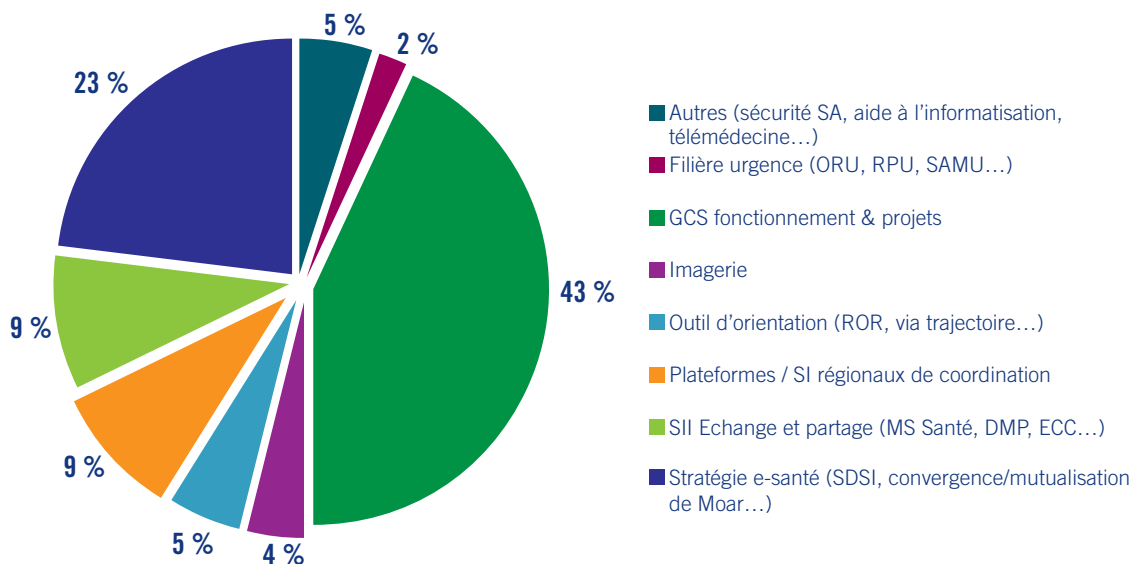
L'ARS Bourgogne-Franche-Comté s'est engagée dans une démarche visant à la mise en œuvre effective du DCC au sein de tous les établissements de la région d'ici le 31 décembre 2017, conformément à l'instruction du 5 avril 2016.

Constatant que les établissements de l'ancienne région Bourgogne ne disposaient pas d'un DCC fonctionnel, à la différence des établissements franc-comtois, il a été décidé d'évaluer la possibilité de généraliser le déploiement du DCC utilisé en Franche-Comté, outil sécurisé semblant apporter satisfaction à ses utilisateurs.

Ce projet de système d'information s'accompagne de coûts financiers importants en termes de charges de personnels, mais également de dépenses informatiques (achat de matériels, logiciels...).

Après une phase pilote intervenue fin 2016 (120 k€) ayant démontré l'opportunité de la démarche, il a été décidé le déploiement intégral du DCC en Bourgogne-Franche-Comté.

Répartition des crédits FIR





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

En 2017, ce sont près de 5,4 M€ qui ont été alloués à l'efficacité des structures médico-sociales dans le cadre du FIR, soit une baisse de 2,1 M€ par rapport à 2016 (-30 %). Cette baisse peut s'expliquer par un effort de redéploiement consenti par les Agences vers les actions relatives à l'amélioration des conditions de travail des personnels de ces structures.

Ce montant recouvre des disparités importantes entre régions avec 8 ARS ayant comptabilisé des opérations, soit moins de 50 % d'entre elles.

On notera que 4 ARS sont particulièrement volontaristes (ARS Grand Est, Pays-de-la Loire, Hauts de France et Océan indien) et représentent à elles seules plus de 90 % du montant total des dépenses enregistrées. Les crédits FIR ont notamment été utilisés pour participer au financement de 7 actions d'audit de performance ou d'accompagnement à la restructuration du secteur médico-social en Pays-de-la-Loire.

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

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

Concernant les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), 10 ARS ont consommé 9,8 M€ en 2017<sup>16</sup>. Sur ces 10 ARS, 9 ont précisé les thèmes des contrats :

- 8 ont financé des actions sur la prévention des risques psychosociaux (RPS) ;
- 9 ont financé des actions concernant la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- 6 ont financé des actions portant sur la sécurité au travail ;
- 4 ont financé des thèmes portant sur les processus expérimentaux d'organisation du travail ;
- 2 ont financé des thèmes portant sur l'accompagnement et le soutien aux mobilités professionnelles ;
- 6 ont financé d'autres thèmes (notamment la qualité de vie au travail (QVT)).

Les chiffres sont dans la lignée de l'année 2016 et n'appellent donc pas de remarque.

En 2017, plusieurs ARS ont lancé des appels à projet CLACT auprès des structures sanitaires et médico-sociales de leur territoire. Dans ce cadre et à titre d'exemple, l'ARS Pays-de-la-Loire a porté une attention particulière aux actions mutualisées entre établissements de la région et favorisant l'amélioration des conditions de travail ainsi qu'aux actions relevant de la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et de la prévention des risques psycho-sociaux (RPS).

Parmi les 10 ARS ayant financé des CLACT, il ressort que 93 % des contrats présentés sont agréés, parmi lesquels 90 % sont des contrats pluriannuels. 40 % des contrats agréés concernent des établissements publics de plus de 300 agents, 27 % des établissements publics de moins de 300 agents, 18 % les établissements privés non lucratifs et 15 % des établissements privés lucratifs. Les projets concernant un groupe d'établissements mixtes sont passés de 1,9 % en 2016 à 0,3 % en 2017.

Les établissements publics de plus de 300 agents sont ceux dans lesquels l'ensemble des thèmes des CLACT (RPS, TMS, etc.) ont été le plus appréhendés, contrairement à ce qui avait été constaté en 2016.

16 Source : rapports régionaux des ARS

Sur la totalité des contrats agréés, 48 % concernent la lutte contre les TMS (achat de matériels, formations, aménagement de postes), 30 % concernent les RPS (prévention de l'usure professionnelle, gestion du stress, communications et relations humaines au travail, gestion des conflits, etc.), 7 % concernent la sécurité au travail, 1 % les processus expérimentaux d'organisation du travail et 1 % l'accompagnement et le soutien des mobilités fonctionnelles et professionnelles.

Les ARS ne financent pas l'intégralité des montants demandés par les établissements. Dans la majorité des cas, un « niveau de principe » de co-financement est prédéterminé par l'ARS, le principe étant de ne pas dépasser 50 % d'accompagnement par le FIR afin de responsabiliser et de confirmer l'engagement des établissements dans le projet.

### Illustration d'action régionale (1) : l'ARS PACA

Dans la région PACA, l'ARS intervient pour améliorer le quotidien des personnels hospitaliers par :

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

### Illustration d'action régionale (2) : l'ARS Centre-Val-de-Loire

En 2014, a été signée pour une durée initiale de 3 ans une convention entre l'ARS Centre Val de Loire et l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). Les 3 objectifs principaux de cette convention étaient :

- 1- Expérimenter les conditions de mise en place d'une cellule régionale de prévention ;
- 2- Aider les établissements à l'élaboration et à l'actualisation de leur document unique (DU) ;
- 3- Accompagner les établissements dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et de santé au travail (formalisation de la politique, mise en place d'une organisation adaptée, plans d'action et outils de suivi).

Sur un coût total de l'action de 1 445 188 €, 770 564 € ont été alloués en trois ans sur le FIR.

L'action a été cofinancée par l'ANFH, le fonds national de prévention et le plan de formation des établissements.

82 établissements se sont engagés dans la démarche : 43 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), 35 Centres Hospitaliers (CH) et 4 centres médico-sociaux. 317 agents ont été formés à l'élaboration du DU dans 42 établissements et 451 ont été formés aux RPS dans 58 établissements. 21 diagnostics et 48 accompagnements à l'élaboration du DU ont été effectués.

Les principaux acquis de ce partenariat sont les suivants :

- Un effet levier favorisant l'accompagnement des établissements de la région à la sensibilisation de la prévention des RPS et à la formation au DU (plus de 50 % d'établissements sensibilisés) ;
- Un projet de cellule régionale de prévention reste à organiser formellement à l'issue de cette expérimentation.

Les établissements entrés dans l'expérimentation ont été satisfaits. Désormais, il convient d'envisager les modalités de la poursuite d'une offre régionale d'accompagnement des établissements de la région pouvant être déclinée selon les types d'établissements. En 2018, la consolidation des acquis de cette expérimentation devra être organisée sur le long terme en associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social publics et privés.

### L'appel à projets 2017 « Clusters d'établissements pour le déploiement de démarches de qualité de vie au travail » et l'évaluation des expérimentations 2016

Fin 2015, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) avaient lancé un appel à candidatures pour expérimenter, au sein de groupes de 5 à 8 établissements de santé (clusters), une approche de leurs projets qui inclut une démarche portant sur l'amélioration de la « qualité de vie au travail » (QVT), en lien avec la qualité des soins. Cette expérimentation prend appui sur le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) qui accompagnent méthodologiquement les établissements, sur les ARS qui impulsent les grandes orientations de la politique régionale, et sur un co-pilotage régional porté par les ARS avec les ARACT. La méthodologie déployée par les ARACT pour accompagner les établissements s'inscrit dans une perspective de « dynamique participative », à laquelle des professionnels sont invités à participer. L'objectif de ces clusters est d'initier dans les établissements des chantiers sur des projets ou des thématiques identifiées comme enjeu du système de santé au niveau régional, notamment par l'ARS mais également par des acteurs locaux. Au sein des établissements, cette démarche paraît

s'appuie sur un trinôme : un représentant de la direction, un représentant du personnel et un représentant du corps médical.

En 2016, l'appel à projets était doté d'un million d'euros. 12 projets, proposés par 11 régions et incluant la participation de 79 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, du secteur public comme du secteur privé, avaient été sélectionnés.

Devant le succès de cet appel à candidatures, de l'intérêt porté par les acteurs locaux à la démarche, et des retours positifs tant de la part des établissements que des ARS engagées, une enveloppe d'un million d'euros a été redéployée pour lancer un nouvel appel à candidatures sur l'année 2017.

Cette seconde vague a donc permis la mise en place de 17 clusters au sein de 13 régions, impliquant 110 établissements, avec beaucoup plus d'établissements du secteur médico-social qu'en 2016.

En 2017, des thématiques nouvelles ont été abordées comme le parcours de soins de la personne âgée (ARS Normandie), le pilotage de changements organisationnels (ARS PACA, Occitanie et Nouvelle Aquitaine), la bientraitance et la QVT (ARS Centre-Val-de-Loire).

À l'occasion du lancement de la seconde vague de clusters en 2017, le comité de pilotage national a intégré une démarche d'évaluation de la première vague d'expérimentations (sur une enveloppe de 360 000 euros) afin d'analyser et formaliser les résultats obtenus, de capitaliser sur les méthodes mises en œuvre et de les partager au sein de la communauté hospitalière afin que les démarches QVT puissent être déployées en interne par les établissements quand cela s'avère pertinent. Ce bilan qualitatif a été confié à une équipe de chercheurs.

En initiant ces clusters autour d'un découpage régional, l'objectif des clusters sociaux est d'inscrire la qualité de vie au travail de façon durable dans les territoires par la mise en réseau d'acteurs territoriaux, envisagée comme un moyen de diffusion et de pérennité.

À titre d'exemples :

- Dans le cadre de l'appel à projets national commun (DGOS, HAS et ANACT), l'ARS Bretagne a bénéficié d'une enveloppe de 90 000 € en fin d'année 2016. Dans ce cadre, sept établissements de santé ont pu bénéficier en 2017 d'un accompagnement de l'ARACT pour le déploiement d'une démarche QVT.
- En 2017, l'ARS PACA a poursuivi son partenariat avec ACT Méditerranée (l'antenne régionale de l'ANACT). Un second cluster QVT a été mis en place, comprenant 5 établissements publics et privés lucratifs sur la thématique générique des changements organisationnels : virage ambulatoire, création d'unité, déménagement de site, modernisation de plateaux techniques.

### **Illustration : l'ARS Bourgogne-Franche-Comté**

Afin de poursuivre la dynamique engagée par l'ARS, l'appel à projet 2017 a été décliné en 2 volets complémentaires portant sur la thématique QVT :

- Volet 1 : appui aux établissements en matière de formation et de conseil.

Les établissements répondant à l'appel à projet devaient s'engager à prendre contact avec leur Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) afin de s'inscrire dans une démarche de formation sur une thématique en lien avec la QVT.

- Volet 2 : actions innovantes ou dispositifs favorisant la QVT.

Les actions ou achats de matériels retenus dans le cadre du volet 2 devaient obligatoirement faire l'objet d'un cofinancement par l'établissement de santé à concurrence de 50 % minimum. Le montant maximal de subvention pouvant être accordé sur le FIR par l'Agence Régionale de Santé a été fixé à 10 000 €.

Les demandes de financement devaient être établies conjointement par la Direction et les organisations syndicales ou a minima le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), et prioritairement reposer sur les orientations retenues dans le cadre du Document unique de l'établissement et sur les travaux conduits par le CHSCT. 27 établissements ont reçu une subvention suite à cet appel à projet afin de financer des actions ou dispositifs favorisant la QVT, pour un montant total délégué de 166 000 €.

Les formations ont été assurées par les OPCA, ANFH Franche Comté, ANFH Bourgogne et UNIFAF, ces deux derniers organismes ayant été subventionnés par l'ARS à concurrence de 33 000 € :

- à UNIFAF pour la prise en charge de 50 % du coût pédagogique de l'action de formation collective « Mieux prévenir l'usure professionnelle et les inaptitudes en établissement de santé » destinée aux 5 établissements privés non lucratifs ayant répondu à l'appel à projet.
- à l'ANFH Bourgogne pour déployer des formations en lien avec la thématique « Qualité de vie au Travail » à destination des personnels de 6 établissements (4 GHT concernés).

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

La GPMC participe à la performance des établissements dans la gestion de sa masse salariale, de l'évaluation de ces postes et de l'accompagnement individuel et collectif des personnels. Elle permet une gestion dynamique et préventive des ressources humaines (RH).

En 2017, le montant total du financement de la GPMC au titre du FIR s'élève à 2,7 M€ et est en hausse de 1 M€ par rapport à l'exercice précédent.

Les actions de GPMC des ARS ont été menées la plupart du temps en lien avec l'ANFH, à l'instar de l'exercice précédent.

Les financements au titre de la GPMC ont concerné principalement le lancement d'appels à projet, la réalisation de cartographies régionales des métiers ou encore des actions de formation et d'accompagnement.

Parmi les ARS ayant mis en œuvre des actions conduites en matière de GPMC financées par le FIR en 2017, figurent les ARS de Centre-Val-de-Loire, du Grand Est, des Hauts-de-France, de la Martinique, d'Occitanie, de Pays-de-la-Loire et de PACA. À titre d'exemple, la Mission d'Appui en Ressources Humaines des Pays-de-la-Loire a recueilli en 2017 les données nécessaires à l'élaboration de la cartographie des métiers sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics et privés des pays de la Loire. Ces résultats doivent permettre de mieux aborder les évolutions de la formation initiale et continue sur la région. La cartographie permettra de favoriser l'acculturation de la démarche métiers au sein des structures et d'accompagner l'amélioration des compétences en favorisant notamment la qualité de vie au travail.

### Illustration d'actions régionales (1): l'ARS Martinique

En Martinique, 11 établissements dont 2 EHPAD publics ont engagé une démarche GPMC, dont les actions ont été financées au titre du FIR pour un montant total de 80000 € en 2017. L'ARS Martinique a réalisé une cartographie des métiers. L'intégration de la GPMC dans la gestion des ressources humaines des établissements a permis la mise en place d'outils RH communs à l'ensemble des établissements publics de santé et établissements publics médico-sociaux, dans le but de permettre les mobilités. La GPMC a également été utilisée en tant qu'outil prospectif, notamment pour les établissements composant le groupement hospitalier de territoire (GHT) Centre/Sud.

### Illustration d'actions régionales (2): l'ARS Grand-Est

L'ARS Grand-Est a souhaité consacrer une partie des financements FIR à l'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre interne de la GPMC et a lancé un appel à projet spécifique en avril 2017. Pour l'appel à projets, 887000 € ont été accordés pour la GPMC au titre de l'année 2017 (35 projets financés sur 43 projets reçus, qui concernent des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics et privés).

En outre, l'ARS Grand Est a lancé un projet pour la réalisation d'une cartographie régionale des métiers en partenariat avec l'ANFH. Par ailleurs, plusieurs groupes de travail sur l'efficacité RH ont été organisés afin d'accompagner les établissements dans la maîtrise de leur masse salariale (thématiques : synchronisation des temps médicaux et non médicaux, organisation du temps de travail, gestion de l'absentéisme, de ses conséquences et du retour dans l'emploi).

Enfin, des actions de compensation financière de certaines primes et recrutements ont été financées afin de travailler sur l'attractivité notamment médicale et la démographie.

Les actions commencent seulement à se mettre en œuvre et il n'est donc pas encore possible de faire un bilan à ce stade, d'autant que ces actions s'échelonnent dans le temps.

Exemples d'actions concrètes financées :

- Intervention de consultants : aides à la rédaction de fiches de postes, mise en place d'outils opérationnels ;
- Mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement des parcours professionnels ;
- Actions de formation : à la conduite de l'entretien professionnel, aux recrutements, des managers, achat de logiciels spécifiques adaptés.

### Les autres dispositifs d'accompagnement RH

Le FIR permet l'attribution d'aides individuelles dans le cadre de restructuration, telles que les indemnités exceptionnelles de mobilité (IEM), les indemnités de départ volontaire (IDV), le dispositif de remboursement du différentiel de rémunération (RDR), les reconversions professionnelles et la mise en place d'une cellule locale d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO). Ces indemnités sont des leviers importants d'accompagnement des établissements dans leur politique salariale, notamment pour appuyer des projets de réorganisation de l'offre de soins sanitaire et médico-social.

Le montant total des dépenses associées à cet accompagnement dans le cadre d'opérations de modernisation et d'adaptation s'élève à 26,7 M€ en CP en 2017. Concernant les aides individuelles, 13 ARS ont financé 16 375 664 € en 2017. 61 % des financements portent sur les IDV, 27,5 % sur actions de reconversion professionnelle, 4 % sur les aides à la mobilité, 0,1 % sur les RDR. Les CLASMO, qui ne concernent que 8 ARS, représentent 1 213 402 millions d'euros, soit 7,4 % des financements alloués.

Les IDV (8 970 795 € en CP), les actions de reconversion professionnelle (4 514 981 €) et les CLASMO (1 872 909 € en CP) sont les principales dépenses.

À titre d'exemples :

- L'ARS Ile-de-France a accompagné 11 établissements pour un montant de 10 379 765 € dans le cadre de leurs projets de modernisation et les aides individuelles ont été financées à hauteur de 750 415 € pour les CLASMO, 208 711 € pour les aides à la mobilité, 397 694 € pour les actions de reconversion professionnelle, 4 610 794 € pour les IDV et 833 150 € pour d'autres dispositifs.
- En 2017, l'ARS Grand-Est a financé 3 cellules locales d'accompagnement social (CLASMO), des indemnités de départ volontaire (IDV), des actions de reconversion professionnelle, des différentiels de rémunération et des IEM pour un montant total de 1,7 millions d'euros. Notamment, elle a mis en place pour 8 établissements supports de GHT un plan d'accompagnement dans le cadre de l'élaboration de leur Schéma Directeur de Système d'Information, pour un montant total de 1 200 000 €.

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

Le montant des crédits mobilisés en faveur des conditions de travail pour le secteur médico-social s'élève à 4,6 M€ en 2017, en augmentation de 53 % par rapport à 2016.

L'essentiel des actions financées par le FIR concernent des appels à projets « Clusters sociaux QVT » visant l'amélioration du bien-être et des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales (prévention des RPS et TMS, acquisition de matériels adaptés, actions de formation), de la qualité des soins et de la performance des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des appels à projet CLACT, ainsi que des actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences (GPMC), centrées sur les organisations de travail et visant à promouvoir la qualité de vie au travail.

Plusieurs actions innovantes ont été engagées.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a publié sur son site Internet, avec l'ARACT, un guide sur l'absentéisme permettant d'accompagner les établissements et services médico-sociaux pour la mise en place d'une démarche de lutte contre l'absentéisme afin d'améliorer la performance interne des établissements. Ce guide donne des conseils pour mettre

en place une démarche de prévention de l'absentéisme au travers de témoignages et retours d'expérience de directrices et d'infirmières coordinatrices (IDEC) de huit EHPAD de la Vienne

L'ARS Occitanie a soutenu un projet de création d'un Serious Game qui permettra d'optimiser la formation des futurs infirmiers à l'organisation et à la coordination des interventions soignantes en EHPAD.

Il s'agit de renforcer l'aptitude à prendre des décisions en conception et actualisation du travail personnel au quotidien et dans le contexte d'exercice professionnel, via ce « jeu sérieux » qui, dans un environnement virtuel immersif, met en scène des situations professionnelles.

L'ARACT Corse et l'ARS ont lancé en 2017, via l'appel à projet national, un projet de cluster QVT sur le secteur médico-social. La finalité du projet est d'influer positivement sur le travail des personnels, le bien être des bénéficiaires et la satisfaction des familles, puis favoriser plus largement l'émergence d'une dynamique territoriale. Dans ce cadre, l'ARS Corse prévoit d'organiser un théâtre forum sur une demi-journée à destination des directeurs, cadres et personnel soignant des structures médico-sociales. Ce théâtre forum est dispensé par un organisme de formation par le théâtre qui met à disposition une troupe de comédiens. Trois scènes, articulées autour de trois problématiques différentes, seront jouées : relations à la famille, conflit interpersonnel et prise en charge difficile. Cette action a vocation à présenter l'intervention de cet organisme de formation par le théâtre et les différentes activités proposées visant à accompagner leur personnel soignant et encadrant d'une façon ludique et dynamique.

# Mission 5

## Développement de la démocratie sanitaire

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

- La formation des représentants des usagers : il convient de préciser que les formations de base délivrées par les associations de représentants d'usagers du système de santé agréées au niveau national sont intégralement financées par le Fonds national pour la démocratie sanitaire créé en 2017. Seules les formations de
- base assurées par les associations agréées au niveau régional et les autres types de formation peuvent désormais être financées par le FIR ;
- Le processus de recueil de l'expression des attentes et besoins de tous les acteurs de santé, et en particulier des usagers et des citoyens.

### Crédits alloués par les ARS sur 2015-2017

Développement de la démocratie sanitaire	Crédits comptabilisés 2015 (Balance comptable CNAMTS)	Crédits comptabilisés 2016 (Etat financiers FIR)	2017 (CP)
Grand Est	353 974	144 051	257 417
Nouvelle Aquitaine	501 264	361 745	275 892
Auvergne - Rhône Alpes	282 384	287 767	174 695
Bourgogne - Franche Comté	255 495	405 611	275 437
Bretagne	170 554	179 712	149 226
Centre Val de Loire	93 000	92 702	0
Corse	61 268	44 974	61 359
Île de France	390 165	419 023	413 303
Occitanie	277 828	97 713	55 800
Haut de France	333 139	155 039	251 632
Normandie	203 871	162 204	109 959
Pays de la Loire	195 927	109 265	123 469
PACA	326 393	326 560	390 894
Guadeloupe	60 025	52 170	23 085
Guyane	19 625	51 976	106 237
Martinique	52 596	60 613	53 758
Océan Indien	58 250	75 900	67 000
<b>TOTAL</b>	<b>3 635 758</b>	<b>3 027 024</b>	<b>2 789 162</b>

Le montant des dépenses consacrées par les ARS à la démocratie sanitaire s'élève à 3 200 101 € en AE et à 2 789 162 € en CP en 2017, en baisse de 7,9 % par rapport à l'année 2016.

Cette baisse peut s'expliquer par les raisons suivantes :

- La création de l'Union Nationale des Associations Agréées en Santé (UNAASS) et de son réseau régional associatif (entités régionales dénommées URAASS) : le 21 mars 2017, le CISS s'est transformé en UNAASS. Son organisation comporte un niveau national et un niveau régional, puisqu'elle a absorbé les CISS régionaux. Les unions régionales des associations agréées d'usagers du système de santé (URAASS) sont dépourvues de personnalité juridique mais disposent d'un statut spécifique d'établissements rattachés au siège. Les URAASS, se sont mis progressivement en place au cours de l'année 2017. Les dernières unions régionales ont été créées le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Ce nouveau mode de gouvernance de l'UNAASS au niveau régional se traduit pour 2017 par une refonte du partenariat qui existait entre les ARS et les CISS régionaux. Les frais de fonctionnement courant des URAASS sont pris en charge directement par la subvention allouée au niveau national à l'Union Nationale des Associations Agréées en Santé (UNAASS) par le Fonds national pour la démocratie sanitaire ;
- Les formations obligatoires des représentants des usagers sont désormais prises en charge par le nouveau Fonds national pour la démocratie sanitaire, lorsqu'elles sont réalisées par des associations agréées au niveau national.

En revanche, les actions spécifiques de partenariat des ARS avec les URAASS, comme le permet l'article R. 1114-38 du code de la santé publique, restent subventionnées par le FIR au niveau régional.

De plus, des actions régionales de démocratie sanitaire menées par d'autres associations peuvent être financées par les ARS sur le FIR.

Les variations régionales les plus significatives entre 2016 et 2017 s'expliquent de la manière suivante :

- Dans la région Grand Est, l'augmentation des dépenses relative à la mission 5 (0,257 M€ en 2017 contre 0,144 M€ en 2016), est due à l'appel à projet pour la démocratie sanitaire qui a permis de sélectionner et financer 9 projets, dont un forum sur les maladies rares, un projet de création de radio Web en santé mentale et la constitution d'un réseau d'échanges à travers les conseils de vie sociale des EHPAD avec l'organisation de 3 débats pour faire vivre la démocratie dans ces établissements ;
- Dans la région Centre Val de Loire, aucune consommation de crédits n'a été faite sur la mission 5 du FIR.

Ces crédits sont reportés sur l'exercice 2018. En effet, en 2017, la priorité a été portée sur les travaux d'élaboration du PRS 2<sup>e</sup> génération. Ainsi les débats publics organisés depuis 4 ans n'ont pas été renouvelés.

Ils ont laissé place à la « consultation citoyenne », réalisée par Internet en début d'année, qui a permis de recenser les principales préoccupations des usagers en matière de santé dans les 10 ans à venir et ainsi définir le cadre d'orientation stratégique à 10 ans du PRS.

- Dans la région PACA, l'ARS s'est donné pour objectif en 2017 de continuer à dynamiser la démocratie en santé et les échanges entre les représentants d'usagers par la poursuite de la démarche Agoras initiée en 2015, facilitant l'expression et le recueil de la parole des acteurs de santé (Partages d'expérience, coopérations entre partenaires...);
- Dans la région Guyane, les actions de 2017 ont été notamment l'organisation du séminaire relatif à l'évaluation du PRS 2011-2017, des Assises de la Santé du 19 janvier 2017 (Première manifestation guyanaise à destination des acteurs de santé, des usagers et des citoyens), et les actions de sensibilisation aux droits des usagers.

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

La plupart des ARS oriente ses actions en matière de démocratie sanitaire dans une dynamique de co-construction avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et parfois de partenariat avec les URAASS ou les CISS régionaux.

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

- assurer la formation des représentants des usagers,
- définir les modalités de la mobilisation du public sur les thématiques sanitaires et médico-sociales (débats publics),
- assurer le recueil de la parole de l'utilisateur.

La Stratégie nationale de santé et les nouveaux Plans régionaux de santé ont vocation à renouveler les orientations des ARS sur la démocratie en santé à partir de 2018.

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

Dans le processus de décision, la plupart des ARS recueille l'avis de la commission permanente de la CRSA. Les projets font également l'objet d'une remontée auprès de l'ARS et de la CRSA dans un objectif de partage des actions les plus probantes.

## Bilan quantitatif et qualitatif des actions menées et le cas échéant d'une initiative innovante

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

Démocratie sanitaire : Actions de formation des représentants des usagers	Nombre de formations financées en 2017 sur le FIR	dont organisées par le CISS régional ou l'URAASS <sup>(1)</sup>	dont organisées par l'UNAASS <sup>(1)</sup>	dont organisées par d'autres associations <sup>(1)</sup>	dont organisées par d'autres acteurs non associatifs <sup>(1)</sup>	Montant de la contribution financière de l'ARS (en €)	Nombre de représentants d'usagers formés	dont représentants nouvellement formés
Grand Est	0	0	0	0		0	0	0
Nouvelle Aquitaine	34	34	0	0	0	50000	258	NR
Auvergne - Rhône Alpes	7	2	0	4	1	169698	777	755
Bourgogne - Franche Comté	6	0	0	2	4	136335	NR	NR
Bretagne	13	13	0	0	0	28164	164	39
Centre Val de Loire	0	0	0	0	0	0	0	0
Corse	4	4	0	0	0	NR	15	6
Île de France	31	31	0	0	0	NR	296	NR
Occitanie	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Haut de France	16	2	8	0	6	27521	181	60
Normandie	7	4	0	1	2	NR	146	110
Pays de la Loire	16	15	0	1	0	70500	301	140
PACA	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Guyane	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Martinique	6	5	1	0	0	22969	37	4
Océan Indien	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
<b>TOTAL NATIONAL</b>	<b>140</b>	<b>110</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>505 187</b>	<b>2 175</b>	<b>1 114</b>

Source : rapports d'activité des ARS

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



## Bilan quantitatif des actions de recueil des attentes et des besoins des acteurs de santé

Démocratie sanitaire : Recueil de l'expression des attentes et des besoins des acteurs de santé	Nombre d'actions financées en 2017 sur le FIR	dont nombre de débats publics organisés	dont nombre d'enquêtes sur les besoins des usagers	dont nombre d'actions de soutien aux associations pour recueillir la parole des usagers	Montant de la contribution financière de l'ARS (en €)
Grand Est	11	4	0	7	176 235
Nouvelle Aquitaine	0	0	0	0	0
Auvergne - Rhône Alpes	3	3	0	0	12 000
Bourgogne - Franche Comté	10	4	2	2	152 227
Bretagne	7	6	0	0	8 380
Centre Val de Loire	0	0	0	0	0
Corse	2	1	0	1	NR
Île de France	0	0	0	0	0
Occitanie	NR	NR	NR	NR	55 863
Haut de France	24	1	3	14	141 660
Normandie	6	2	1	3	NR
Pays de la Loire	0	0	2	0	52 968
PACA	5	0	0	5	NR
Guadeloupe	NR	NR	NR	NR	NR
Guyane	NR	NR	NR	NR	NR
Martinique	6	5	1	0	NR
Océan Indien	NR	NR	NR	NR	NR
<b>TOTAL NATIONAL</b>	<b>74</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>599 333</b>

Source : rapports d'activité des ARS

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

- de former des représentants des usagers qui ainsi peuvent jouer un rôle au sein des instances locales du système de santé (conférence de territoire, conseil de surveillance des centres hospitaliers, CRUQPC (CDU)...) en portant la parole des usagers. Les formations de représentants des usagers sont organisées par l'UNAASS, les URAASS ou les CISS régionaux pour leurs associations membres ou par d'autres associations en région ;

- de recueillir l'expression des attentes et besoins des usagers et des citoyens. Ce recueil de la parole des usagers se construit par la tenue de débats publics initiés par les instances régionales de démocratie sanitaire et par les associations d'usagers du système de santé. Les thématiques des débats publics sont variées et portent sur des problèmes de santé connus et partagés par les citoyens notamment l'accès aux soins, le vieillissement...

## Illustrations d'actions de recueil des attentes des citoyens

En Bretagne, le CTS de Pontivy-Loudéac a organisé un débat public le 18 mai 2017 à Loudéac : « Être et rester en bonne santé ». Ce forum santé était organisé autour de quatre axes de santé publique : « Accès aux droits et à l'information en santé », « Accès aux soins et à la santé », « Rester en bonne santé et prendre soin de soi », et « Espace infos sociales ». Près de 400 personnes étaient présentes.

En Bourgogne-Franche Comté, une journée intitulée « la participation des personnes accueillies : quelle mise en œuvre ? » a été organisée le 12 octobre 2017 à Besançon. La manifestation a accueilli près de 200 personnes, notamment les personnes accompagnées elles-mêmes : personnes en situation de handicap, personnes âgées qui ont pu s'exprimer à cette occasion.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le projet NEO (nouveaux modes de recueil des besoins et attentes des usagers) a pour objectif de développer une méthode favorisant l'expression directe des personnes en situation de précarité au sein des instances de démocratie sanitaire. L'idée est de permettre une meilleure prise en compte de leurs besoins et de leurs contraintes. L'action prévoit de constituer un groupe d'usagers directement concernés et de les faire travailler ensemble, au cours de 4 réunions, à la rédaction d'une contribution écrite aux orientations du PRAPS (Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins). Cette action se concrétisera par un rapport final qui fera l'objet d'une évaluation.

# — ANNEXES

# ANNEXE 1

## Sigles utilisés

### A

**AAP** : appel à projet

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

**ALD** : affectation de longue durée

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

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

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

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

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

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

**ARS** : agence régionale de santé

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

**AVC** : accident vasculaire cérébral

### B

**BNA** : base de données nationale alzheimer

### C

**CDAG** : centre de dépistage anonyme gratuit

**CDS** : centre de santé

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

**GSS** : caisse générale de sécurité sociale

**CHRU** : centre hospitalier régional universitaire

**CHT** : communauté hospitalière de territoire

**CHU** : centre hospitalier universitaire

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

**CISS** : collectif interassociatif sur la santé

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

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

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

**CLS** : contrat local de santé

**CME** : comité médicale d'établissement

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

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

**CNH** : conférence nationale du handicap

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

**CNP** : conseil national de pilotage

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

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

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

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

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

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

**CPP** : centre périnatal de proximité

**CPTS** : communautés professionnelles territoriales de santé

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

**CRH** : compte rendu d'hospitalisation

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

**CSP** : code de la santé publique

**CSS** : code de la sécurité sociale

**CTA** : coordination territoriale d'appui

# D

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

# E

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

# F

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

# G

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

# H

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

# I

- IDV** : indemnité de départ volontaire
- IEM** : indemnité exceptionnelle de mobilité
- INCa** : institut national du cancer
- IREPS** : instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
- IST** : infection sexuellement transmissible

# L

- LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale
- LMSS** : loi de modernisation de notre système de santé

# M

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

**MCO** : médecine chirurgie obstétrique

**MCS** : médecin correspondant du SAMU

**MDA** : maison des adolescents

**MDN** : maison de naissance

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

**MMG** : maison médicale de garde

**MSA** : mutualité sociale agricole

**MSP** : maison de santé pluriprofessionnelle

# O

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

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

**ORL** : oto-rhino-laryngologie

# P

**PA** : personne âgée

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

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

**PDS** : permanence des soins

**PDSA** : permanence des soins ambulatoires

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

**PH** : personne handicapée

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

**PMI** : protection maternelle infantile

**PMND** : plan maladies neuro-dégénératives

**PNNS** : programme national nutrition santé

**PPS** : plan personnalisé de santé

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

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

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

**PRS** : projet régional de santé

**PTA** : plateformes territoriales d'appui

**PTMG** : praticien territorial de médecine générale

# Q

**QVT** : qualité de vie au travail

# R

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

**ROR** : répertoire opérationnel des ressources

**RPS** : risque psychosocial

**RRC** : réseaux régionaux de cancérologie

# S

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

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

**SEC** : structure d'exercice coordonné

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

**SI** : système d'information

**SLD** : soins de longue durée

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

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

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

**SRP** : schémas régionaux de la prévention

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

**SU** : service d'urgence

# T

**TMS**: troubles musculo-squelettiques

**TSN**: territoire de soins numérique

# U

**UDS**: université de la démocratie sanitaire

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

# V

**VSL**: véhicule sanitaire léger

# ANNEXE 2

## Dépenses FIR 2015-2016 par destination

### Mission n°1

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
<b>MI1-1</b>	<b>Actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques</b>	<b>33 177 525</b>	<b>37 539 760</b>	<b>42 461 552</b>	<b>41 592 766</b>
MI1-1-1	Actions relatives au pilotage de la santé publique	23302195	17453435	19838061	19119569
MI1-1-2	Actions de soutien et partenariat dont CLS	1666611	9715625	11029847	10903979
MI1-1-3	Actions de veille et de surveillance sanitaire	1368506	1354690	933856	907287
MI1-1-4	Evaluation, expertises, études et recherches	6840213	9016010	8924977	9045723
MI1-1-5 (nouveau)	Pôles régionaux de compétences (PRC)			1734810	1616210
<b>MI1-2</b>	<b>Actions en matière de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients</b>	<b>245 168 140</b>	<b>240 811 358</b>	<b>262 897 643</b>	<b>261 984 445</b>
MI1-2-1	Dépistage néonatal de la surdité	834726	1736007	1623120	1633120
MI1-2-10	Cancers: financement des autres activités	3002351	2504780	3362531	3366411
MI1-2-11	Prévention de pratiques addictives	15724329	17485174	18685494	18449364
MI1-2-12	Promotion de la santé mentale	12142636	12968576	16672518	15972211
MI1-2-13	Prévention des pathologies cardio-vasculaires	535181	420368	566447	503128
MI1-2-14	Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	8833273	9979297	12584027	12309127
MI1-2-15	Lutte contre l'obésité	3132417	3531501	3261256	3287784
MI1-2-16	Prévention des autres maladies chroniques	1486909	2653841	2344836	2324436
MI1-2-17	Prévention des risques liés à l'environnement protection des eaux	1511520	934937	1465254	1495749
MI1-2-18	Prévention des risques liés à l'environnement habitat, milieux intérieurs	4564866	3226601	4671559	4636497
MI1-2-19	Prévention des risques liés à l'environnement autres risques dont environnement extérieur	4346615	5243436	5541783	5374470
MI1-2-2	Éducation thérapeutique du patient	84669857	82757665	83952526	84324148
MI1-2-20	Prévention des risques liés au travail	275053	19745	119250	119250
MI1-2-21	Promotion de la santé des populations en difficulté	22899678	24224127	28765615	28269661
MI1-2-22	Périnatalité et petite enfance	9319914	9154115	10343358	9918829



Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
MI1-2-23	Lutte contre les traumatismes et les violences	660792	1380284	1022295	1028713
MI1-2-24	Projets pilotes accompagnement des patients		102941	1690623	1690623
MI1-2-25 (nouveau)	Expérimentation « Jeunes en souffrance psychique »			610000	560000
MI1-2-26 (nouveau)	Expérimentation « Vaccination contre la grippe par les pharmaciens »			1010106	1010106
MI1-2-3	Vaccinations : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisés	25074903	16181706	18277367	18091091
MI1-2-4	Vaccinations : financement des autres activités	764717	1478289	1558525	1582528
MI1-2-5	Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	276668	1604422	690322	984336
MI1-2-6	Dispositif de lutte anti-vectorielle	4818022	4327201	3778113	4901297
MI1-2-7	Prévention de la maladie d'Alzheimer	143110	64282	18120	18540
MI1-2-8	Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	3273700	2670317	2774233	2762271
MI1-2-9	Cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	36876905	35984040	37508366	37369756
<b>MI1-3</b>	<b>Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles</b>	<b>97281345</b>	<b>124704990</b>	<b>139385777</b>	<b>135106270</b>
MI1-3-1	COREVIH	16710030	8218990	7667474	7890973
MI1-3-2	CIDDIST (exercices antérieurs à 2016)	19713865	113582	9421	0
MI1-3-3	SIDA, IST et hépatites : financement des autres activités	15775639	13644966	15657888	15281433
MI1-3-4	Tuberculose : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	25579928	26094434	28878672	28443783
MI1-3-5	Tuberculose : financement des autres activités	1836100	581517	735350	616478
MI1-3-6	CDAG (exercices antérieurs à 2016)	17665784	167088	112239	112239
MI1-3-7 (nouveau)	CeGIDD		75884412	86324733	82761364
<b>MI1-4</b>	<b>Actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles</b>	<b>576422</b>	<b>2670746</b>	<b>2383686</b>	<b>2312012</b>
MI1-4-1	Financement d'actions de gestion des urgences et d'événements sanitaires exceptionnels	576422	2670746	2383686	2312012
<b>MI1-5</b>	<b>Actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie</b>	<b>63432728</b>	<b>70363869</b>	<b>71065120</b>	<b>71974040</b>
MI1-5-1	Expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD	8950		6448	6448
MI1-5-2	Consultations mémoires	59473391	60866746	62254967	62253967
MI1-5-3	Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	3950387	9497124	8803706	9713625
<b>MI1-6</b>	<b>Autres Mission 1 Prévention</b>		<b>2075361</b>	<b>1979054</b>	<b>1885122</b>
<b>MI1-7</b>	<b>Autres Mission 1 Médico-social</b>		<b>984173</b>	<b>668127</b>	<b>568762</b>
	<b>Total mission 1</b>	<b>439636161</b>	<b>479150258</b>	<b>520740959</b>	<b>515423417</b>

## Mission n°2

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
<b>MI2-1</b>	<b>Développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice</b>	<b>18 706 496</b>	<b>29 251 455</b>	<b>46 310 783</b>	<b>44 961 103</b>
MI2-1-1	Télémédecine	18 706 496	20 681 931	26 278 691	27 601 481
MI2-1-2	Télémédecine - expérimentation article 36 LFSS 2014		225	3 235 993	1 366 134
MI2-1-3	Coordination des parcours de soins en cancérologie - volet libéraux		508 382	380 306	292 806
MI2-1-4	Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins		5 726 238	5 615 566	5 962 360
MI2-1-5	Diversification des modes d'exercice des professionnels hospitaliers et libéraux		505 493	749 721	742 655
MI2-1-6	Centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère		998 500	1 850 636	1 710 636
MI2-1-7	Maisons de naissance		830 686	1 253 537	1 291 037
MI2-1-8 (nouveau)	Expérimentation douleur chronique			0	0
MI2-1-9 (nouveau)	Expérimentation OBEPEDIA			300 000	300 000
MI2-1-10 (nouveau)	Services d'appui à la coordination polyvalente			6 156 755	5 495 123
MI2-1-11 (nouveau)	Communautés professionnelles de santé (CPTS)			489 579	198 872
<b>MI2-2</b>	<b>Les réseaux de santé</b>	<b>158 563 257</b>	<b>150 021 778</b>	<b>143 643 974</b>	<b>154 378 288</b>
MI2-2-1 ; MI2-2-2 ; MI2-2-3 ; MI2-2-4	Réseaux de santé	158 563 257	150 021 778	143 643 974	154 378 288
<b>MI2-3</b>	<b>Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire</b>	<b>444 226 683</b>	<b>460 060 492</b>	<b>485 753 073</b>	<b>483 642 618</b>
MI2-3-1	Structures de prises en charge des adolescents	19 344 932	23 987 168	26 461 642	26 251 545
MI2-3-10	Actions de coopération internationale (outre-mer)	859 551	333 597	208 071	201 017
MI2-3-11	Médecins correspondants SAMU	3 787 692	6 019 824	6 032 405	5 724 500
MI2-3-12	Carences ambulancières		19 201 431	27 402 595	26 951 363
MI2-3-13	Postes d'assistants spécialistes - Plan cancer		165 000	292 000	292 000
MI2-3-14	Postes médicaux partagés - Plan cancer		2 524 910	2 494 065	2 494 065
MI2-3-15	Unités consultations dédiées pour personnes handicapées		2 536 904	2 572 960	3 069 554
MI2-3-16	CREX		737 995	424 517	424 517
MI2-3-17	PNSP : retour d'expérience dont PEC (conciliation médicamenteuse)		1 927 055	1 946 910	1 443 133
MI2-3-18	PNSP : simulation en santé		2 651 662	4 582 184	3 693 215
MI2-3-19	PNSP : Structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins		1 395 069	2 006 278	1 875 077
MI2-3-26 (nouveau)	PNSP : Réduction des événements indésirables graves			307 442	307 442
MI2-3-2	Équipes mobiles de soins palliatifs	131 598 399	133 041 926	138 201 643	138 206 056

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
MI2-3-21	Prise en charge des infections ostéo-articulaires (dont RCP)		187332	253880	253880
MI2-3-22	COREVIH		9599516	9233517	9233517
MI2-3-23	Filières AVC		3699821	5415476	5161476
MI2-3-24	Expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)		332767	1503969	1389467
MI2-3-25 (nouveau)	Expérimentations relatives aux hébergements pour patients			479000	403000
MI2-3-3	Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques		3317804	4385889	4385889
MI2-3-4	Équipe de liaison en addictologie	51120821	53804910	53881275	53864579
MI2-3-5 ; MI2-3-6	Pratique de soins en cancérologie	71685707	87957723	88390079	88501049
MI2-3-7	Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer	20795942	22835464	22843106	22843106
MI2-3-8	Équipes mobiles de gériatrie	79336668	81796481	84254281	84254281
MI2-3-9	Groupe de qualité entre pairs	1953410	2006131	2179889	2418889
<b>Autres/ provisions 2015</b>		63743562			
<b>MI2-4</b>	<b>Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent</b>	<b>107798441</b>	<b>122418164</b>	<b>133252890</b>	<b>136264421</b>
MI2-4-1	Plan Alzheimer	50000	1500	0	0
MI2-4-10	MAIA	60929191	79357622	83686481	84846875
MI2-4-2 ; MI2-4-3	PAERPA	10672351	11195496	14277152	15999391
MI2-4-4 (nouveau)	Unités d'hébergement renforcées en EHPAD			40000	0
MI2-4-5 (nouveau)	Unités cognitives comportementales			0	155027
MI2-4-6	GEM	28890875	31851046	35249257	35263128
MI2-4-9	Plateforme de répit		12500	0	0
<b>Autres/ provisions 2015</b>		7256024			
<b>MI2-5</b>	<b>Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé</b>	<b>8894896</b>	<b>7802113</b>	<b>11815105</b>	<b>11760028</b>
MI2-5-1	Exercices pluridisciplinaires et regroupés des professionnels de santé	8894896	7802113	11815105	11760028
MI2-6	Les centres périnataux de proximité	18953613	20010933	20883301	20883301
MI2-6-1	Centres périnataux de proximité	18953613	20010933	20883301	20883301
MI2-7 ; M2-8 (nouveaux)	Autres Mission 2		43719032	45298130	45387317
	<b>Total mission 2</b>	<b>757143387</b>	<b>833283966</b>	<b>886957256</b>	<b>897277076</b>

## Mission n°3

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
<b>MI3-1 et MI3-2</b>	<b>Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins &amp; maisons médicales de garde</b>	<b>167 053 986</b>	<b>153 477 670</b>	<b>162 918 142</b>	<b>164 989 683</b>
MI3-1-1	Astreintes en ville	72 532 111	84 059 698	85 618 179	86 069 380
MI3-1-2	Participation au financement de la régulation	44 847 182	48 182 298	54 877 705	55 299 439
MI3-1-3	Structures de régulation libérale	4 014 581	4 676 727	4 766 179	4 766 805
MI3-1-4	Actes financés dans le cadre de l'expérimentation relative à la PDSA	2 061 846	4 098 214	5 537 345	5 787 345
MI3-2-1	Maisons médicales de garde	10 558 132	12 460 731	12 118 734	13 066 714
<b>Autres/ Provisions 2015</b>		33 040 133			
<b>MI3-3</b>	<b>Permanence des soins en établissement de santé</b>	<b>721 967 783</b>	<b>700 458 152</b>	<b>699 550 862</b>	<b>698 528 054</b>
MI3-3-1	Gardes en établissements privés	19 297 580	27 043 627	26 958 746	26 852 850
MI3-3-2	Astreintes	39 114 886	49 667 079	51 904 121	51 052 463
MI3-3-3	Permanence des soins en établissement public	638 746 234	623 747 446	620 687 995	620 622 741
<b>Autres/ Provisions 2015</b>		24 809 083			
<b>MI3-4</b>	<b>Meilleure répartition géographique de santé</b>	<b>13 984 949</b>	<b>13 457 677</b>	<b>14 106 220</b>	<b>13 919 768</b>
MI3-4-1	PTMG	2 162 723	2 241 231	2 468 699	2 494 325
MI3-4-2	Exercices regroupés en centres de santé	2 187 177	1 610 430	1 415 360	1 415 360
MI3-4-3	Exercices regroupés en maisons de santé pluri-professionnelles	6 593 628	6 858 932	7 345 239	7 180 999
MI3-4-4	Exercices regroupés en pôle de santé	2 548 470	2 747 084	2 814 234	2 794 234
<b>Provisions 2015</b>		492 951			
<b>MI3-5 (nouveau)</b>	<b>Autres Mission 3 Sanitaire</b>		<b>16 189 672</b>	<b>9 410 509</b>	<b>9 281 316</b>
	<b>Total mission 3</b>	<b>903 006 718</b>	<b>883 583 170</b>	<b>885 985 733</b>	<b>886 718 819</b>

## Mission n°4

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
<b>MI4-1 (hors MI4-1-8)</b>	<b>Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires</b>	<b>15220000</b>	<b>17471206</b>	<b>13106457</b>	<b>10451984</b>
MI4-1-1	Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	15220000	10978529	6550902	5280621
MI4-1-2	Appui à la fiabilisation et à la certification des comptes		919950	346423	330423
MI4-1-3	Appui au déploiement de la comptabilité analytique		68850	94967	80898
MI4-1-4	Généralisation FIDES		176982	154000	154000
MI4-1-5	Programme PHARE		3924122	2921496	1510981
MI4-1-6	Appui au déploiement d'Ophélie		6400	9750	9750
MI4-1-7	Appui au déploiement de la dématérialisation		6480	250000	250000
MI4-1-9	Autres projets d'amélioration de la performance		1389893	2778919	2835311
<b>MI4-2 &amp; MI4-1-8</b>	<b>Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements.</b>	<b>1026103085</b>	<b>1017975429</b>	<b>838509195</b>	<b>879469101</b>
MI4-1-8	Sécurisation des prêts structurés des établissements publics de santé		28560000	0	0
MI4-2-1	Réorganisations hospitalières	4677771	26470904	28258054	20761630
MI4-2-2	Gestion des risques	1677701	774992	176296	176296
MI4-2-3	Accords de bonnes pratiques hospitalières	46400	715037	120000	260796
MI4-2-4	Actions de modernisation et de restructuration	10732931	132049265	160543736	165390070
MI4-2-5	Aides à la contractualisation	148475654	152256038	134012816	133166108
MI4-2-6	Maintien de l'activité déficitaire	34597345	37397198	48669844	48619844
MI4-2-7	Amélioration de l'offre	112236590	92082071	73327143	72416892
MI4-2-8	Aides à l'investissement hors plans nationaux	546556975	547669924	527414123	571843573
<b>Autres (2015)</b>	<b>développement de l'activité ou soutien financier</b>	167101719			
<b>MI4-3</b>	<b>Actions permettant la mutualisation des moyens des professionnels et structures sanitaires de la région, en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets</b>	<b>18541068</b>	<b>23593473</b>	<b>25731158</b>	<b>25740334</b>
MI4-3-1	Mutualisation des moyens et structures sanitaires	18541068	23593473	25731158	25740334

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
<b>MI4-4</b>	<b>Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ayant préalablement fait l'objet d'un diagnostic de situation réalisé par le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi que d'un accord négocié entre le responsable et les organisations syndicales représentatives de la structure sanitaire concernée</b>	<b>3844266</b>	<b>6858353</b>	<b>6335249</b>	<b>4793158</b>
MI4-4-1	CLACT	3844266	6858353	6335249	4793158
<b>MI4-5</b>	<b>Actions visant à l'efficience dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences</b>	<b>3006210</b>	<b>1752237</b>	<b>2724060</b>	<b>2724060</b>
MI4-5-1, MI4-5-2, MI4-5-3	GPMC	3006210	1752237	2724060	2724060
<b>MI4-6</b>	<b>Aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficience des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels</b>	<b>18790709</b>	<b>28217444</b>	<b>27672334</b>	<b>26712313</b>
MI4-6-1	Autres dispositifs de ressources humaines	590925	1266812	9966612	10132371
MI4-6-2	Aides à la mobilité	1041430	1374678	814726	701851
MI4-6-3	Cellule d'accompagnement social - CLASMO	8007599	13973297	2267702	1872909
MI4-6-4	Indemnités de départ volontaire	114383	46440	9763257	8970795
MI4-6-5	Remboursement de différentiel de rémunération	6618783	4799958	226264	51003
MI4-6-6	Actions de reconversion professionnelle	2417589	6756260	4633773	4983384
<b>MI4-7</b>	<b>Structure MS</b>	<b>2284439</b>	<b>10602754</b>	<b>9463912</b>	<b>10014126</b>
MI4-7-1	Efficience de structures MS	1048032	7575176	5121669	5392050
MI4-7-2	Amélioration des conditions de travail des personnels des structures MS	1236407	3027578	4342243	4622076
<b>MI4-8, MI4-9</b>	<b>Autres Mission 4</b>	<b>100385496</b>	<b>13622859</b>	<b>9403141</b>	<b>9293785</b>
	<b>Total Mission 4</b>	<b>1188175273</b>	<b>1120093753</b>	<b>1066958323</b>	<b>1102364967</b>

## Mission n°5

Nomenclature FIR	Destination	2015 (en €)	2016 (en €)	2017 – AE (en €)	2017 – CP (en €)
MI5-1-1	Formation des représentants des usagers	3 635 758	948 835	559 374	587 923
MI5-1-2 (nouveau)	Recueil de la parole des usagers et citoyens		820 950	1 305 103	1 134 103
MI5-2 (nouveau)	Autres Mission5 Démocratie sanitaire		1 285 556	1 335 624	1 067 136
	<b>Total mission 5</b>	<b>3 635 758</b>	<b>3 055 341</b>	<b>3 200 101</b>	<b>2 789 162</b>

