

# FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Rapport d'activité 2018



Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales  
Octobre 2019



# SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET BILAN DE LA CAMPAGNE FIR EN 2018 .....</b>	<b>4</b>
Les orientations stratégiques du FIR .....	5
L'articulation avec le dispositif de l'article 51 de la loi LFSS pour 2018 .....	6
La mise en œuvre financière du FIR .....	7
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 .....	26
<b>Mission 3</b> – Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire .....	44
<b>Mission 4</b> – Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels .....	52
<b>Mission 5</b> – Développement de la démocratie sanitaire .....	63
<b>ANNEXES .....</b>	<b>68</b>

# — PARTIE 1

— Synthèse générale et  
bilan de la campagne FIR en 2018

## 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. La mise en place du budget annexe dédié à la gestion des crédits du FIR en 2016 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 2018 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'Etat et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et d'une dotation exceptionnelle du Fonds National d'Education, 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 2018

Il a été demandé aux ARS de veiller à ce que les moyens alloués dans le cadre du FIR contribuent à la mise en œuvre des dispositifs issus du Programme Ma Santé 2022, ainsi qu'à la déclinaison, au niveau territorial des plans et programmes nationaux de santé publique. Les orientations nationales pour l'année 2018 ont été définies par la circulaire du 11 mai 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2018. Les ARS ont ainsi mis l'accent sur les actions suivantes :

#### **Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux**

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Le Plan national de santé publique (PNSP) présenté le 26 mars 2018 est la traduction opérationnelle de cette priorité.

Il a notamment été demandé aux ARS de financer des frais de déplacement des stagiaires du service sanitaire des étudiants en santé.

La déclinaison régionale du programme national de réduction du tabagisme et les actions visant à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé tout au long de vie en lien avec l'ensemble des départements ministériels ont également été encouragées.

L'accent a été mis sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes et de la prévention des suicides.

### **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé**

Le FIR a vocation à venir en appui du plan d'égal accès aux soins présenté en octobre 2017 et de l'ambition portée par le projet Ma Santé 2022 pour définir des solutions, adaptées à chaque contexte local car la réponse aux difficultés démographiques n'est pas unique

### **Favoriser l'accès aux soins et l'organisation des parcours de santé**

Au titre de l'adaptation de l'offre de soins visant à faciliter l'accès aux soins, le fonds a vocation à financer le renforcement en région de dispositifs de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap et l'accompagnement au déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs), dans le cadre du programme e-parcours, la poursuite des expérimentations relatives aux Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

Désormais, l'article 69 de la LFSS pour 2018 permet un redéploiement de certains crédits au sein du FIR afin d'accélérer le développement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

En effet, différents dispositifs d'appui à la coordination territoriale, successivement développés depuis 1997 (MAIA, CTA, PAERPA, PTA, les réseaux), poursuivent un objectif commun de soutien des professionnels et des particuliers dans la prise en charge individualisée des personnes en situation complexe. Des financements importants étaient d'ores et déjà mobilisés pour ces différents dispositifs au sein du FIR, mais sans possibilité de redéploiement de certains crédits fléchés sur des dispositifs d'appui à la coordination.

L'article 69 permet désormais de faire masse de ces crédits pour financer des dispositifs de coordination.

### **Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers**

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 met en place un dispositif d'expérimentation de l'organisation et de la tarification de l'offre de soins, largement ouvert à l'initiative des acteurs de terrain, professionnels et établissements de santé notamment. Les projets locaux ou régionaux sont déposés auprès des ARS, qui ont une fonction de conseil et d'accompagnement.

Pour permettre aux ARS de favoriser l'émergence de projets susceptibles de relever de ce dispositif, des crédits du FIR permettent de couvrir les dépenses d'ingénierie, d'accompagnement à la mise en œuvre et le suivi des projets locaux ou régionaux.

### **Accompagner les EHPAD en difficulté**

Un appui à des EHPAD en difficulté peut notamment permettre de financer des prestations de conseil et d'appui aux établissements pour améliorer l'efficacité de leurs organisations et de leur gestion (regroupements et coopérations, partenariat avec les professionnels de santé du territoire, fonctions de gestion interne).

## L'articulation avec le dispositif de l'article 51 de la loi LFSS pour 2018

L'année 2018 a vu la mise en place du dispositif de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui a introduit la possibilité d'expérimentations innovantes en santé s'inscrivant dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financements. Largement ouvert à l'initiative des acteurs de terrain, ce dispositif permet de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants.

En 2018, le FIR a été abondé de 5 M€ pour permettre aux ARS, dont le rôle est déterminant dans cette démarche, d'accompagner les porteurs dans la construction (conception et ingénierie de projet), l'amorçage et la mise en œuvre de leurs projets. 2018 a été surtout l'année de la montée en charge. Les acteurs du système de santé se sont saisi du dispositif et plus de 350 projets, de maturité très variable, ont été déposés auprès des ARS.

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté est la première et la seule agence à avoir autorisé un projet en 2018. Elle a financé, via un marché public, un appui aux porteurs pour la construction et le démarrage des projets. Il s'agit du projet DiVa (Dijon Vascular Project) de suivi intensif des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux et du projet d'amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité (EMNO) qui a été autorisé en janvier 2019.

L'ARS Corse a également accompagné la finalisation d'un projet relatif à la prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes.

En 2018, la démarche originale de l'ARS Bretagne est également à souligner. Elle a publié un appel à candidature régional « innovation-organisation » afin de mobiliser les

acteurs en région sur les expérimentations relevant de l'article 51 mobilisé le FIR pour soutenir les initiatives qui n'entreraient pas dans le cadre dérogatoire de l'article 51, mais qui répondraient aux priorités régionales et/ou à une problématique locale particulière en proposant des organisations innovantes

Par ailleurs, il est à signaler qu'un certain nombre de projets déposés au titre de l'article 51 bénéficiaient d'un soutien du FIR sur les exercices précédents au titre de projet innovant. C'est notamment le cas d'un projet de l'ARS Océan indien (GECOPLAIES) qui est actuellement en cours d'autorisation dans le cadre de l'article 51. En cela, le dispositif de l'article 51 peut constituer une voie possible de généralisation de projets innovants initiés par un financement FIR.

## La mise en œuvre financière du FIR

En 2018, après mesures de régulation, les ressources du Fonds se sont élevées à 3 495 M€ après 3 370 M€ pour l'exercice 2017.

Les ressources du FIR sont constituées de :

- 3,332 Md€ au titre de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, après mesures de régulation, en augmentation de 1,4 % par rapport à 2017.
- 0,131 Md€ au titre de la dotation de la CNSA en augmentation de 3,1 % par rapport à 2017 ;
- 0,029 Md€ au titre du Fonds tabacs
- 0,003 Md€ au titre d'une contribution exceptionnelle du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

Au niveau national le niveau des crédits FIR délégués aux ARS est en augmentation de 3,7 % entre 2017 et 2018 : les ARS enregistrent une augmentation de leur délégation variant entre +1,3 % et + 6,8 %. S'agissant de l'ARS Océan Indien, la hausse de +9,8 % s'explique par une mesure exceptionnelle de renforcement du FIR pour Mayotte, à hauteur de 3,9 M€. En neutralisant cet effet la hausse est de +4,7 %.

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 1,3 M€ de la dotation annuelle de financement (DAF) vers le FIR.

	Crédits délégués en 2017 (en euros)	Crédits délégués en 2018 (en euros)	Taux d'évolution (en %)
Grand Est	322 607 800	331 664 830	2,8 %
Nouvelle Aquitaine	304 002 695	317 429 029	4,4 %
Auvergne - Rhône-Alpes	376 914 864	385 105 203	2,2 %
Bourgogne - Franche-Comté	157 340 167	162 527 494	3,3 %
Bretagne	152 057 445	160 861 131	5,8 %
Centre-Val de Loire	120 113 214	124 311 347	3,5 %
Corse	19 510 611	20 645 277	5,8 %
Île de France	552 409 700	572 024 131	3,6 %
Occitanie	278 485 653	290 535 049	4,3 %
Hauts de France	295 115 924	303 828 884	3,0 %
Normandie	168 225 133	172 208 525	2,4 %
Pays de la Loire	178 066 598	183 559 713	3,1 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	245 479 061	258 674 965	5,4 %
Guadeloupe	44 953 729	45 543 377	1,3 %
Guyane	31 828 779	32 867 176	3,3 %
Martinique	46 321 611	49 455 671	6,8 %
Océan Indien	76 611 083	84 142 194	9,8 %
<b>Total</b>	<b>3 370 044 069</b>	<b>3 495 383 996</b>	<b>3,7 %</b>

## – 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 2018**

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 2018, 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 2018 pour un montant total de 120 M€ dont 109 M€ attribués aux actions de prévention et 11 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 fortement augmenté par rapport à 2017.

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

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité asymétrique sur la période 2016-2018 (en euros)**

	2016* (en euros)	2017 (en euros)	2018 (en euros)
<b>Prévention</b>			
Grand Est	0	438895*	2662471
Nouvelle Aquitaine	3 300 000	12 400 000	12 074 418
Auvergne - Rhône-Alpes	17 030 204	16 565 561	16 465 898
Bourgogne - Franche-Comté	2 943 053	2 642 102	3 561 006
Bretagne	2 115 287	0	0
Centre-Val de Loire	550 000	550 000	570 200
Corse	311 256	52 276	0
Île de France	37 914 050	33 820 461	55 849 721
Occitanie	1 586 594	2 600 000	5 813 000
Hauts de France	0	0	0
Normandie	128 278	400 000	0
Pays de la Loire	0	0	7 737 801
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	6 200 000	7 700 000	11 430 000
Guadeloupe	0	0	2 000
Guyane	0		0
Martinique	0	0	1 159 962
Océan Indien	0	0	4 068 663
<b>Total</b>	<b>72 078 722</b>	<b>76 730 400</b>	<b>108 936 371</b>

Source : rapports d'activité des ARS

\* rectification du montant figurant dans le rapport FIR 2017

	2016 (en euros)	2017 (en euros)	2018 (en euros)
<b>Médico-social</b>			
Grand Est	0	1 526 211*	3 141 020
Nouvelle Aquitaine	660 000	3 100 000	4 619 881
Auvergne - Rhône-Alpes	0	1 842 920	0
Bourgogne - Franche-Comté	583 248	31 828	0
Bretagne	645 728	0	0
Centre-Val de Loire	0	0	0
Corse	0	0	0
Île de France	0	0	
Occitanie	492 456	0	0
Hauts de France	0	0	0
Normandie	0	0	1 930 033
Pays de la Loire	2 570 000	0	
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	0	0	2 008 916
Guadeloupe	0	0	97 830
Guyane	0	0	0
Martinique	139 000	0	611 485
Océan Indien	0	0	472 935
<b>Total</b>	<b>5 090 432</b>	<b>4 974 748</b>	<b>11 145 100</b>

Source : rapports d'activité des ARS

\* rectification du montant figurant dans le rapport FIR 2017

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité DAF/FIR sur la période 2016-2018 (en euros)**

	2016	2017	2018
Grand Est	13 455 521	0	0
Nouvelle Aquitaine	0	0	0
Auvergne - Rhône-Alpes	0	0	0
Bourgogne - Franche-Comté	1 448 715	132 919	0
Bretagne	0	0	1 254 000
Centre-Val de Loire	-79 732	0	0
Corse	0	0	0
Île de France	991 350	1 052 910	0
Occitanie	0	0	0
Hauts de France	3 766 997	0	
Normandie	0	0	0
Pays de la Loire	2 041 581	0	
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	-130 000	0	0
Guadeloupe	0	0	0
Guyane	0	0	0
Martinique	0	0	
Océan Indien	0	0	0
<b>Total</b>	<b>21 494 432</b>	<b>1 185 829</b>	<b>1 254 000</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 2018, une ARS a fait appel à ce mécanisme de fongibilité (Bretagne) pour un montant total de 1,3 M€. Au total, le montant est stable par rapport à 2017.

L'ARS Bretagne utilisé le mécanisme de fongibilité de la DAF PSY vers le FIR en 2018 afin de financer l'ensemble des maisons des adolescents (MDA) sur le FIR. L'arrêté régional du 14 mars 2018 a fixé le montant du transfert à 1 254 000 €. Une MDA ayant le statut de GIP ne pouvait en effet pas percevoir le financement direct en DAF PSY (nécessité de passer par un établissement support) ; le transfert de l'ensemble des financements des 6 MDA sur le FIR a permis ainsi d'allouer les crédits directement à la structure concernée et de toutes les financer sur la même enveloppe.

### Une nouvelle forme de fongibilité issue de l'article 69 de la LFSS pour 2018

Une nouvelle modalité de fongibilité a été ouverte aux ARS par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Elle vise à assouplir le principe de fongibilité asymétrique des crédits médico-sociaux afin d'accélérer le développement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Elle a été utilisée par 4 ARS pour un total de 1,5 M€.

**Tableau - Répartition régionale des crédits ayant bénéficié du mécanisme de fongibilité « de l'article 69 de la LFSS 2018 » en 2018 (en euros)**

	2018
Grand Est	0
Nouvelle Aquitaine	0
Auvergne - Rhône-Alpes	0
Bourgogne - Franche-Comté	400 000
Bretagne	0
Centre-Val de Loire	400 000
Corse	
Île de France	0
Occitanie	748 790
Hauts de France	
Normandie	0
Pays de la Loire	
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	
Guadeloupe	0
Guyane	0
Martinique	187 054
Océan Indien	
<b>Total</b>	<b>1 548 790</b>

Source : rapports d'activité des ARS

## – 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.

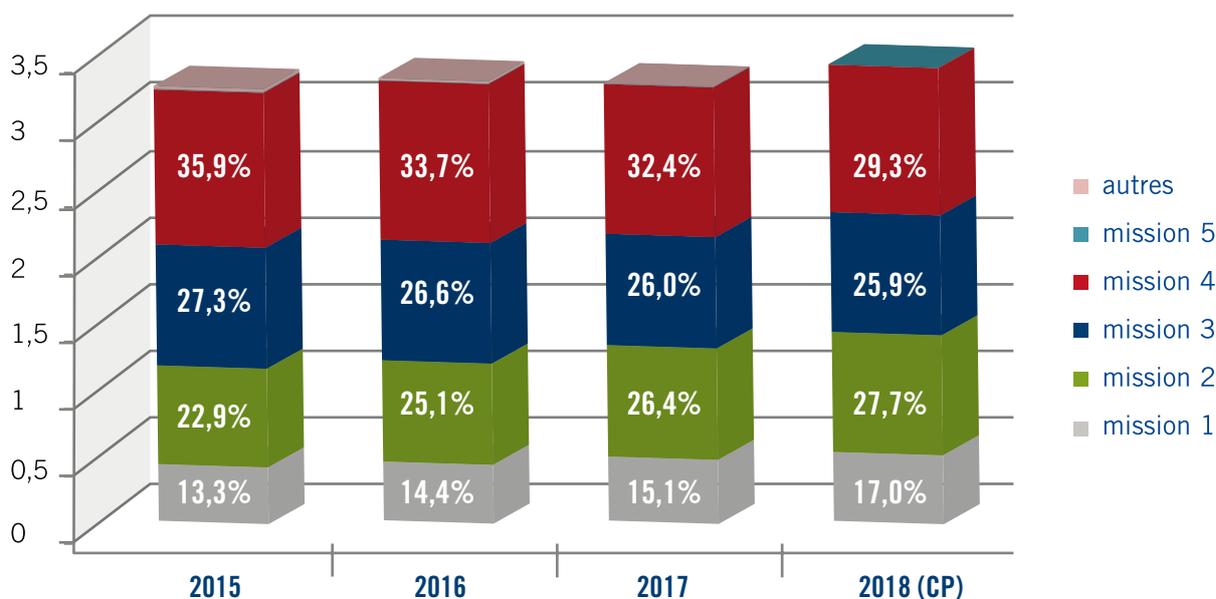
Entre 2015 et 2018, les ARS ont consacré une part croissante de leurs dépenses aux deux premières missions. À l'inverse, les dépenses consacrées aux missions 3, 4 et 5 voient leur poids relatif se stabiliser ou baisser légèrement au sein des dépenses totales.

Les dépenses sur la mission 1 ont augmenté près d'un point en 2018 par rapport à 2017, traduisant l'effort soutenu 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 1,3 points entre 2017 et 2018 imputable essentiellement à l'investissement des ARS dans les actions dans le cadre du Programme Ma Santé 2022.

La mission 5, après une diminution liée au resserrement de son périmètre avec la création du fonds national pour la démocratie sanitaire, voit sa part augmenter en 2018.

**Poids des dépenses par mission dans le total entre 2015 et 2018 (en %)**



**Tableau : répartition des crédits par missions**

Missions	Crédits comptabilisés (en €)				
	2015	2016	2017	2018 AE	2018 CP
1 Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	439 636 160	479 150 258	529 606 677	594 470 493	581 297 058
2 Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	757 143 386	833 283 966	889 686 421	967 252 444	967 224 363
3 Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	903 006 718	883 583 170	920 612 720	905 571 255	902 340 178
4 Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 188 175 273	1 120 093 753	1 098 311 203	1 025 435 995	1 103 701 081
5 Développement de la démocratie sanitaire	3 635 757	3 055 341	3 200 101	5 035 572	4 476 287
Autres	17 663 820	3 112 435			
<b>Total (en €)</b>	<b>3 309 261 117</b>	<b>3 322 278 924</b>	<b>3 441 417 122</b>	<b>3 497 765 759</b>	<b>3 559 038 966</b>

La mission 4 qui recense les dépenses relatives à l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leur personnel, reste en 2018 le premier poste de dépenses au sein du FIR avec un montant de 1,0 Md€ en AE et 1,1 Md€ en CP, soit 31 % des dépenses.

La mission 2 et la mission 3 sont respectivement les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> principaux postes de dépenses. Comme en 2017 la mission 2 reste le deuxième poste de dépenses des ARS traduisant leur volontarisme sur l'organisation et la transformation de l'offre de santé.

### **Le résultat comptable 2017**

À la clôture des comptes du FIR en 2018, 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 3,498 Md€ en AE et à près de 3,508 M€ en CP, supérieur de 10 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 6 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 efficience 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.

**Tableau – Organisation des liquidations et des paiements par mission du FIR en 2018**

Missions	Attributions ARS-CPAM		
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Paiement
1. Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	ARS	ARS	ARS
2. Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés 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

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

- Les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins ambulatoires ;
- Les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins lorsqu'elle est organisée par des établissements de santé privés ;
- Les contrats de praticien territorial de médecine général ;
- Les contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire ;
- Les contrats de praticiens isolés à activité Les forfaits des médecins correspondants du SAMU ;
- Les actes et forfaits relatifs aux expérimentations portant sur le déploiement de la 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.

### 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. C'est le cas notamment au sein de l'ARS Nouvelle Aquitaine et de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes.

# — PARTIE 2

— Bilan quantitatif et qualitatif  
des missions du FIR

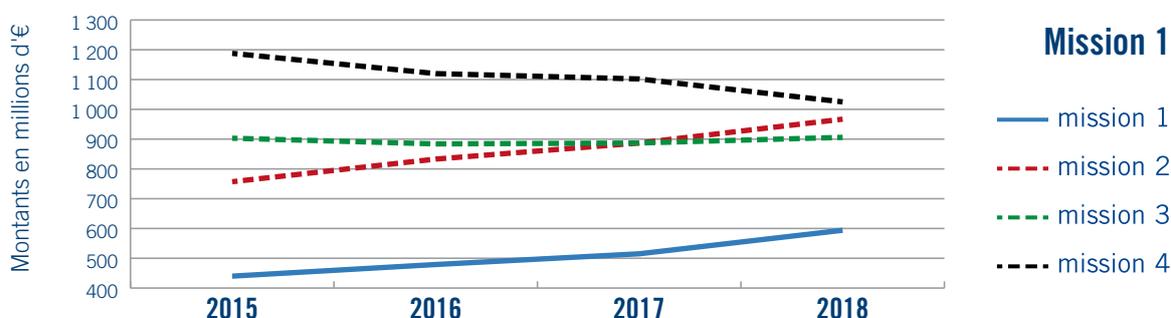
# Mission 1

## 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 2018, 581 297 058 € (en CP) de dépenses ont été comptabilisées au titre de cette mission



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

### Dépenses comptabilisées au titre de la mission 1 en 2018

Mission n°1	Crédits comptabilisés (en €)				
	2015	2016	2017	2018 (AE)	2018 (CP)
Dont prévention et observation en santé, évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	33 177 524	37 539 760	41 592 766	40 652 060	38 111 514
Dont éducation à la santé, prévention des maladies, des comportements à risques ainsi que des risques environnementaux et ETP	245 168 140	240 811 358	261 984 445	327 905 831	315 090 940
Dont dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	97 281 345	124 704 990	135 106 270	153 120 669	154 999 971
Dont gestion des situations sanitaires exceptionnelles	576 422	2 670 746	2 312 012	2 181 889	2 134 050
Dont prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux	63 432 728	70 363 869	71 974 040	68 194 695	68 620 279
Autres	0	3 059 534	2 453 883	2 415 349	2 340 304
<b>Total national</b>	<b>439 636 160</b>	<b>479 150 258</b>	<b>515 423 417</b>	<b>594 470 493</b>	<b>581 297 058</b>

Mission 1	2016	2017 (en CP)	2018	
			En AE	En CP
Dont 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	37 539 760	41 592 766	45 866 873	43 590 560
Dont 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	240 811 358	261 984 445	322 359 364	309 094 708
Dont actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	124 704 990	135 106 270	153 120 669	154 999 971
Dont actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	2 670 746	2 312 012	2 181 890	2 134 050
Dont actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux	70 363 869	71 974 040	68 194 692	68 694 907
Autres	3 059 534	2 453 883	2 747 002	2 782 862
<b>Total national</b>	<b>479 150 258</b>	<b>515 423 417</b>	<b>594 470 490</b>	<b>581 297 058</b>

Source : états financiers des ARS

Les ARS ont dépensé 166 M€ de plus entre 2017 et 2018, soit une hausse de 12,8 % (notamment sur les postes « dépistage et diagnostic de maladies transmissibles » et « éducation à la santé, prévention des maladies, des comportements à risques ainsi que des risques environnementaux et ETP »). Au-delà du recours au

mécanisme de fongibilité asymétrique du sanitaire vers la prévention pour financer les actions de prévention, les ARS ont bénéficié en 2018 d'un soutien de 29 M€ du fonds de lutte contre le tabac pour appuyer le déploiement en région d'actions nationales prioritaires et la réalisation d'actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme.

#### Comparaison des crédits alloués au titre de la mission 1 sur la période 2016 – 2018 (en euros)

Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Crédits comptabilisés 2016	Crédits comptabilisés 2017 (en CP)	Crédits comptabilisés 2018 (en CP)
Océan Indien	17 922 346	20 482 909	24 070 000
Guyane	10 014 735	13 176 611	13 315 045
Île de France	81 055 889	88 754 009	106 666 447
Centre Val de Loire	12 524 931	14 668 367	16 459 064
Pays de la Loire	25 445 990	25 446 376	33 275 226
Nouvelle Aquitaine	40 067 683	47 433 214	51 741 029
Occitanie	35 835 958	37 089 952	43 484 854
Bretagne	18 420 892	18 687 224	22 278 068
Bourgogne - Franche Comté	20 210 781	21 036 075	24 402 108
Grand Est	36 167 272	38 652 926	43 554 164
Provence-Alpes-Côte d'Azur	37 029 377	41 292 873	44 420 158
Guadeloupe	8 279 600	8 556 225	9 890 509
Haut de France	37 721 729	40 171 974	43 721 399
Normandie	22 588 003	22 193 084	24 571 264
Auvergne - Rhône Alpes	65 286 113	66 979 486	69 355 221
Corse	2 623 710	2 822 650	2 747 655
Martinique	7 955 246	7 979 464	7 344 847
<b>Total national</b>	<b>479 150 258</b>	<b>515 423 417</b>	<b>581 297 058</b>

Source : états financiers des ARS

Le taux de progression des dépenses de 12,8 % entre 2017 (515,4 M€) et 2018 (581,3 M€) était de 7,57 % l'année précédente (479,1 M€ en 2016), soit une augmentation de 21,3 % sur la période 2016 – 2018. En 2018, les dépenses des ARS ultramarines, d'un montant de 54,6 M€, représentent 9,4 % des dépenses des ARS, en hausse de 23,7 % sur la période 2016 – 2018 (44,1 M€ en 2016 et 50,1 M€ en 2017). Ces chiffres montrent l'effort important fait en faveur des populations ultramarines notamment dans l'Océan Indien (+34,3 % sur la période

2016 – 2018) et en Guyane (+33,0 % sur la période 2016 – 2018). Pour mémoire, les populations ultramarines sont estimées à 3,2 % de la population nationale au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

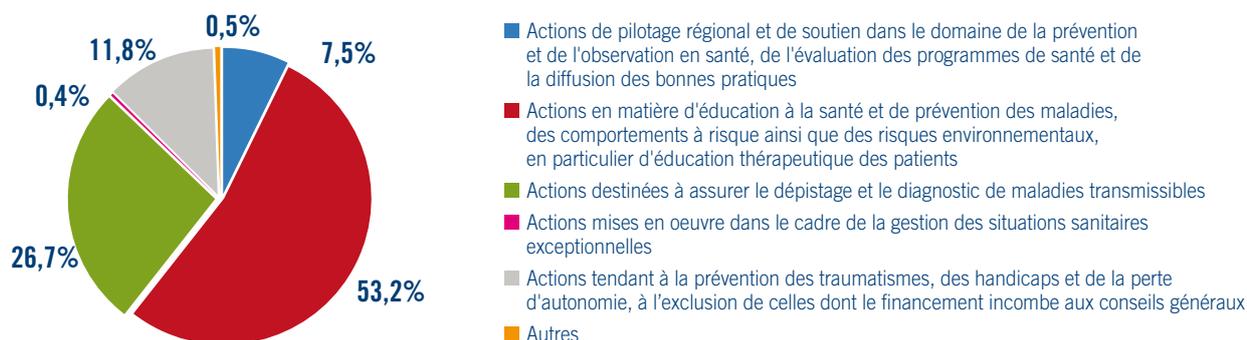
En 2018, les dépenses de la mission 1 du FIR représentent 17 % des crédits comptabilisés sur le FIR. La part des dépenses de la mission 1 augmente de 2,6 points entre 2016 et 2018.

#### Répartition thématique des crédits alloués au titre de la mission 1 en 2018 (en euros)

Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	Actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients	Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	Actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux	Autres
Auvergne - Rhône Alpes	3926667	36376737	18477752	470030	9869278	234756
Bourgogne - Franche Comté	3392324	12512744	5601119	446672	2421250	28000
Bretagne	1960914	11329062	4998069	57048	2872839	1060135
Centre Val de Loire	1711729	7975073	4971218	0	1676526	124518
Corse	782167	689782	567239	0	492247	216220
Grand Est	2893578	25087359	8549872	138355	6823577	61425
Hauts de France	2248326	28758796	6017792	0	6619769	76715
Île de France	5191227	56811175	37073959	442178	7129223	18685
Normandie	2018500	13118917	5336788	15688	4081371	0
Nouvelle Aquitaine	3409039	29276843	10919591	150641	7984915	0
Occitanie	2589562	22439285	11905111	9898	6361469	179530
Pays de la Loire	4817125	11677488	12268828	2158	4509626	0
PACA	1966059	26005146	10558621	130213	5760119	0
Guadeloupe	1009184	4809526	3325971	75139	591144	79544
Guyane	1409926	5957195	5947924	0	0	0
Martinique	1089437	3022050	2108433	116358	611485	397084
Océan Indien	3174795	13247531	6371683	79671	890070	306250
<b>Total national (en euros)</b>	<b>43 590 560</b>	<b>309 094 708</b>	<b>154 999 971</b>	<b>2 134 050</b>	<b>68 694 907</b>	<b>2 782 862</b>
<b>Total national (en %)</b>	<b>7,50 %</b>	<b>53,17 %</b>	<b>26,66 %</b>	<b>0,37 %</b>	<b>11,82 %</b>	<b>0,48 %</b>

Source : états financiers des ARS

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



## Stratégie spécifique à cette mission et à ses dispositifs

Les projets régionaux de santé (PRS) de 2<sup>e</sup> génération ont été arrêtés par chaque ARS courant 2018.

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

Les modalités d'allocation de ressources définies pour financer les priorités des schémas régionaux de santé (SRS) n'ont pas changé par rapport aux années précédentes et sont les suivantes :

- 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.

## 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.

## Bilan quantitatif et qualitatif des actions menées

Libellé mission	Crédits comptabilisés 2018 (État financiers FIR)	Thématiques financées	Crédits comptabilisés 2018 (État financiers FIR)
CeGIDD	91 438 994	SIDA, VIH, IST et hépatites	125 250 091
SIDA, IST et hépatites : financement des autres activités	15 808 987		
COREVIH	17 889 872		
CIDDIST (exercices antérieurs à 2016)	0		
CDAG (exercices antérieurs à 2016)	112 239		
Tuberculose : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	28 739 992	Tuberculose	29 749 879
Tuberculose : financement des autres activités	1 009 887		
Vaccinations : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisés	18 249 951	Vaccinations	23 883 175
Vaccinations : financement des autres activités	2 843 224		
Expérimentation vaccination contre la grippe par les pharmaciens	2 790 000		
Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	1 012 587	Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	1 012 587
Dispositifs de lutte anti vectorielle	5 581 442	Lutte antivectorielle	5 581 442
Cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	37 888 525	Cancers	40 221 144
Cancers : financement des autres activités	2 332 619		
Actions de lutte contre le tabac (fonds de lutte contre le tabac)	12 428 804	Pratiques addictives	34 377 010
Actions de lutte contre le tabac (hors fonds de lutte contre le tabac)	1 943 282		
Prévention de pratiques addictives	20 004 924		
Promotion de la santé mentale	16 526 765	Santé mentale	17 202 213
Expérimentation jeune en souffrance psychique	675 448		
Prévention de la maladie d'Alzheimer	43 839	Maladies liées au vieillissement	2 875 096
Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	2 831 257		
Prévention des pathologies cardio-vasculaires	795 509	Pathologies cardiovasculaire	795 509
Prévention des autres maladies chroniques	4 108 317	Autres maladies chroniques	4 108 317
Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	13 105 720	Nutrition et lutte contre l'obésité	18 327 846
Lutte contre l'obésité	5 222 126		

Libellé mission	Crédits comptabilisés 2018 (État financiers FIR)	Thématiques financées	Crédits comptabilisés 2018 (État financiers FIR)
Prévention des risques liés à l'environnement : protection des eaux	1 282 557	Prévention des Risques liés à l'environnement	13 610 703
Prévention des risques liés à l'environnement : habitat, milieux intérieurs	4 848 619		
Prévention des risques liés à l'environnement, autres risques, dont environnement extérieur	7 479 527		
Prévention des risques liés au travail	123 780	Prévention de risques liés au travail	123 780
Éducation thérapeutique du patient	84 211 295	Éducation thérapeutique et accompagnement des patients	86 121 781
Projets pilotes accompagnement des patients	1 910 486		
Promotion de la santé des populations en difficulté	31 404 765	Santé des populations en difficulté	31 404 765
Actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes	10 694 452	Actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes	10 694 452
Périnatalité et petite enfance	9 337 381	Périnatalité et petite enfance	17 470 775
Centres régionaux de dépistage néonatal	6 136 183		
Dépistage néonatal de la surdité	1 997 211		
Lutte contre les traumatismes et les violences	1 727 201	Traumatismes et violences	1 727 201
Financement d'actions de gestion des urgences et d'évènements sanitaires exceptionnels	2 134 050	Gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus	2 134 050
Actions relatives au pilotage de la santé publique	15 865 863	Pilotage régional de la politique de santé publique	43 326 328
Actions de soutien et partenariat	10 441 259		
Actions de veille et de surveillance sanitaire	1 852 367		
Pôles régionaux de compétence (PRC)	5 214 814		
Evaluation, expertises, études et recherches	995 2025		
Expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD	5 620	Traumatismes, handicaps et perte d'autonomie	68 620 279
Consultations mémoire	61 791 573		
Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	6 823 086		
Autres Mission 1 Prévention	2 340 304	Autres Mission 1 Prévention	2 340 304
Autres Mission 1 Médico-social	338 331	Autres Mission 1 Médico-social	338 331

Source : états financiers des ARS

Au-delà de la reconduction des programmes de santé publique mis en œuvre en 2017 (vaccination, lutte contre les addictions, dépistage organisé des cancers, lutte contre la tuberculose, éducation thérapeutique du patient...) et de la poursuite des expérimentations lancées les années précédentes (expérimentation prévue à l'article 92 de la LMSS, expérimentation prévue dans le cadre de la mesure 5 du PMND et expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens) l'année 2018 est caractérisée notamment par :

- La poursuite de l'expérimentation Ecoute'Emoi visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans en soins de ville
- Le soutien du fonds de lutte contre le tabac pour appuyer le déploiement en région d'actions nationales prioritaires et la réalisation d'actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme

## – L'organisation de la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes

Dans le cadre de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, une expérimentation, coordonnée par le ministère des solidarités et de la santé et celui de l'éducation nationale, relative à la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans, a été mise en place en 2018 pour une durée de 4 ans. Cette expérimentation prévoit une consultation d'évaluation pour le jeune réalisée par un médecin (scolaire, pédiatre ou généraliste) avec si nécessaire, une prescription d'un forfait de prise en charge par un psychologue libéral (forfait modulable de 12 consultations maximum).

Le comité technique de l'innovation en santé du 19 juillet 2018 a émis un avis favorable à la poursuite de l'expérimentation dans le cadre de l'article 51. Le fonds pour l'innovation du système de santé finance l'évaluation de l'expérimentation. Le fonds d'intervention régional finance les autres besoins de financement, pour un montant de 0,67 M€ en 2018.

Cette expérimentation est organisée dans trois régions (Ile-de-France, Grand Est et Pays de la Loire), en lien avec les ARS et les rectorats d'académie concernés. Le dispositif est coordonné par une maison des adolescents, en charge d'informer les usagers sur le dispositif, de constituer le réseau de professionnels, de former les médecins et les psychologues et de mettre en place des réunions de coordination pour traiter des cas complexes identifiés par les médecins et les psychologues.

## – Le soutien du fonds de lutte contre le tabac pour appuyer le déploiement en région d'actions nationales prioritaires et la réalisation d'actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme

Le fonds de lutte contre le tabac, créé par le décret n°2016-1671 du 5 décembre 2016, contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales dans les domaines de la politique de santé déterminées par l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Pour 2018, suite à l'avis unanime du conseil de gestion rendu le 12 mars 2018, la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics ont décidé qu'un financement de 29 M€ viendrait appuyer le déploiement en région d'actions nationales prioritaires et la réalisation d'actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme (PRLT). Ce financement est réparti en 25 M€ pour la réalisation d'appels à projets (AAP) et 4 M€ pour permettre l'appui aux ARS dans la mise en œuvre de la lutte contre le tabac.

Chaque ARS a mis en place une instance de gouvernance du PRLT qui associe a minima le chef de projet Mildeca, un représentant régional de Santé publique France et des représentants des caisses d'assurance maladie.

L'appel à projet régional « fonds de lutte contre le tabagisme », lancé en août 2018, a pour objectif de décliner les actions du programme régional de lutte contre le tabagisme, selon 3 axes prioritaires et 1 action prioritaire :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme
- Aider les fumeurs à s'arrêter
- Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé

Une action prioritaire nationale est également promue dans le cadre de cet AAP : la démarche « lieux sans tabac ».

51 actions portées par 32 partenaires (associations, hôpitaux publics, cliniques, EHPAD, GEM, CPAM – CES) ont été retenues. Ces actions seront, pour la plupart, pluriannuelles (3 ans).

## – Un exemple d'action régionale innovante: le dispositif régional Prescri'mouv « Bougez plus pour vivre mieux! » en Grand Est

Le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée (APA) prévoit la possibilité pour les médecins traitants de prescrire une activité physique adaptée à l'état de santé des patients porteurs d'une affection de longue durée. Bien qu'elle soit reconnue comme une véritable thérapeutique, sa prescription reste encore peu utilisée en France.

Prescri'mouv est un dispositif régional visant à améliorer la santé et la condition physique des patients adultes atteints de maladies chroniques grâce à la pratique d'une activité physique ou sportive. Les médecins traitants sont au cœur de la prise en charge. Ils orientent leurs patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) sur prescription médicale vers le dispositif.

Cette action est inscrite dans le Plan régional 2018-2022 « Activités physiques et sportives aux fins de santé » qui prévoit le développement et le renforcement de la pratique d'une activité physique ou sportive pour les personnes atteintes de pathologies chroniques.

Le dispositif Prescri'mouv, conçu en partenariat avec la direction régionale Jeunesse Sport Cohésion Sociale, le conseil régional Grand Est et le régime local assurance maladie, s'adresse aux personnes obèses ou atteintes de certaines maladies chroniques (diabète, cancer du sein, colorectal ou de la prostate, maladie coronarienne stabilisée, artérite des membres inférieurs, BPCO) et présentant des limitations fonctionnelles modérées ou légères.

Le dispositif a été lancé officiellement le 22 octobre 2018 sur 5 départements de la région Grand Est (Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne et Haut-Rhin) et sur la ville de Strasbourg. Depuis ce lancement, près de 210 patients ont pu bénéficier de cette prise en charge.

L'ARS a financé les outils d'accompagnement et de promotion du dispositif ainsi que les opérateurs, 8 réseaux de professionnels de l'activité physique compétents et qualifiés pour assurer une pratique en toute sécurité. Ils sont chargés de la coordination de cette offre et de sa mise en œuvre. 3000 kits d'information ont déjà été diffusés en octobre 2018 auprès des médecins des premiers territoires concernés, là où une offre d'activité physique peut être proposée aux patients. Prescri'mouv couvrira à terme tout le territoire Grand Est en s'appuyant sur des partenariats tissés avec des associations compétentes et reconnues qui proposent une offre locale en activité physique adaptée.

## – Les consultations mémoire

La consultation mémoire est une consultation d'évaluation des troubles de la mémoire repérés par un médecin généraliste. Elle est réalisée au sein d'un hôpital disposant d'une consultation mémoire ou auprès de neurologues libéraux. 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 accentuent leur activité en réseau avec les médecins généralistes dans le cadre de la nouvelle stratégie diagnostique élaborée entre la Fédération des centres mémoire et le Collège de médecine générale en 2017 dans le cadre du Plan national maladies neurodégénératives (2014-2019). Cette stratégie qui se déploie sur les territoires vise à renforcer le rôle de premier recours de repérage et d'évaluation des médecins généralistes et leurs partenariats avec les consultations mémoire.

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

Le financement des consultations mémoire (hors CMRR) progresse de 1 % entre 2017 et 2018. Par rapport à 2017, 5 régions ont fait progresser leur financement afin de financer de nouvelles consultations sur des territoires mal couverts ou de prendre en compte l'augmentation de leurs prises en charge.

Les ARS poursuivent leur actions, d'une part, d'organisation des consultations mémoire sur les territoires, au travers d'une gradation des consultations afin notamment de renforcer l'accès au diagnostic grâce à une meilleure orientation des personnes et de leurs aidants et, d'autre part, de répartition équitable des financements en tenant compte de leur activité répertoriée dans la Banque nationale Alzheimer.

**Afin de couvrir le département de Mayotte, l'ARS Océan Indien a initié la création d'une consultation mémoire pilote pour le diagnostic et la prise en charge des troubles cognitifs au sein de ce département, ainsi que le développement d'un programme de formation-outillage pour les professionnels de santé (médecins généralistes et paramédicaux) afin de faciliter le repérage des troubles cognitifs, l'orientation vers une consultation spécialisée et la prise en charge. Cette action est menée par l'association Mayotte Alzheimer et Maladies Apparentées (FIR : 70 K€).**

## – Les dispositifs de prise en charge globale du psycho traumatisme

Le contexte d'augmentation des violences, quelle qu'en soit l'origine (attentats, les parcours de migration, l'évolution des relations dans le monde du travail, la survenue de catastrophes naturelles, les violences familiales et sexuelles), a contribué à accroître de manière forte l'exposition aux violences d'une partie de la population. Afin d'apporter une réponse adaptée à ce contexte et en lien avec la stratégie quinquennale nationale de prévention et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles et le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019) et à la suite des annonces du Président de la République le 25 novembre 2017, 10 dispositifs de prise en charge globale du psycho traumatisme (action 19 de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie) ont été désignés en novembre 2018 à la suite d'un appel à projet national.

Conformément au cahier des charges de l'appel à projet, ces dispositifs ont une mission double :

- Une fonction de soins avec la prise en charge des victimes de violence de manière coordonnée en intégrant notamment l'animation des compétences de la santé et du social sur leur territoire au service des victimes afin qu'elles puissent développer leur résilience ;
- Et une fonction ressources, à savoir d'une part, contribuer à la sensibilisation et au repérage des violences et des troubles psychosomatiques et, d'autre part, contribuer à la formation aux bonnes pratiques et au transfert de connaissances sur la prise en charge du psycho traumatisme à destination de l'ensemble des acteurs concernés.

L'objectif est de permettre par la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques, l'accès à une prise en charge du psycho-traumatisme sur l'ensemble du territoire.

Par leur action, ils doivent contribuer à structurer un réseau de prise en charge au plus près des territoires et donc au plus près des personnes victimes afin que celles-ci puissent être accompagnées et soutenues.

Un million d'euros ont été délégués en fin d'année 2018 pour amorcer rapidement le déploiement de ces 10 dispositifs.

Les 10 dispositifs se structurent progressivement sur le territoire et sont actifs puisque s'appuyant sur les ressources qui étaient déjà présentes dans ces régions, y compris sur le volet recherche (essai clinique multicentrique pour la prescription de Prazosine dans les cauchemars traumatiques dans le Hauts de France avec un démarrage programmé de l'essai en septembre 2019). Des réunions de travail sur la mise en place du dispositif,

réunissant les acteurs régionaux ont eu lieu dans plusieurs régions et ont permis de rappeler les principes du projet, les modalités de fonctionnement du centre de référence, le parcours patient en termes d'évaluation initiale et de prise en charge, le partenariat envisagé et les actions de sensibilisation à venir (Centre Val de Loire, Auvergne Rhône Alpes). La constitution, le renforcement et la formation des équipes sont en cours dans l'ensemble des régions. Les instances de gouvernance et de pilotage sont en cours de constitution (Hauts de France).

## – Unités consultations dédiées pour personnes en situation de handicap « Consultations dédiées »

Dans le cadre de l'accompagnement du développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap et de leur accès aux soins, conformément à la feuille de route du Comité Interministériel du Handicap, des crédits consacrés aux unités de consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap sont délégués chaque année dans le cadre du FIR depuis 2015.

Ces dispositifs d'accès aux soins pour personnes en situation de handicap visent à améliorer le parcours du patient, associant l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux, au service de l'accessibilité aux soins de premier et de second recours. Ils sont conçus dans une logique inclusive et de subsidiarité : ils n'ont ainsi pas vocation à se substituer aux soins de premier recours en milieu ordinaire pour l'ensemble de personnes en situation de handicap mais à constituer une offre complémentaire pour certaines situations complexes pour lesquelles l'offre de soins courants généralistes ou spécialistes ordinaires est difficilement mobilisable.

Les dotations pour le déploiement des consultations dédiées aux personnes en situation de handicap sont allouées sur la base d'un critère de démographie des personnes en situation de handicap, en s'appuyant sur la répartition des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, avec un socle de financement minimal par région. Le financement 2018 correspond au soutien des dispositifs existants et à l'ouverture de nouveaux dispositifs, suite aux appels à candidature réalisés en 2017 : en Bourgogne Franche Comté, Hauts de France, Nouvelle Aquitaine, Occitanie. Par ailleurs en 2018, plusieurs régions ont organisé des appels candidatures notamment en Grand Est et en Normandie permettant d'identifier de nouveaux projets.

Ces évaluations feront l'objet d'une évaluation nationale.

### **Exemple du dispositif du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille - Hauts-de-France**

Le projet du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille prend la forme d'une équipe mobile, spécifiquement orienté vers la facilitation du parcours et l'accompagnement des patients en situation de handicap accueillis pour les consultations spécialisées et l'accès aux plateaux techniques de l'établissement, ainsi que dans les services d'hospitalisation et les urgences par une adaptation de l'offre aux besoins spécifique de la personne. Il constitue donc plus un levier d'évolution de l'offre de soins qu'un dispositif ad hoc de consultations dédiées (même si celles-ci sont intégrées au projet).

## **– Les structures de prise en charge des adolescents – Maisons des adolescents (MDA)**

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

Les principales missions des MDA sont les suivantes, conformément au cahier des charges de 2016 :

- Missions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge des publics
  - › L'accueil généraliste déstigmatisé et sans rendez-vous des adolescents et de leur famille
  - › L'évaluation des situations et, chaque fois que nécessaire, l'orientation vers les structures les mieux adaptées
  - › Les soins médico-psychologiques et somatiques (à la Maison des adolescents ou via un partenariat formalisé)
  - › L'accompagnement socio-éducatif (à la Maison des adolescents ou via un partenariat formalisé)
  - › La prévention et la promotion de la santé

- Missions de coordination et d'appui aux acteurs
  - › La contribution à la coordination des parcours de santé
  - › Le soutien aux professionnels, notamment dès lors que ceux-ci atteignent isolément ou institutionnellement les limites de leurs compétences
  - › La sensibilisation et la formation aux problématiques de l'adolescence, spécifiquement sur la santé et la santé mentale
  - › L'animation et la coordination du réseau des professionnels de l'adolescence

Le cahier des charges de 2016 a également introduit des missions de prévention et repérage des situations à risque (violences subies, risque de déscolarisation ou de radicalisation) ainsi que l'expertise de situations complexes. Les Maisons des adolescents intègrent des professionnels de champs variés, représentant les différents dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. Leurs missions transversales et leurs modalités de fonctionnement impliquent donc différents acteurs, parmi lesquels l'éducation, la protection de l'enfance, la justice...

La grande majorité des départements français et territoires d'Outre-Mer possède au moins une, parfois 2 MDA sur son territoire : près de 115 MDA sont recensées en 2018. Les six départements dépourvus de MDA ont mis en place des organisations avec des MDA de départements voisins.

### **Ressources allouées par les ARS**

Le financement de base des Maisons des adolescents, qui leur permet d'effectuer le cœur de leur mission, a vocation à être assuré par l'Agence régionale de santé, ainsi que par le Conseil départemental et, de manière complémentaire, par les autres collectivités territoriales concernées. Les MDA sont financées soit par le FIR, soit, lorsqu'elles sont rattachées à un établissement autorisé en psychiatrie, par une partie de la DAF de cet établissement. Le montant de la dotation accordée par l'ARS aux MDA vise à financer l'équipe médicale et paramédicale intervenant dans ces structures, ainsi que les frais de fonctionnement représentant 15 à 25 % des charges nettes totales. L'équipe pluridisciplinaire de la MDA associe des compétences médicales et paramédicales, ainsi que d'autres professionnels (psychologue, assistante sociale...). Le montant total de la dotation FIR déléguée en 2018 s'élève à 27 595 088 €, auquel il convient de rajouter 1 254 000 € de crédits DAF rendus fongibles et transférés au FIR par l'ARS Bretagne. Les montants octroyés en DAF aux Maisons des adolescents concernées ne sont pas évoqués dans les rapports FIR.

## Faits marquants 2018

Les années 2017 et 2018 ont globalement servi aux ARS à accompagner les MDA à se conformer au cahier des charges ainsi qu'à affirmer leur positionnement en tant que structure pivot concernant les politiques santé des jeunes. Enfin, l'impulsion pour une structuration globale du suivi des MDA et des politiques de santé des jeunes est portée par plusieurs ARS. Le maillage territorial des MDA a continué à être renforcé grâce notamment au déploiement d'antennes ou à la mise en place de permanences.

Ainsi en Centre-Val-de-Loire, l'ARS a accompagné en 2018 le développement d'antennes et de permanences avancées (avec un abondement en DAF aux CH de Dreux et de Blois) en Loir-et-Cher ainsi qu'en Eure-et-Loir. Dans ce département, l'organisation de la prise en charge des adolescents s'inscrit dans une filière de pédopsychiatrie formalisée dans laquelle la MDA joue le rôle de guichet unique et de premier lieu d'accueil de toute nouvelle demande en Eure et Loir.

La souplesse de fonctionnement des MDA et les habitudes de travail partenarial qui sont au fondement de leur action leur permettent de développer nombre d'actions innovantes. Ainsi, 9 MDA implantées dans les 3 régions concernées par cette expérimentation (Grand Est, Ile-de-France, Pays de la Loire) se sont engagées dans le dispositif expérimental « Ecout'Emoi » visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans en soins de ville, incluant une consultation médicale d'évaluation et la prescription d'un forfait de prise en charge auprès d'un psychologue libéral. Les MDA sont chargées d'assurer la coordination de ce dispositif.

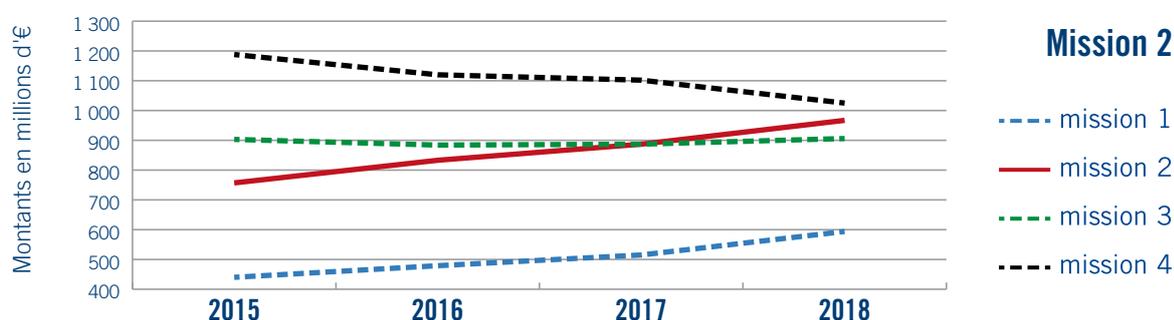
## Mission 2

### 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 2018 ont représenté 967 252 444 € en AE et 967 224 363 € 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 et médico-sociales ;
- les réseaux de santé ;

- le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice ;
- les centres périnataux de proximité ;
- les actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé.



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

On note une augmentation de 28 % des dépenses sur les quatre dernières années. Cette augmentation concerne au premier chef les parcours de santé coordonnés et les nouveaux modes d'exercice.

Mission n°2	Crédits comptabilisés (en €)				
	2015	2016	2017	2018 (AE)	2018 (CP)
Développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice	18 706 496	29 251 455	44 961 103	92 705 088	91 287 277
Réseaux de santé	158 563 256	150 021 778	154 378 288	144 982 859	145 802 537
Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	444 226 683	460 060 492	483 642 618	494 218 201	493 808 831
Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale	107 798 440	122 418 164	136 264 421	141 517 085	142 540 911
Centres périnataux de proximité	18 953 614	20 010 933	20 883 301	21 343 279	21 306 579
Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	8 894 897	7 802 113	11 760 028	7 496 330	7 472 043
Autres	0	43 719 032	45 387 317	64 989 602	65 006 186
<b>Total national</b>	<b>757 143 386</b>	<b>833 283 966</b>	<b>897 277 076</b>	<b>967 252 444</b>	<b>967 224 363</b>

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

## La Télé médecine

Le déploiement de la télé médecine est une des priorités de la stratégie de transformation du système de santé portée par « Ma Santé 2022 ». Afin de soutenir la dynamique de déploiement de la télé médecine engagée depuis plusieurs années, les ARS disposent des crédits FIR « fléchés » destinés au programme ÉTAPES, dont le montant a été adapté pour couvrir les besoins du programme et pour tenir compte du financement désormais conventionnel des téléconsultations et des télé expertises, et de crédits FIR fongibles pour déployer des organisations et projets de télé médecine hors ÉTAPES. Ils peuvent également si nécessaire couvrir des dépenses relatives à ÉTAPES. Le FIR « ÉTAPES » prend en compte notamment pour 2018 le financement forfaitaire des structures ou des actes de téléconsultations et téléexpertises, et la rémunération des acteurs de la télé surveillance ÉTAPES. Les crédits du FIR hors ÉTAPES sont destinés à accompagner tout projet de télé médecine répondant aux besoins de santé des territoires et à soutenir la mise en œuvre du plan grand âge et autonomie, et du plan d'accès aux soins compris dans « Ma Santé 2022 ». Cet accompagnement vise à financer de l'ingénierie de projet, de la formation des professionnels de santé et de l'équipement. L'année 2018 a été marquée par une accélération du déploiement de la télé médecine avec l'entrée dans le droit commun des tarifs de téléconsultation (avenant n°6 à la convention médicale, septembre 2018). Ces actes médicaux étaient jusqu'alors financés notamment *via* les crédits du FIR.

## 2018 : Poursuite de la dynamique d'investissement et d'accompagnement des territoires en télé médecine.

L'année 2018 voit se poursuivre la dynamique d'investissement observée les années précédentes, confirmant l'intérêt et la place de ces organisations innovantes dans les territoires. Les ARS ont investi 23,9 M€ en 2018 pour 361 projets de télé médecine, soit 1,1 M€ (5 %) de plus qu'en 2017. Cette dynamique est conforme aux orientations du plan d'accès aux soins, du plan grand âge et autonomie partie intégrante de « Ma Santé 2022 ». À ces projets s'ajoutent, les dépenses relatives au programme ÉTAPES qui couvrent les actes de téléconsultation jusqu'au 15 septembre 2018, de téléexpertise, de télé surveillance, et le forfait finançant les structures donnant accès à des téléconsultations<sup>2</sup>. Les ARS ont financé via le FIR fléché ce programme avec 6,3 M€ de dépenses selon les données nationales.

Évolution du nombre de projets par région (hors FIR fléché)

Régions	Nombre de projets par région en 2018	Nombre de projets par région en 2017
Auvergne-Rhône-Alpes	3	4
Bourgogne-Franche-Comté	14	22
Bretagne	28	23
Centre-Val-de-Loire	10	18
Corse	4	4
Grand Est	129	37
Guadeloupe	7	9
Guyane	1	1
Hauts-de-France	22	18
Ile-de-France	6	9
Martinique	6	0
Normandie	21	54
Nouvelle Aquitaine	78	104
Occitanie	3	4
Océan Indien	2	NR
Pays de la Loire	10	9
Provence-Alpes-Côte-D'azur	17	18
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>334</b>

<sup>2</sup> 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

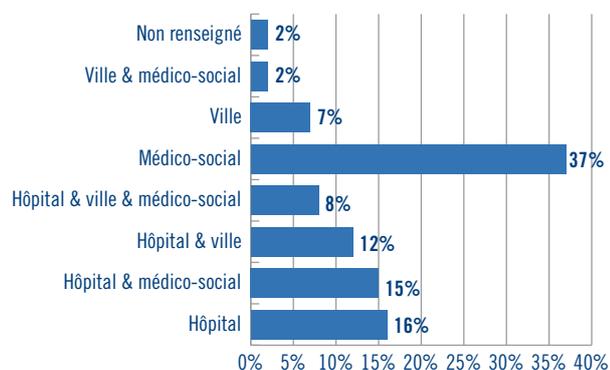
### Dépenses dédiées à la télémédecine (hors FIR fléché)

Régions	Dépenses télémédecine FIR 2018 (consolidé, hors FIR fléché)
Auvergne-Rhône-Alpes	52 405 €
Bourgogne Franche Comté	2 375 066 €
Bretagne	1 528 631 €
Centre Val-de-Loire	2 630 567 €
Corse	48 808 €
Grand Est	1 713 968 €
Guadeloupe	1 013 015 €
Guyane	314 714 €
Hauts-de-France	6 033 303 €
Ile-de-France	1 737 379 €
Martinique	369 284 €
Normandie	750 353 €
Nouvelle-Aquitaine	2 236 272 €
Occitanie	415 085 €
Océan Indien	182 000 €
Pays de la Loire	1 400 000 €
Provence-Alpes-Côte-D'azur	1 066 168 €
<b>Total</b>	<b>23 924 614 €</b>

### 2018 : Des projets axés sur le décloisonnement et la mise en réseaux des professionnels de santé autour des patients.

Le décloisonnement et la mise en réseaux des professionnels de santé autour des patients, permis par la télémédecine, se poursuivent en 2018. Sur les 361 projets déclarés par les ARS, plus d'un tiers concerne des projets multi-secteurs : 11,4 M€ d'investissement pour des projets englobant les trois secteurs (48 % des dépenses, 8 % des projets).

2018: Types d'acteurs impliqués dans les projets financés (% projets)



L'analyse des investissements réalisés par les ARS permet également de mettre en évidence que :

- 62 % de projets concernent le médico-social (majoritairement en EHPAD) en lien notamment avec le plan grand âge et autonomie,
- 2,3 M€ d'investissement pour des projets sont réalisés à destination des personnes âgées en EHPAD,
- Un doublement des projets au niveau des professionnels de ville, témoignant de la mise en place des organisations nécessaires au déploiement des téléconsultations depuis l'entrée dans le droit commun des tarifs.

### 2018 : Une démocratisation et une maturation des usages.

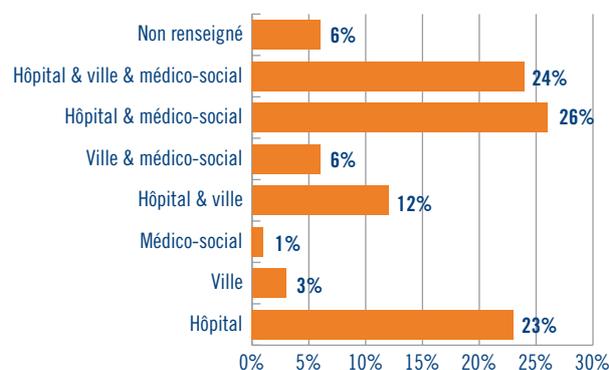
Historiquement développée dans certaines pathologies ayant bénéficié des expérimentations relatives à la télémédecine, la diversité des usages devient chaque année plus importante. Cela traduit à la fois la mise en œuvre du plan grand âge et autonomie, et du plan d'accès aux soins de « Ma Santé 2022 », mais également l'appropriation de cette innovation organisationnelle par les acteurs du système de santé.

En 2018, 43 % (10,3 M€) des investissements ont désormais un axe multi-pathologie afin de répondre de façon plus large aux besoins des territoires (mise en place de plateformes de téléconsultation, équipement des hôpitaux...).

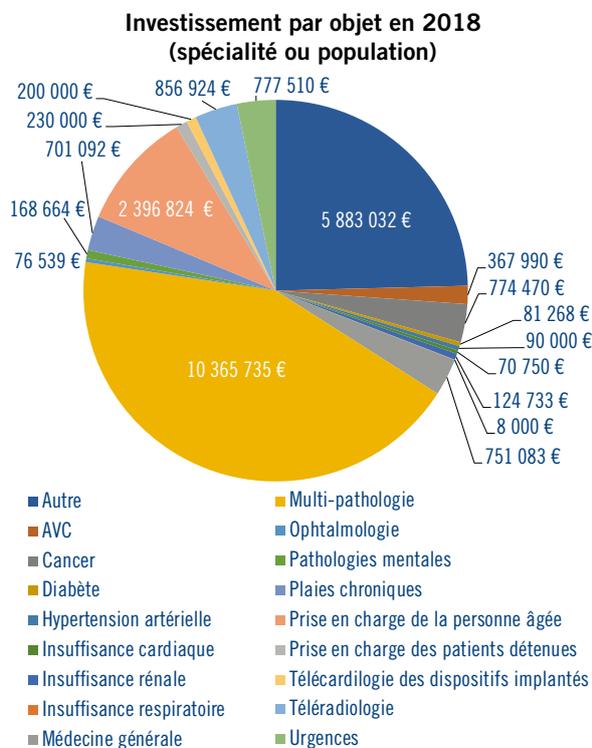
En 2018, les investissements en faveur de la prise en charge de certaines pathologies ou populations de patients ont été renforcés. Il s'agit notamment :

- De la prise en charge des personnes âgées : 2,4 M€ pour 163 projets (hors FIR Protégés : 5,4 M€ supplémentaires)
- De l'équipement des structures accueillant des patients détenus : 18 projets pour 230 000 €

2017: Types d'acteurs impliqués dans les projets financés (% projets)

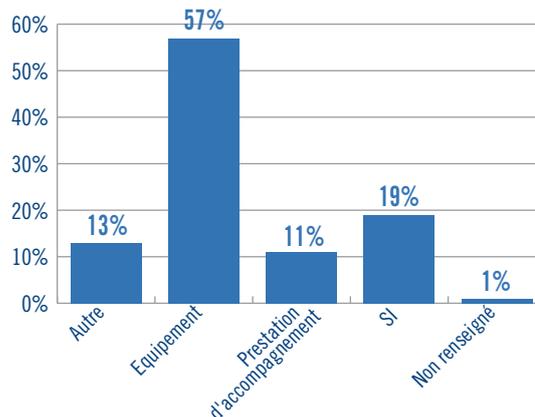


- Du déploiement de la téléconsultation et de la télé expertise en médecine générale, permettant d'accompagner l'entrée dans le droit commun : 751 000 € (URPS, MSP, CDS, CPTS)
- Des urgences avec 777 000 € d'investissement.



Le constat de maturation des organisations et de pérennisation des usages est également renforcé et confirmé par l'analyse de la nature des dépenses couvertes. L'année 2018 marque une baisse des prestations d'accompagnement (20 à 11 %) et une forte augmentation des dépenses d'équipement (43 à 57 %) et de systèmes d'information (13 à 19 %).

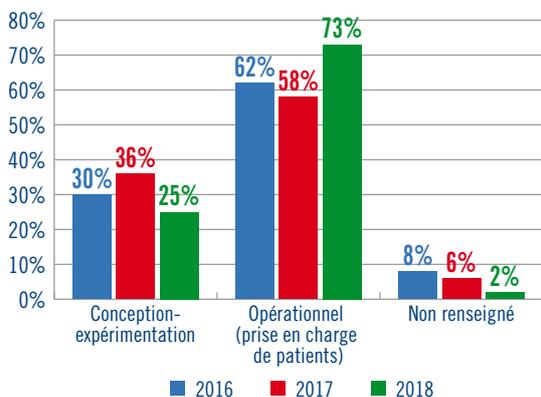
**2018 - Nature de la dépense couverte (% projets)**



### Maturité des projets de télémédecine

L'analyse des investissements réalisés par les ARS en 2018 permet de constater une forte augmentation des projets en phase opérationnelle. Cela traduit la pérennisation des investissements réalisés les années précédentes et l'adéquation des projets avec les besoins du territoire. Cette augmentation ne se fait cependant pas au détriment de projets nouveaux, expérimentaux et innovants qui bénéficient en 2018 de 5,9 M€ d'investissement.

**Evolution de l'état des projets financés (% projets)**



### Les Plateformes Territoriales d'Appui

L'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population ont complexifié les parcours et rendu nécessaire l'appui aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social afin d'améliorer l'accompagnement des patients et usagers. À cette fin, des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ont été successivement créés depuis plusieurs années pour répondre à ce besoin (réseaux de santé, centres locaux d'information et de coordination-CLIC, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie-MAIA, coordination territoriale d'appui-CTA de PAERPA, plateformes territoriales d'appui-PTA).

Toutefois, ces dispositifs se sont construits de façon hétérogène en termes de populations et de pathologies et en termes de territoires. Il en ressort une impression de maquis peu favorable à la mobilisation de tous au service d'un meilleur parcours pour les patients et usagers.

Un vaste mouvement de convergence et de réorganisation s'est déjà opéré depuis 2016 dans les territoires les plus matures.

En 2018, une réflexion a été menée sur la possibilité :

- d'unifier de ces dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes qui poursuivent des objectifs communs et complémentaires ;
- mais également d'accompagner l'évolution des réseaux de santé qui assurent des missions d'expertise

et d'animation dans les secteurs sanitaires vers un nouveau dispositif thématique d'appui et d'expertise à vocation régionale.

68 PTA en fonctionnement en 2018. Ce résultat montre la continuité de la dynamique territoriale des acteurs pour le déploiement de ce dispositif.

### Augmentation du nombre de plateformes territoriales d'appui en fonctionnement pour la troisième année consécutive

L'augmentation du nombre de plateformes territoriales d'appui (PTA) en fonctionnement pour la troisième année consécutive confirme la dynamique territoriale des acteurs.

En 2018, on dénombrait 68 PTA financées et réparties dans 13 régions. Une trentaine de PTA sont en mode « projet ». Ces dernières ne sont pas prises en compte dans ce rapport car ne bénéficient pas de financement FIR à stade.

Les 4 autres ARS n'ont quant à elles pas financé de projets de PTA en 2018 mais elles ont entamé des réflexions avec un objectif de création de PTA en 2019.

Le nombre de PTA en fonctionnement a augmenté de 2017 à 2018. On passe de 47 PTA en fonctionnement en 2017 à

### Augmentation des financements alloués aux plateformes territoriales d'appui

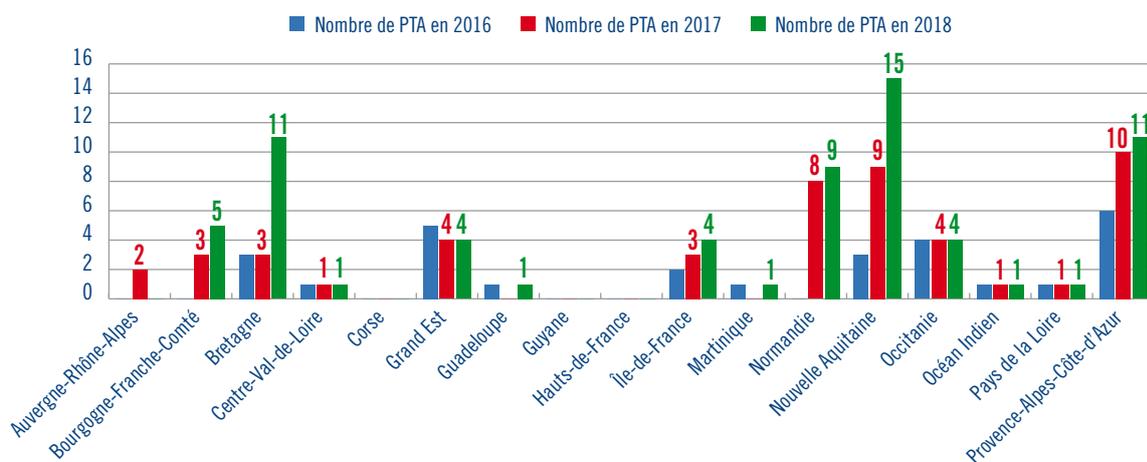
Un financement de 19,8 M€ a été alloué à 68 PTA en fonctionnement, au titre de l'année 2018 imputé sur le FIR contre 11 M€ en 2017, soit (+80 %). Les financements PTA augmentent pour la deuxième année consécutive depuis leur création en 2016.

Ce sont les régions Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-D'azur qui ont alloué la majorité des financements.

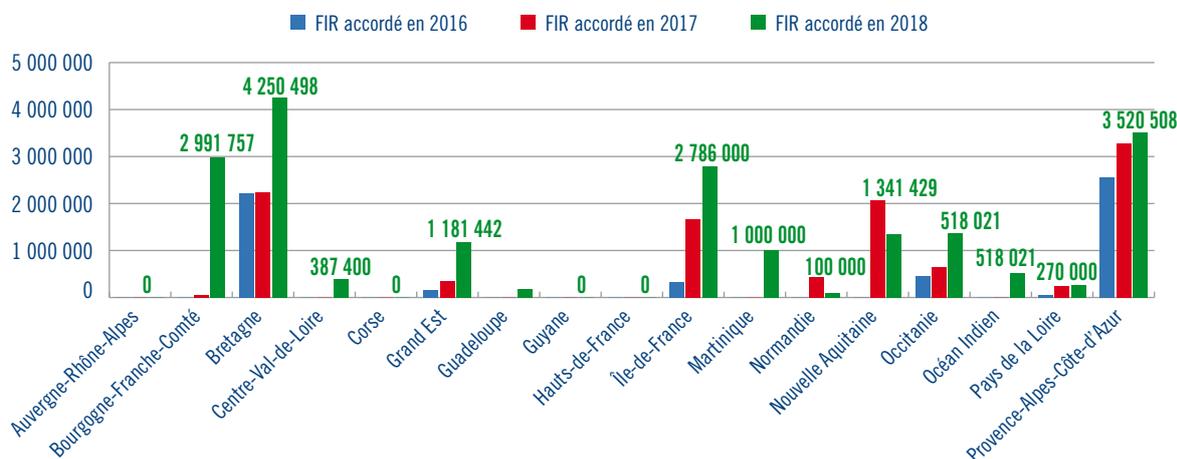
### Une dynamique de convergence confirmée en 2018

La PTA est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les acteurs élaborent le projet de PTA, désignent l'opérateur en charge de la mise en œuvre des 3 missions et assurent le suivi des actions. À défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'agence

Nombre de PTA en fonctionnement par région

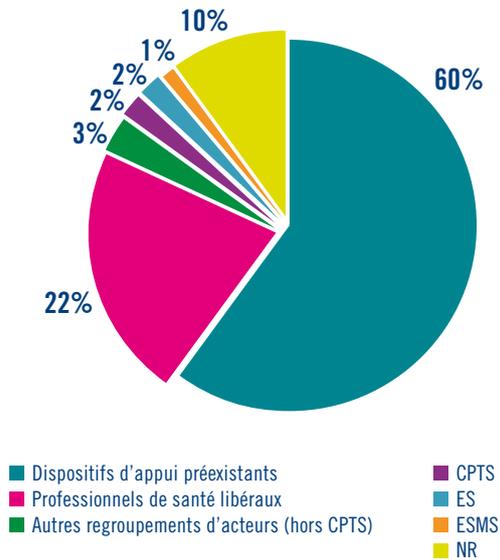


Evolution des financements PTA par région



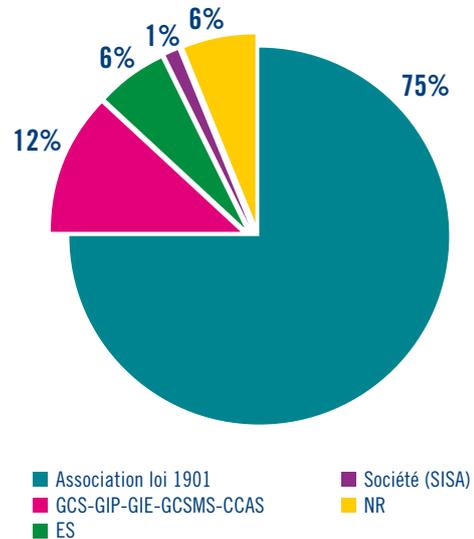
régionale de santé peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration du projet de PTA et, le cas échéant, désigne l'opérateur. En 2018, deux tiers des projets sont à l'initiative des professionnels des dispositifs d'appui à la coordination préexistants et un tiers à l'initiative des professionnels de santé de ville.

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



**Des PTA majoritairement portées par des opérateurs avec un statut juridique « association loi 1901 »**

**Porteurs juridique des PTA**



**Des PTA majoritairement portées par des opérateurs historiques**

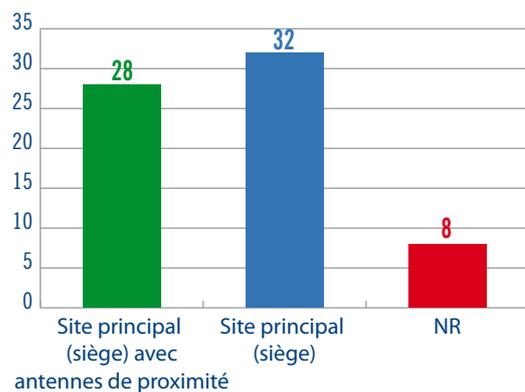
Les opérateurs des plateformes territoriales d'appui sont bien souvent des acteurs porteurs de dispositifs de coordination et d'intégration. On identifie notamment :

- 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) ;
- 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.

**Une organisation territoriale des sites des plateformes territoriales d'appui qui prend en compte les réalités géographiques**

On distingue deux modes d'organisation des sites PTA : sites centralisés et sites principaux avec des antennes de proximité. La moitié des sites PTA sont centralisés et l'autre moitié des sites PTA disposent d'antennes de proximité.

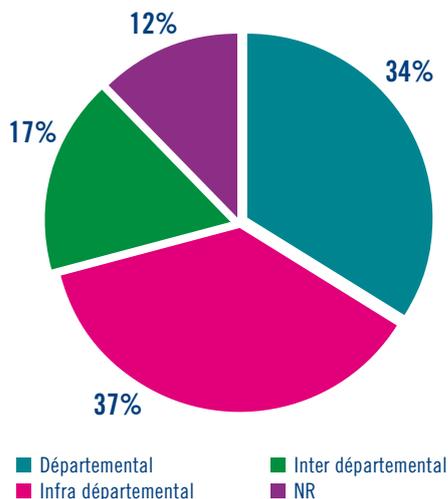
**Organisation territoriale de l'opérateur**



## Les territoires d'intervention des plateformes territoriales d'appui

Le territoire d'intervention des 68 PTA installées est infra départemental pour 25 PTA. 23 PTA couvrent un périmètre départemental et 12 PTA interviennent sur un territoire inter départemental.

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



Sources : ARS selon données renseignées.

## Les réseaux de santé

### Évolution des réseaux de santé en France

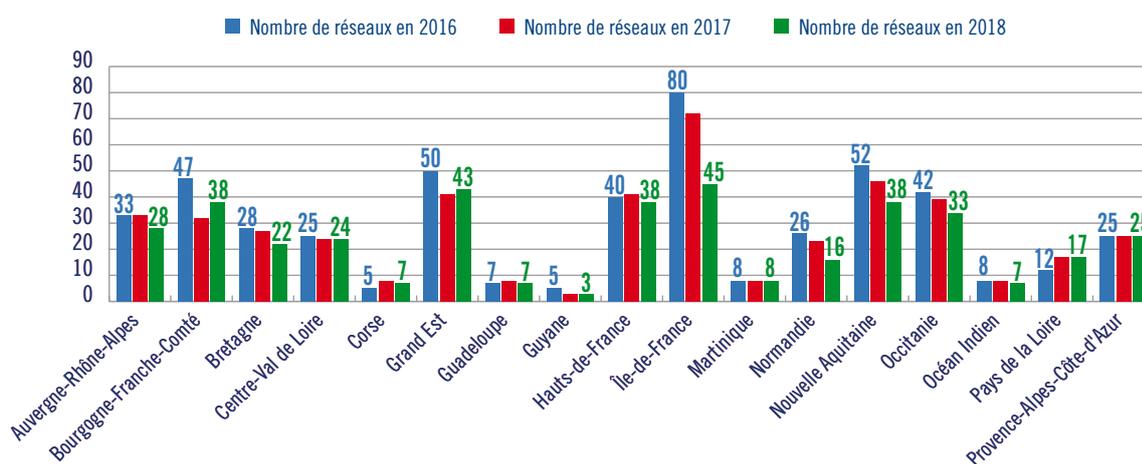
#### Une dynamique de regroupements et fusions de réseaux

Selon les données transmises par les agences régionales de santé, 400 réseaux ont bénéficié d'un financement au titre du FIR en 2018. Le nombre de réseaux financés continue ainsi de diminuer : ils étaient 558 réseaux en 2015, 491 réseaux en 2016, soit (-12 %), et 455 en 2017, soit (-7 %), 400 en 2018, 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>3</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) de 2016 et les récents travaux engagés en 2018 sur la convergence et l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Evolution du nombre de réseaux de santé par région



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

### La poursuite de la réduction globale des moyens alloués

Les agences régionales de santé ont financé les réseaux de santé à hauteur de 122 M€, soit un montant en baisse par rapport aux financements des années 2016 et 2017 qui s'élevaient respectivement à 153 M€, et 144 M€. Le financement alloué en 2018 a diminué de 32 M€, soit (-16 %) par rapport à 2017.

Cette diminution des financements s'explique notamment par le redéploiement des financements pour la création des plateformes territoriales d'appui. C'est le cas dans les régions qui accompagnent la mise en œuvre des 100 PTA « en fonctionnement » et/ou « en projet ».

### Réseaux de santé par thématique et focus

#### Évolution des réseaux de santé par thématique

Le graphique ci-dessous illustre la baisse continue du nombre de réseaux de santé par thématique en France: de 491 en 2016, celui-ci est passé à 455 en 2017 et 400 en 2018.

Les réseaux de santé concernés par cette diminution en nombre sont notamment les réseaux de gérontologie, cancérologie, polyvalent.

#### Répartition des réseaux de santé par thématique en 2018

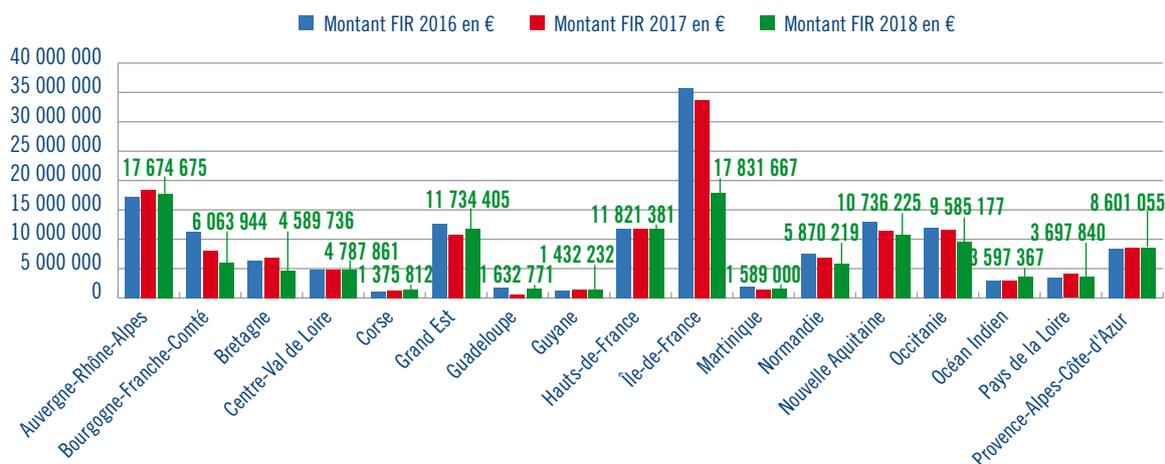
Les réseaux de périnatalité, de gérontologie, soins palliatifs, polyvalents, et de cancérologie recensés respectivement sont en nombre important, 226 réseaux, soit 65 %.

Le nombre de réseaux de santé polyvalents et/ou polyvalents en projet ont diminué de près de la moitié, soit 52 en 2018 contre 86 réseaux en 2017. Cette diminution s'explique notamment par l'évolution de ces réseaux vers PTA. Les réseaux de gérontologie et de soins palliatifs ont également diminué en 2018.

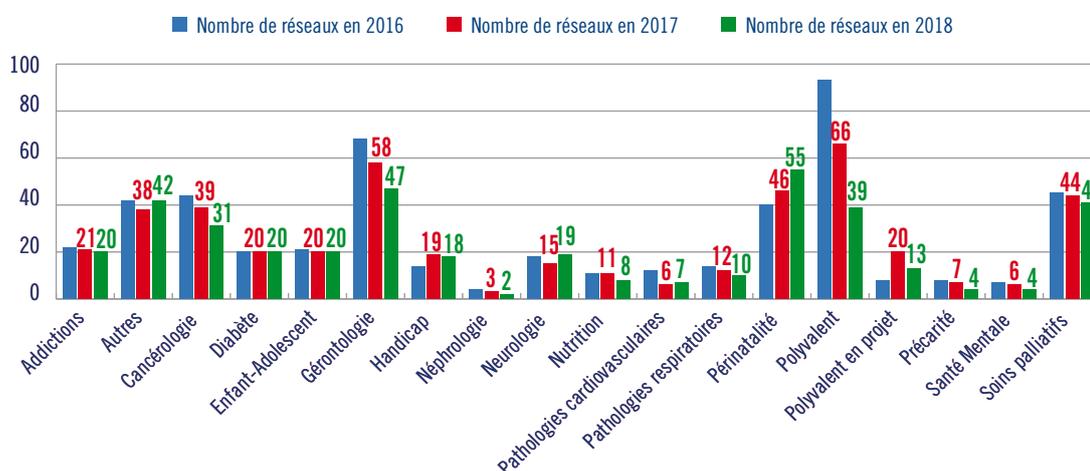
#### Répartition par thématique du nombre de patients dont les réseaux de santé ont coordonné le parcours en 2018

Ce sont respectivement les réseaux de santé polyvalents, de périnatalité, de gérontologie, de soins palliatifs qui ont coordonné le plus de parcours de patients en 2018. Il convient de préciser que les données remontées et exploitées ne sont pas exhaustives. En effet, la file active de plusieurs réseaux n'a pas été renseignée.

#### Evolution des financements des réseaux de santé par région



#### Evolution des réseaux de santé par thématique 2016/2017/2018



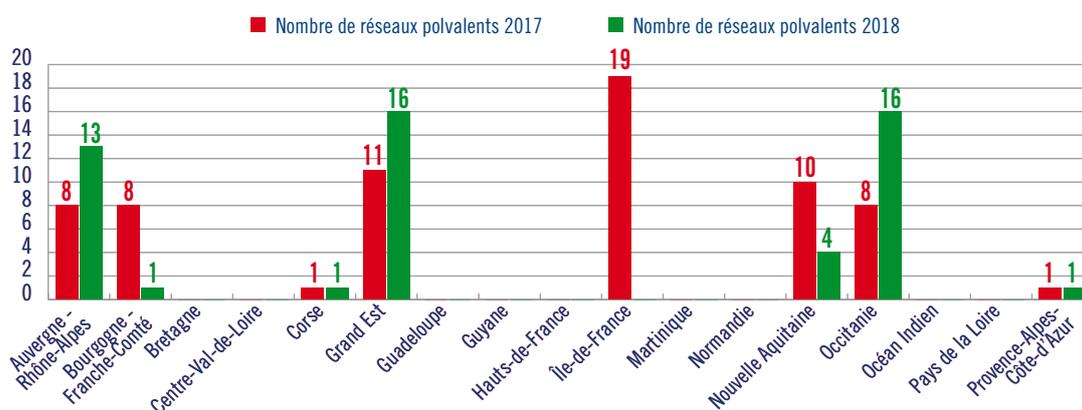
## Focus sur les réseaux de santé polyvalents, de cancérologie et de périnatalité

### Focus sur les réseaux de santé polyvalents 2017/2018

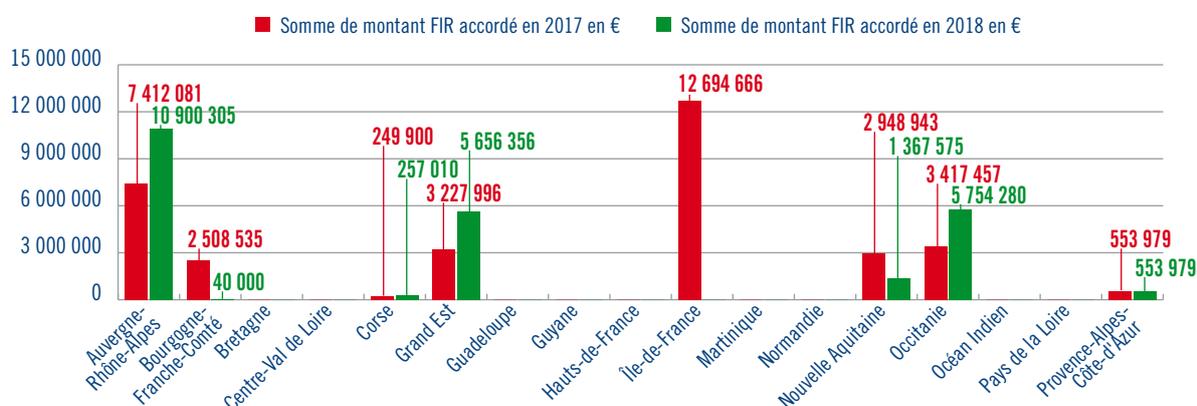
L'ensemble des régions a engagé l'évolution des réseaux thématiques vers la polyvalence, afin de proposer aux professionnels de santé et notamment aux professionnels du premier recours, un service d'appui à la coordination pour tout parcours complexe, sans distinction d'âge, ni de pathologie. Cette étape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

Pour l'année 2018, on en dénombre 52 réseaux de santé polyvalents dont 13 en projet. Contre 86 réseaux de santé polyvalents en 2017, soit (-34 réseaux de santé). Le montant global consacré aux 52 réseaux de santé polyvalents est d'environ 24,5 M€, en diminution de 15 M€ en 2018 par rapport à 2017. La diminution du nombre de réseaux de santé polyvalents et la baisse de leur financement s'expliquent par l'évolution de ces réseaux vers des PTA.

Evolution du nombre de réseau de santé polyvalents 2017/2018



Evolution des financements des réseaux de santé polyvalents 2017/2018



### Focus sur les réseaux de cancérologie 2016/2017/2018

On constate une diminution du nombre de réseaux de cancérologie en 2018. 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 2017.

Cancérologie	Nombre de réseaux 2016	Nombre de réseaux 2017	Nombre de réseaux 2018	Montant accordé en 2016 en €	Montant accordé en 2017 en €	Montant accordé en 2018 en €
Cancérologie - réseau régional	22	21	15	7 261 642	7 600 055 €	4 726 923
Cancérologie - réseau territorial	22	18	16	5 233 439	3 850 992 €	4 246 094
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>14 446 287</b>	<b>11 451 047</b>	<b>8 973 017</b>

## Focus sur les réseaux de périnatalité 2016/2017/2018

On constate une augmentation du nombre de réseaux de périnatalité en 2018. Les budgets alloués aux réseaux régionaux de périnatalité et les budgets consacrés aux réseaux territoriaux de périnatalité ont légèrement augmenté comparativement à 2017.

Périnatalité	Nombre de réseaux 2016	Nombre de réseaux 2017	Nombre de réseaux 2018	Montant accordé en 2016 en €	Montant accordé en 2017 en €	Montant accordé en 2018 en €
Périnatalité - réseau régional	22	23	27	9 450 098 €	8 333 975	9 927 831,5
Périnatalité - réseau territorial	18	23	28	4 330 399 €	6 186 769	8 011 865
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>55</b>	<b>13 780 497 €</b>	<b>14 520 744</b>	<b>17 939 696,5</b>

Sources : ARS selon données renseignées.

## Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

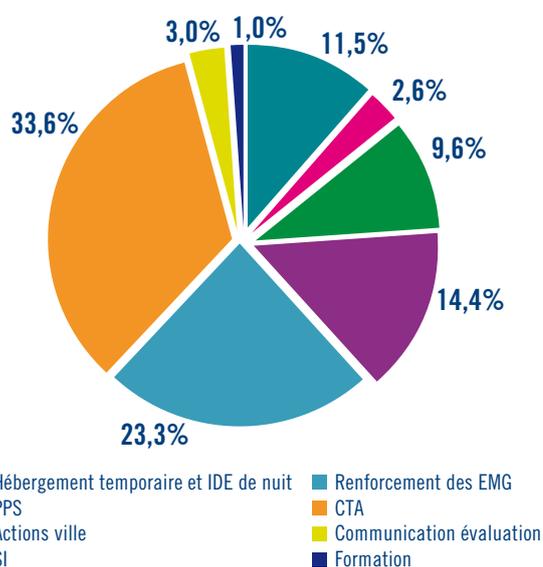
Une expérimentation nationale dite Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) fut déployée à partir de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, puis prorogée en 2017 et incluse au sein de l'article 51 de la LFSS pour 2019. Lancée en 2014 sur 9 territoires, l'expérimentation s'est étendue entre 2017 et 2019 à 18 territoires (180 000 à 400 000 habitants) soit environ 10 % de la population des personnes de plus de 75 ans. Sa mise en œuvre est effective depuis 2015 avec le déploiement de plusieurs outils (plan personnalisé de santé, coordination territoriale d'appui, etc.). Aujourd'hui deux tiers des territoires cibles Paerpa sont à un échelon départemental.

Deux enjeux majeurs de l'expérimentation ont été d'une part de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social en allant au-delà des approches préexistantes de structuration des coordinations et de coopérations entre acteurs. Et d'autre part de recréer et reconfigurer des articulations plus structurées entre la ville et l'hôpital en impliquant fortement les professionnels de soins primaires et en intégrant des acteurs sociaux.

À partir d'un cadre national réalisé en 2013, des feuilles de route comportent entre 30 à 40 actions concertées avec les professionnels et institutions locales.

Dans la plupart des territoires on observe des résultats positifs significatifs tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Les premières évaluations réalisées par la DREES et l'IRDES ont mis en évidence des impacts sur les consommations de soins de ville, avec une variabilité selon les territoires. Les effets sur les soins hospitaliers ont été moins importants.

Répartition du poids des différentes actions de l'expérimentation PAERPA



Le financement par le FIR s'est accru progressivement avec l'extension des territoires (2014 – 10 millions d'euros ; 2015 – 11,5 millions d'euros ; 2016 – 13 millions d'euros ; 2017 – 18,3 millions d'euros ; 2018 – 19,7 millions d'euros) soit en moyenne un investissement de 28 euros par personne âgée dans les territoires pilotes.

## 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)

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

En 2018, les agences régionales de santé (ARS) ont consommé près de 85 M€ de crédits pour le développement des dispositifs MAIA, soit un taux de consommation au niveau national de 101 % par rapport à la dépense nette engagée. Comme en atteste la consommation accrue des enveloppes régionales, la mobilisation des ARS au profit du parcours de santé des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie est importante. Au-delà du maillage territorial pour les MAIA finalisé en 2017, avec 352 dispositifs actuellement installés sur l'ensemble du territoire, la majorité des ARS sont dans une phase de formalisation des processus de travail avec l'ensemble des dispositifs d'appui à la coordination et les acteurs locaux notamment les conseils départementaux. Les ARS engagées dans ce processus de convergence des dispositifs d'appui à la coordination s'inscrivent pleinement dans les objectifs de la récente mesure sur l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (article 23 de la loi OTSS).

L'ensemble des régions a consommé la totalité de son enveloppe, parmi elles, trois sont allées au-delà (Bretagne, Hauts-de-France et Occitanie).

En **Nouvelle Aquitaine**, après avoir achevé la couverture du territoire régional en dispositifs MAIA, la stratégie régionale est désormais axée sur le déploiement des plateformes territoriales d'appui (PTA). En effet, l'ARS s'inscrit pleinement dans une logique de convergence des dispositifs d'appui à la coordination, notamment dans le cadre des plateformes territoriales d'appui (PTA). Ainsi, la stratégie de déploiement des PTA repose notamment sur les axes suivants :

- Constitution des PTA à partir des ressources présentes dans les territoires, avec une logique de regroupement des dispositifs de coordination (notamment réseaux de proximité et MAIA) ;
- Capitalisation sur les expérimentations TSN et PAERPA qui ont été structurantes en termes d'organisation des parcours et de déploiement des services numériques d'appui à la coordination ;
- Mise en place des PTA au niveau départemental, avec des antennes de proximité ;
- Déploiement de l'outil numérique de coordination des parcours Paaco-Globule et du numéro unique régional (0809 109 109) ;
- Communication commune à l'ensemble des PTA grâce à un kit de communication régional.

Régions	Dépenses engagées nettes 2018	Crédits consommés 2018	Taux de consommation 2018	Rappel taux de consommation 2017
ARA	7 942 278,00 €	7 942 278,00 €	100 %	100 %
Bourgogne-Franche-Comté	3 780 000,00 €	3 780 000,00 €	100 %	100 %
Bretagne	4 662 227,00 €	4 802 386,36 €	103 %	98 %
Centre-Val de Loire	3 244 043,00 €	3 244 043,00 €	100 %	100 %
Corse	589 009,00 €	589 009,00 €	100 %	100 %
Grand Est	6 834 514,00 €	6 834 514,00 €	100 %	100 %
Guadeloupe	870 100,00 €	870 100,00 €	100 %	100 %
Guyane	402 400,00 €	402 400,00 €	100 %	153 %
Hauts-de-France	5 960 000,00 €	6 604 000,00 €	111 %	126 %
Ile-de-France	10 997 500,00 €	10 989 500,00 €	100 %	99 %
Martinique	513 300,00 €	513 300,00 €	100 %	100 %
Normandie	5 005 036,00 €	5 005 036,00 €	100 %	100 %
Nouvelle Aquitaine	11 835 662,47 €	11 835 662,47 €	100 %	101 %
Occitanie	9 503 942,03 €	9 693 463,37 €	102 %	100 %
Océan Indien	800 000,00 €	800 000,00 €	100 %	100 %
Pays-de-la-Loire	4 125 866,71 €	4 123 902,61 €	100 %	100 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	6 861 873,00 €	6 861 873,00 €	100 %	100 %
<b>Total national</b>	<b>83 927 751,21 €</b>	<b>84 891 467,81</b>	<b>101 %</b>	<b>102 %</b>

L'ARS dispose d'une PTA validée par département. Des fusions s'opèrent, dans certains territoires, entre les différents dispositifs, à l'initiative des acteurs ou à la demande de l'ARS. Ces fusions, qui peuvent parfois s'avérer complexes et nécessitant un accompagnement juridique (impact sur les statuts des personnels, etc.), permettent d'aboutir à une organisation plus lisible pour les professionnels de santé et la population. À titre d'exemple, en Charente-Maritime, le transfert envisagé du portage de la 3<sup>e</sup> MAIA du CH de La Rochelle vers l'association AC3S permettra de n'avoir plus qu'un seul opérateur assurant l'ensemble des fonctions d'appui à la coordination, y compris la gestion de cas. De même, dans la Vienne, les cinq réseaux et deux MAIA ont fusionné au sein d'un GCS qui porte désormais l'ensemble des fonctions d'appui regroupées dans le cadre de la PTA.

En **Île de France**, la politique gérontologique régionale est organisée en fonction des territoires de proximité MAIA. En 2018, le processus de convergence a démarré officiellement par la création au sein de l'ARS d'une mission convergence des dispositifs d'appui à la coordination rattachée à la Direction de la stratégie. Cette mission a été inscrite comme un des axes du PRS et une communication en ce sens a été faite auprès des porteurs et équipes MAIA, des réseaux de santé pluri thématiques et des conseils départementaux. S'agissant du dispositif des MAIA, ce travail de convergence a été engagé entre le réseau de santé pluri thématique et la MAIA d'un même territoire avec des objectifs d'activité et de convergence qui ont été proposés aux acteurs du territoire, afin de les co-responsabiliser dans cette démarche.

Par ailleurs, l'ARS soutient les équipes mobiles gériatriques qui se mettent au service des EHPAD dans le cadre de la transversalité du parcours de la personne âgée. Ainsi, la prise en charge d'un patient en EHPAD est valorisée 50 % de plus qu'une prise en charge dans l'hôpital. Désormais, quatre équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalière vont sortir vers les EHPAD et bénéficient à ce titre d'une dotation d'amorçage de 150 000 €.

Le périmètre de convergence n'a pas concerné en 2018 le transfert des crédits vers d'autres fonctions d'appui à la coordination autres que celles prévues par MAIA. La Direction de l'autonomie a conservé le pilotage des MAIA et la gestion de son enveloppe financière jusqu'au 31 décembre 2018 et a maintenu l'existant dans sa configuration précédente. Le dispositif MAIA et les crédits correspondants seront gérés par la Direction de la Stratégie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, la Direction de l'autonomie intervenant en support « métier » en cas de besoin.

En **Bretagne**, l'ARS et les départements ont eu pour objectif de réaliser conjointement une « feuille de route MAIA » avec une stratégie territoriale partagée. Durant l'année 2018, un accompagnement des MAIA dans la définition d'une feuille de route territoriale conçue comme le document de référence de la stratégie de leur territoire a été réalisé qui a donné lieu à la production d'un kit régional à l'attention des MAIA (définition des processus cibles, des modalités organisationnelles et périmètres d'intervention à retenir). Il s'est opéré à la fois par la définition d'orientations régionales et la tenue des rencontres annuelles organisées par l'ARS et les conseils départementaux. Toutes ces feuilles de route ont été validées en instances stratégiques départementales donnant lieu, pour les actions communes, à la définition d'une stratégie départementale.

L'approche portée par l'ARS en matière de mise en cohérence et de convergence des dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, MAIA) a été de s'appuyer sur les dynamiques existantes. L'objectif a été d'engager les acteurs dans une démarche de coopération dès 2017 et de saisir les opportunités liées à la mise en place de nouvelles PTA ou le renouvellement de convention avec les MAIA pour inscrire ces dispositifs dans un processus de convergence en s'appuyant sur les quatre leviers : Stratégique, Organisationnel, Systèmes d'informations, Financier.

La démarche a été également étendue aux CLIC sur les territoires où les acteurs institutionnels ont souhaité expérimenter cette approche. Le portage par une association unique a été privilégié quand cela était possible. La convergence des compétences et du réseau de partenaires de chaque dispositif doit permettre de renforcer leur efficacité et leur assise sur le terrain. Globalement, les régions sont dans une phase de formalisation des processus de travail avec l'ensemble des dispositifs d'appui à la coordination confortée par la récente mesure sur l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (article 23 de la loi OTSS).

Régions	AE 2018	CP 2018	Taux de consommation 2018	Rappel taux de consommation 2017
ARA	4080736	4080736	100 %	111 %
Bourgogne-Franche-Comté	2 275 654,00 €	2 275 654,00 €	100 %	103 %
Bretagne	2 008 700,00 €	2 008 700,00 €	100 %	101 %
Centre-Val de Loire	1 702 521,91 €	1 702 521,91 €	100 %	100 %
Corse	314 735,00 €	314 735,00 €	100 %	100 %
Grand Est	4 068 497,87 €	4 068 497,87 €	100 %	108 %
Guadeloupe	468 669,51 €	468 669,51 €	100 %	100 %
Guyane	20 808,73 €	139 142,13 €	669 %	100 %
Hauts-de-France	2 417 400,00 €	2 417 400,00 €	100 %	99 %
Ile-de-France	5 270 500,00 €	5 270 500,00 €	100 %	102 %
Martinique	213 606,00 €	213 606,00 €	100 %	100 %
Normandie	1 967 101,70 €	1 967 101,70 €	100 %	104 %
Nouvelle-Aquitaine	5 631 056,36 €	5 626 621,07 €	100 %	115 %
Occitanie	3 406 967,00 €	3 388 343,00 €	99 %	101 %
Océan Indien	484 224,00 €	484 224,00 €	100 %	100 %
Pays-de-la-Loire	2 301 917,00 €	2 303 159,50 €	100 %	142 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	2 252 500,00 €	2 252 500,00 €	100 %	96 %
<b>Total national</b>	<b>38 885 595,08</b>	<b>38 982 111,69</b>	<b>100,25 %</b>	<b>106 %</b>

## Les GEM (groupements d'entraide mutuelle)

### Chiffres clés 2018\* :

- En 2018, plus de 74 000 personnes ont fréquenté les GEM
- 505 GEM (+ 39 par rapport à 2017), avec au moins 1 GEM par département
- Publics : 74,3 % des GEM accueillent des personnes en souffrance psychique, 13,6 % des personnes cérébrolésées, 12,1 % un public mixte (ouvert à un public présentant des TSA)
- 36 M€ délégués aux ARS pour le financement des GEM

\* Données issues du bilan d'activité des GEM de l'année 2018, CNSA

Introduits par la loi n° 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 implantés sur le territoire.

L'année 2018 a été marquée d'une part, par la poursuite de la mise en œuvre de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021 et notamment son volet handicap psychique, qui positionne les GEM comme un axe prioritaire ; et d'autre part, par le lancement des travaux visant à ouvrir les GEM à un public avec autisme, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND. L'évolution du cahier des charges, intervenue en 2019, produira son effet à compter de cette année.

*On peut noter un écart entre les mesures déléguées aux ARS par la CNSA pour le déploiement des GEM, qui s'élèvent à 36 M€ et le montant des autorisations d'engagement 2018 qui s'élève à 38,9 M€. Cet écart peut venir de la volonté des ARS à soutenir ce dispositif en finançant les GEM avec d'autres mesures que l'enveloppe allouée par la CNSA pour sa mise en œuvre.*

L'ARS **Bourgogne Franche Comté**, a créé un GEM supplémentaire et a procédé à une revalorisation financière de certains GEM afin d'accompagner le développement de certaines activités. L'ARS rencontre cependant certaines difficultés liées à un maillage territorial partiel et au manque de transports en commun en milieu rural.

L'ARS **Occitanie** a procédé à la création de deux nouveaux GEM et à une revalorisation financière de la subvention de l'ensemble des GEM existants. L'ARS a en outre accordé des financements non pérennes afin de soutenir des actions de formation et d'analyse des pratiques ou encore de projets de réinsertion professionnelle d'adhérents.

## 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 le pivot de la filière gériatrique dans l'optimisation de la fluidité de ce parcours.

Dans les 16 régions qui disposent d'une EMG, **les ARS ont consommé 86,8 M€ pour le financement de 317 établissements de santé pour le fonctionnement de leur(s) équipe(s) mobile(s)** déclarées. Seule la Guyane ne dispose pas d'une EMG en 2018.

**Le financement des EMG progresse de 3 % par rapport à 2017 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 en réponse aux besoins des personnes âgées fragiles sur leurs lieux de vie (notamment l'évolution des réseaux gérontologiques, intégration de l'outil E-Ticss et mise à disposition de la ressource en EHPAD via la télémédecine.

Régions	Montants liquidés par les ARS en 2018	Évolution en % 2017-2018
Auvergne-Rhône-Alpes	16 354 006,0	0 %
Bourgogne Franche Comté	3 129 487,3	-4 %
Bretagne	3 928 630,0	0 %
Centre Val de Loire	1 691 472,0	-2 %
Corse	591 576,0	0 %
Grand Est	6 632 090,0	0 %
Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy	523 278,0	0 %
Ile-de-France	11 977 991	8 %
Martinique	301 425	0 %
Hauts de France	7 280 157	0 %
Normandie	3 696 373	16 %
Nouvelle-Aquitaine	11 715 693,58	10 %
Occitanie	7 046 618	-5 %
Océan Indien	1 561 122	0 %
Pays de la Loire	3 430 781	0 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 897 425	10 %
<b>Total</b>	<b>86 758 125 €</b>	<b>3 %</b>

Par rapport à 2017, 4 régions ont fait progresser le financement de leurs équipes mobiles dans le cadre de leurs travaux de manière substantielle tandis que 9 régions ont reconduit à l'identique leur financement.

Des ARS promeuvent les missions des EMG en extrahospitalier pour intervenir auprès des personnes âgées en EHPAD (**notamment Ile-de-France, Provence Alpes**

**Côte d'Azur**) afin de porter l'expertise gériatrique sur le lieu de vie des personnes. Ces actions anticipent la mesure de la feuille de route Grand Age et Autonomie annoncée par la Ministre des solidarités et de la santé en mai 2018 et la stratégie de transformation du système de santé qui vise à promouvoir l'expertise des EMG sur lieux de vie des personnes âgées (EHPAD et domicile).

Trois ARS (**Provence Alpes côte d'Azur, Bourgogne Franche Comté et Hauts-de-France**) ont financé des équipes mobiles en direction des personnes âgées alliant des compétences gériatrique et psychiatrique ou de géronto-psychiatrie. Ainsi en Hauts-de-France, 10 équipes mobiles de psychogériatrie interviennent en EHPAD et réalisent, en plus de leurs missions, des activités de prévention comme la formation à la prévention du risque suicidaire dans ces structures médico-sociales.

### L'action de l'ARS Île de France

Les Équipes Mobiles de gériatrie (EMG) représentent un dispositif indispensable dans le transfert de l'expertise gériatrique aux autres spécialités, aux SAU et aux EHPAD. Elles constituent le pivot de la filière gériatrique dans l'optimisation de la fluidité du chemin clinique de la personne âgée de plus de 75 ans fragile. La politique gérontologique régionale a affirmé l'importance de leur inscription dans un territoire de proximité (celui de la MAIA) et la nécessité du lien ville-hôpital et notamment en direction des EHPAD. L'enquête annuelle 2018 a permis de recenser 52 équipes en Île-de-France, 33 équipes interviennent auprès de patients au sein des structures hospitalières, 6 équipes adossées à des hôpitaux gériatriques assurent une prise en charge de résidents dans des EHPAD en convention avec l'équipe mobile, 13 équipes mobiles interviennent auprès de patients dans les structures hospitalières et en ville (structures médico-sociales). L'allocation des dotations relatives aux EMG a fait l'objet d'un redéploiement de crédits entre établissements et tient notamment compte de l'activité déclarée dans l'enquête du :

- Nombre de patients ayant bénéficié de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie ;
- Nombre de formations auprès des personnels de santé, ainsi que du nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire autour du patient.

Par ailleurs, l'Agence soutient les équipes mobiles gériatriques qui se mettent au service des EHPAD dans le cadre de la transversalité du parcours de la personne âgée. Ainsi, la prise en charge d'un patient en EHPAD est valorisée 50 % de plus qu'une prise en charge dans l'hôpital. En 2018 la dotation attribuée aux équipes mobile s'élève à 11,4 M€ soit une augmentation de 600 000 € pour augmenter le nombre d'équipes pouvant intervenir en EHPAD. Désormais quatre équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalière vont sortir vers les EHPAD ; pour ce faire, elles bénéficient d'une dotation d'amorçage de 150 000 €.

## Équipes mobiles de soins palliatifs adultes et pédiatriques

En 2018, près de 147 M€, soit une augmentation de l'ordre de 3 % par rapport à 2017, ont été mobilisés pour les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les équipes de ressources régionales et de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).

## Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), définies dans la circulaire DHOS/O2 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie 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, l'ensemble des régions dispose d'un financement FIR, en relative stabilité, pour les ELSA à hauteur de 54 688 724 m€ liquidés par les agences régionales de santé (ARS).

Le recensement issu du recueil d'activité PIRAMIG en 2019 pour l'activité 2018, fait état de 333 équipes de liaison et de soins en addictologie au niveau national. La circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie précise l'organisation hospitalière et conforte la place des ELSA dans leur rôle de liaison. La filière, constituée d'un ou plusieurs établissements de santé, comprend 3 niveaux (proximité, recours sur un territoire, recours régional). Leurs rôles et articulations sont précisés à travers les référentiels d'organisation des soins.

Le dispositif addictologique hospitalier est structuré en 3 niveaux gradués :

- Le niveau 1 correspondant à la proximité et réalisant des consultations, une activité de liaison et permettant un accès à des lits pour sevrages simples ;

**Tableau afférent aux montants FIR liquidés en 2018 par les ARS (évolution des crédits depuis 2017)**

Région	CP 2017	Autorisation d'engagement 2018	Différentiel 2018/2018	crédits de paiement 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	8 706 638 €	9 568 543 €	9 %	9 580 897 €
Bourgogne-Franche-Comté	1 912 261 €	2 039 223 €	6 %	2 039 223 €
Bretagne	3 619 394 €	3 619 394 €	0 %	3 619 394 €
Centre Val de Loire	1 901 242 €	1 747 798 €	-9 %	1 747 798 €
Corse	100 000 €	100 000 €	0 %	100 000 €
Grand Est	4 919 773 €	4 924 166 €	0 %	4 924 166 €
Guadeloupe	200 000 €	200 000 €	0 %	200 000 €
Guyane	400 000 €	400 000 €	0 %	400 000 €
Hauts de France	6 629 033 €	6 467 633 €	-2 %	6 467 633 €
Île de France	6 375 578 €	6 375 578 €	0 %	6 375 578 €
Martinique	468 107 €	468 107 €	0 %	468 107 €
Normandie	2 880 741 €	2 880 741 €	0 %	2 880 741 €
Nouvelle-Aquitaine	3 583 746 €	3 837 557 €	7 %	3 837 557 €
Océan indien	805 687 €	805 687 €	0 %	805 687 €
Occitanie	4 282 901 €	4 431 701 €	3 %	4 431 701 €
Pays de la Loire	2 763 695 €	2 633 695 €	-5 %	2 633 695 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 315 783 €	4 176 548 €	-3 %	4 176 548 €
<b>Total</b>	<b>53 864 579 €</b>	<b>54 676 371 €</b>	<b>2 %</b>	<b>54 688 724 €</b>

- Le niveau 2 comprend en plus de la proximité, une unité d'hospitalisation et/ou d'hôpital de jour (HDJ) permettant la réalisation de bilans, sevrages ou soins complexes;
- Le niveau 3 correspond au niveau d'expertise régionale assurant la recherche en plus du niveau 2.

Les ELSA sont constitutives de ces 3 niveaux. Les données issues de PIRAMIG font état de :

- 154 ELSA appartenant au niveau I soit 57 %;
- 90 appartenant au niveau II soit 33 %;
- 27 appartenant au Niveau III soit 10 %.

Leurs principales missions sont les suivantes :

- intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes. Ainsi, près de 45 % des ELSA interviennent aux urgences tous les jours. Des protocoles sont mis en place pour faciliter leur intervention. Elles interviennent aussi dans les services de maternité (80 % d'entre elles) : Certaines ELSA passent systématiquement au sein de la maternité tout en intervenant à la demande (même principe que pour les urgences);
- former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologique 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 (diffusion d'outils d'aide au repérage et à la prescription, RPIB...). Près de 75 % des ELSA déclarent réaliser des séances de formation pour les personnels de leur établissement de santé. Environ la moitié réalise des séances pour les professionnels d'autres établissements;
- développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi. Les ELSA ont majoritairement des conventions ou des protocoles avec leurs partenaires qu'ils soient médico-sociaux ou professionnels de ville. C'est le parcours des patients qui est mis en avant : mise en place de protocoles communs et de formations (objectif de culture commune), mutualisation des temps médicaux / recrutement partagé, couverture territoriale et partenariat notamment avec les CSAPA, structuration de l'offre hospitalière addictologique...). Certaines équipes font part de quelques projets spécifiques sur les jeunes, les patients dits complexes, les femmes enceintes, la prise en charge de la précarité, mais aussi le développement de pratiques innovantes, la télémédecine, la prévention.

En 2018, les équipes de liaison et de soins en addictologie se sont vu notifier des crédits à hauteur de 54 688 724 € (en augmentation de 2 % par rapport à 2017).

Il ressort de l'analyse des données issues de PIRAMIG que les équipes sont de petite taille (en moyenne 3 ETP par ELSA). La somme totale des effectifs est de 739,49 ETP pour les 233 ELSA ayant renseigné la totalité des données de la partie relative aux moyens.

La répartition des effectifs est la suivante :

- Près de 55 % sont des personnels des services de soins;
- 23,40 % sont des personnels médicaux;
- 13 % sont de personnels administratifs (majoritairement secrétariat);
- Moins de 7 % de personnels sont des personnels éducatifs et sociaux.

Les ELSA en 2018 ont une file active totale de 180 268 personnes différentes vues au moins une fois dans l'année (contre 121 053 en 2017) soit 662 personnes en moyenne par ELSA.

## Les médecins correspondants du 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 service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale du service d'aide médicale urgente (SAMU), dans des territoires identifiés où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Le guide sur le déploiement des MCS publié par la DGOS en juillet 2013, a permis d'accompagner les acteurs locaux quant à la mise en place du dispositif.

Régions	Coût total MCS 2018	Coût total MCS 2017
Auvergne-Rhône-Alpes	3 221 381 €	3 315 038 €
Bourgogne-Franche Comté	197 137 €	64 500 €
Bretagne	13 560 €	59 932 €
Centre Val-de-Loire	64 500 €	111 500 €
Corse	381 588 €	207 900 €
Grand Est	311 894 €	319 272 €
Guadeloupe-St Martin-St Barthélemy	100 000 €	100 000 €
Guyane	124 867 €	124 867 €
Hauts de France	35 000 €	35 000 €
Nouvelle Aquitaine	233 605 €	91 161 €
Occitanie	869 327 €	778 541 €
Océan Indien	0* €	0* €
Pays de la Loire	372 051 €	306 792 €
Provence-Alpes-Côte d'azur	530 000 €	516 500 €
France métropolitaine	6 230 044 €	5 486 865 €
France entière	6 454 911 €	6 031 004 €

Source : balance comptable CNAMTS

\* Sur Mayotte, les MCS sont des praticiens titulaires ou contractuels salariés du CHM intervenant dans le cadre de leur temps de travail dans les dispensaires et centres de référence des deux îles.

À ce jour, ce dispositif est bien connu des ARS. Son intérêt est partagé par les différents acteurs impliqués. Les dépenses consacrées aux MCS continuent à augmenter, preuve du dynamisme du dispositif. Les ARS investissent dans la formation des MCS et s'engagent pour promouvoir le dispositif et le faire connaître, notamment auprès des médecins libéraux, en cabinet individuel ou de groupe. Pour autant, son déploiement sur les territoires reste inégal, ce qui s'explique par la typologie des régions, leurs ressources variables en médecins, mais aussi par le modèle de dispositif développé. En particulier, outre l'accompagnement financier, on constate que d'autres éléments peuvent contribuer à faciliter l'exercice des MCS et donc à consolider le dispositif. C'est ainsi qu'en région Occitanie, le financement des MCS va au-delà du financement de la formation, du matériel et des interventions, mais englobe aussi la maintenance des équipements, la coordination des activités et le soutien logistique.

En 2017, 571 médecins correspondants du SAMU ont réalisé 6754 interventions, dans la continuité de 2017 (7616 interventions). Ce total masque des évolutions différenciées selon les régions avec des territoires où le nombre d'interventions ou de MCS est en constante augmentation (Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Corse), tandis que sur d'autres l'intérêt pour l'exercice MCS semble s'essouffler.

L'expérimentation du dispositif à de nouveaux professionnels, notamment les infirmiers, se poursuit en Grand-Est. D'autres régions s'organisent pour faire de même.

## Carences ambulancières

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

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

En application de cet arrêté du 30 novembre 2006 révisé, le montant national d'indemnisation des interventions des SDIS en cas de carences des transporteurs sanitaires privés était fixé à 119 euros en 2017.

Les établissements de santé siège d'un SAMU se voient déléguer les crédits correspondant au financement des interventions des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) en cas d'indisponibilité ambulancière. Le calibrage du nombre d'indisponibilités ambulancières devant être indemnisées est réalisé à partir des déclarations des établissements dans le cadre de la SAE. Il convient à cet égard de rappeler que les prévisions nationales de dotations de crédits sur cette ligne budgétaire sont conditionnées à la qualité des déclarations des carences par les établissements dans la SAE. 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. Le montant de dépenses au titre des carences ambulancières constatées en 2017 et payées en 2018 s'élève ainsi à 32,4 millions d'euros (le taux d'évolution entre 2017 et 2018 est de +11,1 %). Il convient de signaler une erreur dans les éléments indiqués dans le rapport national FIR de l'année 2017. Contrairement à ce qui est mentionné, le montant total des dépenses au titre des carences ambulancières constatées en 2016 et payées en 2017 s'élevait à 29,2 millions d'euros et non 26,9 millions d'euros.

Les expérimentations autorisées en 2016 et 2017 dans sept départements pilotes par le Ministère des solidarités et de la santé en application de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2011 ont permis de tester de nouvelles règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents. Ces résultats sont exploités dans le cadre des travaux en cours sur les transports sanitaires urgents. Un des objectifs

de cette réforme qui sera déployée en région en 2020 est la réduction du nombre des carences, afin de faire baisser la pression opérationnelle pesant sur les services d'incendie et de secours. Dès à présent, la généralisation de la fonction de coordination ambulancière permettant d'améliorer la réponse aux demandes de transport sanitaire urgent des SAMU est en cours, grâce à une délégation de crédits en 2019 de 2,8 millions d'euros, qui sera portée à 4,8 millions d'euros en 2020.

## **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. 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.

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

En 2018, ces actions ont mobilisé, comme en 2017, 0,2 M€. Martinique et Guadeloupe sont membres de l'organisation des États de la Caraïbe Orientale (OEEO); les ARS concernées participent notamment à sa commission santé qui coordonne les initiatives de santé au sein des pays membres (réseau de surveillance, amélioration de l'accès aux produits de santé, coopération en matière de règlement sanitaire international etc.). Les ARS de Guadeloupe, Guyane et Martinique participent dorénavant également à l'Agence Caraïbe de Santé Publique (CARPHA), pour développer les coopérations en matière de données épidémiologiques et études sanitaires, alertes et gestion des réponses aux crises sanitaires, formations des professionnels de santé et filières de prise en charge de patients/parcours.

En Guyane et à Mayotte, une mission de coopération sanitaire et de circulation transfrontalière avec respectivement le Surinam et les Comores a été confiée en avril 2018 à Mme Voynet et M. Renouf; elle doit donner lieu à des accords-cadres notamment pour la mise à disposition de personnel, le développement de la télémédecine, l'élaboration des filières de prise en charge et des modalités de circulation des patients.

# Mission 3

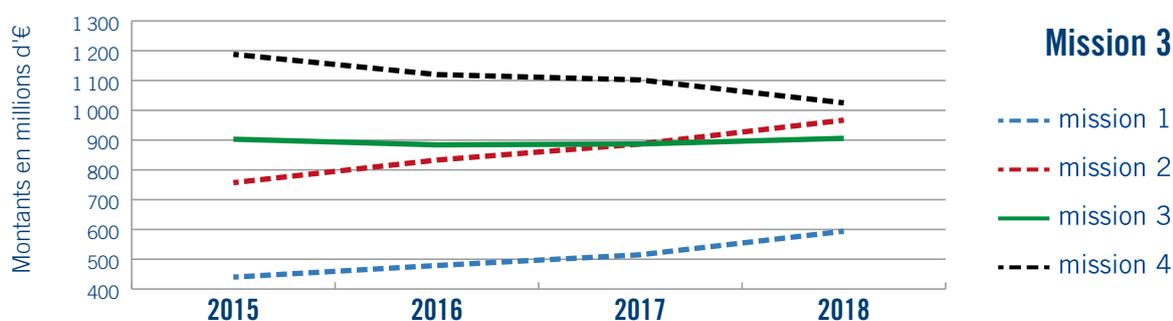
## Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire

Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2018 ont concerné :

- Des rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 du code de la santé publique 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. 6112-2, 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).

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, connaissent une stabilisation en 2017 et 2018. Les dépenses en faveur d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé progressent fortement en 2018.



En 2018, 905 571 255 € en AE et 902 340 178 € en CP ont été comptabilisés au titre de cette mission.

Mission n°3	Crédits comptabilisés (en €)				
	2015	2016	2017	2018 (AE)	2018 (CP)
Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins	167 053 986	153 477 670	164 989 683	152 730 616	152 148 130
Permanence des soins en établissement de santé	721 967 783	700 458 152	698 528 054	716 927 390	715 731 578
Meilleure répartition géographique des professionnels de santé	13 984 949	13 457 677	13 919 766	21 752 495	21 064 561
Autres	0	16 189 672	9 281 316	14 160 753	13 395 908
<b>Total national</b>	<b>903 006 718</b>	<b>883 583 171</b>	<b>886 718 819</b>	<b>905 571 255</b>	<b>902 340 178</b>

## La permanence des soins

### – La permanence des soins ambulatoires (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 2018, les dépenses FIR relatives à la PDSA s'élèvent à 164,88 M€ en CP** (165,2 M€ en AE), soit environ le même montant qu'en 2017 (165 M€). Pour rappel, entre 2017 et 2016 ces crédits avaient augmenté de 7,5 % après avoir diminué de 8 % entre 2016 et 2015.

Ce montant comprend les rémunérations forfaitaires d'astreinte et de régulation des médecins participant à la PDSA à hauteur de 139,2 M€ ainsi que des actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA à hauteur de 28,5 M€.

Il s'agit notamment, de mesures de soutien de la PDSA dans lesquelles entrent les charges relatives aux associations de régulation libérale (8,5 M€), de l'organisation de la garde en kinésithérapie respiratoire (1,8 M€) et des maisons médicales de garde (12,7 M€ pour 260 MMG, soit en moyenne 47,9 K€ par structure). Quatre ARS indiquent par ailleurs financer de manière expérimentale la présence de régulateurs médicaux libéraux en journée dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU Centre 15 (5,2 M€).

**Selon les données de l'assurance maladie, le coût total de la PDSA<sup>4</sup> 20185, est de 403 M€** dont 139,2 M€ pour les forfaits d'astreintes et de régulation et 263,6 M€ pour le remboursement des actes (en 2017, ces montants étaient

respectivement de 385,4 M€, 136,7 M€ et 248,7 M€) soit une augmentation globale de 4,6 %, de 1,8 % pour les forfaits et de 6 % pour le remboursement des actes.

En 2018, 6 millions d'actes ont été réalisés aux horaires de PDSA contre 5,7 en 2017, soit une augmentation d'environ 5 % (1,8 % d'augmentation entre 2016 et 2017). La part de ces actes ayant fait l'objet d'une régulation préalable par les médecins régulateurs atteint 73 % soit une augmentation de 1 % par rapport à 2017.

### – La Permanence des Soins en Établissements de Santé (PDSSES)

Premier poste de dépenses au sein de la mission 3, la PDSSES 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 PDSSES 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 et une nouvelle organisation cible de PDSSES a ainsi été définie en 2018 pour chaque région dans le cadre des nouveaux Projets Régionaux de Santé (PRS). Ainsi, sur la base d'un diagnostic identifiant les besoins de santé de la population, ce schéma fixe l'organisation de la PDSSES via :

- La détermination du nombre d'implantations par activité et par spécialités (celles relatives à la PDSSES 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 différent(s) zonage(s) du 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 PDSSES 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.

4 Forfaits financés sur le FIR et actes financés sur l'enveloppe ville de l'assurance maladie, à l'exception des Pays de la Loire.  
5 Actes 2018 = montants correspondant à 2018 liquidés jusqu'à fin mai 2019.

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.

### Les principales évolutions de la PDSSES en 2018

Au cours de l'année 2018, les régions ont procédé à la définition de nouvelles organisations de PDSSES. L'enjeu était d'harmoniser les pratiques à l'échelle régionale à la suite de la réforme territoriale mais aussi de réfléchir à de nouvelles organisations.

Les effets de ces nouvelles organisations devraient intervenir en 2019, date d'effet de la plupart des PRS. En 2018, le montant de la PDSSES s'est élevé à **703,0 M€**, soit une hausse de 4,5 M€ par rapport à 2017.

### – Améliorations de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire

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

La dotation du FIR « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie » finance, pour les patients atteints de cancer, le dispositif d'annonce, les soins de support, ainsi que la participation des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie au sein des établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.

En 2018, le montant total consacré par les régions au titre de ces missions s'est élevé à **88,5 M€**.

Pour l'année 2018, on observe, suite à la réforme territoriale, la poursuite des fusions des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), acteurs majeurs de la coordination des actions de qualité transversale en cancérologie en lien avec les centres de coordination en cancérologie (3C).

#### Les évolutions liées à la réforme territoriale

Ainsi, en décembre 2018, les réseaux ONCOLOR en Lorraine, ONCOCHA en Champagne-Ardenne et CAROL en Alsace ont fusionné pour créer le Réseau Régional de Cancérologie du Grand Est (RRCGE).

Au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes, la fusion des RRC des deux ex-régions pour former le RRC AURA a constitué un projet conséquent au regard des enjeux de coordination pour les acteurs régionaux en cancérologie.

On observe également ces mouvements en Normandie où la fusion des deux réseaux existants est en cours, ou encore en région Occitanie, qui dispose désormais d'un seul RRC depuis début 2018 (réseau Onco-Occitanie) et qui mène un travail d'harmonisation entre les deux ex-régions des modalités de rémunération des médecins libéraux pour leur participation aux RCP de cancérologie.

Par ailleurs, certaines ARS ont mis en place des actions visant à renforcer l'offre de soins de support en cancérologie.

#### Les nouvelles actions soutenues

En région Hauts-de-France, une Structure Douleur Chronique (SDC) en cancérologie a été labellisée au Centre régional de lutte contre le cancer Oscar Lambret, et une réorganisation du dispositif Espaces Ressources Cancers (ERC), structures dédiées à la coordination des soins de support en ville et proposant des consultations et prestations de soins de support aux patients atteints de cancer, a été lancée.

En Martinique, l'ARS a financé une maison de soins oncologiques de support, nommée « Le Nid » et axée plus spécifiquement sur les prises en charge des femmes atteintes de cancer.

#### Les centres périnataux de proximité

Un centre périnatal de proximité (CPP) peut être créé suite à la fermeture d'un service de gynéco-obstétrique, dans l'objectif de maintenir en proximité une offre de soins pour le suivi prénatal et postnatal. Son existence est prévue par l'article R.6123-50 du code de la santé publique. Le CPP est animé par des sages-femmes et au moins un gynécologue-obstétricien. Cet effectif est parfois complété par un psychologue ou un diététicien. Certains CPP proposent également des consultations pédiatriques.

Parallèlement aux cours de préparation à l'accouchement, des CPP ont aussi développé une offre d'ateliers destinés aux jeunes parents (soutien à l'allaitement, portage...), en partenariat avec les services de PMI. Enfin, le CPP assure la continuité des prises en charge par une gestion du dossier médical des patientes et le transfert de celui-ci vers la maternité d'accouchement.

Les ARS ont financé les centres périnataux de proximité à hauteur de **21,3 M€** en 2018, soit une augmentation de 2 % de l'enveloppe par rapport à 2017. En 2018, on compte désormais 105 CPP bénéficiant d'un financement dans le cadre du FIR, soit 8 CPP de plus qu'en 2017. Ces structures sont réparties dans 15 régions.

### La création d'un CPP au Centre Hospitalier de Decazeville en Occitanie

À la suite de la fermeture de la maternité du CH de Decazeville, un CPP a ouvert le 2 janvier 2018 pour maintenir la prise en charge des parturientes en pré et post-partum et ainsi accompagner cette évolution de l'offre de soins de l'établissement. Ce CPP permet une prise en charge complète de la femme en anténatal (gynécologie, orthogénie, suivi prénatal) et en post natal (suivi post-partum, consultations de pédiatrie) afin de répondre aux besoins de la population sur le territoire du Nord-Aveyron.

### L'expérimentation de « maisons de naissance »

Le décret du 30 juillet 2015 a fixé les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Les maisons de naissance sont des structures au sein desquelles des sages-femmes assurent la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, la préparation à la naissance et à la parentalité définie par les recommandations de la Haute Autorité de santé, l'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant.

La maison de naissance n'a pas vocation à assurer l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés ou la prise en charge des urgences obstétricales (au sens de la permanence d'accueil). Elle dispose d'un accès direct avec la structure de gynécologie-obstétrique de l'établissement de santé partenaire, permettant d'assurer, dans des conditions compatibles avec l'urgence, le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés.

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

En 2018, 8 maisons de naissance sont ouvertes. Il s'agit des maisons de naissance de : l'association CALM à Paris (Région Île-de-France), « Doumaïa » à Castres (Région Occitanie), l'association « La Maison » à Grenoble et l'association Premières Heures au monde à Bourgoin-Jallieu (Région Auvergne-Rhône-Alpes), l'association MANALA à Sélestat et l'association « Un Nid pour naître » à Nancy (Grand-Est), l'association « Le Temps de naître » à Baie-Mahault (Région Guadeloupe) et l'association « Joie de naître » à Saint-Paul (Région Océan Indien). En 2018, le montant délégué au titre des maisons de naissance s'élève à **1,4 M€** soit une augmentation de 11 % qui s'explique par le fait que les structures fonctionnent à présent en année pleine.

### La maison de naissance « Doumaïa » en Occitanie

Faisant suite à l'appel à projet national, la maison de naissance « Doumaïa » sur Castres, adossée au centre hospitalier a connu sa première année complète de fonctionnement en 2018 après son ouverture effective le 10 mars 2017. L'activité s'est stabilisée en 2018 avec 32 accouchements réalisés.

### Les Centres Régionaux de Dépistage Néonatal

Le dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale constitue un programme de santé national. Ce dépistage a pour objectif la prévention secondaire de maladies à forte morbi-mortalité, dont les manifestations et complications surviennent dès les premiers jours ou les premières semaines de vie et peuvent être prévenues ou minimisées par un traitement adapté si ce dernier est débuté très précocement (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose et mucoviscidose). Les examens de biologie médicale du programme de dépistage néonatal sont réalisés sur un échantillon de sang total prélevé sur buvard au plus tôt 48 heures après la naissance, au mieux à 72 heures. La réalisation du dépistage néonatal est proposée à titre gratuit pour tous les nouveau-nés.

À compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, le financement du dépistage néonatal, assuré intégralement jusqu'en 2017 par la CNAMTS via le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) a été transféré dans le FIR, afin de permettre le fonctionnement des Centres Régionaux de Dépistage Néonatal (CRDN) institués dans le cadre de la réorganisation (instruction N° DGS/SP5/DGOS/R3/2017/155 du 5 mai 2017 relative à la réorganisation du dépistage néonatal hors surdité et aux modalités de désignation par les ARS d'un centre régional de dépistage néonatal au sein d'un établissement de santé). Ce dispositif a fait l'objet d'un appel à projets des ARS sur la base du cahier des charges national. Les enjeux de ce transfert étaient de veiller à la continuité, à l'égalité et l'exhaustivité de ces dépistages, améliorer la qualité des examens et assurer la mise en œuvre d'organisations efficaces. Il est prévu à terme d'augmenter le nombre de maladies faisant l'objet d'un dépistage auprès des nouveau-nés.

Le montant des crédits alloués pour ce dispositif s'est élevé à **6,1 M€** en 2018 pour une douzaine de centres désignés pour exercer leurs missions.

## La mise en place du CRDN en Occitanie

Le dépistage néonatal (hors surdité) historiquement pris en charge par les associations régionales ARDMP pour l'ex-Midi-Pyrénées et GREPAM pour l'ex-Languedoc-Roussillon a été confié à compter du 1 r mars 2018 au Centre Régional de Dépistage Néonatal (CRDN) positionné au CHU de Toulouse. Après une période de mise en place progressive, le CRDN est pleinement opérationnel depuis le 1 r août 2018 et s'organise autour de 2 pôles, l'un au CHU de Toulouse et l'autre au CHU de Montpellier. Il s'appuie également sur le CRDN de Provence-Alpes-Côte-D'azur pour le dépistage de la drépanocytose et centralise, sur le site de Montpellier, le dépistage de la mucoviscidose pour le compte des 2 régions : Occitanie et Provence-Alpes-Côte-D'azur.

## L'exercice coordonné en centres et maisons de santé

« Ma Santé 2022 » a fixé pour objectif le doublement des structures d'exercice coordonné -SEC- (centres et maisons de santé), soit 1 000 maisons et 350 centres de santé pluri professionnels supplémentaires d'ici   2022.

Le nombre de maisons de santé pluri professionnelles en décembre 2018 s'élevait à 1 240 maisons ouvertes (et environ 440 en projet). Il s'agit donc d'une augmentation de 240 MSP sur les 1 000 à ouvrir ce qui représente 24 % de l'objectif à atteindre.

  la même date, on comptait 405 centres de centres de santé pluri professionnels (c'est-à-dire comportant des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux), soit une augmentation de 55 centres sur les 350 à ouvrir, ce qui représente 16 % de l'objectif à atteindre. Le nombre de centres de santé toutes catégories confondues (centres médicaux, centres pluri professionnels, centres de santé infirmiers et centres de santé dentaires) s'élevait, selon le répertoire FINISS à 2189 structures.

Tableau I : Montants des aides via le FIR, par type de structure

	MSP				Centres de santé		Autres actions
	MSP monosites		MSP multisites		en projet	ouverts	
	en projet	ouverts	en projet	ouverts			
Nb de structures	116	197	16	63	5	55	12
Nb total de structures	313		79		60		
Nb de SEC et autres actions	452						
Montants versés	4 028 615	5 664 525	272 224	1 329 112	331 245	2 538 702	
Sous total	9 693 140		1 601 336		2 869 947		
<b>Montant total</b>	<b>11 294 476</b>				<b>2 869 947</b>		
<b>Montant total</b>	<b>14 164 423</b>						<b>1 439 592</b>
<b>Montant total</b>	<b>15 604 014</b>						

Tableau II : Montants comparatifs des financements via le FIR, depuis 2013

	Nombre de SEC financées	Montants accordés aux SEC	Montants accordés pour les autres actions	Total
2013	262	7 868 111 à (30 855 à/site)	1 224 283 à	9 092 394 à
2014	354	10 926 773 à (30 866 à/site)	2 277 694 à	13 143 466 à
2015	302	7 151 579 à (23 680 à/site)	2 987 783 à	10 139 362 à
2016	357	8 408 866 à (23 554 à/site)	1 193 008 à	9 601 869 à
2017	350	8 938 918 à (24 994 à/site)	190 837 à	9 129 755 à
2018	452	14 164 423 à (31 337 à/site)	1 439 592 à	15 604 014 �
<b>diminution/augmentation (%) entre 2018 et 2017</b>	<b>+ 29,14 %</b>	<b>+ 25,38 %</b>	<b>+ 65,4 % (et 20,67 % par rapport à 2016)</b>	<b>+ 70,91 %</b>

On recense, fin 2018, 1645 structures d'exercice coordonné pluri professionnelles ce qui représente une augmentation substantielle (près de 22 %) par rapport aux 1350 structures enregistrées en décembre 2017 d'après les observatoires des centres et maisons de santé.

### **Une augmentation substantielle du nombre de structures soutenues et des montants alloués**

Après un léger infléchissement du soutien des ARS observé en 2017, l'année 2018 est marquée par un soutien financier jamais égalé depuis 2013 : 15604014 € contre 8938919 € en 2017, ce qui représente une augmentation de plus de 74 %. Le nombre de SEC soutenues financièrement par le FIR est passé de 350 à 452, soit une augmentation de plus de 29 % du montant alloué, pour un montant de 14 164 423 € au lieu de 8 748 082 €, soit une augmentation de près de 62 %. La moyenne des montants accordés par structure n'a jamais été aussi élevée avec 31 337 €, soit une augmentation de plus de 25 % par rapport à 2017. Il est intéressant de noter le montant particulièrement élevé des financements de l'ARS Ile-de-France qui passent de 1 482 144 € en 2017 pour 46 structures (32 220 € en moyenne par site) à 5 988 282 € en 2018, dont 271 730 euros attribués à des fédérations. Le solde est partagé entre 44 MSP pour 4 243 050 € (soit une moyenne de 71 289 € par site) et 35 centres de santé (7 fois plus qu'en 2017) pour 1 473 502 € (soit une moyenne de 42 100 € par site).

Concernant les montants « autres actions », il s'agit des montants attribués aux partenaires des ARS qui contribuent au développement des structures des centres et des maisons de santé. Comme pour les années passées ces partenaires demeurent, dans la plupart des cas, les fédérations des maisons et centres de santé ainsi que les URPS.

### **La grande majorité des SEC soutenues par le FIR sont situées en zones caractérisées par une insuffisance de l'offre**

Parmi les structures financées, 247 sont en zone urbaine (191 MSP et 56 centres de santé) et 205 (202 MSP et 3 centres de santé) sont en zone rurale. Le nombre de MSP soutenues est donc à peu près équivalent en zone urbaine et en zone rurale. Par ailleurs, 33 des 191 MSP en zone

urbaine (soit 17 %) sont en QPV et que, sur les 56 centres de santé en zone urbaine, 11 (soit 20 %) sont en QPV. Le tableau ci-dessous montre également que 300 SEC sur les 452 soutenues financièrement sont situées en zone « sous-dense », soit plus de 66 % (65 % de MSP et 70 % de centres de santé) des structures accompagnées financièrement. Cette proportion est en augmentation constante : elle était de 45 % en 2016, 53 % en 2017. L'accompagnement des ARS est donc de plus en plus concentré sur les zones qui connaissent des difficultés de démographie médicale. Parmi les SEC financées en zone « sous-dense », 258 (86 %) sont des MSP et 42 (soit 14 %) sont des centres de santé.

À noter de surcroît que parmi les SEC en zone sous-dense financées par le FIR, 143 (dont 3 centres de santé), soit 48 %, sont en zone rurale. Cette proportion ne cesse de décroître depuis 2014 (75 % en 2014, 70 % en 2015, 61 % en 2016, 52 % en 2017) au point, cette année de représenter, pour la première fois, moins de la moitié des SEC soutenues financièrement.

Au regard des montants attribués à ces SEC, ils représentent plus de 76 % (10 770 840 €) du montant total attribués à l'ensemble des SEC (14 164 423 €) alors qu'en 2017 la proportion était de moins de 50 %. La part attribuée aux MSP dans ces zones (8 778 840 €) représente plus de 69 % du montant attribué à l'ensemble des MSP (11 294 476 €), tandis que le montant attribué aux centres de santé (2 069 955 €) représente plus de 72 % du montant attribué à l'ensemble des centres de santé (2 869 947 €).

La stratégie des ARS s'affiche ainsi clairement : elles entendent soutenir préférentiellement les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre, indépendamment de leur implantation urbaine ou rurale.

### **Le soutien financier de l'aide au démarrage prend le pas sur l'aide au fonctionnement**

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

On observe un nombre plus important de structures ayant bénéficié d'une aide au titre des études de faisabilité depuis l'année dernière : 61 structures en 2018 au lieu de 42 en 2017 (une augmentation de plus de 45 %) ; parmi les 19 structures supplémentaires on compte 8 centres de santé alors qu'il n'y en avait aucun précédemment.

**Tableau III : Implantation géographique des SEC**

Type de structures	MSP				Centres de santé	
	MSP monosites		MSP multisites		en projet	ouverts
	en projet	ouvertes	en projet	ouvertes		
Nb de structures implantées en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre	74	139	7	38	4	38
	213		45		42	
	<b>300</b>					
Financement versé	3 545 291 €	4 195 730 €	177 264	852 555	321 645	1 748 210
	7 741 021		1 029 819		2 069 955	
	8 770 840				2 069 955	
	<b>10 840 695</b>					

En revanche, le montant alloué au titre de ces études (-770 182 €) demeure assez faible et, **même s'il a globalement augmenté, il a diminué, rapporté par projet : 12 422 € par projet au lieu de 16 266 € l'an dernier.**

#### Les financements au titre de l'aide au démarrage

Il convient de souligner que, par convention, l'aide au démarrage s'entend ici de tout financement attribué pendant la période se situant entre les études de faisabilité et la première année de fonctionnement. Il peut s'agir de l'accompagnement sur les aspects juridiques (pour se constituer en SISA), d'une aide à l'élaboration du projet de santé et également à la mise en œuvre de ce projet, de l'acquisition d'équipement favorisant la coordination (du SI, le cas échéant) ou encore, pour un nombre croissant de cas, de l'aide à la coordination pour valoriser le travail des professionnels pour créer leur MSP et réaliser des protocoles.

Jusqu'à cette année, l'aide au fonctionnement a toujours été plus importante que celle accordée pendant la période de démarrage. Alors que l'an passé, l'aide au fonctionnement (5 505 851 €) était plus de deux fois plus importante que l'aide au démarrage (2 745 874 €), désormais, le montant de l'aide au démarrage (7 558 973 €) est significativement plus important (près de 30 %) que celui de l'aide au fonctionnement (5 835 268 €). Dans la mesure où les dépenses de fonctionnement bénéficient de soutiens au titre de l'accord conventionnel interprofessionnel (pour les MSP) et de l'accord national (pour les centres de santé), on ne peut que se satisfaire de l'effort des ARS visant à la création de structures d'exercice coordonné « solides » dès leur démarrage. Les bénéficiaires de ces aides sont majoritairement des maisons de santé : sur les 174 structures bénéficiaires de cette aide, 162 (93 %) sont des MSP et seuls 12 des centres de santé. De façon traditionnelle, on observe en effet que les gestionnaires de centres de santé sollicitent beaucoup moins les ARS avant la création de leur centre : il est par exemple encore rare qu'un centre demande l'appui de l'ARS pour l'élaboration de son projet de santé.

#### Les financements au titre de l'aide au fonctionnement

Le montant de l'aide au fonctionnement des structures (hors aide au financement des « partenaires ») -5 835 268 € - est légèrement supérieur (près de 10 %) à celui 2017 -5 319 014 €-. On constate toutefois que le nombre de structures bénéficiaires est passé de 181 à 229 (soit + 26 %) et que si cette augmentation porte sur les MSP (30 MSP supplémentaires, soit moins de 20 %), elle porte beaucoup sur les centres de santé : 43 centres ont été financés, soit 18 de plus que l'an passé (soit une augmentation de près de 42 %).

On note des aides au fonctionnement d'un montant important par structures en Île de France. Ainsi, pour trois centres de santé (deux en Seine-Saint-Denis et un en Seine-et-Marne), les montants d'aide vont de 160 000 € à 200 000 € et contribuent, notamment, à la rénovation immobilière des locaux.

Comme pour l'aide au démarrage les financements en cours de fonctionnement peuvent porter, notamment, sur l'acquisition d'équipement collectif ou du SI, sur l'accompagnement de la mise en œuvre du SI dans la structure, sur la constitution de la MSP en SISA (aujourd'hui encore environ 35 % des structures ne sont pas constituées en SISA ce qui leur interdit de prétendre aux rémunérations prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel).

Avec la généralisation du dispositif des formateurs-relais de coordonnateurs de MSP mis en place en partenariat avec l'EHESP, la plupart des régions ont également financé cette formation.

Enfin, il convient de préciser que, parmi les 218 structures adhérentes à l'accord national ou à l'ACI (qui l'un et l'autre rémunèrent des activités de fonctionnement), 165 d'entre elles perçoivent, de surcroît des aides au fonctionnement par l'ARS pour un montant de 4 094 184 € dont 1 448 800 € pour les centres de santé.

## Le recours à des intervenants tiers de plus en plus fréquent

Comme par le passé la majorité des ARS continue de sélectionner les projets de MSP dans le cadre d'un comité de sélection. Au-delà de cette étape, elles s'efforcent d'accompagner les structures non seulement en leur versant directement des aides financières comme indiqué plus haut mais également :

- en sollicitant l'intervention de différents acteurs de terrain (délégations territoriales, fédérations régionales - ou groupement régional des centres de santé - URPS, conseil régional, MSA...) qui, selon les circonstances, fera ou non l'objet d'un financement via le FIR. À cet égard on note la présence de plus en plus prégnante des fédérations régionales, sollicitées pour des actions très diverses allant de la communication (forum/journées régionales) à l'intervention de facilitateurs en passant par leur formation ;
- en finançant des pôles chargés au niveau du territoire de soutenir les professionnels de santé à gérer des situations complexes.

Comme en 2014, il convient de souligner les ARS utilisent 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.

L'ensemble de ces mesures contribue sans nul doute à l'essor que connaît l'exercice coordonné en ville.

**Objet principal des financements alloués au titre du FIR en 2018**

	Objet du financement	MSP		Centres de santé		Total	
		Nb de MSP	Montant versé	Nb de CdS	Montant versé	Nb	Montant versé
Étude de faisabilité ou opportunité (EFO)	Étude de faisabilité ou opportunité	53	652933	8	117249	61	770182
	Sous-total EFO	53	652933	8	117249	61	770182
Aide au démarrage (AAD)	AAD: Ingénierie/ accompagnement	21	1665680	0	0	21	1665680
	AAD: Élaboration / mise en œuvre du projet de santé	99	2044596	0	0	99	2044596
	AAD: Autre*	42	2962289	12	886408	54	3050937
	Sous-total AAD	162	6672565	12	886408	174	7558973
Aide au fonctionnement (AAF)	AAF : Accompagnement	28	281528	3	135000	31	416528
	AAF : Accompagnement et autre**	44	1150461	3	400000	47	1550461
	AAF : Coordination	18	218483	1	76200	19	294683
	AAF : Coordination et autre**	29	914605	6	245390	35	1159995
	AAF : équipement	0	0	0	0	0	0
	AAF : équipement et autre**	20	306647	1	4282	21	310929
	AAF : SI	33	599	17	171447	50	770984
	AAF : SI et autre**	0	0	0	0	0	0
	AAF : personnel administratif	0	0	1	9375	1	9375
	AAF : personnel administratif et autre**	0	0	0	0	0	0
	AAF : Autre***	14	497717	11	824596	25	1322313
	Sous total AAF	186	3370040	43	1866290	229	5835268
			<b>8898929</b>		<b>2869947</b>		<b>14164423</b>

autre \* = tout financement versé entre l'étude de faisabilité et jusqu'à la première année de fonctionnement entre qui n'est pas ingénierie, accompagnement, élaboration et mise en œuvre du projet de santé

autre\*\* : tout financement de fonctionnement autre qui peut être de l'accompagnement, de la coordination, de l'équipement, du SI, du personnel administratif

autre\*\*\* : tout financement de fonctionnement autre qui n'est ni de l'accompagnement, ni de la coordination, ni de l'équipement, ni du SI, ni du personnel administratif

# Mission 4

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

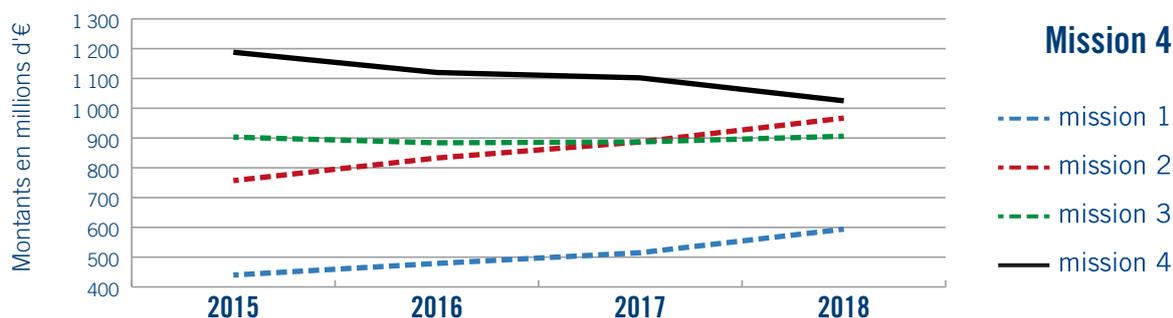
Les actions financées par le FIR au titre de cette mission en 2018 ont concerné :

- Les opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements ;
- Les frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires ;
- Les 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 ;
- Les 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 les responsables des structures et les organisations syndicales représentatives ;
- Les 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 ;
- Les appels à projets « Clusters sociaux QVT » visant à renforcer la dynamique initiée en matière

d'amélioration du bien-être des personnels, de la qualité des soins et de la performance des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

- Les aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des structures engagées dans des opérations de modernisation et de restructuration. La liste et les conditions de versement de ces mesures sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- Des actions en faveur de l'efficience des structures médico-sociales. Concernant les opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration, celles-ci peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans les conditions et dans la limite d'un montant fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget, des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- Des actions en faveur de l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales

En 2018, 1 066 958 323 € en AE et 1 102 364 969 € en CP ont été comptabilisés au titre de cette mission.



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

Mission n°4	Crédits comptabilisés (en €)				
	2015	2016	2017	2018 (AE)	2018 (CP)
Conseil, pilotage et accompagnement à la performance hospitalière	15220000	17471205	10451984	12669213	13190819
Modernisation, adaptation et restructuration des établissements de santé (ou leurs groupements)	1026103085	1017975429	1012635209	926169622	1003035117
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	18541068	23593473	25740334	29830231	29932185
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	3844266	6858353	4793158	7282844	7245942
Actions visant à l'efficacité dans les structures sanitaires, spécialement en matière de gestion prévisionnelle des métiers, des emplois et des compétences	3006210	1752237	2724060	9647152	9642676
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	18790709	28217444	26712313	24724352	25966294
Efficacité des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels médico-sociales	1048032	7575176	5392050	3560997	3338518
Amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales	1236407	3027578	4622076	3008511	3027934
Autres	100385496	13622859	9293785	8543075	8321596
<b>Total national</b>	<b>1 188 175 273</b>	<b>1 120 093 753</b>	<b>1 102 364 969</b>	<b>1 025 435 995</b>	<b>1 103 701 081</b>

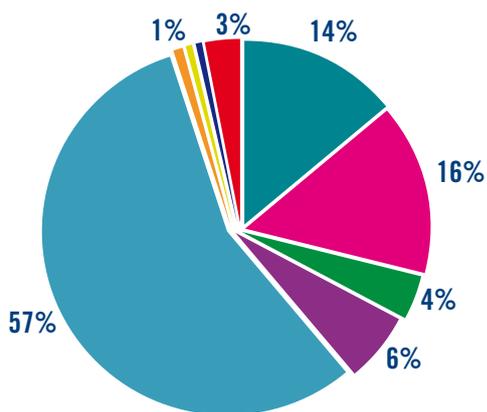
# L'accompagnement et l'efficacité des structures sanitaires et médicaux-sociales

Les orientations pour 2018 figurant dans la circulaire n° SG/2018/117 du 11 mai 2018 invitaient par ailleurs les agences régionales de santé (ARS) à mettre en œuvre des actions déclinant les priorités nationales suivantes :

- L'appel à projets 2017 : « Clusters d'établissements pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail » et évaluation des expérimentations 2016
- Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT)

En 2018, à l'échelle nationale, la mission 4 du FIR a représenté environ 1,016 milliards d'€. Cette mission regroupe les actions relatives à l'amélioration de l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et des conditions de travail de leurs personnels. Les fonds de la mission 4 du FIR sont principalement consacrés à des aides à l'investissement (575 M€ soit 57 % du total de la mission 4 du FIR), à des aides à la contractualisation (156 M€ soit 16 % du total de la mission 4), ainsi qu'au financement d'actions de modernisation et de restructuration des établissements publics de santé (141 M€ soit 14 % de la mission 4 du FIR).

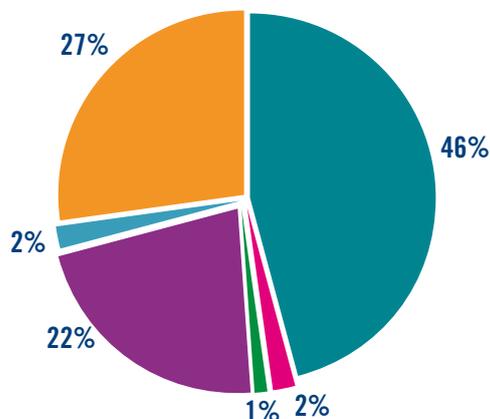
Répartition de la mission 4 du FIR 2018 - France entière



- Actions de modernisation et de restructuration
- Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement
- Autres aides à la contractualisation
- Programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)
- Maintien d'activités déficitaires
- Autres projets d'amélioration de la performance
- Amélioration de l'offre
- Réorganisations hospitalières
- Aides à l'investissement hors plan nationaux

MI 4-1 : Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement et programmes nationaux pour améliorer la performance interne des hôpitaux

Répartition du FIR engagé en 2018 dans la partie 1 de la mission 4



- Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la perf des structures similaires
- Appui au déploiement de la comptabilité analytique
- Généralisation facturation individuelle des établissements de santé (FIDES)
- Programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)
- Appui au déploiement de la dématérialisation
- Autres projets d'amélioration de la performance

En 2018, plus de 13 M€ ont été alloués par les ARS à des dispositifs visant à améliorer la performance interne des établissements de santé. Il s'agit principalement de frais de missions de conseil en performance (6 M€, soit 46 % de la mission 4-1 du FIR), d'actions visant la fiabilisation et la certification des comptes des établissements (3,6 M€, soit 27 % de la mission 4-1), ainsi que de dispositifs d'optimisation des achats via la mise en œuvre du programme PHARE (2,9 M€ soit 22 % de la mission 4-1). On observe qu'au sein de la mission 4-1 du FIR, 23 % des fonds ont été alloués à l'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre des programmes nationaux PHARE (22 % de la mission 4-1), OPHELIE (1 % de la mission 4-1), et FIDES (part négligeable). Plus des trois quarts (77 %) des fonds de la mission 4-1 du FIR ont donc été fléchés vers des actions laissées à la libre détermination des ARS.

Zoom 1 : Les missions de conseil en performance représentent dans le cadre de la mission 4 du FIR des dépenses s'élevant à 6 M€

Les agences régionales de santé ayant consacré les plus importants montants à la réalisation de missions de conseil sont l'ARS Grand-Est (dont le budget consacré aux missions de conseil en performance représente près de 2 M€, soit plus de 30 % du montant national des dépenses en conseil), l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, et l'ARS Pays de la Loire.

L'ARS Grand-Est a conduit un accompagnement sur la pertinence des journées d'hospitalisation auprès de 4 établissements de santé volontaires représentant 11 services de médecine à orientation gériatrique. Entre octobre et novembre 2018, un audit a été réalisé permettant d'identifier, sur la base de critères médicaux, le nombre de journées d'hospitalisations non-pertinentes et leurs causes. Un plan d'action basé sur les conclusions de cet audit sera élaboré au cours de l'année 2019 et suivi par l'ARS Grand-Est à 6 mois et à 12 mois.

Zoom 2 : L'accompagnement dans la mise en œuvre du programme national d'optimisation des achats (PHARE) représente dans le cadre de la mission 4 du FIR un montant de près de 3M€

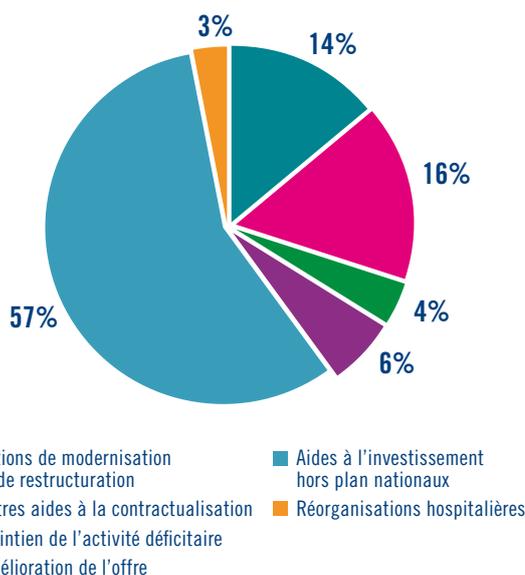
Les agences ARS ayant consacré les montants les plus importants à la mise en œuvre du programme national d'optimisation des achats (PHARE) sont l'ARS Île-de-France (1,4 M€, soit près de 50 % du total national des aides FIR consacrées à cette action), et dans une moindre mesure l'ARS Hauts-de-France (plus de 450 k€) ainsi que l'ARS Occitanie (environ 350 k€).

En région Hauts-de-France, sur un montant d'environ 500 k€, 16 % de l'enveloppe a été dédiée à des accompagnements pour la mise en place de la fonction achats en GHT. Le partenariat établi depuis 2015 avec la faculté de l'Artois a été prolongé, ce projet visant à développer un outil d'aide à la décision pour l'optimisation des espaces de stockage entre établissements de santé. Enfin, sur le sujet des bases de données pour harmoniser les cartographies de dépenses entre les EPS (suite à la publication par la DGOS d'une nomenclature achats), trois GHT volontaires ont pu recevoir chacun 60 k€ de subventions pour ce projet.

#### MI 4-2: Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements

Ces actions, financées par la mission 4 du FIR à hauteur de 1 Md€, consistent principalement au financement d'investissements (575 M€, soit 57 % de la mission 4-2 du FIR). Il faut également souligner que 16 % du montant de la mission 4-2 du FIR (soit 158 M€) est consacré à des aides à la contractualisation, et 14 % (soit 141 M€) à des actions de modernisation des établissements de santé.

**Répartition du FIR engagé en 2018 dans la partie 1 de la mission 4**



Zoom 1 : L'accompagnement par les ARS des investissements des établissements de santé représente dans le cadre de la mission 4 du FIR un montant de 575 M€

En 2018, outre les 82,5 M€ de crédits historiques, l'ARS Île-de-France a alloué près de 11 M€ de dotations complémentaires à 3 établissements de santé dont les projets immobiliers, identifiés comme priorité régionale, ont bénéficié des effets du Plan régional de soutien à l'investissement hospitalier : il s'agit du Centre Hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil et du Groupe Hospitalier Nord Essonne, dont les projets validés en COPERMO Investissement permettront aux établissements d'atteindre les meilleurs standards d'efficacité et de performance, ainsi que du CASH de Nanterre.

En région Hauts-de-France, 75 M€ ont été dédiés sur le FIR en 2018 à l'accompagnement des projets d'investissement hospitaliers, dont 59,1 M€ de crédits reconductibles et 16 M€ d'aides exceptionnelles et ponctuelles :

- Système d'information : acquisition et développement des outils informatiques visant à améliorer la qualité, la sécurité et la valorisation de la prise en charge des patients.

- Équipements : achat de nouveaux équipements permettant notamment de dépister, de favoriser la prévention et de limiter les hospitalisations.
- Patrimoine : modernisation et restructuration du patrimoine, en l'adaptant à l'évolution de l'offre de soins et des modalités de prise en charge des patients.

L'ARS Pays-de-la-Loire a alloué en 2018 31 M€ d'aides à l'investissement. Ce montant est composé, d'une part, d'aides « historiques » en compensation de charges d'amortissement et/ou d'emprunt et, d'autre part, de subventions à l'investissement nouvelles. Outre le soutien aux investissements courants des établissements publics en difficulté, cette allocation concerne principalement les opérations majeures de reconstruction ou de restructuration d'établissements, dont l'opération de reconstruction du CHU de Nantes validée par le COPERMO, ainsi que l'accompagnement des efforts d'amélioration de l'efficacité des établissements et le soutien à la mise en œuvre du Plan Régional de Sécurisation des établissements de santé.

Si l'ARS Bretagne a consacré la plus grande partie des aides FIR allouées aux opérations d'investissement au renouvellement d'aides pluriannuelles (soit environ 18,5 M€), une enveloppe de 5,3 M€ a été consacrée à des accompagnements non reconductibles. Les projets soutenus par l'ARS concernent 10 établissements publics de santé, et consistent en la restructuration des bâtiments (par exemple dans le CH de Guingamp ou le CH des Pays de Morlaix) et la modernisation des équipements (notamment dans les CH de St-Malo et Dinan).

En Guyane, l'ARS a dédié 360 k€ à un ambitieux projet de regroupement des DPI entre les trois centres hospitaliers du territoire, en vue de la création d'un futur GHT.

À Mayotte, l'ARS Océan Indien a apporté un appui financier aux investissements informatiques du CH de Mamoudzou, cette dotation exceptionnelle ayant été fléchée sur l'informatisation de l'ensemble des dispensaires du territoire ainsi que du service de réanimation, la mise en place de la télé-expertise médicale, et enfin la sécurisation du circuit du médicament, en mettant en cohérence des flux avec une interconnexion des outils et des échanges de données en temps réel.

#### Zoom 2 : Les ARS ont consacré aux actions de maintien d'activités déficitaires un budget total de plus de 40,5 M€

Les ARS ayant consacré des montants importants de FIR à des actions de maintien d'activités déficitaires, et/ou à des aides en trésorerie aux établissements de santé dans leur région, sont l'ARS Provence-Alpes-Côte-D'azur (7 M€, soit environ 20 % du total national des aides en FIR consacrées au maintien d'activités), l'ARS Pays-de-la-Loire (6,5 M€, soit 16 % du total des aides allouées à cette action), et l'ARS Océan Indien (qui regroupe l'île de la Réunion et Mayotte) avec une aide FIR qui s'élève à 5,5 M€. L'ARS Guyane a quant à elle maintenu le montant de l'aide annuelle attribuée au CH de Kourou en raison de recettes d'activité T2A infra-critiques au regard du bassin de recrutement très réduit de l'établissement.

#### Conclusion :

Le tableau ci-dessous présente les trois postes les plus importants d'utilisation des fonds de la mission 4 du FIR. En comparaison avec l'exercice 2017, on remarque une stabilité des montants consacrés aux aides à l'investissement (+0.48 %), une baisse sensible du montant consacré aux actions de modernisation et de

Régions	Aides à l'investissement hors plans nationaux	Actions de modernisation et de restructuration	Aides à la contractualisation
Auvergne-Rhône-Alpes	56 492 769 €	1 770 000 €	55 423 574 €
Bourgogne-Franche-Comté	28 037 097 €	487 680 €	659 208 €
Bretagne	23 673 100 €	12 525 827 €	230 000 €
Corse	1 657 372 €	1 403 561 €	201 351 €
Centre Val de Loire	29 208 068 €	- €	9 260 113 €
Grand Est	68 408 517 €	29 090 219 €	279 337 €
Guadeloupe	6 485 363 €	6 506 949 €	850 778 €
Guyane	2 416 027 €	- €	568 370 €
Hauts de France	75 118 763 €	- €	16 838 466 €
Île de France	93 552 256 €	19 045 635 €	1 510 357 €
Martinique	6 012 238 €	- €	15 924 774 €
Nouvelle-Aquitaine	43 026 371 €	16 412 606 €	3 247 709 €
Normandie	14 329 858 €	28 700 334 €	2 224 655 €
Occitanie	20 034 020 €	234 698 €	38 539 773,77
Océan indien	11 033 363 €	4 659 529 €	8 165 387 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	63 902 016 €	4 367 919 €	1 154 602 €
Pays de la Loire	31 202 534 €	15 405 953 €	1 069 735 €
<b>Total général</b>	<b>574 589 732 €</b>	<b>140 610 909 €</b>	<b>157 960 353 €</b>

restructuration (-15 %), ainsi qu'une hausse substantielle du montant de la mission 4 consacré aux aides à la contractualisation (+18.6 %).

**La mission 4 comprend également les actions permettant « la mutualisation des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projet ».**

Ces actions ont fait l'objet de financement par le FIR à hauteur de 17781839 €.

La répartition des financements par grandes orientations est la suivante :

- Environ 61,58 % des financements ont été alloué pour le financement d'amorçage de projets au titre du programme E-parcours ; ces financements permettent aux ARS d'outiller les nouvelles organisations coordonnées de santé, telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Cela représente 20 projets présentant, pour la majorité d'entre eux, une vision territoriale de l'organisation des soins entre DAC et CPTS sur un même bassin, et couvriront 20 millions d'habitants.
- Ces projets devront être ajustés avec les éléments que précisera la future Doctrine Technique du Numérique en santé, qui décline l'articulation entre les services numériques de coordination et les référentiels et services socles de la e-santé (cadre d'interopérabilité des SI de santé, messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, e-prescription...).
- Par ailleurs, 38,42 % des financements ont servi à financer l'atteinte des cibles d'usage dans deux régions (Bourgogne Franche Comté et Nouvelle Aquitaine), sur le fondement de la nouvelle instruction e-parcours du 24 mai 2019.

**L'efficience des structures dans le champ médico-social**

En 2018, environ 3,5 M€ ont été consacrés à l'efficience des structures médico-sociales dans le cadre du FIR, contre 5,4 M€ en 2017.

Ce montant recouvre des disparités importantes entre régions, avec seulement 10 ARS ayant engagé des actions financées par le FIR dans ce domaine. Parmi elles, trois ARS ont un niveau de dépenses supérieur ou égal à 300000 €. Il s'agit des ARS Auvergne Rhône Alpes, Centre Val de Loire et Ile-de-France, qui représentent à elles seules plus de 70 % du montant total des dépenses constatées.

Les ARS Occitanie, Pays de Loire, Bourgogne Franche Comté, Grand Est, PACA et Normandie ont également consommé des crédits mais dans une moindre mesure.

Les crédits FIR ont notamment été utilisés pour accompagner des EHPAD en difficulté par le financement d'audits organisationnels et d'une aide à la restructuration de leurs locaux comme cela a été le cas de l'ARS Centre Val de Loire.

L'ARS Occitanie a financé plus largement des missions d'accompagnement d'ESSMS du secteur personnes âgées et personnes handicapées, sous la forme d'audits organisationnels, financiers ou RH.

L'ARS Bourgogne Franche Comté a également accompagné transitoirement un EHPAD en difficulté suite à la réduction de sa capacité d'accueil ayant entraîné une perte importante de produits relatifs aux soins. On notera que cette ARS a engagé en 2018 un travail d'identification des ESSMS en difficulté financière en lien avec les Conseils départementaux, en vue d'établir des contrats de retour à l'équilibre financier et prévoit de leur proposer les services d'un prestataire en 2019.

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

**Dispositif : Efficience des structures médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels**

En plus des crédits consommés au niveau national sur l'ONDAM médico-social (23,5 millions d'euros dont 13 M€ en CNR) et du financement de l'expérimentation des clusters médico-sociaux (3 M€ sur la section V de la CNSA), les ARS ont consacré 6,3 M€ sur le FIR en vue de financer des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels.

La mobilisation volontariste des ARS sur ce sujet démontre la pertinence du maintien d'une enveloppe dédiée sur l'ONDAM médico-social dans un contexte où le secteur de l'aide et du soin à la personne rencontre de réelles difficultés de recrutement en raison du manque d'attractivité de ces métiers (en cohérence avec les recommandations issues de la concertation grand âge et autonomie).

L'essentiel des actions financées par le FIR au titre de la mission 4 « Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels » en 2018 concerne des restructurations de structures ou services, l'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre de Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), des actions de formation et d'achat de matériels dans le cadre de la lutte contre les risques psycho-sociaux (RPS) et les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la conduite de l'expérimentation des clusters médico-sociaux.

### Focus sur deux actions innovantes engagées sur le FIR.

L'ARS Hauts-de-France a élaboré un outil d'identification des structures en difficulté, constitué à partir des indicateurs du tableau de bord de la performance et des données des comptes administratifs, et de l'analyse de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2018, permettant d'identifier des EHPAD pouvant bénéficier de prestations de conseil et d'appui, pour améliorer l'efficacité de leur organisation et de leur gestion, en vue notamment de produire un Plan de Retour à l'Équilibre (PRE).

L'ARS Nouvelle Aquitaine a soutenu un projet de création d'un outil de mesure de la qualité de vie au travail en EHPAD, mené par l'Université de Bordeaux, à partir d'un échantillon représentatif d'EHPAD de la Nouvelle Aquitaine (1300 professionnels soit 22 établissements). Cet outil permet notamment :

- d'identifier les dimensions de qualité de vie au travail et ses spécificités dans les EHPAD, et les sources de variation de qualité de vie au travail en EHPAD,
- de proposer des repères et des leviers d'action aux professionnels et aux équipes de direction qui conjuguent QVT et qualité des soins en EHPAD.

### Focus sur l'ARS Hauts-de-France

L'enveloppe dédiée au programme PHARE dans les Hauts-de-France est sensiblement identique d'une année sur l'autre, soit environ 500 000 €. Elle permet de financer chaque année de nouveaux projets ou d'assurer la poursuite de projets financés précédemment.

Dans la continuité des actions financées en 2017, les 3 axes de performance identifiés que sont la mise en place de la fonction achat en GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), la logistique et la formation ont été maintenus en 2018. Par ailleurs, un nouveau sujet s'est greffé portant sur la fiabilité des bases de données.

- 16 % de l'enveloppe a été dédiée à des accompagnements pour la mise en place de la fonction achat en GHT. En effet, si la fonction achat mutualisée en GHT est effective depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2018, beaucoup d'organisations ne sont pas encore bien définies. Ces accompagnements (en complément de ceux proposés par la DGOS) ont permis de finaliser certaines organisations ou de produire des tableaux de bord pour le suivi de la performance de ces fonctions achat. Le bilan de ces accompagnements reste toutefois hétérogène dans la mesure où certains GHT rencontrent plus de difficultés que d'autres à mutualiser cette fonction support.
- Sur le sujet de la logistique, le partenariat établi depuis 2015 avec la faculté de l'Artois a été prolongé. Ce projet vise à développer un outil d'aide à la décision

pour l'optimisation des magasins entre établissements de santé. Cet outil, déjà disponible dans une première version, continue d'évoluer et a été présenté à l'équipe PHARE DGOS pour être intégré à la feuille de route nationale concernant l'aspect de la logistique.

- Un audit d'un circuit logistique (pharmacie) a également été financé et a permis d'identifier un potentiel de gains conséquents. Dans sa globalité, le sujet logistique pèse pour 15 % (58 K€) de l'enveloppe PHARE.
- Concernant la formation, l'ARS a prolongé son partenariat avec les ANFH Nord-Pas-de-Calais et Picardie pour le co-financement de formation à l'attention des agents des filières techniques (achat et logistique) pour un montant de 45 K€ (13 % de l'enveloppe).
- Le sujet portant sur les bases de données est apparu suite à la publication par la DGOS d'une nomenclature achat qui devrait permettre, à terme, d'harmoniser les cartographies de dépenses entre établissements de santé. Le sujet est complexe mais va apporter une forte valeur ajoutée à terme. L'ARS a donc souhaité soutenir les GHT volontaires sur le sujet. Pour 2018, les 3 principaux GHT de la région ont bénéficié d'une subvention (60 K€ par GHT) ainsi que le GHT désigné pilote du projet (18 K€). Il est prévu de faire bénéficier les autres GHT volontaires d'une subvention sur l'année 2019. L'ARS a laissé aux GHT la liberté de définir le niveau de finesse du travail : nomenclature NCHFS, nomenclature achat ou base de données produit.

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

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

Concernant les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), 12 ARS ont consommé 7 245 942 € en 2018. Sur ces 12 ARS, 9 ont précisé les thèmes des contrats :

- 7 ont financé des actions sur la prévention des risques psychosociaux (RPS) ;
- 9 ont financé des actions concernant la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- 4 ont financé des actions portant sur la sécurité au travail ;
- 2 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 ;

- 7 ont financé d'autres thèmes (notamment la qualité de vie au travail (QVT))

Les chiffres sont dans la lignée de l'année 2017.

En 2018, 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 musculo-squelettiques (TMS), de la prévention des risques psycho-sociaux (RPS) ainsi que la violence au travail. Parmi les douze ARS ayant financé des CLACT, il ressort que 62 % des contrats présentés sont agréés, parmi lesquels 14 % sont des contrats pluriannuels. 51 % des contrats agréés concernent des établissements publics de plus de 300 agents, 24 % des établissements publics de moins de 300 agents, 13 % les établissements privés non lucratifs et 7 % des établissements privés lucratifs. Les projets concernant un groupe d'établissements mixtes sont passés de 0,3 % en 2017 à 3 % en 2018, ce qui peut illustrer une augmentation des coopérations public-privé en 2018.

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, ce qui avait déjà été constaté dans le rapport de 2017.

Sur la totalité des contrats agréés, 56 % concernent la lutte contre les TMS (achat de matériels, formations, aménagement de postes), 23 % 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,

3 % 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.

Il apparaît que, pour 2018, les thématiques des TMS et RPS continuent à être privilégiées par les établissements, à l'instar de ce qui avait été constaté en 2016 et en 2017. Ces thématiques sont privilégiées par les établissements lors de la présentation des contrats sur la demande des organisations syndicales.

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

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

#### Focus sur l'ARS Occitanie

L'Agence Régionale de Santé a souhaité poursuivre et élargir l'accompagnement des établissements de santé engagés dans une démarche de prévention des risques professionnels. Dans ce cadre, un appel à projets CLACT 2018 pour les établissements sanitaires a été lancé dès l'automne 2017 à l'échelle de la région Occitanie.

Une analyse des dossiers reçus a été faite à partir d'une part de critères d'éligibilité définis en interne et validés par le DGARS et d'autre part, de l'évaluation réalisée par chaque établissement des actions financées les années précédentes.

Les critères d'éligibilité différencient les actions nationales (TMS, RPS et prévention de la violence) des actions régionales qui doivent s'inscrire dans une politique globale d'amélioration des conditions de travail. L'autoévaluation interne utilise les indicateurs que l'ARS exige dans le cadre du suivi des plans d'actions CLACT.

Une concertation avec les CARSAT, en amont du comité de suivi régional réunissant les fédérations hospitalières et les organisations syndicales, permet une cohérence des choix des actions financées, voire une complémentarité.

Les principales demandes de financement concernent des actions de formation et d'achat de matériels dans le cadre de la lutte contre les risques psycho-sociaux, les troubles musculo-squelettiques, pour l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail et la gestion de la violence et de l'agressivité.

(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 paritaire 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 et une enveloppe de 300 000 euros a été dédiée à l'évaluation des clusters sociaux 2016, pour permettre à terme aux établissements et aux ARS de s'autonomiser dans la démarche QVT.

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 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 prolongement de l'appel à projets national commun (DGOS, HAS et ANACT) et l'accompagnement en région Bretagne de 7 établissements de santé dans le cadre d'une démarche QVT, l'ARS a souhaité accompagner des EHPAD en lançant en janvier 2018 un appel à candidatures « Cluster QVT » avec la mobilisation d'une enveloppe de 80 000 € sur le FIR. Dans ce cadre, 7 EHPAD ont été retenus et bénéficient actuellement d'un accompagnement de l'ARACT.
- Les crédits FIR, en ARS Corse, dédiés à ce dispositif ont été versés pour partie à l'ARACT à hauteur de 50 000 € en 2017 afin de piloter le cluster. En 2018 le reliquat (12 000 €) a été mobilisé pour l'organisation d'un théâtre forum sur une demi-journée à destination des directeurs, cadres et personnel soignant des structures médico-sociales. Les personnels ont pu ainsi assister et participer avec une troupe de comédiens à la mise en scène de situations vécues quotidiennement articulées autour de trois problématiques : les différentes relations à la famille, conflit interpersonnel et prise en charge difficile.

## – La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) : achats de logiciels, actions de formation, actions d'accompagnement

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 2018, le montant total du financement de la GPMC au titre du FIR s'élève à 8 985 668 € et est en hausse de 6 727 929 € 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 d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Bourgogne-Franche-Comté, du Grand Est, d'Ile-de-France, d'Occitanie et de PACA.

À titre d'exemple et afin de mieux anticiper les besoins en termes de compétences et de formation, l'ANFH Bourgogne Franche-Comté a souhaité actualiser les données des cartographies régionales des métiers de la FPH des deux anciennes régions administratives. L'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux adhérents de l'ANFH ont été sollicités.

Une nouvelle cartographie des métiers des personnels non-médicaux et médicaux de la FPH, permettant d'avoir une visibilité concrète des effectifs par métier et des besoins, actualisée à l'échelle régionale Bourgogne-Franche-Comté a donc été réalisée en 2018.

Les principaux objectifs de ce projet sont les suivants :

- Disposer de données quantitatives et qualitatives afin d'avoir une meilleure connaissance des métiers, des besoins en compétences ainsi que des métiers « sensibles » au plan régional : métiers émergents, en tension et en évolution,
- Soutenir les établissements qui souhaitent affiner leurs données : travail en ateliers animés par l'ANFH, mise en place de sessions de formations à la démarche Métiers/Emplois/Postes/Compétences,
- Définir une politique régionale en matière de formation.

L'ARS a apporté son soutien à ce projet, notamment sur le volet relatif à l'appui aux établissements en terme de déclinaison des fiches métiers en emploi/postes/compétences avec la mise en place de session de formation.

Les Actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences, centrées sur les organisations de travail et visant à promouvoir la qualité de vie au travail.

## – Les aides individuelles

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. Concernant les aides individuelles, 12 ARS ont financé 19665348 € en 2018. 65 % des financements portent sur les IDV, 18 % sur actions de reconversion professionnelle, 7 % sur les aides à la mobilité, 1 % sur les RDR. Les CLASMO, qui ne concernent que 5 ARS, représentent 1404504 millions d'euros, soit 7 % des financements alloués.

Les IDV (12903357 €), les actions de reconversion professionnelle (3591443 €) et les CLASMO (1440504 €) sont les principales dépenses.

À titre d'exemple, en 2018, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a accompagné 10 établissements dans leurs opérations de modernisation et/ou restructuration :

- Accompagnement de la mise en œuvre de la politique RH : l'ARS a soutenu 2 établissements afin de financer, pour l'un, une formation/action auprès du service RH d'un établissement sur la thématique de l'accompagnement au changement et la gestion du vécu émotionnel et, pour l'autre, la dernière tranche de l'accompagnement prévu pour la déclinaison du volet RH de son CPOM.
- Indemnités exceptionnelles de mobilité (IEM) : 11 IEM ont été prises en charge dans 2 établissements.

### Focus sur l'ARS Bretagne

L'ARS Bretagne accompagne les établissements de santé concernés par un projet de restructuration, en lien avec la sécurité des soins et l'efficacité de la structure, afin qu'il soit opéré dans les meilleures conditions possibles sur le plan social.

L'ARS Bretagne a poursuivi l'accompagnement du Centre Hospitalier de Lannion-Trestel dans le cadre du plan de relance et de réorganisation de l'établissement. Au titre du volet social, un accompagnement a été mis en place en mai 2017 via une CLASMO avec un financement de l'ARS sur une période de deux années (27700 € en 2017 et en 2018). Deux IDV ont été versées (montant de 96940 € financé par l'ARS). L'ARS a également accompagné le Centre hospitalier des Pays de Morlaix dans le cadre d'une CLASMO qui a été mise en place en janvier 2018 dans le cadre de l'externalisation de la production chaude de l'unité centrale de production (UCP). L'ARS a mobilisé une enveloppe de 7089 € pour le financement de l'intervention d'une psychologue du travail.

L'ARS a mobilisé une enveloppe de 31500 € pour le financement de la CLASMO mise en place en juillet 2018 au sein du Centre Médical Rey Leroux à la Bouxière dans le cadre de la cessation de l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation.

L'ARS a également continué à soutenir le centre hospitalier Yves Lanco (le Palais) via la participation au financement d'un audit social (30000 € versés en 2017 et 8433 € en 2018) dans le cadre de l'accompagnement au changement des équipes de l'établissement.

L'ARS a financé en 2018 la mise à disposition de l'ancien directeur du Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique (CHBA) dans le cadre d'une mission d'appui et de conseil auprès du Centre Hospitalier de Saint-Malo (16627 €).

- Indemnités de départ volontaire (IDV) : 3 établissements ont perçu une subvention destinée à prendre en charge les IDV versées à 12 agents.
- Remboursement du différentiel de rémunération (RdR) : suite à la fermeture totale de l'activité de chirurgie au CH de Montceau les Mines (71), du personnel médical (anesthésistes) et non médical (IBODE, IADE, AS) a été affecté au CH de Chalon-sur-Saône, engendrant pour ce dernier des surcoûts importants liés à la rémunération des agents intégrés. Ces surcoûts ont été partiellement pris en charge à concurrence de 127 K€.
- Actions de conversion professionnelle/formation : la fermeture du CRRA 15 du CH de Nevers (58) et la transformation de la maternité du CH de St-Claude (39) en CPP ont engendré des besoins de formation nécessitant un accompagnement de l'ARS qui a pris en charge le coût pédagogique des formations, les frais de déplacement et d'hébergement.

En Corse, la priorité de financement des aides individuelles est établie en fonction de la situation financière des établissements (après analyse de l'impact du titre 1 sur le résultat), du type de restructuration et du montant sollicité. Au titre du FIR 2018, cinq agents du centre hospitalier de Bastia (établissement sous COPERMO), ont bénéficié d'une IDV pour un montant total de 190 502 €.

## – Soutien au déploiement du programme Performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)

Pour porter la dynamique nécessaire à l'essor et à la structuration de la fonction achats au sein des hôpitaux, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé début octobre 2011 le programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE). Son objectif est de dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire. Tout cela, en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients. En 2018, le montant total du financement du programme PHARE au titre du FIR s'élève à 2947353 €.

# Mission 5

## Développement de la démocratie sanitaire

Cette mission correspond aux actions visant à renforcer l'exercice de la démocratie sanitaire dans le cadre notamment des thématiques suivantes :

- La formation des représentants des usagers ;
- Le processus de recueil de l'expression des attentes et besoins de tous les acteurs de santé, et en particulier des usagers et des citoyens ;
- Les actions spécifiques de partenariat avec certaines Unions régionales des associations agréées d'usagers du système de santé (URAASS), comme le permet l'article R. 1114-38 du code de la santé publique.

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

- Le fonctionnement et les activités de France Asso Santé (UNAASS),
- La formation de base dispensée aux représentants d'usagers par les associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et habilitées par le ministre en charge de la santé à délivrer la formation de base en application du II de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, ainsi que les indemnités de formation des représentants d'usagers.

En revanche, la mission 5 ne finance plus :

- Les actions de formation de base menées directement par les URAASS. En effet, une subvention nationale du FNDS est versée directement à France Asso santé pour financer toutes les actions de formations de base qu'elle organise (y compris à travers ses délégations régionales) ;
- Le fonctionnement et les activités des URAASS (qui relèvent désormais de l'enveloppe financière allouée directement à France Asso Santé par le FNDS).
- Par ailleurs, les crédits de la mission 5 n'ont pas vocation à être utilisés pour financer le fonctionnement des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui est couvert par des crédits du budget de fonctionnement des ARS.

## Crédits alloués par les ARS

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

Développement de la démocratie sanitaire	Crédits comptabilisés 2017 (Etat financiers FIR)	Crédits comptabilisés 2018 (Etat financiers FIR)
Grand Est	257 417	254 128
Nouvelle Aquitaine	275 892	348 103
Auvergne - Rhône Alpes	174 695	259 341
Bourgogne - Franche Comté	275 437	236 470
Bretagne	149 226	138 685
Centre Val de Loire	0	50 000
Corse	61 359	9 547
Île de France	413 303	1 605 792
Occitanie	55 800	240 902
Hauts de France	251 632	235 264
Normandie	109 959	171 485
Pays de la Loire	123 469	133 960
PACA	390 894	588 229
Guadeloupe	23 085	80 845
Guyane	106 237	40 573
Martinique	53 758	56 164
Océan Indien	67 000	26 800
<b>Total national</b>	<b>2 789 162</b>	<b>4 476 287</b>

Le montant des dépenses consacrées par les ARS à la démocratie sanitaire s'élève à 4,4 M€ en 2018 en hausse de 57 % par rapport à l'année 2017 (2,8 M€).

Cette hausse significative peut s'expliquer pour les raisons suivantes :

- Multiplication par 3 des dépenses de l'ARS Île de France (+ de 1,1 M€ par rapport à l'année 2017), notamment par le renouvellement d'un partenariat avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC) pour le développement du dispositif « Culture et Santé » (50 % du budget FIR « démocratie sanitaire » de cette agence) ;
- Reprise du partenariat des ARS avec les Unions Régionales des Associations Agréées en Santé

(URAASS) constituant le réseau régional de l'Union Nationale des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé (UNAASS). L'année 2017 avait été une année de transition : l'absorption des CISS régionaux par l'UNAASS et la mise en place progressive des URAASS se sont traduites par la refonte du partenariat entre ces nouvelles structures associatives et les agences.

## Stratégie spécifique à cette mission et à ses dispositifs

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

Les ARS peuvent attribuer directement des subventions aux associations pour une action spécifique ou recourir à un appel à projet. Les actions subventionnées par les ARS portent 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.

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

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

### 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 2018 sur le FIR	dont organisées par l'URAASS*	dont organisées par l'UNAASS*	dont organisées par d'autres associations*	dont organisées par d'autres acteurs non associatifs*	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	0
Nouvelle Aquitaine	2	NR	NR	NR	NR	35000	NR	NR
Auvergne - Rhône Alpes	13	10	0	2	1	NR	303	NR
Bourgogne - Franche Comté	7	1	0	4	2	115241	NR	NR
Bretagne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Centre Val de Loire	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Corse	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Île de France	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Occitanie	0	0	0	0	0	0	0	0
Hauts de France	2	0	0	2	0	8741	10	NR
Normandie	12	NR	NR	3	6	NR	NR	NR
Pays de la Loire	36	0	0	0	36	33000	223	19
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	6	0	0	0	18000	NR	NR
Océan Indien	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total national</b>	<b>78</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>45</b>	<b>209982</b>	<b>536</b>	<b>19</b>

Source : rapports d'activité des ARS

\* 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 2018 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	12	2	2	8	204347
Nouvelle Aquitaine	4	NR	NR	NR	111950
Auvergne - Rhône Alpes	5	2	2	1	NR
Bourgogne - Franche Comté	5	4	1	0	58729
Bretagne	10	9	1	0	14988
Centre Val de Loire	NR	NR	NR	NR	NR
Corse	NR	NR	NR	NR	NR
Île de France*	4	2	0	2	72000
Occitanie	NR	NR	NR	NR	89879
Hauts de France	32	24	0	8	184625
Normandie	24	8	13	3	NR
Pays de la Loire	2	1	1	0	97495
PACA	6	4	0	2	NR
Guadeloupe	6	5	0	1	NR
Guyane	NR	NR	NR	NR	NR
Martinique	1	1	0	0	2320
Océan Indien	1	NR	NR	NR	15000
<b>Total national</b>	<b>112</b>	<b>62</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>851 333</b>

Source : rapports d'activité des ARS

\* Trois autres actions de démocratie sanitaire en Ile-de-France : « Association Art et santé la manufacture », « Culture à l'Hôpital », expérimentation guichet unique

Pour exercer leur mandat de manière efficace au sein des instances hospitalières ou de santé publique et être un interlocuteur écouté, le code de la santé publique (Article L. 1114-1) oblige les représentants des usagers nouvellement nommés dans les instances nationales ou locales du système de santé (conférence de territoire (CTS), conseil de surveillance des centres hospitaliers, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), commission des usagers (CDU)...) à suivre une formation de base délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées au niveau national ou au niveau régional et habilitées par le ministère de la solidarité et de la santé à la dispenser. Les formations de base délivrées par les associations agréées au niveau national sont financées par le fonds national pour la

démocratie sanitaire. Celles qui le sont par les associations agréées au niveau régional sont financées par le FIR. Les formations de représentants des usagers sont organisées par l'UNAASS, les URAASS pour leurs associations membres ou par d'autres associations en région.

Par ailleurs, les actions financées par le FIR permettent 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 ARS indiquent avoir organisé 62 débats publics en 2018 dont 24 dans les Hauts-de-France. En moyenne entre 70 et 200 personnes ont participé à chaque débat.

Les thématiques des débats publics sont variées et portent sur des problèmes de santé connus et partagés par les citoyens, notamment sur le parcours de soins.

Par exemple, en Bretagne, la CTS « Finistère Penn Ar Bed » a organisé un débat public autour de la santé environnement, et plus spécifiquement, sur la qualité de l'air intérieur « Mon environnement, Ma santé : comment améliorer la qualité de l'air dans l'habitat », le 26 septembre 2018 à Quimper. Pour rendre ce débat accessible au plus grand nombre, un interprétariat en langue des signes française a été proposé, environ 70 personnes ont participé au débat.

Dans les Hauts de France, en écho à la journée européenne dédiée aux droits des patients, la CRSA a souhaité, avec le soutien de l'ARS, pérenniser une journée régionale dédiée aux droits des usagers chaque 18 avril. Le 18 avril 2018, a été organisée une journée régionale des droits des usagers « Parcours de santé : parcours de droits, droit au parcours », rassemblant 250 participants.

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'association Oiseau Bleu, réalisant des missions d'hébergement, de logement, d'accompagnement social, professionnel et à la santé, avec le soutien de l'ARS, a réuni un petit groupe d'usagers précaires pour recueillir leurs attentes et leurs besoins et élaborer des recommandations pour améliorer l'accès aux soins de cette population.

# — ANNEXES

# ANNEXE 1

## Sigles utilisés

### A

**AAP** : appel à projet

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

**ALD** : affectation de longue durée

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

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

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

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

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

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

**ARS** : agence régionale de santé

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

**AVC** : accident vasculaire cérébral

### B

**BNA** : base de données nationale alzheimer

### C

**CDAG** : centre de dépistage anonyme gratuit

**CDS** : centre de santé

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

**GSS** : caisse générale de sécurité sociale

**CHRU** : centre hospitalier régional universitaire

**CHT** : communauté hospitalière de territoire

**CHU** : centre hospitalier universitaire

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

**CISS** : collectif interassociatif sur la santé

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

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

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

**CLS** : contrat local de santé

**CME** : comité médicale d'établissement

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

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

**CNH** : conférence nationale du handicap

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

**CNP** : conseil national de pilotage

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

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

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

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

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

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

**CPP** : centre périnatal de proximité

**CPTS** : communautés professionnelles territoriales de santé

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

**CRH** : compte rendu d'hospitalisation

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

**CSP** : code de la santé publique

**CSS** : code de la sécurité sociale

**CTA** : coordination territoriale d'appui

# D

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

# E

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

# F

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

# G

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

# H

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

# I

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

# L

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

# M

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

**MCO** : médecine chirurgie obstétrique

**MCS** : médecin correspondant du SAMU

**MDA** : maison des adolescents

**MDN** : maison de naissance

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

**MMG** : maison médicale de garde

**MSA** : mutualité sociale agricole

**MSP** : maison de santé pluriprofessionnelle

# O

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

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

**ORL** : oto-rhino-laryngologie

# P

**PA** : personne âgée

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

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

**PDS** : permanence des soins

**PDSA** : permanence des soins ambulatoires

**PDSES** : 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	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – 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>37 539 760</b>	<b>41 592 766</b>	<b>45 866 874</b>	<b>43 326 328</b>
MI1-1-1	Actions relatives au pilotage de la santé publique	17 453 435	19 119 569	15 005 120	15 865 863
MI1-1-2	Actions de soutien et partenariat dont CLS	9 715 625	10 903 979	13 490 493	10 441 259
MI1-1-3	Actions de veille et de surveillance sanitaire	1 354 690	907 287	1 834 581	1 852 367
MI1-1-4	Evaluation, expertises, études et recherches	901 6010	904 5723	10 321 866	9 952 025
MI1-1-5 (nouveau)	Pôles régionaux de compétences (PRC)		1 616 210	5 214 814	5 214 814
<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>240 811 358</b>	<b>261 984 445</b>	<b>144 982 859</b>	<b>145 802 537</b>
MI1-2-1	Dépistage néonatal de la surdité	1 736 007	1 633 120	2 088 539	1 997 211
MI1-2-10	Cancers : financement des autres activités	2 504 780	3 366 411	2 510 821	2 332 619
MI1-2-11	Prévention de pratiques addictives	17 485 174	18 449 364	22 992 330	20 004 924
MI1-2-12	Promotion de la santé mentale	12 968 576	15 972 211	16 492 323	16 526 765
MI1-2-13	Prévention des pathologies cardio-vasculaires	420 368	503 128	785 625	795 509
MI1-2-14	Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	997 9297	12 309 127	13 123 112	13 105 720
MI1-2-15	Lutte contre l'obésité	3 531 501	3 287 784	5 485 771	5 222 126
MI1-2-16	Prévention des autres maladies chroniques	2 653 841	2 324 436	4 261 712	4 108 317
MI1-2-17	Prévention des risques liés à l'environnement protection des eaux	934 937	1 495 749	1 400 654	1 282 557
MI1-2-18	Prévention des risques liés à l'environnement habitat, milieux intérieurs	3 226 601	4 636 497	5 961 474	4 848 619
MI1-2-19	Prévention des risques liés à l'environnement autres risques dont environnement extérieur	5 243 436	5 374 470	7 500 073	7 479 527
MI1-2-2	Éducation thérapeutique du patient	82 757 665	84 324 148	84 265 626	84 211 295

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – CP (en €)
MI1-2-20	Prévention des risques liés au travail	197 45	119 250	123 780	123 780
MI1-2-21	Promotion de la santé des populations en difficulté	24 224 127	28 269 661	33 195 461	31 404 765
MI1-2-22	Périnatalité et petite enfance	9 154 115	9 918 829	9 452 971	9 337 381
MI1-2-23	Lutte contre les traumatismes et les violences	1 380 284	1 028 713	1 862 945	1 727 200
MI1-2-24	Projets pilotes accompagnement des patients	102 941	1 690 623	1 951 486	1 910 486
MI1-2-25	Expérimentation « Jeunes en souffrance psychique »		560 000	705 228	675 448
MI1-2-26	Expérimentation « Vaccination contre la grippe par les pharmaciens »		1 010 106	3 540 000	2 790 000
MI1-2-27 5 (nouveau)	Centres régionaux de dépistage néonatal			6 206 536	6 136 183
MI1-2-28 (nouveau)	Actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes			11 287 700	10 694 452
MI1-2-29 (nouveau)	Actions de lutte contre le tabac (hors fonds de lutte contre le tabac)			1 896 430	1 943 282
MI1-2-30 (nouveau)	Actions de lutte contre le tabac (fonds de lutte contre le tabac)			16 187 816	12 428 804
MI1-2-3	Vaccinations : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisés	16 181 706	18 091 091	18 119 597	18 249 951
MI1-2-4	Vaccinations : financement des autres activités	1 478 289	1 582 528	2 861 966	2 843 224
MI1-2-5	Infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	1 604 422	984 336	1 023 402	1 012 587
MI1-2-6	Dispositif de lutte anti-vectorielle	4 327 201	4 901 297	5 453 839	5 581 442
MI1-2-7	Prévention de la maladie d'Alzheimer	64 282	18 540	43 839	43 839
MI1-2-8	Prévention d'autres maladies liées au vieillissement	2 670 317	2 762 271	2 810 797	2 831 257
MI1-2-9	Cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers	35 984 040	37 369 756	38 767 512	37 888 525
<b>MI1-3</b>	<b>Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles</b>	<b>124 704 990</b>	<b>135 106 270</b>	<b>153 120 669</b>	<b>154 999 971</b>
MI1-3-1	COREVIH	8 218 990	7 890 973	17 779 872	17 889 872
MI1-3-2	CIDDIST (exercices antérieurs à 2016)	113 582	0	0	0
MI1-3-3	SIDA, IST et hépatites : financement des autres activités	13 644 966	15 281 433	17 400 713	15 808 987
MI1-3-4	Tuberculose : financement des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	26 094 434	28 443 783	28 627 691	28 739 992
MI1-3-5	Tuberculose : financement des autres activités	581 517	616 478	1 072 707	1 009 887
MI1-3-6	CDAG (exercices antérieurs à 2016)	167 088	112 239	112 239	112 239

<b>Nomenclature FIR</b>	<b>Destination</b>	<b>2016 (en €)</b>	<b>2017 (en €)</b>	<b>2018 – AE (en €)</b>	<b>2018 – CP (en €)</b>
MI1-3-7 (nouveau)	CeGIDD	75884412	82761364	88127446	91438994
<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>2670746</b>	<b>2312012</b>	<b>2181889</b>	<b>2134050</b>
MI1-4-1	Financement d'actions de gestion des urgences et d'évènements sanitaires exceptionnels	2670746	2312012	2181889	2134050
<b>MI1-5</b>	<b>Actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie</b>	<b>70363869</b>	<b>71974040</b>	<b>68194692</b>	<b>68620279</b>
MI1-5-1	Expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD		6448	5620	5620
MI1-5-2	Consultations mémoires	60866746	62253967	61792546	61791573
MI1-5-3	Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	9497124	9713625	6396526	6823086
MI1-6	Autres Mission 1 Prévention	<b>2075361</b>	<b>1885122</b>	<b>2415349</b>	<b>2340304</b>
MI1-7	Autres Mission 1 Médico-social	<b>984173</b>	<b>568762</b>	<b>331653</b>	<b>338331</b>
<b>Total mission 1</b>		<b>479150258</b>	<b>515423417</b>	<b>594470490</b>	<b>581297058</b>

## Mission n°2

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – CP (en €)
<b>MI2-1</b>	<b>Développement des parcours de santé coordonnés et des modes d'exercice</b>	<b>29 251 455</b>	<b>44 961 103</b>	<b>94 713 405</b>	<b>93 295 594</b>
MI2-1-1	Télémédecine	20 681 931	27 601 481	29 860 995	27 519 514
MI2-1-2	Télémédecine - expérimentation article 36 LFSS 2014	225	1 366 134	7 788 215	7 096 037
MI2-1-3	Coordination des parcours de soins en cancérologie - volet libéraux	508 382	292 806	456 066	611 942
MI2-1-4	Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins	5 726 238	5 962 360	13 982 695	13 608 463
MI2-1-5	Diversification des modes d'exercice des professionnels hospitaliers et libéraux	505 493	742 655	1 381 718	1 234 870
MI2-1-6	Centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère	998 500	1 710 636	2 290 951	2 387 868
MI2-1-7	Maisons de naissance	830 686	1 291 037	1 466 398	1 432 398
MI2-1-8	Expérimentation douleur chronique		0	20 000	20 000
MI2-1-9	Expérimentation OBEPEDIA		300 000	271 208	200 208
MI2-1-10	Services d'appui à la coordination polyvalente		5 495 123	30 038 088	31 757 788
MI2-1-11	Communautés professionnelles de santé (CPTS)		198 872	5 148 753	5 418 190
MI2-1-13	Organisations innovantes (nouveau)			2 008 317	2 008 317
<b>MI2-2</b>	<b>Les réseaux de santé</b>	<b>150 021 778</b>	<b>154 378 288</b>	<b>144 982 859</b>	<b>145 802 537</b>
MI2-2-1 ; MI2-2-2 ; MI2-2-3 ; MI2-2-4	Réseaux de santé	150 021 778	154 378 288	144 982 859	145 802 537
<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>460 060 492</b>	<b>483 642 618</b>	<b>511 062 456</b>	<b>511 698 703</b>
MI2-3-1	Structures de prises en charge des adolescents	23 987 168	26 251 545	27 595 088	27 589 186
MI2-3-10	Actions de coopération internationale (outre-mer)	333 597	201 017	114 635	116 920
MI2-3-11	Médecins correspondants SAMU	601 9824	5 724 500	5 978 590	6 416 207
MI2-3-12	Carences ambulancières	19 201 431	26 951 363	32 772 549	32 389 326
MI2-3-13	Postes d'assistants spécialistes - Plan cancer	165 000	292 000	2 627 430	2 627 430
MI2-3-14	Postes médicaux partagés - Plan cancer	2 524 910	2 494 065	-	-
MI2-3-15	Unités consultations dédiées pour personnes handicapées	2 536 904	3 069 554	4 024 249	3 986 101
MI2-3-16	CREX	737 995	424 517	51 195	51 195
MI2-3-17	PNSP : retour d'expérience dont PEC (conciliation médicamenteuse)	1 927 055	1 443 133	1 869 078	2 269 965
MI2-3-18	PNSP : simulation en santé	2 651 662	3 693 215	4 281 277	4 185 971

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – CP (en €)
MI2-3-19	PNSP : Structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins	1 395 069	1 875 077	3 687 910	3 783 220
MI2-3-21 (nouveau)	PNSP : Réduction des évènements indésirables graves		307 442	250 000	250 000
MI2-3-2	Équipes mobiles de soins palliatifs	1 330 419 26	1 382 060 56	1 420 964 87	1 420 969 31
MI2-3-22	Prise en charge des infections ostéo-articulaires (dont RCP)	187 332	253 880	595 474	595 474
MI2-3-1	COREVIH	9 599 516	9 233 517	17 779 872	17 889 872
MI2-3-23	Filières AVC	3 699 821	5 161 476	4 731 260	4 731 260
MI2-3-24	Expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	332 767	1 389 467	1 987 093	2 073 376
MI2-3-25	Expérimentations relatives aux hébergements pour patients		403 000	329 000	355 000
MI2-3-26 (nouveau)	Unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG)			2 136 969	2 136 969
MI2-3-3	Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques	3 317 804	4 385 889	4 580 889	4 580 889
MI2-3-4	Équipe de liaison en addictologie	5 380 491	5 386 457	5 467 637	5 468 724
MI2-3-5 ; MI2-3-6	Pratique de soins en cancérologie	8 795 723	8 850 104	8 914 927	8 850 693
MI2-3-7	Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer	2 283 464	2 284 106	2 153 036	2 153 409
MI2-3-8	Équipes mobiles de gériatrie	81 796 481	84 254 281	86 758 125	86 458 125
MI2-3-9	Groupe de qualité entre pairs	2 006 131	2 418 889	2 392 222	2 388 222
<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>122 418 164</b>	<b>136 264 421</b>	<b>141 512 428</b>	<b>142 536 253</b>
MI2-4-1	Plan Alzheimer	1 500	0	-	-
MI2-4-10	MAIA	79 357 622	84 846 875	83 927 751	84 891 468
MI2-4-2 ; MI2-4-3	PAERPA	11 195 496	15 999 391	18 537 839	18 472 674
MI2-4-4	Unités d'hébergement renforcées en EHPAD		0	-	40 000
MI2-4-5	Unités cognitives comportementales		155 027	-	-
MI2-4-6	GEM	31 851 046	35 263 128	38 886 838	38 982 112
MI2-4-9	Plateforme de répit	12 500	0	160 000	150 000
<b>MI2-5</b>	<b>Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé</b>	<b>7 802 113</b>	<b>11 760 028</b>	<b>7 496 330</b>	<b>7 472 043</b>
MI2-5-1	Exercices pluridisciplinaires et regroupés des professionnels de santé	7 802 113	11 760 028	7 496 330	7 472 043
<b>MI2-6</b>	<b>Les centres périnataux de proximité</b>	<b>2 001 093</b>	<b>2 088 301</b>	<b>2 134 279</b>	<b>2 130 657</b>
MI2-6-1	Centres périnataux de proximité	2 001 093	2 088 301	2 134 279	2 130 657
<b>MI2-7 ; M2-8</b>	<b>Autres Mission 2</b>	<b>43 719 032</b>	<b>45 387 317</b>	<b>62 985 942</b>	<b>63 002 526</b>
<b>Total mission 2</b>		<b>833 283 966</b>	<b>897 277 076</b>	<b>967 252 444</b>	<b>967 224 363</b>

## Mission n°3

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – 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>153 477 670</b>	<b>164 989 683</b>	<b>165 174 055</b>	<b>164 888 688</b>
MI3-1-1	Astreintes en ville	84 059 698	86 069 380	83 443 406	83 078 831
MI3-1-2	Participation au financement de la régulation	48 182 298	55 299 439	56 485 164	56 130 154
MI3-1-3	Structures de régulation libérale	4 676 727	4 766 805	5 943 126	6 087 726
MI3-1-4	Actes financés dans le cadre de l'expérimentation relative à la PDSA	4 098 214	5 787 345	6 858 919	6 851 419
MI3-2-1	Maisons médicales de garde	12 460 731	13 066 714	12 443 439	12 740 557
<b>Autres/ Provisions 2015</b>					
<b>MI3-3</b>	<b>Permanence des soins en établissement de santé</b>	<b>700 458 152</b>	<b>698 528 054</b>	<b>704 483 950</b>	<b>702 991 021</b>
MI3-3-1	Gardes en établissements privés	27 043 627	26 852 850	26 671 351	26 080 795
MI3-3-2	Astreintes	49 667 079	51 052 463	50 765 784	49 911 938
MI3-3-3	Permanence des soins en établissement public	623 747 446	620 622 741	627 046 815	626 998 288
<b>Autres/ Provisions 2015</b>					
<b>MI3-4</b>	<b>Meilleure répartition géographique de santé</b>	<b>13 457 677</b>	<b>13 919 768</b>	<b>21 752 495</b>	<b>21 064 561</b>
MI3-4-1	PTMG	2 241 231	2 494 325	2 072 534	2 009 756
MI3-4-2	Exercices regroupés en centres de santé	1 610 430	1 415 360	2 853 351	2 853 351
MI3-4-3	Exercices regroupés en maisons de santé pluri-professionnelles	6 858 932	7 180 999	16 525 964	15 866 441
MI3-4-4	Exercices regroupés en pôle de santé	2 747 084	2 794 234	-	42 682
MI3-4-5 (nouveau)	Projets de recherche maisons et centres de santé			155 000	155 000
MI3-4-6 (nouveau)	Praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA)			120 562	112 247
MI3-4-7 (nouveau)	Praticiens isolés à activité saisonnière (PIAS)			20 427	20 427
MI3-4-8 (nouveau)	Praticiens territoriaux médicaux de remplacement (PTMR)			4 658	4 658
<b>MI3-5 (nouveau)</b>	<b>Autres Mission 3 Sanitaire</b>	<b>16 189 672</b>	<b>9 281 316</b>	<b>14 160 753</b>	<b>13 395 908</b>
<b>Total mission 3</b>		<b>883 583 170</b>	<b>886 718 819</b>	<b>905 571 255</b>	<b>902 340 178</b>

## Mission n°4

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – 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>17 471 206</b>	<b>10 451 984</b>	<b>12 669 213</b>	<b>13 190 819</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	10 978 529	5 280 621	6 268 833	6 067 429
MI4-1-2	Appui à la fiabilisation et à la certification des comptes	919 950	330 423	80 828	40 820
MI4-1-3	Appui au déploiement de la comptabilité analytique	68 850	80 898	205 555	200 872
MI4-1-4	Généralisation FIDES	176 982	154 000	135 200	49 400
MI4-1-5	Programme PHARE	3 924 122	1 510 981	1 681 584	2 947 353
MI4-1-6	Appui au déploiement d'Ophélie	6 400	9 750	-	-
MI4-1-7	Appui au déploiement de la dématérialisation	6 480	250 000	392 936	297 760
MI4-1-9	Autres projets d'amélioration de la performance	1 389 893	2 835 311	390 427	3 587 184
<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>10 179 754 29</b>	<b>8 794 69 101</b>	<b>9 26 169 622</b>	<b>10 030 35 117</b>
MI4-1-8	Sécurisation des prêts structurés des établissements publics de santé	28 560 000	0		
MI4-2-1	Réorganisations hospitalières	26 470 904	20 761 630	19 560 211	26 805 840
MI4-2-2	Gestion des risques	774 992	176 296	237 217	237 217
MI4-2-3	Accords de bonnes pratiques hospitalières	715 037	260 796	2 023 663	2 023 663
MI4-2-4	Actions de modernisation et de restructuration	132 049 265	165 390 070	140 583 650	140 611 537
MI4-2-5	Aides à la contractualisation	152 256 038	133 166 108	157 299 806	157 960 353
MI4-2-6	Maintien de l'activité déficitaire	37 397 198	48 619 844	40 757 625	40 662 025
MI4-2-7	Amélioration de l'offre	92 082 071	72 416 892	59 917 679	60 144 750
MI4-2-8	Aides à l'investissement hors plans nationaux	547 669 924	571 843 573	505 789 771	574 589 732
<b>MI4-4-1</b>	<b>Développement de l'activité ou soutien financier</b>			7 282 844	7 245 942
<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>23 593 473</b>	<b>25 740 334</b>	<b>29 830 231</b>	<b>29 932 185</b>
MI4-3-1	Mutualisation des moyens et structures sanitaires	23 593 473	25 740 334	29 830 231	29 932 185

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – 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>6858353</b>	<b>4793158</b>	<b>7282844</b>	<b>7245942</b>
MI4-4-1	CLACT	6858353	4793158	7282844	7245942
<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>1752237</b>	<b>2724060</b>	<b>9647152</b>	<b>9642676</b>
MI4-5-1, MI4-5-2, MI4-5-3	GPMC	1752237	2724060	9647152	9642676
<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>28217444</b>	<b>26712313</b>	<b>24724352</b>	<b>25966294</b>
MI4-6-1	Autres dispositifs de ressources humaines	1266812	10132371	6160725	6300944
MI4-6-2	Aides à la mobilité	1374678	701851	1369070	1473549
MI4-6-3	Cellule d'accompagnement social - CLASMO	13973297	1872909	1362955	1440505
MI4-6-4	Indemnités de départ volontaire	46440	8970795	12186939	12903358
MI4-6-5	Remboursement de différentiel de rémunération	4799958	51003	207951	256506
MI4-6-6	Actions de reconversion professionnelle	6756260	4983384	3436712	3591433
<b>MI4-7</b>	<b>Structure MS</b>	<b>10602754</b>	<b>10014126</b>	<b>6569508</b>	<b>6366452</b>
MI4-7-1	Efficience de structures MS	7575176	5392050	3560997	3338518
MI4-7-2	Amélioration des conditions de travail des personnels des structures MS	3027578	4622076	3008511	3027934
MI4-8, MI4-9	Autres Mission 4	13622859	9293785	<b>8543075</b>	<b>8321596</b>
<b>Total Mission 4</b>		<b>1120093753</b>	<b>1102364967</b>	<b>1025435995</b>	<b>1103701081</b>

## Mission n°5

Nomenclature FIR	Destination	2016 (en €)	2017 (en €)	2018 – AE (en €)	2018 – CP (en €)
MI5-1-1	Formation des représentants des usagers	948835	587923	498886	473679
MI5-1-2 (nouveau)	Recueil de la parole des usagers et citoyens	820950	1 134 103	1 176 582	1 242 048
MI5-2 (nouveau)	Autres Mission5 Démocratie sanitaire	1 285 556	1 067 136	3 360 104	2 760 559
<b>Total mission 5</b>		<b>3 055 341</b>	<b>2 789 162</b>	<b>5 035 572</b>	<b>4 476 286</b>

