



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES



FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013

Avant-propos

L'article 1435-10 du code de la santé publique prévoit qu'un bilan national est adressé au Parlement avant le 15 octobre en vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au Fonds d'intervention régional (FIR) des Agences régionales de santé (ARS).

Il a pour objectif de présenter le périmètre des missions du fonds, d'expliciter les critères de répartition des crédits entre régions et de rendre compte de leur utilisation.

Il a été élaboré sur la base des données fournies par les ARS ainsi que des données budgétaires issues de la direction financière et comptable de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Il est organisé de la façon suivante :

- une synthèse générale retraçant les éléments principaux de l'activité du FIR en 2013 ;
- une première partie traitant de la stratégie et mise en œuvre globale du FIR ;
- une deuxième partie présentant les réalisations financées par le FIR par grandes missions en indiquant pour chacune d'elles :
 - la stratégie spécifique à la mission et les crédits alloués ;
 - le bilan quantitatif et qualitatif des actions menées (sur la base d'indicateurs nationaux) et l'identification d'initiatives innovantes ;

Sommaire

SYNTHESE GENERALE DE LA CAMPAGNE FIR EN 2013	5
1. PRESENTATION GENERALE	6
2. LES MISSIONS DU FIR	8
3. LA REPARTITION DES CREDITS FIR ENTRE REGIONS	10
4. LA MISE EN ŒUVRE DE LA FONGIBILITE DES CREDITS FIR	12
PARTIE 1	14
STRATEGIE ET MISE EN ŒUVRE GLOBALE DU FIR	14
1. LA MISE EN ŒUVRE FINANCIERE	15
1.1. MODALITE DE CONSTRUCTION DE L'ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DES DEPENSES 2013	15
1.2. SYNTHESE DE L'UTILISATION DES CREDITS	16
2. PILOTAGE ET ORGANISATION DU FIR	18
2.1. LE PILOTAGE NATIONAL DU FIR	18
2.2. ORGANISATION INTERNE DES ARS POUR LE PILOTAGE DU FIR	18
3. LA MISE EN ŒUVRE PAR LE FIR DES PRIORITES NATIONALES ET DES PROJETS REGIONAUX	20
3.1. LE FIR COMME LEVIER DE LA MISE EN ŒUVRE DES GRANDES ORIENTATIONS NATIONALES	20
3.2. LE FIR COMME LEVIER POUR LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITES DES PROJETS REGIONAUX DE SANTE (PRS)	22
4. LES CIRCUITS COMPTABLES ET FINANCIERS DU FIR ET LE SUIVI DES DEPENSES	22
4.1. LA RELATION ENTRE ARS ORDONNATEUR ET CPAM PAYEUR	22
4.2. LE SUIVI BUDGETAIRE	24
PARTIE 2	25
BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF DES MISSIONS DU FIR	25
MISSION 1	26
PERMANENCE DES SOINS	26
1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la 1 ^{ère} mission du FIR	27
2. Bilan de l'action conduite par les ARS sur la 1 ^{ère} mission du FIR	33
MISSION 2	40
AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA COORDINATION DES SOINS	40
MISSION 3	40
L'AMELIORATION DE LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, DES MAISONS DE SANTE, DES POLES DE SANTE, ET DES CENTRES DE SANTE	40
1. Synthèse financière globale	42
2. Stratégie et bilan des actions conduites sur les sous-missions des 2 ^e et 3 ^e missions du FIR	43
2.1. Aides à la contractualisation issues des marges de manœuvres régionales	43
2.2. Les réseaux de santé	45
2.3. Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et équipe ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)	53
2.4. Actions de qualité transversale de pratique de soins en cancérologie	54
2.5. Equipes mobiles de gériatrie (EMG)	56
2.6. Consultations mémoire	57
2.7. Equipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA)	58
2.8. Emplois de psychologues ou assistants sociaux hors plan cancer	60
2.9. Les centres périnataux de proximité	61
2.10. Les maisons des adolescents (MDA)	64
2.11. Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)	66
2.12. L'exercice coordonné	66
2.13. Les nouveaux modes d'exercice et en particulier la télémédecine	69

2.14. Rémunération des médecins correspondant SAMU (MCS)	71
2.15. Praticien territorial de médecine générale (PTMG)	74
2.16. Carences ambulancières	76
2.17. Dépistage néonatal de la surdité (financement de la coordination du programme)	77
2.18. Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS VSL)	79
MISSION 4	82
MODERNISATION, ADAPTATION ET RESTRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS AINSI QUE DES PRESTATIONS DE CONSEIL, DE PILOTAGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES DEMARCHES VISANT A AMELIORER LA PERFORMANCE HOSPITALIERE ENGAGES PAR DES ETABLISSEMENTS OU PAR LES ARS POUR LES ETABLISSEMENTS DE LEUR REGION	82
1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la 4 ^{ème} mission du FIR	83
1.1. Stratégie spécifique à la mission	83
1.2. Dépenses comptabilisées	83
2. Bilan de l'action conduite par l'ARS sur la 4 ^{ème} mission du FIR	84
2.1. Bilan quantitatif des actions par type de projet	84
2.2. Bilan qualitatif	86
MISSION 5	89
AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	89
1. Synthèse financière : crédits alloués à la 5 ^{ème} mission du FIR	90
2. Bilan et stratégie de l'action conduite par les ARS sur la 5 ^{ème} mission du FIR	91
3. Les autres actions concourant à la réalisation de l'objectif de la 5 ^{ème} mission	93
MISSION 6	94
PREVENTION DES MALADIES, PROMOTION DE LA SANTE, EDUCATION A LA SANTE ET DE SECURITE SANITAIRE	94
1. Stratégie spécifique de la 6 ^{ème} mission du FIR	95
1.1. Crédits alloués	95
1.2. Principes, critères et modalités d'allocation de ressources retenus en 2013	97
1.3. Stratégie de territorialisation	98
1.4. Modalités d'évaluation des programmes et des actions financés en 2013	99
2. Bilan de l'action conduite par l'ARS sur la 6 ^{ème} mission du FIR	100
2.1. Bilan de la mise en œuvre des CLS	100
2.2. Bilan des actions de santé publique menées	103
2.3. Bilan des actions relatives à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	108
2.4. Bilan des actions relatives à la démocratie sanitaire	112
2.5. Bilan de l'action menée sur les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)	113
2.6. Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)	115
MISSION 7	117
MUTUALISATION DES MOYENS DES STRUCTURES SANITAIRES, EN PARTICULIER EN MATIERE DE SYSTEMES D'INFORMATION EN SANTE ET D'INGENIERIE DE PROJETS	117
1. Bilan quantitatif et crédits alloués au titre de la 7 ^{ème} mission du FIR	118
2. Bilan qualitatif spécifique à la 7 ^{ème} mission du FIR par région	119
MISSION 8	122
LA PREVENTION DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE AINSI QUE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES OU AGES DEPENDANTES	122
1. Bilan quantitatif et crédits alloués au titre de la 8 ^{ème} mission du FIR	123
2. Bilan qualitatif spécifique à la 8 ^{ème} mission du FIR	126
2.1. La prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées	126
2.2. La prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre l'exclusion des personnes âgées dépendantes	127

Synthèse générale de la campagne FIR en 2013

En 2013, le périmètre et les actions financées par le fonds d'intervention régional ont connu un élargissement important par rapport à 2012. L'enveloppe financière déléguée aux agences régionales de santé s'est établie à 3,170Md€, contre 1,325Md€ en 2012 (1,590Md€ en année pleine). Le montant total des dépenses comptabilisées, au titre de l'exercice 2013, s'est établi à **3,160Md€, soit un taux d'exécution de 99,7%** qui traduit une très forte mobilisation du fonds d'intervention régional par les agences dans le cadre des actions de transformation de l'offre de soins.

Trois postes de dépenses représentent plus de 95% des dépenses comptabilisées : (1) l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, avec 56% des crédits consommés ; (2) la permanence des soins, avec 28% des dépenses réalisées ; et (3) la prévention, avec 11% des dépenses réalisées.

Les agences régionales de santé soulignent que le fonds d'intervention régional leur a notamment permis la mise en œuvre des priorités suivantes :

- **l'optimisation de la permanence des soins**, en permettant la poursuite de la mise en œuvre de schémas cibles d'organisation territoriale en ce domaine ;
- **le soutien à un exercice pluri-professionnel** favorisant les regroupements des professionnels autour des réseaux et des structures d'exercice coordonné ;
- **le développement de la prévention**, dont l'enveloppe globale a bénéficié d'un abondement complémentaires de crédits à hauteur de 20M€ au titre de la fongibilité asymétrique ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que leurs prises en charge notamment par le financement à compter de 2013 dans le cadre du FIR **des groupes d'entraide mutuel et des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades atteints d'Alzheimer** ;
- **la démocratie sanitaire en régions** (5M€ de crédits ayant été délégués en 2013 aux agences à ce titre) ;

Plus généralement, le décloisonnement des champs d'intervention de l'ARS, à travers des **financements autour des parcours de soins**.

En 2013, le fonds d'intervention régional s'est pleinement inscrit dans **les objectifs de la stratégie nationale de santé (SNS)** en favorisant par l'intermédiaire d'un seul instrument financier les prises en charges relevant, de manière convergente, des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

1. Présentation générale

Le fonds d'intervention régional a été créé le 1^{er} mars 2012 en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Les textes relatifs au fonctionnement du FIR sont codifiés aux articles L.1435-8 à L.1435-11 et R.1435-16 à R.1435-36 du code de la santé publique. Le fonds n'a pas la personnalité morale, mais dispose d'une comptabilité propre consolidée par la CNAMTS qui en assure la gestion comptable et financière. L'ensemble des décisions relatives au FIR sont soumises au conseil national de pilotage des ARS (CNP), qui définit par circulaires les orientations stratégiques, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions fixée chaque année par arrêté ministériel. Le CNP est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds, dans le cadre des textes réglementaires applicables aux ARS et notamment du décret du 27 février 2012 relatif au FIR.

Les ressources du FIR sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, une dotation de l'État, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). A compter de 2014, le FIR fait l'objet d'un sous-objectif de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM) voté dans le cadre de la LFSS. Des arrêtés ministériels fixent chaque année, la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds ainsi que le montant des crédits alloués à chaque agence régionale de santé.

Le FIR regroupe donc au sein d'une seule enveloppe financière globale et fongible des crédits auparavant cloisonnés mais destinés à financer des politiques proches ou complémentaires dans les domaines de la permanence et de la qualité des prises en charge, de l'accompagnement de l'adaptation de l'offre et de la performance des structures, de l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé, de la politique de prévention des maladies et la promotion de la santé et la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie et leurs prises en charge. Ces deux dernières missions bénéficient du principe de fongibilité asymétrique.

Le principe de fongibilité asymétrique est fondé sur la possibilité, pour les agences régionales de santé, de redéployer librement les crédits au sein des différentes missions financées par le FIR sous deux conditions :

- 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.

En 2013, le périmètre et les actions financées par le FIR ont connu un élargissement important, par rapport aux enveloppes qui constituaient le fonds en 2012. L'enveloppe financière du FIR a été notamment complétée par :

- des aides à la contractualisation (AC) destinées à favoriser, en régions, la performance et les restructurations hospitalières ;
- certaines missions d'intérêt Général (MIG) dont l'objectif est de favoriser une approche transversale des prises en charge ;

- des crédits de financement d'actions d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, notamment les expérimentations sur le dispositif personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), les groupes mutuels d'entraide (GEM) et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ;
- une enveloppe spécifique destinée à promouvoir la démocratie sanitaire en application de l'article 28 de la LFSS 2013.

Le tableau suivant présente l'évolution du périmètre du FIR entre 2012 et 2013.

Tableau 1- Evolution du périmètre du FIR entre 2012 et 2013

Enveloppe	Périmètre
Programme 204 Etat	2012
Fonds de prévention de l'Assurance Maladie	
Mission d'intérêt général (MIG) relative au financement des centres de dépistage anonyme gratuit (CDAG)	
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (hors investissements informatiques et immobiliers)	
Permanence des soins ambulatoires (PDSA)	
Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)	
Centres périnataux de proximité (CPP)	
Eduction thérapeutique du patient (ETP)	
Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	
Contrats d'amélioration de la coordination et de la qualité des soins (CACQS) transports (VSL)	
Aides à la contractualisation (AC) hors crédits H2007/H2012	
Mesures AC	
MIG emploi de psychologues ou assistants sociaux hors plan Cancer	
MIG équipes mobiles de soins palliatifs	
MIG soins palliatifs pédiatriques	
MIG relatifs aux structures de prise en charge des adolescents	
MIG équipes de liaison addictologie	
MIG coordination régionale de la lutte contre l'infection par le virus du VIH (COREVIH)	
MIG télésanté	
MIG actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	
Evolution des modes de pratique	
MIG équipes mobiles de gériatrie	
MIG consultations mémoires	
Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)	
Prototypes personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa)	
SI maisons et centre de santé	
Crédits de prévention assurance maladie complémentaire (hors FNPEIS)	
Démocratie sanitaire	

Source : Secrétariat général des ministères chargés de la santé et des affaires sociales (SGMAS)

Le fonds d'intervention régional s'inscrit pleinement dans les objectifs de la stratégie nationale de santé (SNS) :

- il participe d'une logique de décloisonnement des prises en charges entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social;
- il permet, en regroupant certains crédits, d'appréhender globalement certaines politiques, comme la permanence des soins par exemple, quels que soient les instruments utilisés pour la mettre en œuvre.

2. Les missions du FIR

Les activités et les missions financées par le FIR sont définies à l'article L. 1435-8 du Code de la santé publique (CSP). Huit¹ missions principales ont été définies par loi, qui recouvrent elles-mêmes plusieurs objets portant sur :

■ La permanence des soins (mission 1)

Elle comprend notamment :

- les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la PDSA ;
- les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, notamment les maisons médicales de garde ;
- la permanence des soins en établissement de santé.

■ L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (mission 2)

Elle comprend notamment :

- le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, notamment les réseaux de télésanté et la télémédecine ;
- des actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins et en particulier les contreparties financières des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) prévus à l'article L. 1435-4 du CSP ;
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé, en particulier au sein de maisons de santé, de pôles de santé et de centres de santé ;
- les centres périnataux de proximité (mentionnés à l'article R. 6123-50 du CSP).

¹ Il est à noter que dans le rapport d'activité 2012 du FIR, les missions 2 (amélioration de la qualité et de la coordination des soins) et 3 (amélioration de la répartition géographique des personnels de santé) avaient été regroupées au sein d'une seule « mission 2 » (amélioration de la qualité et de la coordination des soins, et amélioration de la répartition géographique des personnels de santé). Dans le présent rapport en revanche, il a été fait le choix de conserver la définition et de numéroter le nombre des missions conformément aux dispositions légales (8 missions conformément à l'article 1435-8 du CSP).

Elle comprend notamment :

- des actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

■ **La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins** (mission 4)

Le FIR finance notamment à ce titre :

- des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière engagées par des établissements ou par les agences régionales de santé pour les établissements de leur région ;
- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements, ces opérations pouvant comprendre, sous certaines limites, des dépenses d'investissement.

■ **L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé** (mission 5)

Elle comprend notamment :

- les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT);
- des actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences (GPMC) et actions de formation dans le cadre de la promotion professionnelle ;
- des aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration.

■ **La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire** (mission 6)

Le FIR finance à ce titre des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma régional de prévention, et notamment:

- des actions de pilotage régional, de soutien dans le domaine de la prévention, de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de diffusion des bonnes pratiques ;
- des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, et en particulier des actions 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.

- **La mutualisation des moyens des structures sanitaires** (mission 7)

A ce titre, le FIR finance l'ensemble des actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet.

- **La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes** (mission 8)

Le fonds peut participer au financement de l'ensemble des actions tendant à ces objectifs à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements.

3. La répartition des crédits FIR entre régions

S'agissant du financement des actions de prévention, de promotion de la santé, de veille et sécurité sanitaires, qui sont protégées par la fongibilité asymétrique, la répartition entre les agences régionales de santé des crédits versés au titre de la dotation de l'Etat, et du fonds de prévention de l'Assurance maladie (FNPEIS) tient compte de critères basés sur l'état de santé et sur la précarité des populations régionales (soit 239M€ en 2013, ou 7.5% sur un total de 3,170Md€s délégués en 2013). La situation des régions vis-à-vis des dépenses recentralisées par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales est aussi examinée dans le cadre de cette péréquation.

Les autres enveloppes régionales (hors prévention) ont été reconduites sur des bases historiques, en additionnant les attributions régionales prévues par les sous-enveloppes du FIR telles que constituées en 2012, en tenant compte des évolutions relatives à l'offre de soins.

Le tableau suivant présente pour chaque région, sa dotation 2013 au titre du fonds d'intervention régional, en précisant les crédits prévention protégés par la fongibilité asymétrique (conformément aux dispositions de l'article L.1435-9 du CSP).

Tableau 2 - Répartition régionale des crédits FIR en 2013 (Issue de l'arrêté de dotation modification du 11 octobre 2013)

(En euros)

ARS	Total des crédits délégués	Dont 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 mentionnés au a) de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique					Total	Dont crédits destinés au financement de la prévention des handicaps, de la perte d'autonomie, des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes mentionnées au b) de l'article L. 1435-9 du CSP
		Au titre de la dotation de l'Etat mentionnée à l'article L. 1435-9 CSP	Au titre des crédits prévention de l'AM (FNPEIS)	Au titre des recettes fiscales prévues en LFSS 2013	Au titre des crédits de l'assurance maladie mentionnés au 2° de l'article 5. 1435-24 CSP	Au titre de la démocratie sanitaire		
Alsace	97 999 559	2 133 877	621 291	552 949	579 744	192 308	4 080 168	2 039 247
Aquitaine	144 626 024	4 539 875	1 321 812	1 176 413	288 081	192 308	7 518 488	5 012 616
Auvergne	70 134 232	3 098 065	902 020	802 798	255 388	192 308	5 250 579	2 347 847
Bourgogne	86 246 349	3 912 007	1 139 004	1 013 714	483 732	192 308	6 740 764	2 278 620
Bretagne	141 585 595	5 558 145	1 618 287	1 440 275	678 449	192 308	9 487 464	4 064 740
Centre	105 272 282	4 813 903	1 401 597	1 247 421	648 796	192 308	8 304 025	3 717 239
Champagne-Ardenne	67 615 094	2 807 024	817 282	727 381	705 360	192 308	5 249 354	1 670 996
Corse	18 899 460	984 971	286 781	255 234	102 739	192 308	1 822 033	784 749
Franche-Comté	61 979 477	1 935 609	563 564	501 572	78 310	192 308	3 271 363	1 653 495
Ile de France	542 163 882	23 001 805	6 697 114	5 960 431	4 039 010	192 308	39 890 668	10 264 355
Languedoc-Roussillon	114 273 056	5 053 417	1 471 333	1 309 486	448 438	192 308	8 474 981	3 123 244
Limousin	51 885 742	1 708 762	497 516	442 789	338 818	192 308	3 180 193	1 673 996
Lorraine	133 020 329	5 655 537	1 646 643	1 465 513	589 720	192 308	9 549 721	3 192 993
Midi-Pyrénées	144 940 784	5 921 032	1 723 944	1 534 310	1 103 719	192 308	10 475 312	4 961 866
Nord Pas de Calais	182 584 845	7 835 737	2 281 422	2 030 465	523 445	192 308	12 863 377	4 418 244
Basse-Normandie	75 988 538	2 728 069	794 294	706 921	460 703	192 308	4 882 295	2 178 620
Haute-Normandie	88 241 208	3 835 862	1 116 834	993 983	418 581	192 308	6 557 568	2 073 371
Pays de la Loire	155 014 836	7 277 809	2 118 978	1 885 890	1 901 866	192 308	13 376 851	4 133 118
Picardie	94 512 914	4 162 517	1 211 942	1 078 628	636 700	192 308	7 282 095	1 493 996
Poitou-Charentes	82 560 334	2 726 466	793 827	706 506	1 261 320	192 308	5 680 426	2 358 344

PACA	222 908 609	7 954 222	2 315 919	2 061 168	1 674 049	192 308	14 197 666	5 362 491
Rhône-Alpes	290 114 010	10 304 050	3 000 086	2 670 076	1 698 605	192 308	17 865 125	6 616 691
Guadeloupe	39 659 318	4 084 604	1 189 257	1 058 439	238 272	192 308	6 762 880	549 624
Guyane	29 658 582	4 469 344	1 301 276	1 158 136	1 362 271	192 308	8 483 335	359 875
Martinique	53 491 523	2 759 656	803 491	715 108	85 000	192 308	4 555 562	359 875
Océan Indien	74 140 278	8 121 036	2 364 488	2 104 395	629 964	192 308	13 412 190	784 749
Total	3 169 516 862	137 383 401	40 000 000	35 600 001	21 231 080	5 000 000	239 214 482	77 475 000

Source: Arrêté du 11 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 3 mai 2013 fixant pour l'année 2013 le montant des dotations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

3.1 L'exécution 2013

A la clôture des comptes du FIR en 2013, le montant total des crédits consommés s'est établi à 3,217Md€, sur un total de 3,170Md€s délégué aux ARS en 2013. Ce montant se décomposait de la manière suivante :

- 57,93M€ de crédits consommés au titre des dépenses rattachées à l'exercice 2012 ;
- 3,160Md€s de crédits consommés au titre des dépenses rattachées à l'exercice 2013, dont 204,16M€ ont été constituées en fin d'exercice sous forme de provisions.

Ce montant de 3,160Md€s de dépenses comptabilisées au titre de l'exercice 2013 peut être comparé aux 3,170Md€s de crédits délégués en 2013, soit un taux d'exécution de 99,7%.

S'agissant de la répartition en volume de ces crédits consommés par rapport aux missions financées par le FIR, il est à noter que trois postes de dépenses représentent plus de 95% des crédits consommés en 2013 par les agences régionales de santé :

- L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (mission 2), dont l'enveloppe a fortement progressé du fait du basculement de la base des aides à la contractualisation attribuées en région, est le premier poste de dépenses du FIR en 2013, et totalise 56% des crédits consommés ;
- La permanence des soins (mission 1) et la prévention (mission 6) constituent respectivement les deuxième et troisième postes de dépenses du FIR en 2013, avec 28% et 11% des dépenses réalisées.

4. La mise en œuvre de la fongibilité des crédits FIR

4.1 Les redéploiements de crédits FIR entre les missions

L'élargissement du périmètre du FIR en 2013 a permis aux ARS de dégager des marges de manœuvre, et de mettre en œuvre la fongibilité asymétrique par redéploiement d'une partie des crédits disponibles pour la permanence des soins en établissement de santé (mission 1). Cela a été possible grâce à un effort de rationalisation des lignes de gardes et des astreintes et d'une partie des crédits réservés aux aides à la contractualisation (mission 2), au bénéfice principalement de la prévention et de certaines actions relevant du champ médico-social.

4.2 La fongibilité asymétrique

La fongibilité asymétrique permet aux agences de dégager des marges de manœuvre grâce aux redéploiements de crédits en région au sein des différentes missions du FIR, et en fonction des priorités gouvernementales, notamment en termes de prévention et en lien avec les projets régionaux de santé (PRS).

En 2013, les crédits prévention protégés par la fongibilité asymétrique étaient les suivants :

- Les crédits de prévention et de sécurité sanitaire issus du programme 204 de l'Etat ;
- Les crédits du fonds national de prévention de l'assurance maladie (FNPEIS) ;
- Les crédits destinés au financement des centres de dépistage anonymes gratuits (ex-MIG), de l'Education Thérapeutique du Patient, des emplois de psychologues, de la coordination du dépistage néonatal de la surdité, des COREVIH ;
- Les crédits alloués au bénéfice de la démocratie sanitaire.

Par ailleurs, 77M€ des crédits apportés par la CNSA au titre du financement des GEM et des MAIA bénéficient également du principe de fongibilité asymétrique dans les conditions fixées à l'article L. 1435-9 b) du CSP.

Le principe de mise en œuvre de la fongibilité asymétrique, déjà à l'œuvre en 2012, a été observé à nouveau en 2013 : les ARS font état d'un montant global de 20M€ de crédits ayant fait l'objet d'une fongibilité asymétrique en faveur de dépenses de prévention (cf. infra partie du rapport relative à la mission 6).

PARTIE 1

Stratégie et mise en œuvre globale du FIR

1. La mise en œuvre financière

1.1. Modalités de construction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2013

Le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) est chargé d'établir, chaque année, « un budget » du fonds dans sa région conformément aux dispositions de l'article R. 1435-28 du CSP, modifié par l'article 2 du décret n° 2012-1247 du 7 novembre 2012. Ce budget est construit sur la base d'un état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) qui détermine la répartition des crédits au sein des différentes missions financées par le fonds dans la région. Il est la traduction budgétaire des choix stratégiques opérés par les agences régionales de santé dans le cadre de la mise en œuvre de leur projet régional de santé (PRS).

L'EPRD a fait l'objet d'une présentation au conseil de surveillance de l'ARS, et auprès de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Certaines ARS ont également présenté leur EPRD aux fédérations régionales représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

Par ailleurs, en fonction de l'évolution des dotations aux agences régionales de santé, notamment à l'issue de la deuxième délégation de crédits effectuée par arrêté du 11 octobre 2013, des EPRD modificatifs ont été adoptés en vue d'intégrer l'ensemble des ressources déléguées aux agences. La dernière version de l'EPRD modificatif est transmise pour information au secrétariat du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Tableau 3 - Etats prévisionnels de recettes et de dépenses des ARS consolidés par mission du FIR en 2013

(En euros)

	DEPENSES PREVISIONNELLES			DOTATIONS FIR 2013	
	INTITULE	EPERD INITIAL 2013	DERNIER EPRD VOTE	INTITULE	Dotations
Mission 1	Permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé	918 044 854	909 730 277	Dotation Assurance maladie	2 958 733 461
Mission 2 Et Mission 3	Amélioration de la qualité et de la coordination des soins et amélioration de la répartition géographique des personnels de santé	3 048 618 096	1 778 401 384	Dotation de l'Etat 2° art. L1435-9 du CSP	137 383 401
Mission 4	Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins	135 884 189	123 163 233	Dotation de la CNSA	73 400 000
Mission 5	Amélioration des conditions de travail des personnels de santé, et	93 992 525	65 328 482		

	accompagnement social			
Mission 6	Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	323 912 139	332 843 222	
Mission 7	Mutualisation des moyens structures sanitaires	39 915 430	15 760 961	
Mission 8	Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées	35 792 599	16 999 082	
	Divers	34 786 863	11 964 694	
TOTAL		3 107 345 531	3 254 191 335	

Source: Données ARS et arrêté fixant la dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

1.2. Synthèse de l'utilisation des crédits

Du fait de l'élargissement de périmètre en 2013, l'enveloppe déléguée aux agences s'est élevée en 2013 à 3,170Md€s contre 1,325Md€s en 2012 (1,590Md€s en année pleine). Elle se décomposait de la manière suivante :

- 2,956 Mds€ au titre de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie (dont 75,6M€ de crédits prévention, mentionnés au a de l'article L.1435-9 du CSP);
- 137M€ au titre de la dotation de l'Etat (crédits prévention P. 204 mentionnés au a de l'article L. 1435-9 du CSP);
- 77M€ au titre de la dotation de la CNSA.

La construction de cette enveloppe financière résulte de l'addition des dotations correspondant au financement des différentes actions dont le transfert au fonds a été décidé en 2013.

Dans le contexte de nécessaire maîtrise des dépenses publiques, le FIR a fait l'objet de deux mesures de réserves prudentielles notifiées en début d'exercice 2013 :

- La première, relative aux crédits Etat du programme 204 s'est établie à hauteur 2M€ (soit 1,4% sur un total de 139,1M€) répartis au prorata des enveloppes régionales;
- La seconde concerne les mises en réserves prudentielles pour la régulation de l'ONDAM. Elle s'est élevée à 75M€ (soit 2,26% sur le total des crédits FIR hors programme 204), répartie en fonction de l'évolution de l'activité hospitalière de chaque région.

Au global, la CNAMTS, chargé de la gestion comptable du FIR enregistre, enregistre 3,217Md€s de dépenses comptabilisées en 2013, soit un montant très proche des crédits inscrits par les agences dans leur dernier EPRD modifié (3,254Md€s).

Compte tenu de l'élargissement du périmètre des actions financées au titre de l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (mission 2), celle-ci concentre à elle seule plus de la moitié (54%) des crédits consommés et constitue le premier poste de dépenses du FIR en 2013¹.

La permanence des soins (mission 1) est le deuxième poste de dépenses et totalise 29% des crédits consommés en 2013.

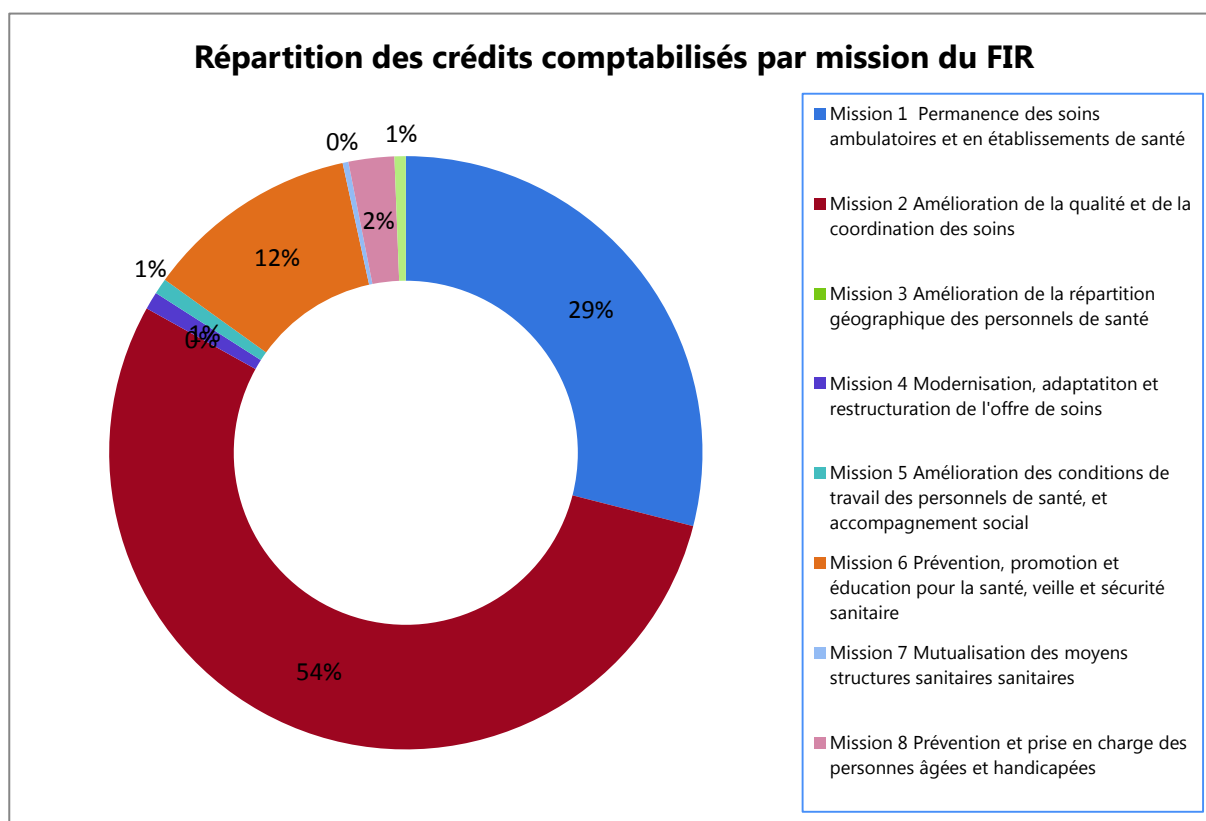
La prévention, l'éducation et la promotion de la santé, et la sécurité sanitaire (mission 6) sont le troisième poste de dépenses avec 12% des crédits consommés en 2013. Les appels de fonds réalisés par les ARS au titre de la fongibilité asymétrique ont permis de mobiliser près de 20M€ en 2013 qui se sont portés prioritairement vers ces actions de prévention en santé publique.

La prévention et la prise en charge des personnes âgées et handicapées (mission 8) totalisent 2% des crédits consommés en 2013, avec 79M€.

Le graphique suivant présente la répartition par missions de l'utilisation des crédits du FIR (cf. détail des crédits comptabilisés par mission en partie 2).

¹ Il est à noter que les règles d'imputation comptable entre missions ont été révisées et harmonisées pour la campagne 2014 (fiche-technique 7 de la circulaire 2014 relative au FIR). En effet, en 2013, l'imputation comptable a pu différer entre agences, au moment de la constitution des EPRD et de l'ordonnancement des dépenses, et les CPAM, lors de leur comptabilisation conduisant notamment à surévaluer les dépenses relatives à la mission 2. C'est par exemple le cas des comptes relatifs au financement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou des centres de dépistage anonymes gratuits (CDAG). Pour corriger cette difficulté comptable, à compter de 2014, la circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional a clarifié les règles d'imputation des dépenses du FIR et amélioré le plan comptable en rééquilibrant le contenu des missions par un allègement de la mission 2.

Figure 1- synthèse de l'utilisation des crédits du FIR par mission en 2013



Source : balance comptable CNAMTS

2. Pilotage et organisation du FIR

2.1. Le pilotage national du FIR

Le pilotage national du FIR associe les services du Ministère chargé de la santé, de la CNAMTS et de la CNSA, avec une représentation des ARS. L'ensemble des décisions relatives au FIR est soumis au conseil national de pilotage des ARS, qui définit par circulaires les orientations données aux ARS 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.

Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) assure la coordination du pilotage national du FIR. Il coordonne notamment l'élaboration du rapport d'activité annuel du FIR.

2.2. Organisation interne des ARS pour le pilotage du FIR

En 2013, la majorité des agences régionales de santé a conforté l'organisation interne mise en place en 2012 au moment de la création du FIR. Quelques unes d'entre elles ont profité de l'élargissement du périmètre du FIR en 2013 ou d'une réorganisation interne de l'agence pour


entreprendre une démarche visant à améliorer l'élaboration, le pilotage et le suivi du FIR selon la démarche de simplification par processus déployée en agences (méthodologie STARS).

Cette organisation favorise le décloisonnement des différentes directions métiers et permet de respecter la nature transversale du FIR.

Par ailleurs, les ARS recourent également à des réunions périodiques avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) afin de développer les modalités de collaboration et de rapprocher les données budgétaires et comptables qui proviennent de deux systèmes différents (celui des agences régionales de santé d'un côté, et celui des caisses primaires d'assurance maladie de l'autre).

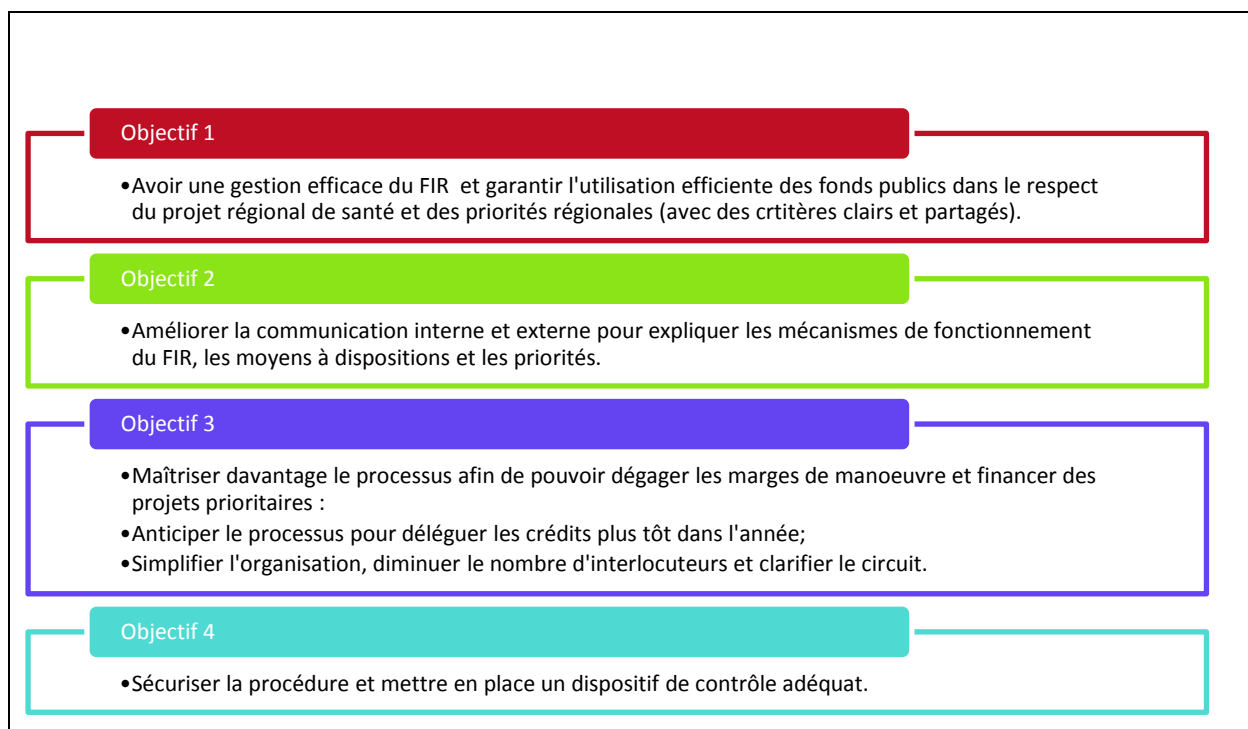
Illustration : le chantier « STARS » en ARS Aquitaine, un enjeu d'organisation interne

La réorganisation de l'ARS Aquitaine en 2013, et la création d'un pôle financement et d'un département FIR, ont été l'occasion de remettre à plat les modalités d'allocations de ressources et la gestion du fonds.



- Engager la démarche sur **4 processus prioritaires** :
 - Conventions tripartites
 - Allocation de ressources MS
 - Allocation de ressources PPS
 - Allocation de ressources FIR
- S'appuyer sur une **méthode portée par le Secrétariat Général**
- Faire **remonter au niveau national** les besoins de simplification
- **Capitaliser sur la méthode pour étendre la démarche** à d'autres processus
- Mettre en place de nouvelles procédures dans le cadre de la **réorganisation interne de l'ARS Aquitaine ou comment rendre la réorganisation opérationnelle?**

➤ **Quatre objectifs ont été recensés dans le cadre de ce projet :**



3. La mise en œuvre par le FIR des priorités nationales et des projets régionaux

3.1. Le FIR comme levier de la mise en œuvre des grandes orientations nationales

- **Le décloisonnement des champs d'intervention de l'ARS**

Regroupant les enveloppes financières antérieurement différenciées et permettant la mise en œuvre de la fongibilité asymétrique, le FIR facilite la démarche autour des parcours et une appréhension plus globale de la prise en charge, non plus en fonction du type de structure (sanitaire, médico-social, etc.) mais par « population » (personnes âgées, etc.) ou « pathologie » (cancer, AVC, etc.). En 2013, les agences régionales de santé ont accompagné des expérimentations dans le cadre du parcours des personnes âgées, comme le financement des coordonateurs de cellule de proximité et des astreintes infirmières mutualisées entre plusieurs EPHAD.

- **L'amélioration de l'accès aux soins**

Le FIR a permis de financer le soutien à un exercice pluri-professionnel favorisant les regroupements des professionnels de santé autour de réseaux dans les régions où l'offre de

soins est fragilisée, et en particulier dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

- **Le soutien aux établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la performance**

Le FIR permet la mise en œuvre des actions à fort impact, déclinées à partir des priorités nationales, en termes d'efficience. Ces actions concernent notamment l'appui aux démarches de fiabilisation des comptes, le soutien au déploiement du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables), le déploiement de la comptabilité analytique, et le déploiement du projet FIDES (Facturation individuelle des établissements de santé) auprès des CPAM et des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA).

Il permet l'accompagnement des projets de restructuration des établissements de santé par un volet ressources humaines qui privilégie le maintien de l'emploi (accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles), notamment par la mise en œuvre de démarches de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, le développement d'une politique de prévention active des risques psychosociaux (RPS), et la mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes et les relations de travail.

- **Le développement de la prévention**

Le FIR est le vecteur territorial des plans et programmes nationaux de santé publique sur la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, et la sécurité sanitaire, en privilégiant les approches territoriales intersectorielles et intégrées, et la prise en compte des parcours individuels de santé. A ce titre, le FIR a notamment permis de financer l'éducation thérapeutique du patient, le renforcement des moyens des centres de dépistage anonymes gratuits dans le cadre du plan national de lutte contre le SIDA (la dotation FIR 2013 comportait une enveloppe supplémentaire de 684 000€ dédiée aux CDAG), et également l'amélioration de la coordination de l'ensemble des professionnels dans la lutte contre l'infection par le VIH (100 000€ de crédits supplémentaires alloués aux COREVIH ciblé sur des zones à forte prévalence comme l'île de France et la région Rhône-Alpes) ;

- **La prévention des handicaps, et de la perte d'autonomie ainsi que l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes notamment par le financement à compter de 2013 des GEM et des MAIA**

Cette orientation vise à favoriser l'accès aux soins et la continuité des parcours des personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie, de manière à lutter contre la fragmentation des services d'aides et de soins, et de promouvoir l'intégration fonctionnelle et cliniques des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et issus du champ de la prévention. Il s'agit par conséquent du financement de dispositifs tels que les MAIA (mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer, circulaire N° DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 Janvier 2013), les GEM, les structures de prévention prévues aux articles L.114-1-1 et L.114-3 du code de l'action social et des familles introduits par la loi "handicap" du 11 février 2005), et les expérimentations de "projets pilotes" PAERPA, conformément à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

- **L'optimisation de la permanence de soins**

En 2013, le FIR a permis de poursuivre la mise en œuvre des schémas cibles d'organisation territoriale de la mission de service public de PDSes (conformément aux dispositions de l'article

L. 6112-1 du CSP), ainsi que l'évaluation de l'organisation du dispositif de PDSA, de son impact sur l'ensemble des coûts de la PDSA.

- **La démocratie sanitaire**

Par ailleurs, en 2013 l'enveloppe globale du FIR a été abondée par une enveloppe complémentaire de 5 millions d'euros destinée à promouvoir la démocratie sanitaire, notamment par le financement de débats publics initiés par les instances régionales de démocratie sanitaire et des actions de formation des représentants des usagers. Ces débats publics ont contribué au recueil des besoins des acteurs de santé dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de santé.

3.2. Le FIR comme levier pour la mise en œuvre des priorités des projets régionaux de santé (PRS)

Après l'élargissement de son périmètre en 2013, le FIR concentre l'essentiel des moyens d'intervention régionaux. Les principales orientations qui ont guidé la construction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses du FIR dans les ARS ont été fixées en cohérence avec le projet régional de santé de chaque ARS. Les ARS ont ainsi priorisé les activités et missions suivantes dans le cadre de leur projet régional de santé :

- Le renforcement des moyens de la prévention au sens large (dont le développement de l'éducation thérapeutique du patient) ;
- Le soutien au premier recours et la lutte contre les déserts médicaux à travers le financement de santé pluridisciplinaire et la promotion d'un exercice coordonné des professionnels de santé ;
- Le renforcement des moyens alloués dans le secteur médico-social grâce à la fongibilité asymétrique qui a permis d'abonder les enveloppes financières médico-sociales ;
- L'élaboration des contrats locaux de santé visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Le renforcement de la démocratie sanitaire et de la participation des usagers en général au système de santé ;
- Le développement d'outils ou structures d'optimisation de l'offre tels que le déploiement du logiciel « Trajectoire » - qui aide à l'orientation des patients entre les services de court séjour, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'hospitalisation à domicile (HAD) - et la mise en place de l'observatoire régional des urgences en Aquitaine.

4. Les circuits comptables et financiers du FIR et le suivi des dépenses

4.1. La relation entre ARS ordonnateur et CPAM payeur

Les articles R1435-26 et suivants du code de la santé publique disposent que la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure, par elle-même et via son réseau de 102

CPAM et de 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS), la gestion comptable et financière du FIR.

Les décisions d'attribution de financement relèvent de l'entière responsabilité du directeur général de l'ARS, de même que les attestations de contrôle de service fait et ordre de paiement adressés aux caisses.

Ainsi, pour obtenir le paiement par la caisse compétente des sommes qu'elle alloue aux structures, l'ARS transmet à la caisse les trois documents suivants :

- La décision attributive de financement ;
- L'attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement ;
- Pour un premier paiement, le RIB de l'établissement de santé ou de la personne bénéficiaire.

Le tableau ci-dessous définit l'organisation des liquidations et des paiements par mission qui est en cours de simplification :

Tableau 4 - Organisation des liquidations et des paiements par mission du FIR en 2013

Missions	Attributions ARS- CPAM		
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Paiement
PDSES (L. 6112-1 CSP)	ARS	CPAM	CPAM
PDSA (<i>rémunérations forfaitaires</i>)		ARS /CPAM*	CPAM
Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA		ARS	CPAM
Amélioration de la qualité et coordination des soins – champ hôpital		ARS	CPAM
Amélioration de la qualité et coordination des soins – champ médico-social		ARS	CPAM/ARS
Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre		ARS	CPAM
Amélioration des conditions de travail des personnels des ES et accompagnement social		ARS	CPAM
Prévention, santé publique et sécurité sanitaire		ARS	ARS/CPAM**
Mutualisation moyens structures sanitaires		ARS	CPAM
Prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie		ARS	ARS
PAERPA		ARS	CPAM (paiements directement aux professionnels de santé) / ARS (autres)

Source : Secrétariat général des Ministères chargés de la santé et des affaires sociales (SGMAS)

* L'ARS valide les derniers tableaux de garde transmis par le conseil de l'ordre, afin de s'assurer du respect du cahier des charges régional et donc de l'enveloppe financière avant de les transmettre à la CPAM.

** Concernant les crédits de prévention assurance maladie hors FNPEIS, les circuits de financement et de liquidation seront précisés par lettre réseau CNAMTS et instruction SG ultérieure.

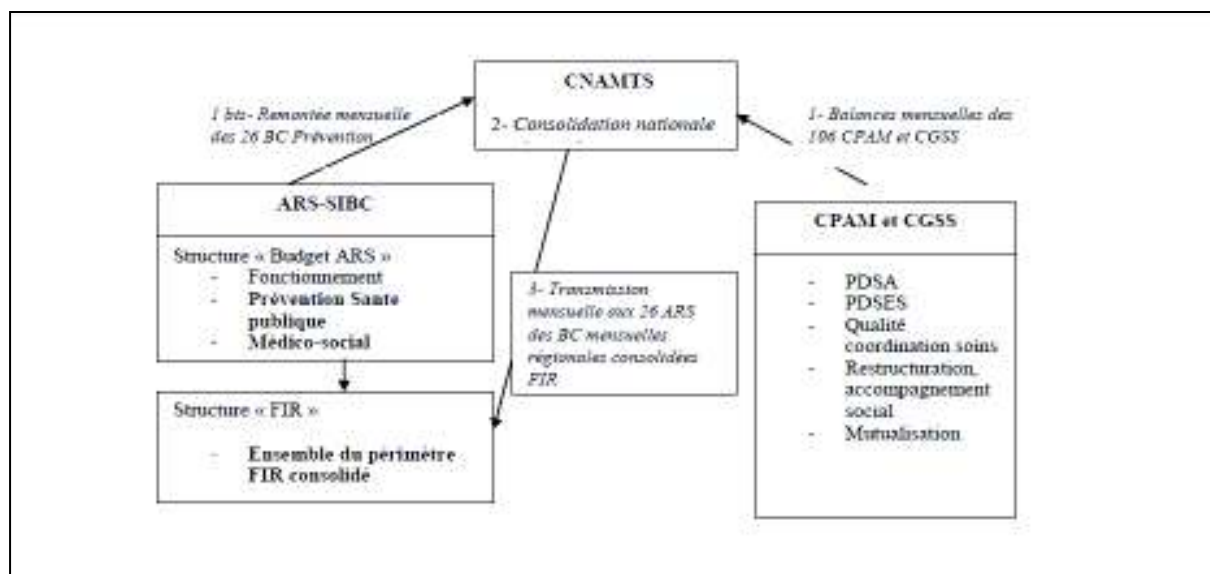
4.2. Le suivi budgétaire

Les comptes du FIR sont établis par la CNAMTS par consolidation :

- d'une part, des balances comptables en provenance des ARS relatives aux opérations de prévention-santé publique et aux dépenses de politiques médico-sociales qui retracent les flux (charges et produits) et les soldes du bilan (à nouveaux, comptes de tiers,...) ;
- d'autre part, des balances comptables en provenance des CPAM relatives à l'ensemble des autres dépenses du FIR que celles mentionnées ci-dessus.

Les échanges mensuels des balances entre CNAMTS, CPAM et ARS sont schématisés ci-dessous :

Figure 2: Les échanges mensuels de balance entre CNAMTS, CPAM et les ARS



Source : Secrétariat général des Ministères chargés de la santé et des affaires sociales (SGMAS)

La CNAMTS combine mensuellement, pour chaque région, les balances transmises par les ARS et celles transmises par l'ensemble des CPAM qui payent les autres dépenses du FIR. Elle consolide nationalement une balance mensuelle.

PARTIE 2

Bilan quantitatif et qualitatif des missions du FIR

Mission 1

Permanence des soins

Les missions financées par le FIR au titre de la permanence des soins en 2013 ont concerné :

- les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoire ;
- les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA, notamment les maisons médicales de garde (MMG) ;
- la permanence en établissement de santé prévue au 1° de l'article L6112-1 du CSP.

La circulaire n° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2013 précise :

- en ce qui concerne la permanence des soins ambulatoire, qu'il appartenait aux ARS de préparer et de veiller à la bonne mise en œuvre du cahier des charges régional (article R.6315-1 et suivants) ainsi que de procéder à une analyse globale de l'impact de l'organisation mise en place, sur l'ensemble des coûts de la PDSA, tant en termes de dépenses forfaitaires que pour les actes et majorations d'actes) ;
- en matière de PDSES, qu'il était demandé aux ARS de poursuivre la mise en œuvre des schémas cibles d'organisation territoriale de la mission de service public de PDSES. L'année 2013 a constitué la première année pleine de mise en œuvre du nouveau dispositif de PDSES faisant intervenir l'ensemble des secteurs publics et privés, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge aux horaires de PDSES ainsi que l'efficience de l'organisation.

Il s'agit dans le cadre de cette partie de réaliser le bilan de l'action conduite par les ARS au titre de la permanence des soins sur l'exercice 2013 et d'en évaluer l'impact budgétaire et l'efficacité.

1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la 1^{ère} mission du FIR

1.1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la PDSA

Depuis le 1^{er} mars 2012, le FIR participe au financement de la PDSA, et notamment :

- Des rémunérations forfaitaires des médecins participant à la PDSA ;
- Des actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA.

Les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la PDSA :

Dans le cadre de la réforme de la PDSA initiée par la loi HPST, les nouveaux cahiers des charges régionaux de la PDSA arrêtés par les directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS) portent les principes d'organisation et de rémunération de la permanence sur le territoire régional. Conformément au nouveau cadre réglementaire, il revient à chaque ARS de déterminer dans ce document les montants des forfaits rémunérant les différentes lignes de gardes des médecins effecteurs et régulateurs, dans le cadre d'une dotation régionale fermée.

L'année 2013 a constitué la première année pleine de fonctionnement à la fois de la PDSA et du FIR. En effet, début 2013, toutes les ARS (à l'exception de la Corse dont le cahier de charges est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2013) avaient adopté leur cahier des charges régional de PDSA. Une partie d'entre elles (6) a d'ores-et-déjà apporté des ajustements à ces cahiers des charges en cours d'année ou en toute fin d'année 2013.

Ainsi, comme prévu par la circulaire FIR du 14 mai 2013, le FIR a financé les dépenses forfaitaires, pour la première fois en année pleine.

Les actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA :

Il s'agit des mesures de soutien de la PDSA auparavant financés par le FIQCS. Entrent notamment dans cette catégorie les charges relatives aux centres de régulation libérale et des maisons médicales de garde.

1.1.1. Stratégie relative à la 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. En plus de son pilotage unifié et de ses nouvelles modalités de financement, le nouveau cadre de la PDSA apporte une souplesse nouvelle** pour structurer le maillage de la permanence dans la région et définir les territoires de permanence, cadres opérationnels de la PDSA, pour tenir compte des spécificités territoriales.

En particulier, en supprimant la règle conventionnelle qui liait le nombre de médecins effecteurs au nombre de secteurs arrêtés dans chaque département, les nouveaux textes donnent la faculté aux ARS de faire varier non seulement le périmètre des territoires mais également le nombre de médecins de garde retenu dans les territoires en fonction des spécificités géographiques et démographiques territoriales, des horaires, des modalités d'effectif retenues. L'exercice de la PDSA est désormais ouvert à tout médecin ayant conservé une pratique clinique et souhaitant s'intégrer au dispositif. Enfin, le concours des structures hospitalières peut être organisé par l'ARS dans certaines zones pour prendre en charge les demandes de soins non programmés, notamment en nuit profonde.

Les ARS ont élaboré leur cahier des charges à la suite d'une phase de diagnostic préalable et à l'issue d'un processus de concertation avec les acteurs locaux de la permanence des soins. Une fois finalisé, chaque cahier des charges a été adopté après consultation notamment de la commission de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), de l'URPS des médecins et des CODAMUPS de la région, instances départementales de concertation réunissant les représentants des professionnels de la permanence des soins, de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires du département. Par parallélisme des formes, la révision des cahiers des charges se fait selon la même procédure.

Pour mettre en place des dispositifs de PDSA efficaces et adaptés aux territoires, trois leviers principaux ont pu être mobilisés par les ARS :

- un renforcement de la régulation libérale, qui doit permettre l'orientation du patient vers la juste prestation, et la mobilisation des professionnels de santé à bon escient ;
- l'utilisation des souplesses apportées par le nouveau cadre réglementaire permettant d'adapter le nombre et les contours des territoires de permanence et des plages horaires en fonction des besoins ;
- l'utilisation des forfaits comme leviers de participation, modulables en fonction des sujétions particulières liés à la garde.

1.1.2 Crédits alloués pour la PDSA

Tableau 5 - Comptabilisation des crédits consacrés à la PDSA

(En euros)

	Dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			VA	%
Mission 1 / PDSA				
Alsace	6 103 520	5 879 567	-223 953	-3,7%
Aquitaine	11 564 262	12 038 566	404 750	3,5%
Auvergne	7 489 189	7 668 174	-113 579	-1,5%
Basse Normandie	3 045 842	3 377 482	-320 300	-10,5%
Bourgogne	5 258 653	5 732 474	432 821	8,2%
Bretagne	7 555 796	9 211 474	1 094 678	14,5%
Centre	4 730 000	5 056 415	-9 305	-0,2%
Champagne Ardennes	2 192 340	2 969 803	690 882	31,5%
Corse	998 707	1 001 824	3 118	0,3%
Franche Comté	5 811 621	5 727 081	-84 540	-1,5%
Guadeloupe	1 056 944	1 439 564	201 250	19,0%
Guyane	257 350	310 200	52 850	20,5%
Haute Normandie	4 274 252	3 825 582	-997 012	-23,3%
Ile De France	12 232 284	14 662 920	1 458 330	11,9%
Languedoc-Roussillon	8 991 992	9 010 113	-193 056	-2,1%
Limousin	4 481 968	5 126 435	523 813	11,7%
Lorraine	9 354 340	9 171 884	-317 348	-3,4%
Martinique	661 127	814 385	153 258	23,2%
Midi-Pyrénées	12 556 198	15 789 396	1 834 448	14,6%
Nord Pas de Calais	10 683 421	10 462 730	-1 121 283	-10,5%

Pays de la Loire	15 080 293	17 892 633	-1 135 814	-7,5%
Picardie	4 711 766	4 938 385	187 964	4,0%
Poitou Charente	3 537 444	4 070 896	421 482	11,9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11 200 000	13 287 217	2 045 217	18,3%
Réunion	1 470 564	1 538 825	18 299	1,2%
Rhône Alpes	15 258 975	18 242 202	2 598 763	17,0%
TOTAL	170 558 847	189 246 225	7 605 732	4,5%

Source : données EPRD ARS / balance régionale CNAMTS

**Dans le cadre d'une expérimentation, le FIR de l'ARS Pays de la Loire finance également les actes de PDSA réalisés sur les zones expérimentatrices de la région.*

Il n'existe pas d'enveloppe indicative pour l'ensemble du financement de la PDSA. Contrairement aux enveloppes indicatives dévolues aux forfaits, dont les montants ont été fléchés, les actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA, telles que les MMG ou les centres de régulation, étaient jusqu'ici financées sur le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui n'opérait pas de pré-fléchage des crédits entre les différentes missions financées. Le redéploiement des crédits ne peut donc être calculé.

La comparaison entre les crédits budgétés et les crédits comptabilisés fait apparaître une sous-consommation des crédits d'un peu plus de 3 M€, soit 2 % de la masse. Ce chiffre est en amélioration par rapport à 2012 (8% des crédits n'avaient pas été utilisés) mais reflète une disparité de situations entre les ARS.

Ces données doivent néanmoins être analysées avec prudence dans la mesure où, lors de ce premier exercice en année pleine, certains crédits de PDSA indiqués comme budgétés dans les rapports d'activité et au sein des EPRD ont pu encore être imputés sur des comptes divers ne relevant pas spécifiquement de la PDSA au plan comptable, compte tenu de la nomenclature utilisée (notamment comptes « autres crédits »). Cette difficulté a pu être accentuée par la modification du plan comptable du FIR en cours d'année 2013.

Par ailleurs, une certaine sous-consommation des crédits de PDSA peut trouver son origine, s'agissant des crédits de rémunération des médecins, dans le décalage parfois important entre la date de réalisation de la garde et la date de paiement de la garde, les médecins ayant un délai de plus d'un an pour demander le paiement de leurs forfaits d'astreinte. Ceci peut entraîner à l'avenir des provisions sur plusieurs années. Cet élément de décalage est mis en avant par une majorité des ARS dans leurs rapports d'activité et pose une vraie difficulté dans la gestion des crédits spécifiques à la PDSA.

La sous-consommation des crédits forfaitaires est également expliquée par certaines régions par des carences d'exécution de gardes budgétées, mais non réalisées (tableaux de garde laissés vacants).

Enfin, la recomposition des territoires de PDSA, la mise en place d'expérimentations pour l'effectif, le renforcement de la régulation comme clef de voute de la PDSA ont permis une meilleure efficacité du dispositif.

1.2. Stratégie spécifique et crédits alloués à la PDSES

1.2.1. *Stratégie relative à la PDSES*

— Rappels

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de la fin de journée -le plus souvent 20h- , et 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 PDSES sont les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences).

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

- définit les principes d'organisation territoriale par spécialité médicale et chirurgicale ;
- identifie par territoire de santé les lignes de PDSES retenues par spécialité.

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

— Suivi et évaluation de la mise en œuvre du dispositif de PDSES

En 2013, la mise en œuvre du dispositif de PDSES a fait l'objet d'une attention particulière dans toutes les régions. En règle générale, ce suivi est réalisé dans le cadre de la revue annuelle des contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'ARS et chaque établissement de santé participant au dispositif, la signature et l'actualisation des contrats tripartites passé entre les médecins libéraux, l'établissement de santé privé et l'ARS dans le cadre de la PDSES privée, ainsi que lors de l'instruction de chaque dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation et à l'occasion des visites de conformité.

Différentes méthodes d'évaluation ont été retenues par les ARS. Elles peuvent être illustrées par les exemples suivants :

- En Lorraine, l'année 2013 a été consacrée à l'évaluation des lignes de PDSES de chirurgie sur la base des données d'activité recueillies sur deux mois. Cette démarche a conduit à la suppression des lignes de gardes et astreintes chirurgicales pour lesquelles l'activité était insuffisante, et in fine un ajustement du maillage en fonction des besoins de santé de la population ;
- L'ARS Rhône Alpes a recueilli à trois reprises au cours de l'année 2013 et pendant une semaine aux horaires de permanence des soins, un set d'indicateurs afin de disposer d'une meilleure connaissance pratique du dispositif ;
- Certaines ARS ont opté pour la mise en place de groupes de suivi ad hoc ou comités régionaux de suivi et de concertation (ex : Auvergne, Pays de la Loire, Rhône Alpes).

Il est à noter que plusieurs régions ont d'ores et déjà programmé en 2014 une évaluation du dispositif, afin de pouvoir réaliser un état des lieux sur une année pleine de fonctionnement (ex : Centre, Corse) et procéder aux ajustements nécessaires de l'organisation cible.

— Le calendrier de mise en œuvre

2012 avait marqué l'année de démarrage du nouveau dispositif de PDES faisant intervenir l'ensemble des secteurs hospitaliers, public et privé.

Le calendrier de déploiement du dispositif a été défini par chaque ARS, avec la possibilité d'échelonner la réorganisation de la PDES de manière progressive sur la durée du SROS-PRS.

Pour plusieurs régions (ex : Basse Normandie, Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Picardie), l'année 2013 constitue la première année de mise en œuvre en année pleine du dispositif.

Certaines ARS prévoient par ailleurs la poursuite de travaux d'organisation du dispositif afin de poursuivre l'optimisation de l'offre de soins et opérer des adaptations et ajustements de leur schéma cible si nécessaire (ex : Auvergne, Bourgogne, Lorraine).

1.2.2. Crédits alloués à la PDES

Tableau 6: Comptabilisation des crédits consacrés à la PDES

(En euros)

	Dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			VA	%
Mission 1 / PDES				
Alsace	25 215 571,00	24 967 791	-247 780	-1,0%
Aquitaine	38 213 957,00	39 133 160	436 207	1,1%
Auvergne	15 247 652,00	15 250 920	3 268	0,0%
Basse Normandie	17 001 545,98	16 541 469	-460 077	-2,7%
Bourgogne	19 706 208,00	19 645 910	-293 886	-1,5%
Bretagne	36 468 748,00	36 753 702	284 954	0,8%
Centre	24 790 000,00	24 166 018	-641 982	-2,6%
Champagne Ardennes	15 225 843,06	16 335 689	1 109 846	7,3%
Corse	2 685 536,00	2 685 536	0	0,0%
Franche Comté	13 902 238,00	13 860 815	-41 423	-0,3%
Guadeloupe	3 395 174,99	3 395 175	0	0,0%
Guyane	2 334 784,00	2 334 784	0	0,0%
Haute Normandie	18 475 702,00	18 390 004	-352 650	-1,9%
Ile De France	135 763 333,00	135 100 128	-2 183 300	-1,6%
Languedoc-Roussillon	28 479 124,00	30 055 807	1 208 397	4,2%
Limousin	9 403 445,00	9 642 054	238 609	2,5%
Lorraine	32 231 780,28	32 054 632	-207 148	-0,6%
Martinique	5 704 505,00	5 704 505	-475 369	-8,3%
Midi Pyrénées	30 104 411,00	32 031 401	1 926 990	6,4%
Nord Pas de Calais	49 353 795,62	47 677 300	-1 676 496	-3,4%
Pays de la Loire	34 350 328,00	34 954 852	604 524	1,8%
Picardie	21 045 660,00	20 926 673	-118 987	-0,6%
Poitou-Charentes	20 335 672,00	20 330 040	-5 632	0,0%

Provence-Alpes-Côte d'Azur	60 800 013,00	63 246 660	2 443 317	4,0%
Réunion	8 733 615,00	8 707 764	-5 851	-0,1%
Rhône Alpes	70 202 788,00	69 384 580	-1 486 559	-2,1%
TOTAL	739 171 430	743 277 368	58 971	0,0%

Source : données CNAMTS

Pour ce deuxième exercice du FIR, les ARS avaient prévu un redéploiement à hauteur de 3,4% des crédits initialement destinés à cette mission, obtenu principalement par des efforts de réorganisation de la PDESES dans les territoires de santé. L'optimisation de l'offre de soins liée à la mise en œuvre par les ARS des schémas cibles de PDESES explique globalement ce résultat.

Ce taux est inférieur à celui de 2012 (6.3%) notamment du fait d'une cinétique de réorganisation moindre au sein de certaines régions. Certaines ARS ont en effet indiqué que l'organisation déjà mise en place en 2012 ne pouvait évoluer qu'à la marge.

Tableau 7: Répartition sectorielle des crédits FIR consacrés à la PDESES

(En euros)

PDESES	Permanence des soins en établissement de santé public et ESPIC (ex-DG)	Permanence des soins en établissement de santé privé (ex-OQN)	TOTAL
Alsace	22 657 624	1 793 948	24 451 572
Aquitaine	32 791 547	5 133 358	37 924 905
Auvergne	14 570 485	601 463	15 171 948
Basse-Normandie	14 639 870	1 728 821	16 368 691
Bourgogne	17 505 410	1 833 479	19 338 889
Bretagne	35 115 609	1 341 011	36 456 620
Centre	21 357 000	2 469 487	23 826 487
Champagne-Ardenne	13 759 711	1 972 461	15 732 172
Corse	2 279 523	328 884	2 608 407
Franche-Comté	12 985 681	733 836	13 719 517
Guadeloupe	3 188 768	135 750	3 324 518
GUYANE	2334784	0	2 334 784
Haute-Normandie	15 057 482	2 322 111	17 379 593
Ile de France	123 585 670	8 577 169	132 162 839
Languedoc-Roussillon	21 166 372	6 303 175	27 469 547
Limousin	8 987 951	422 303	9 410 254
Lorraine	27 672 250	3 457 780	31 130 030
Martinique	5 704 505	0	5 704 505
Midi-Pyrénées	22 059 968	8 046 487	30 106 454
Nord Pas de Calais	44 900 594	2 271 399	47 171 993
Pays de la Loire	30 620 985	3 464 241	34 085 226
Picardie	18 785 000	1 589 918	20 374 918
Poitou-Charentes	18 879 723	1 215 617	20 095 340
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53 635 311	7 700 744	61 336 055

Réunion	7 531 586	1 036 544	8 568 130
Rhône-Alpes	57 933 991	8 730 973	66 664 964
TOTAL	649 707 399	73 210 959	722 918 357

Source : données CNAMTS

2. Bilan de l'action conduite par les ARS sur la 1^{ère} mission du FIR

2.1 Sur la PDSA

2.1.1 Bilan quantitatif

Rémunérations des médecins participant à la PDSA :

Tableau 8 : Montants des forfaits versés aux médecins de PDSA en application de l'article R. 6315 du CSP (année 2012-2013)

(En euros)

Région	Montant des forfaits consommés 2012 année pleine	Montant des forfaits consommés 2013 année pleine	Taux d'évolution des forfaits 2012-2013	Taux d'évolution des forfaits de régulation	Taux d'évolution des forfaits d'effecti on
Alsace	5 027 651	4 714 465	-6%	32%	-13%
Aquitaine	10 246 821	9 938 251	-3%	44%	-17%
Auvergne	5 449 789	4 733 276	-13%	0%	-18%
Basse-Normandie	1 782 733	2 142 405	20%	34%	9%
Bourgogne	4 411 159	4 192 225	-5%	6%	-10%
Bretagne	6 543 663	6 767 665	3%	10%	1%
Centre	4 189 006	3 987 976	-5%	3%	-8%
Champagne-Ardenne	2 368 155	2 160 780	-9%	29%	-21%
Corse	799 357	792 020	-1%	9%	-5%
Franche-Comté	4 444 572	4 347 005	-2%	-2%	-2%
Guadeloupe	1 036 159	1 050 177	1%	0%	2%
Guyane	77 200	69 300	-10%	0%	-10%
Haute-Normandie	2 440 678	2 425 847	-1%	15%	-16%
Ile de France	7 453 575	9 306 160	25%	26%	23%
La Réunion	947 675	1 143 029	21%	14%	32%
Languedoc-Roussillon	6 594 672	6 355 940	-4%	17%	-10%
Limousin	4 568 186	4 144 289	-9%	4%	-13%
Lorraine	7 485 182	7 480 744	0%	6%	-1%
Martinique	620 481	588 634	-5%	0%	-11%
Midi-Pyrénées	12 353 568	11 710 700	-5%	-6%	-5%
Nord-Pas-de-Calais	8 373 776	7 741 116	-8%	32%	-20%
Pays de la Loire	10 278 824	10 128 056	-1%	7%	-5%
Picardie	3 871 660	3 804 953	-2%	64%	-21%
Poitou-Charentes	3 179 212	3 182 116	0%	0%	0%

Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 840 343	10 854 990	0%	19%	-8%
Rhône-Alpes	13 074 301	13 695 477	5%	38%	-11%
TOTAL	138 458 398	137 461 045	-1%	17%	-8%

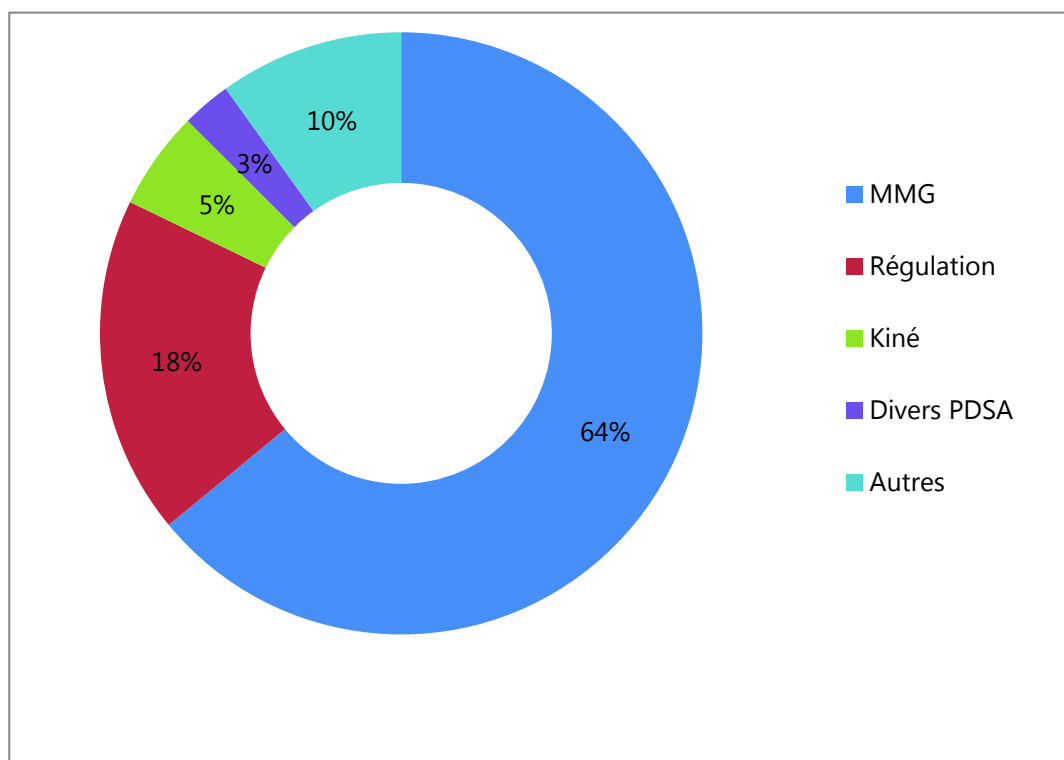
Source : données CNAMTS

La comparaison des crédits forfaitaires consommés en année pleine entre 2012 et 2013 permet d'échapper, au moins en partie, au biais constitué par le délai de mise en paiement des gardes effectuées, dans la mesure où on peut estimer que ce décalage se reproduit à peu près dans les mêmes termes d'une année sur l'autre.

Elle révèle une légère diminution globale des dépenses forfaitaires (-1%), due notamment aux efforts de réorganisation de la PDSA réalisés. Le renforcement de la régulation, déjà constaté en 2012, se renforce encore en 2013 et trouve sa traduction financière dans une augmentation de 17 % des crédits qui lui ont été consacrés. Le travail d'optimisation du maillage des territoires de PDSA au regard des besoins des territoires explique la diminution des dépenses de forfaits d'effectif (-8%, identique à celle constatée en 2012).

- Actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA

Figure 3: Répartition du nombre de projets relatifs à la PDSA portés par les ARS en 2013



Source : Données ARS

En 2013, les ARS ont poursuivi leur politique de soutien aux projets d'amélioration de la PDSA. Les principaux projets financés concernent les maisons médicales de garde (64%), auxquels 8,8 millions d'euros ont été consacrés dans le cadre du FIR, et les centres de régulation (18% des

projets financés). Quelques ARS ont contribué au financement d'autres projets intéressant leur nouveau dispositif de PDSA, tel que le financement spécifique d'associations départementales d'organisation de la PDSA (indemnisation de médecins coordonnateurs notamment), la mise en place d'un plan de communication en Poitou-Charentes ou la mise à disposition d'un hébergement pour les médecins mobiles en Pays de la Loire.

15% des projets financés concernent des activités spécifiques de prise en charge des soins non programmés, ne relevant pas *stricto sensu* de la PDSA, dont 5% sont constitués par des projets de permanence des soins en kinésithérapie respiratoire des nourrissons pendant les périodes d'épidémie de bronchiolite. Enfin, deux projets financent la permanence des soins dentaires (Centre) et la continuité des soins infirmiers sur l'île de Molène en Bretagne, dans la continuité de ce qui avait été initié en 2012. Quatre ARS ont également consacré des crédits afin de financer des expérimentations concernant les certificats de décès.

2.1.2 Bilan qualitatif

Les rapports font apparaître que les ARS se sont véritablement employées à mettre en place des dispositifs régionaux de PDSA efficaces et adaptés aux besoins de la population.

- Des dispositifs plus efficaces, grâce à une régulation médicale libérale renforcée :

La régulation des appels de PDSA, qui doit être une régulation médicale, est la pierre angulaire du dispositif, garante de son efficacité. L'accent a été mis par les ARS sur un renforcement général des régulations libérales aux heures de PDSA, dont l'installation au sein des locaux des Centres 15 a été privilégiée.

Cet effort s'est notamment traduit par une augmentation de l'enveloppe consacrée à la rémunération des forfaits de régulation dont la part relative sur la masse forfaitaire totale (forfaits effectif et régulation) augmente (+6 points).

Cette augmentation de la masse financière de la régulation s'explique par la valorisation des forfaits de régulation réalisée par plus de la moitié des ARS.

Ainsi, l'effort consacré à la régulation dans les stratégies régionales de PDSA permet de maintenir la part des actes régulés aux heures de PDSA à 62%.

Tableau 9: Part des actes régulés aux heures de PDSA en 2012-2013

Région	Part actes régulés 2012	Part actes régulés 2013
Alsace	63%	64%
Aquitaine	77%	79%
Auvergne	76%	78%
Basse-Normandie	69%	85%
Bourgogne	79%	82%
Bretagne	83%	84%
Centre	69%	69%
Champagne-Ardenne	80%	83%
Corse	51%	53%

Franche-Comté	71%	73%
Guadeloupe	23%	25%
Guyane	16%	17%
Haute-Normandie	63%	63%
Ile de France	52%	51%
Languedoc-Roussillon	56%	53%
Limousin	70%	69%
Lorraine	72%	74%
Martinique	67%	66%
Midi-Pyrénées	58%	59%
Nord-Pas-de-Calais	65%	68%
Océan Indien	40%	45%
Pays de la Loire	82%	84%
Picardie	64%	70%
Poitou-Charentes	76%	79%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	42%	44%
Rhône-Alpes	67%	68%
TOTAL	62%	62%

Source : données CNAMTS

- Des dispositifs ajustés au plus près des territoires :

Les ARS ont poursuivi l'exploitation des souplesses de ce cadre réglementaire, notamment :

- **la modulation des montants des forfaits** de garde en fonction des sujétions particulières liés à la garde (pénibilité...). Les forfaits des médecins effecteurs fixés par les ARS évoluent dans une fourchette allant de 150€, plancher déterminé par arrêté ministériel du 10/04/2011, à 650€ pour une garde de 12 heures en Bretagne valorisant l'effectif mobile effectuée en zone rurale. Treize ARS ont arrêté un forfait d'effectif unique, proportionnel à la durée de la garde. Treize ARS ont des forfaits différenciés, modulés pour prendre en compte certaines contraintes particulières attachées à l'exercice de la garde (valorisation de l'effectif mobile et/ou de l'intervention sur des territoires ruraux ou élargis et/ou des gardes réalisées sur les plages horaires nocturnes).
- **l'adaptation des territoires d'intervention et des plages horaires en fonction des besoins et de la démographie médicale** : globalement, les ARS ont mené un travail de rationalisation de la sectorisation de la PDSA sur leur territoire. Cet effort de regroupement des anciens secteurs de garde a permis de faire passer le nombre de territoires de 2100 en 2010 à un peu plus de 1500 en 2012. En 2013, au moins 11 ARS ont encore réduit leur nombre de territoires.

S'agissant des horaires de PDSA, on observe une tendance marquée à l'arrêt de la PDSA et un report sur les urgences hospitalières en nuit profonde, plage horaire sur laquelle le peu d'activité ne justifie pas toujours la mobilisation d'un médecin effecteur. Ainsi en 2013, au moins 10 ARS ont poursuivi ce mouvement en arrêtant la PDSA sur certains de leurs territoires.

2.2. Sur la PDSSES

En 2013, un état des lieux des lignes de gardes et astreintes recensées par catégories d'établissement a pu être réalisé par les ARS. Il constitue un premier bilan quantitatif des actions mises en œuvre par les ARS en matière de PDSSES et permettra de suivre l'évolution du dispositif dans le temps.

2.2.1. Bilan quantitatif

Cet état des lieux permet par ailleurs de disposer au niveau national d'une synthèse des catégories d'établissements participant à la PDSSES. En 2013, 737 établissements de santé (461 établissements de santé public et ESPIC, et 276 établissements privés) ont assuré une ou plusieurs lignes de permanence des soins.

Tableau 10 : Nombre de lignes de gardes et d'astreintes mises en place au 31 décembre 2013 et nombre d'établissements participant à la PDSSES

	CHU	CH	ESPIC	Privé commercial	Total
Nombre de lignes de gardes	757	962	96	303	2117
Nombre de lignes d'astreintes	1284	2737	281	778	5081
Nombre d'établissements participant à la PDSSES	31	371	59	276	737

Source: Données ARS

L'absence de données quantitatives exhaustives et consolidées en 2012 ne permet pas de comparer l'évolution des lignes entre 2012 et 2013. Toutefois, les rapports d'activité des ARS confirment une tendance générale à la rationalisation des lignes de gardes et astreintes, conséquence de l'évolution des modalités d'organisation de la PDSSES. Le dispositif était antérieurement construit selon une approche par établissement. Le nouveau dispositif de PDSSES adopte, au niveau de chaque région, une approche territoriale permettant de répondre de façon adaptée aux besoins de la population pour chaque spécialité médicale.

En pratique, plusieurs ARS ont poursuivi les réorganisations menées en 2012 et actualisé les schémas cibles au regard des évaluations réalisées. Certaines régions ont opéré des mutualisations de lignes de garde et astreintes importantes (PACA), tandis que d'autres ont renforcé les lignes sur des activités spécifiques (chirurgie thoracique, radiologie interventionnelle et stomatologie en Nord-Pas-de-Calais)

Il est à noter qu'au 31 décembre 2013, plusieurs ARS indiquent devoir poursuivre des mutualisations, en raison de l'importance de l'offre à restructurer (Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France) et de l'évolution des plateaux techniques. A ce titre, plusieurs régions (Bourgogne, Picardie, Pays de la Loire) ont expérimentés des dispositifs de télémédecine pour optimiser la permanence des soins en imagerie médicale.

2.2.2. Bilan qualitatif

Les schémas cibles d'organisation de la PDSSES, élaborés par les ARS à l'issue d'une période de large concertation et d'échange, ont permis de poser les fondements de l'organisation territoriale de la permanence des soins. Cette organisation vise à :

- *Améliorer l'accès aux soins* en garantissant un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé et une accessibilité financière (tarifs opposables secteur 1) ;
- *Améliorer la qualité de la prise en charge* en sécurisant les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation, et en réduisant les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences ;
- *Améliorer l'efficience* en optimisant l'utilisation de la ressource médicale et en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut ainsi qu'en évitant les doublons entre établissements sur une même activité.

Pour ajuster ces schémas, les ARS ont poursuivi leur stratégie dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse au besoin de santé de la population

En 2013, la révision des schémas cibles par les ARS a été réalisée sur la base des évaluations initiées en 2012 et conformément aux cahiers des charges régionaux élaborés avec les professionnels de santé concernés.

Elaboration de cahiers des charges régionaux

Parmi les stratégies nouvelles mises en place par les ARS pour apporter une réponse adaptée aux enjeux de la PDSSES, la formalisation via un cahier des charges a été retenue par un certain nombre d'ARS afin de décrire de façon fine l'organisation attendue de la PDSSES.

Ces cahiers des charges ont le plus souvent été élaborés, dans un esprit de concertation et avec la participation active des professionnels de santé concernés (SAMU compris), les syndicats représentatifs, fédérations hospitalières et représentants d'usagers.

En Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône Alpes, Corse, les ARS ont ainsi formalisé leurs attentes dans un cahier des charges (le plus souvent par spécialité), permettant de sécuriser l'organisation mise en place et de faciliter son suivi et son évaluation. Dans ce cadre, le non respect du cahier des charges constitue un motif de suppression ou de réduction des financements relatifs à la PDSSES.

Les ARS ont confirmé certaines difficultés, variables selon les régions, dans le déploiement de leur stratégie de réorganisation de la PDSSES.

Les principales sources de difficultés identifiées par les ARS restent liées à :

- *la démographie médicale dans certaines spécialités* : le maillage territorial apparaît difficile à couvrir pour certaines spécialités (notamment la radiologie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'urologie et la pneumologie) et certains territoires.

- *la désertification médicale et l'accès aux soins* : certaines régions ont pu être confrontées sur certains territoires à des problématiques de pénurie d'offre médicale, l'hôpital devant se substituer à l'absence d'offre libérale en nuit profonde.
- *Le circuit de facturation des forfaits de gardes et astreintes pour le secteur privé* : la liquidation des crédits engagés par les ARS pour financer la PDSES en établissement de santé privé a un circuit spécifique qui conduit à un décalage de plusieurs mois entre le service fait et la liquidation du financement.

Face à ces enjeux, le processus de réorganisation de la PDSES a vocation à se poursuivre, au regard des évaluations réalisées en 2013 et 2014 par les ARS, dans une logique de maillage territorial et d'efficience de l'organisation mise en place, mobilisant l'ensemble des acteurs publics et privés.

Mission 2

Amélioration de la qualité et de la coordination des soins

Mission 3

Amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé

La mission 2 du FIR comprend, notamment :

- les réseaux de santé ;
- le développement des nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre les professionnels de santé, notamment les réseaux de télésanté et la télémedecine ;
- la promotion des dispositifs innovants visant à améliorer la qualité des pratiques et la qualité des soins aux patients ;

Par ailleurs, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de premier recours, il était recommandé :

- de poursuivre la promotion de l'éducation thérapeutique du patient dans la cadre notamment du plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, de favoriser l'organisation d'actions d'ETP (ex-MIG) en application de la loi HPST et selon les cahiers des charges en vigueur ;
- de faire évoluer le fonctionnement et le positionnement des réseaux de santé dans l'offre de soins afin de renforcer leur efficacité ainsi que leur contribution à la coordination des soins. L'évaluation d'un certain nombre d'indicateurs d'activité (cf. guide méthodologique sur les réseaux) devait permettre d'apprécier la performance des actions afin de privilégier les projets efficaces.

Enfin, la circulaire invite à ce que les ARS concluent avec les transporteurs sanitaires des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

La mission 3 du FIR comprend, notamment :

- les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé, et notamment les maisons de santé professionnelles, les pôles de santé et les centres de santé ;
- les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50.

La circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR indique qu'afin de favoriser un exercice pluri professionnel et regroupé des professionnels de santé, il est recommandé :

- de poursuivre le soutien au développement des maisons de santé, notamment dans les régions où l'offre de soins est fragilisée et en particulier dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville;
- de conforter les centres de santé dans les zones fragiles et notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, dans le cadre de la mise en œuvre du « Pacte territoire-santé ».

1. Synthèse financière globale

Tableau 11- comptabilisation des crédits au titre des missions 2 et 3 du FIR en 2013

(En euros)

Missions 2 et 3	Dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
ALSACE	54 339 673	55 733 747	1 394 074	2,6%
AQUITAINE	80 582 778	77 613 840	-2 968 938	-3,7%
AUVERGNE	40 504 104	37 825 783	-2 678 321	-6,6%
BASSE NORMANDIE	49 648 445	46 590 461	-3 057 984	-6,2%
BOURGOGNE	52 837 621	50 349 328	-2 488 293	-4,7%
BRETAGNE	80 115 029	74 285 436	-5 829 593	-7,3%
CENTRE	63 464 499	62 728 098	-736 401	-1,2%
CHAMPAGNE ARDENNES	9 562 747	39 413 142	29 850 395	312,2%
CORSE	12 230 891	12 264 375	33 485	0,3%
FRANCHE COMTE	34 561 762	35 002 460	440 698	1,3%
GUADELOUPE	27 020 660	25 172 889	-1 847 771	-6,8%
GUYANE	18 747 263	17 681 387	-1 065 877	-5,7%
HAUTE NORMANDIE	56 479 318	53 019 839	-3 459 479	-6,1%
ILE DE FRANCE	308 475 735	299 292 325	-9 183 410	-3,0%
LANGUEDOC ROUSSILLON	66 132 978	61 206 675	-4 926 303	-7,4%
LIMOUSIN	30 096 854	29 075 863	-1 020 991	-3,4%
LORRAINE	76 514 302	72 563 435	-3 950 867	-5,2%
MARTINIQUE	2 887 451	40 111 249	37 223 798	1289,2%
MIDI PYRENEES	75 998 498	78 540 081	2 541 583	3,3%
NORD PAS DE CALAIS	105 825 802	101 372 843	-4 452 959	-4,2%
PAYS DE LA LOIRE	88 381 906	79 235 574	-9 146 332	-10,3%
PICARDIE	55 078 724	54 154 168	-924 556	-1,7%
POITOU CHARENTES	51 240 434	48 944 758	-2 295 676	-4,5%
PROVENCE ALPES COTES D'AZUR	126 309 770	124 840 452	-1 469 318	-1,2%
REUNION	46 676 390	44 984 913	-1 691 477	-3,6%
RHONE ALPES	164 687 750	160 302 241	-4 385 509	-2,7%
TOTAL	1 778 401 384	1 782 305 362	3 903 978	0,2%

Source: Données ARS et données CNAMTS

2. Stratégie et bilan des actions conduites sur les sous-missions des 2e et 3e missions du FIR

2.1. Aides à la contractualisation issues des marges de manœuvres régionales

— Stratégie

En 2013, l'enveloppe des crédits d'aides à la contractualisation (AC) issues des marges de manœuvre régionales (hors crédits Plan Hôpital 2007 et Hôpital 2012) et aides nationales spécifiques a été transférée dans le FIR, à l'exception des crédits nationaux couvrant des opérations d'investissements (circulaire n°SG/2013/13/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2013).

Les crédits AC transférés recouvrent les catégories suivantes :

- Les AC « développement de l'activité » visent au démarrage d'activités non assurées précédemment, l'aide à la montée en charge d'activités existantes et le développement d'activités complémentaires.
- Les AC « maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS » visent l'octroi de crédits pour financer un surcout engendré par le maintien d'une activité dont l'exercice est reconnu comme indispensable mais dont la masse critique ne permet pas l'équilibre économique.
- Les AC « amélioration de l'offre » visent à soutenir l'offre de soins en région (actions de coopération, soutien à la démographie des professionnels de santé).
- Les AC « restructuration et soutien financier aux établissements » portent surtout sur les aides au retour à l'équilibre lorsque les établissements bénéficient d'un PRE ou en CREF. Ces aides concernent les restructurations hors PRE, le soutien aux établissements déficitaires, le soutien aux établissements subissant des modifications de mode de financement.
- Les AC « aides à l'investissement » portent sur les mesures régionales accompagnant la politique nationale d'investissement mais ne concernent pas les mesures nationales issues des Plans H2007 et H2012.
- Les AC « Autres » visent à soutenir les actions culturelles à l'hôpital et des mesures résiduelles.

En 2013, plusieurs stratégies ont été adoptées par les 26 ARS sur les crédits AC transférés dans le FIR :

- La très grande majorité des ARS a privilégié le financement de projets d'investissement et d'opération de restructuration de l'offre sanitaire.
- La plupart des ARS ont décidé de reconduire les engagements déjà contractualisés dans les CPOM ou les crédits fléchés comme reconductibles lors des exercices précédents. La plupart des engagements pris concernent des plans régionaux pluriannuels d'investissement pour des reconstructions ou restructurations d'établissements.
- D'autres ARS ont lancé des états de lieux et des chantiers de révision des modalités de financement et des orientations stratégiques (ARS Basse Normandie, Pays de la Loire ou Poitou Charente).

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

▪ **Synthèse nationale**

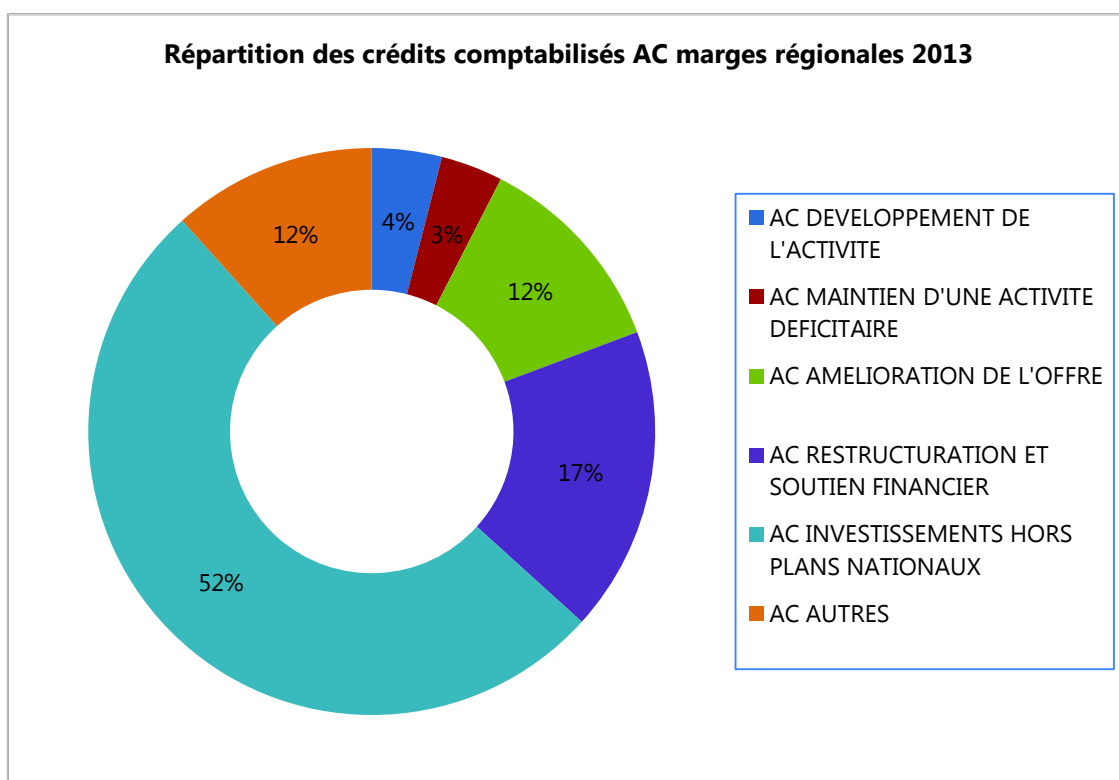
Tableau 12 - crédits comptabilisés au titre des aides à la contractualisation

(En euros)

Intitulé	Crédits comptabilisés
AC DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE	38 350 693
AC MAINTIEN D'UNE ACTIVITE DEFICITAIRE	33 938 425
AC AMELIORATION DE L'OFFRE	112 986 969
AC RESTRUCTURATION ET SOUTIEN FINANCIER	167 204 352
AC INVESTISSEMENTS HORS PLANS NATIONAUX	495 773 083
AC AUTRES	111 858 682
TOTAL	960 112 203

Source : Balance comptable CNAMTS

Figure 4- répartition des crédits comptabilisés au titre des aides à la contractualisation



Source : Données CNAMTS

Les crédits comptabilisés par la CNAMTS en 2013 sur le FIR au titre des AC marges régionales font apparaître **plus de 960 millions d'euros**.

Le graphique ci-dessus montre que **plus de la moitié (495 millions soit 52%) des crédits consommés sont des AC consacrées à l'investissement hospitalier** pour soutenir les plans nationaux ou la politique régionale.

Les AC consacrées aux restructurations des établissements et au soutien des situations financières difficiles représentent ensuite 167 millions et 17 % des crédits consommés.

Les AC consacrées à l'amélioration de l'offre dans la région représentent plus de 112 millions d'euros et 12% des crédits consommés.

Les autres AC concernant le développement de l'activité ou le soutien à une activité déficitaire peuvent paraître résiduels, mais représentent tout de même plus de 70 millions d'euros et 7% du total.

■ Synthèse régionale

Les contributions des ARS font apparaître que la majorité d'entre elles ont consacré **50% à 90% de leur enveloppe globale aux AC « aides à l'investissement »**. Les aides à l'investissement répondent à plusieurs priorités identifiées localement : mise en sécurité et conformité des locaux, renouvellement d'équipements vétustes, reconstruction d'un plateau technique performant mutualisé, reconstruction de services des urgences, maintien de l'offre sur le territoire, etc.

La deuxième priorité identifiée dans un grand nombre de régions concerne **le soutien aux restructurations hospitalières** (exemple : ARS Rhône Alpes avec le regroupement des cliniques dans le projet Drôme Nord et à Lyon). Cette AC couvre également le soutien aux établissements en PRE et les aides en trésorerie. Elle représente 17 % du total national, mais dans certaines régions elle dépasse les 17 % (43% en Auvergne ou 19% pour PACA).

La troisième priorité identifiée par les ARS porte sur **les aides à l'amélioration de l'offre et le maintien des activités déficitaires**. Le soutien à l'amélioration de l'offre passe par :

- les activités isolées et leur maintien sur le territoire,
- des actions de coopération pour mettre en réseaux des activités hospitalières ou des professionnels,
- des mesures de soutien à la démographie médicale comme certaines catégories de professionnels à travers les primes multi sites pour les praticiens ou le recrutement d'assistants spécialistes partagés.

Ces aides contribuent à maintenir une offre dans des territoires qui souffrent d'une faible attractivité et d'un déficit médical, la qualité de l'offre s'en trouve impactée. L'Auvergne consacre 24 % de son enveloppe à ce type d'actions. Tout comme l'ARS Languedoc Roussillon ou l'ARS Midi Pyrénées qui y consacrent 15%. En moyenne, de nombreuses régions consacrent entre 5 et 10 % aux actions de soutien à la démographie médicale.

2.2. Les réseaux de santé

Selon les données recueillies auprès des ARS, 632 réseaux de santé ont bénéficié d'un accord de financement au titre du FIR en 2013. Ils étaient 681 en 2012.

Les ARS enregistrent un montant de 157,8 M€ de dépenses. Sur 632 réseaux recensés les données financières sont renseignées pour 623 d'entre eux.

Au-delà de l'exhaustivité des données, cette baisse du nombre de réseaux de santé recensés et du volume de crédits dédié peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- Le financement de certaines structures ne correspondant pas aux missions attendues des réseaux de santé a été transféré sur d'autres lignes budgétaires ;
- De nombreux regroupements/fusions de réseaux de santé ont été opérés, permettant ainsi des économies notamment sur les fonctions supports ;
- Certains réseaux de santé dont l'activité n'était plus jugée satisfaisante ont cessé d'être financés.

Les rapports d'activité des ARS concernant les réseaux de santé mettent en évidence que la dynamique de réorganisation est largement engagée depuis la parution du guide méthodologique de la DGOS en 2013 mais pas encore finalisée.

Un premier bilan global des réorganisations des réseaux de santé suite à la parution du guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » publié par la DGOS en 2012 est en cours de réalisation et sera disponible fin 2014.

Répartition des réseaux de santé selon la région :

La moitié des réseaux de santé se répartissent dans 7 régions : Ile-de-France, Paca, Bretagne, Rhône Alpes, Nord Pas de Calais, Lorraine et Pays de la Loire.

Répartition des réseaux de santé selon le thème et le volume de financement :

Les 8 types de réseaux de santé les plus représentés (en nombre de réseaux) sont par ordre décroissant : gérontologie, soins palliatifs, cancérologie, diabétologie, périnatalité, addictologie, handicap et réseaux polyvalents.

Ces 8 types de réseaux représentent :

- 72% du nombre de projets
- 75% du total des montants versés au titre de l'année 2012 (FIQCS et FIR cumulés)

Tableau 13- répartition des réseaux de santé selon le thème et le volume de financement

(En euros)

Moyenne FIR par thématique de réseau (montant moyen décroissant)			
Thème	Nb de réseaux	Dépenses comptabilisées	Moyenne
POLYVALENT	44	20 294 099	461 230
SOINS PALLIATIFS	77	25 391 553	329 760
NEUROLOGIE	19	6 023 311	317 016
NEPHROLOGIE	6	1 776 741	296 124
NUTRITION	21	6 105 487	290 738
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	12	3 367 725	280 644
DOULEUR	2	552 000	276 000
CANCEROLOGIE	56	15 374 915	274 552
DIABETE	55	13 665 877	248 471
PERINATALITE	48	11 768 522	245 178
PRECARITE	6	1 408 086	234 681

HANDICAP	28	6 168 447	220 302
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	21	4 452 691	212 033
GERONTOLOGIE	111	23 114 368	208 238
AUTRE	36	6 528 351	181 343
ADDICTOLOGIE	33	5 776 040	175 032
FEDERATION	3	512 873	170 958
SANTE MENTALE	6	984 738	164 123
MALADIES INFECTIEUSES	10	1 248 812	124 881
ADOLESCENTS	34	3 006 256	88 419
MALADIES RARES	4	268 583	67 146
TOTAL	632	157 789 476	249 667

Source: Données ARS

Les 6 types de réseaux les plus représentés en volume sont : gérontologie, soins palliatifs, cancérologie, diabète, périnatalité ainsi que les réseaux polyvalents. Il convient de noter que pour la cancérologie et la périnatalité, les effectifs incluent les réseaux régionaux et territoriaux. Ces 6 types de réseaux représentent 62% du nombre total de réseaux de santé recensés en 2013.

On constate d'importants écarts entre les montants moyens versés par type de réseau. Le montant FIR moyen versé par réseau en 2013 est de 249 667 euros (contre 242 392 euros en moyenne en 2012), il est donc en augmentation. Le minimum étant de 67 145,8 € pour les maladies rares et de 461 229,5€ pour les réseaux polyvalents.

Ces données sont à mettre en première intention au regard du nombre de patient moyen dont ces types de réseaux ont coordonné les parcours ainsi qu'au nombre de salariés en équivalent temps plein.

Répartition territoriale des principaux thèmes de réseaux :

Les réseaux de gérontologie, les plus nombreux, sont fortement concentrés en Ile-de-France (14), Poitou Charente (13), Paca (10), Bourgogne (9) et Lorraine (9).

Les réseaux de soins palliatifs sont concentrés en Bretagne (8), Ile-de-France (8), Midi Pyrénées (8), Languedoc Roussillon (7), Nord pas de Calais (7) et Paca (7).

Les réseaux polyvalents sont concentrés en Ile-de-France (14) et en Lorraine (6).

En nombre de réseaux on constate une augmentation des réseaux polyvalents par rapport à 2012 (44 en 2013 contre 35 en 2012), ce qui indique une appropriation progressive des orientations du guide méthodologique de la DGOS par les ARS. Les réorganisations se poursuivent très largement en 2014.

Analyse des indicateurs d'activité, de qualité et de coût :

A noter : pour chaque indicateur le calcul est réalisé sur la base des données renseignées (donc correspond à un nombre de réseaux pouvant varier).

Tableau 14- analyse des indicateurs d'activité, de qualité et de coût des réseaux

Thème	nb total patients hors RR, fédérations et réseaux + de 2000 patients	Effectif moyen de patients dont le réseau à coordonné le parcours	Effectif moyen de salariés du réseau en ETP	Nb moyen de professionnels intervenant dans au moins un PPS	Nb moyen d'établissements et services intervenant dans au moins un PPS	Nb moyen de médecins libéraux intervenant dans au moins un PPS
ADDICTOLOGIE	7756	287,3	2,4	122,7	13,0	50,8
ADOLESCENTS	11007	478,6	3,2	101,6	33,7	31,6
AUTRE	7420	436,5	2,5	190,4	9,3	96,9
CANCEROLOGIE	10048	418,7	4,4	251,0	22,0	109,1
DIABETE	21094	458,6	3,2	225,3	9,2	129,4
DOULEUR	1396	698,0	2,9	352,5	20,0	240,5
GERONTOLOGIE	27944	291,1	3,4	178,6	35,0	69,3
HANDICAP	10647	532,4	3,5	143,6	14,5	52,5
MALADIES INFECTIEUSES	939	117,4	2,4	61,0	9,9	31,4
MALADIES RARES	308	77,0	2,4	170,5	21,3	65,0
NEPHROLOGIE	2333	583,3	4,4	172,0	19,8	87,0
NEUROLOGIE	11844	696,7	5,2	420,7	40,3	165,4
NUTRITION	4785	319,0	3,1	200,3	11,2	116,0
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	6079	506,6	3,9	465,3	17,3	232,3
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	5945	330,3	2,3	162,0	17,7	55,1
PERINATALITE	5630	563,0	2,8	193,6	29,7	94,0
POLYVALENT	15141	388,2	5,8	405,5	48,5	184,5
PRECARITE	2166	433,2	3,7	74,6	19,6	27,0
SANTE MENTALE	718	179,5	3,1	47,4	8,8	15,4
SOINS PALLIATIFS	14991	214,2	4,6	420,1	49,0	171,6
TOTAL	168191	364,8	3,7	239,1	27,9	105,1

Source: Données ARS¹

Le nombre de patients dont les réseaux de santé ont coordonné le parcours est calculé, comme les années précédentes, en excluant :

¹ L'étude porte sur 596 réseaux :

- les réseaux dont le nombre de patients était supérieur à 2000 (27 réseaux) ont, comme pour l'exercice 2011, été exclus de l'étude. Pour 2012, cette exclusion concerne en majorité des réseaux non régionaux de cancérologie et périnatalité, et dans une moindre mesure des réseaux diabétologie, gérontologie, handicap, et neurologie.
- Par ailleurs, les données des réseaux de la thématique prévention étant partielles, ces réseaux ont été retirés.

- Les réseaux régionaux (cancérologie et périnatalité) ne prenant pas en charge de parcours patients, ainsi que les fédérations
- Les réseaux qui déclarent un nombre de patients supérieur à 2000

Le périmètre de calcul des données ci-dessus a donc été fait sur la base de 498 réseaux de santé.

Si le nombre total de patients dont les réseaux de santé ont coordonné le parcours est globalement en baisse (puisque l'on passe de 182 897 en 2012 à 168 191 en 2013), l'effectif moyen de patients par réseau est lui en augmentation. Il passe de 352,4 en 2012 à 364,8 en 2013. L'évolution progressive vers la polyvalence d'un certain nombre de réseaux peut être une hypothèse explicative.

Le nombre moyen de salariés en ETP par réseau passe de 3,6 en 2012 à 3,7 en 2013. L'évolution du nombre moyen de patients dont les réseaux ont coordonné le parcours peut être envisagée comme un élément explicatif, ainsi que le regroupement de certaines équipes.

Concernant les partenariats, les nombres moyens de professionnels, établissements et services ayant participé à au moins un Plan Personnalisé de Santé au cours de l'année sont tous en hausse. On peut sur cette base, émettre l'hypothèse que les réseaux de santé ont élargi leurs liens avec les professionnels présents sur leurs territoires d'intervention.

Indice Synthétique de Qualité par thématique de réseaux¹ :

Depuis 2008, un indice national d'évaluation des réseaux de santé a été mis en place par la CNAMTS et la DGOS, l'Indice Synthétique de Qualité (ISQ)², dont voici les résultats pour l'année 2013 :

Tableau 15- indice synthétique de qualité par thématiques des réseaux

Thème	ISQ Moyen	Nombre de réseaux
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	8,7	12
NEPHROLOGIE	8,0	6
DOULEUR	7,5	2
POLYVALENT	7,2	41
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	7,2	20
SANTE MENTALE	7,0	4
SOINS PALLIATIFS	6,9	69
NUTRITION	6,8	18
NEUROLOGIE	6,8	17
DIABETE	6,6	53
CANCEROLOGIE	6,6	29

¹ Pour le calcul de l'Indice Synthétique de Qualité (ISQ), chaque réponse « oui » à un des indicateurs a été cotée 1. Les réponses « non » ou non renseignées ont été cotées 0. L'ISQ a été calculé en sommant ces réponses. La valeur globale est comprise entre 0 et 10 (compte tenu du fait que l'ISQ comporte 10 indicateurs). Ont été exclus du champ de l'étude les réseaux régionaux de cancérologie et de périnatalité, ainsi que les réseaux n'ayant renseigné aucun des 10 indicateurs constituant l'ISQ. Le périmètre de données est de 580 réseaux de santé.

MALADIES INFECTIEUSES	6,2	8
HANDICAP	6,1	23
GERONTOLOGIE	6,1	104
PERINATALITE	5,1	23
ADDICTOLOGIE	5,0	30
AUTRE	4,7	23
PRECARITE	4,6	5
ADOLESCENTS	4,4	30
MALADIES RARES	3,3	3
Total général	6,3	521

Source: *Données ARS*

L'ISQ moyen toutes thématiques confondues en 2013 s'élève à 6,3 sur 10 contre 6,5 en 2012 donc en légère baisse.

Montant versé en 2013 par patient et par thème :

Nb : calculs réalisés uniquement sur la base des réseaux ayant renseigné (exclusion des données nulles et NC) à la fois le nombre de patients et le FIR versé en 2013.

Tableau 16 - montant versé en 2013 par patient et par thème pour les réseaux

(En euros)

Montant FIR versé par patient hors données égales à zéro et non communiquées (soit 443 réseaux)			
Thématique	Nombre de parcours patients coordonnés	FIR versé 2013	Moyenne FIR par patient
ADDICTOLOGIE	7 756	5 776 040	745
ADOLESCENTS	11 007	2 953 256	268
AUTRE	7 420	6 528 351	880
CANCEROLOGIE	10 048	7 120 184	709
DIABETE	21 094	13 211 071	626
DOULEUR	1 396	552 000	395
GERONTOLOGIE	27 944	22 550 392	807
HANDICAP	10 647	4 892 469	460
MALADIES INFECTIEUSES	939	1 284 812	1 368
MALADIES RARES	308	268 583	872
NEPHROLOGIE	2 333	1 776 741	762
NEUROLOGIE	11 844	5 919 891	500
NUTRITION	4 785	5 690 173	1 189
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	6 079	3 367 725	554
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	5 945	4 407 691	741

PERINATALITE	5 630	4 097 427	728
POLYVALENT	15 141	16 451 872	1 087
PRECARITE	2 166	1 150 156	531
SANTE MENTALE	718	814 738	1 135
SOINS PALLIATIFS	14 991	25 391 553	1 694
TOTAL	168 191	134 205 125	798

Source: Données ARS¹

On constate une hausse du montant moyen global versé par patient toutes thématiques confondues, qui passe de 726,3 euros en 2012 (hors données non renseignées) à environ 798 euros en 2013.

Une analyse plus détaillée nous permet de tirer les constats suivants en termes d'évolution 2012/2013 :

- On observe une hausse importante des montants moyens versés par patient pour les thématiques : nutrition/obésité, maladies infectieuses, périnatalité, pour les réseaux polyvalents et maladies rares. Une hausse du montant moyen versé par patient est également observée, dans une moindre mesure que les précédentes, pour les réseaux diabète et gériatrie ;
- On observe une baisse sensible des montants moyens versés par patient pour les thématiques : handicap, santé mentale, précarité, neurologie et addictologie.

Dérogations tarifaires

Les dérogations tarifaires sont définies par l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale. Des précisions sur leur utilisation ont été apportées par la circulaire N°DHOS/CNAMTS/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé ainsi que l'instruction N° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».

L'instruction du 28 septembre 2012 précédemment citée indique : « Les dérogations tarifaires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale doivent rester expérimentales, c'est-à-dire limitées dans le temps et en niveau de rémunération. Elles peuvent concerner des actes réalisés par deux catégories de professionnels :

- Des professionnels de santé (infirmiers, médecins, etc.) pour lesquels il existe une nomenclature d'actes. Les prestations réalisées par ces professionnels, non identifiées dans la nomenclature et dont l'efficacité ou le service médical rendu sont avérés, ont vocation à devenir des prestations de droit commun. L'instruction des demandes de dérogations doit s'apprécier en fonction des référentiels de pratiques existants et doit mesurer, dès la phase expérimentale, l'impact financier à attendre de leur éventuelle généralisation ;
- Des professionnels de santé (diététiciennes) ou d'autres professionnels (psychologues, éducateurs, etc.) pour lesquels il n'existe pas de convention entre la profession de l'intervention et l'assurance maladie.

¹ La thématique prévention a été supprimée compte tenu de l'absence de données concernant le nombre de patients.

Le nombre de dérogations tarifaires déclarées versées par les ARS s'est élevé en 2013 à 1191 pour 307 réseaux de santé. Il était de 1307 dérogations pour 369 réseaux de santé en 2012. Il convient cependant de noter que 5 régions n'ont déclaré aucune prestation dérogatoire en 2013. Le montant versé par les ARS aux réseaux de santé au titre des dérogations tarifaires est renseigné pour 1143 des 1191 dérogations. Ce montant total s'élève à 8,1M€ en 2013. Il était de 9,5M€ en 2012.

La part des réseaux de santé ayant bénéficiés de dérogations tarifaires rapportée au nombre total de réseaux recensés en 2013 est d'environ 48,6%. Il était de 54% en 2012.

Tableau 17- Répartition des réseaux de cancérologie et périnatalité en 2012 et 2013 : réseaux régionaux (organisationnels) et non régionaux (opérationnels)

(En euros)

Thème du réseau		Nombre de réseaux 2013	Dépenses comptabilisées en 2013	Nombre de réseaux 2012	Dépenses comptabilisées en 2012
Cancérologie	réseaux régionaux	24	6 723 138	27	7 353 615
	réseaux non régionaux	32	8 651 777	37	11 019 652
Périnatalité	réseaux régionaux	23	7 204 312	25	7 058 751
	réseaux non régionaux	25	4 564 210	25	4 014 397

Source: Données ARS

Informations complémentaires 2013 :

168 réseaux de santé déclarent avoir une activité d'éducation thérapeutique du patient soit un peu plus de 26% de l'ensemble des réseaux de santé. Ces réseaux ont coordonné les parcours de santé de 86 245 patients en 2013 ce qui représente 51% de l'effectif total (nouveaux indicateurs du rapport d'activité FIR en 2013)

Tableau 18 - répartition par thème des réseaux de santé déclarant avoir une activité thérapeutique du patient

Thématique	Nombre de réseaux avec activité éducation thérapeutique (ordre décroissant)
DIABETE	45
POLYVALENT	15
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	14
GERONTOLOGIE	13
NUTRITION	12
NEUROLOGIE	11

PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	11
SOINS PALLIATIFS	8
CANCEROLOGIE	7
MALADIES INFECTIEUSES	7
HANDICAP	6
ADDICTOLOGIE	5
AUTRE	4
NEPHROLOGIE	4
PERINATALITE	3
ADOLESCENTS	1
DOULEUR	1
MALADIES RARES	1
Total	168

Source : Données ARS

- 439 réseaux de santé déclarent avoir tenu des formations à l'attention des professionnels en 2013 ;
- 45 réseaux de santé déclarent être enregistrés comme organisme de Développement Professionnel Continu en 2013

Ces indicateurs étaient demandés pour la première fois en 2013 et pourront être suivis à compter du prochain rapport d'activité du FIR.

2.3. Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et équipe ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et leur pendant pédiatrique, les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) sont des équipes pluridisciplinaires et pluri professionnelles rattachées à un établissement de santé qui se déplacent au lit du patient et auprès des soignants, à la demande de ces derniers pour apporter une expertise et réaliser ainsi par compagnonnage la diffusion de la culture palliative. Plusieurs circulaires successives ont permis de préciser la nature de leurs missions et leur périmètre d'intervention.

Ces dernières années ont surtout été marquées par la constitution des équipes et leur montée en charge. L'attention des ARS, suite au bilan du programme de développement des soins palliatifs, était attirée sur la nécessité de s'assurer que les établissements médico-sociaux (pour personnes âgées et pour personnes handicapées) disposent sur leurs territoires d'une possibilité de recours à des acteurs extérieurs (EMSP ou réseaux) et de l'articulation des différentes offres de soins afin de prévenir les hospitalisations non nécessaires tout en garantissant un accompagnement et des soins palliatifs. Etait, en outre, soulignée l'importance de la définition des zones d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs en lien avec celles des plateformes territoriales d'appui à la coordination dans un objectif d'efficacité et d'efficience des crédits alloués dans le cadre du FIR.

Les stratégies régionales mises en œuvre en 2013 ont ainsi principalement visé à consolider le déploiement des équipes mobiles de soins palliatifs pour la diffusion de la culture palliative dans

les établissements de santé et les établissements médico-sociaux en cherchant à mettre davantage en cohérence leur dimensionnement avec les territoires couverts.

En 2013, pour les EMSP et les ERRSPP, ce sont 126 865 701,60 € qui ont été comptabilisés dans la balance CNAMTS.

Le principe de reconduction des moyens alloués anciennement en mission d'intérêt général aux établissements sur le périmètre de 2012 a été retenu par la plupart des ARS. Les quelques augmentations de dotation ont surtout été destinées au renforcement des interventions en direction du secteur médico-social (ex : Bourgogne ou Franche Comté), ou du domicile (ex : Corse).

Dans un double objectif de couverture des territoires, et d'efficacité et d'efficience des crédits alloués dans le cadre du FIR, certaines ARS ont redéfini les articulations et complémentarités entre établissements de santé et entre équipes mobiles et réseaux, notamment au travers de conventions (ex : Aquitaine, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon).

Face au besoin constaté de coordination, certaines ARS ont décidé d'identifier des moyens propres à en assurer la conduite. L'ARS Alsace a ainsi choisi de s'appuyer sur un réseau régional renforcé afin de mieux coordonner les actions de gestion, conception ou organisation des formations et de favoriser l'unicité relative des supports destinés aux actions de formation, d'information et de sensibilisation. L'ARS Franche-Comté a souhaité quant à elle dédier du temps de coordonnateur régional des EMSP.

Si le principe d'une standardisation des moyens et des équipes est écarté pour tenir compte des ressources et des dynamiques locales, un travail d'harmonisation infrarégional a été engagé par quelques ARS. Celui-ci s'appuie sur un cahier des charges régional des EMSP (ex : Picardie) ou sur une redéfinition relative du cadre d'intervention des équipes mobiles pour éviter les redondances avec d'autres dispositifs de prise en charge tels que l'HAD ou les réseaux (ex : Nord-Pas de Calais).

Plusieurs ARS se sont engagées dans l'élaboration d'indicateurs d'activité communs inscrits ou non dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé. L'ARS Rhône-Alpes prévoit ainsi la mise en place d'un rapport d'activité standardisé pour les EMSP afin d'en tirer des statistiques régionales et de percevoir notamment l'implication de chacune d'elles dans la diffusion de la culture palliative dans les établissements de santé et les établissements médicosociaux ainsi que leur modalité d'intervention en EHPAD et établissements pour personnes handicapées. L'ARS Bretagne dispose depuis 2013 de rapports d'activité annuels comparables élaborés à partir d'un logiciel spécifique commun à l'ensemble des EMSP bretonnes.

2.4. Actions de qualité transversale de pratique de soins en cancérologie

— Stratégie

Cette dotation finance le dispositif d'annonce, les soins de support et la participation des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie (RCP). Elle a été modélisée en 2011 et se fonde sur le nombre d'activité autorisés au traitement du cancer, la file active de patients (issue de l'algorithme cancer de l'INCa), la surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie et prend en compte le coefficient géographique.

Cette dotation historiquement financée en MIG pour un montant de 88,5 millions d'euros, a basculé dans le FIR en 2013.

— Synthèse financière globale

La répartition nationale indicative a été transmise aux ARS suite à la parution de la circulaire FIR, à leur demande, et les régions ont majoritairement suivie cette répartition par établissements.

Certaines régions n'ont pas encore délégué en 2013 (ou ont différé sur l'année 2014) le financement concernant la rémunération des praticiens libéraux (Auvergne, Bourgogne, Franche Comté, Haute-Normandie) pour des difficultés liées à la faisabilité opérationnelle des modalités d'attribution.

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

Globalement, la cancérologie est une des priorités identifiées dans les SROS-PRS des régions. Les régions ont utilisé cette dotation pour poursuivre le développement du dispositif d'annonce, l'organisation des RCP et la généralisation de l'accès aux soins de support. Les actions menées par les ARS prennent en compte la multiplicité des acteurs régionaux sur ces thématiques (Réseaux régionaux de cancérologie - RRC, 3C, pôles régionaux de cancérologie). A titre d'exemple, les pôles régionaux de cancérologie interviennent dans la mise en œuvre des RCP de recours en région Centre.

En Champagne-Ardenne, le RRC accompagne les démarches des établissements concernant les thématiques du dispositif d'annonce, des soins de support et des RCP. Il est à noter le fort développement du dispositif d'annonce en Champagne-Ardenne avec tous les patients qui en bénéficient

L'Auvergne a, quant à elle, prévu en 2014 un travail avec le RRC pour répartir les crédits dédiés aux praticiens libéraux des établissements privés.

Il est à noter qu'en région Alsace, ces thématiques s'articulent autour de l'Institut Régional du Cancer qui est le lieu de soin mais également le support d'une organisation régionale de prise en charge en cancérologie.

Enfin, en Lorraine, la très forte implication du RRC s'inscrit dans une logique de coordination de l'ensemble des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie notamment dans le cadre du suivi et du fonctionnement des RCP avec la mise en place d'une procédure d'audit clinique concernant l'évaluation des RCP des RCP de cancérologie digestive. Il est à noter l'évolution de la solution eRCP (de gestion des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en cancérologie) vers une solution répondant aux exigences du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) en Lorraine.

Si l'ensemble des actions conduites sur ces trois axes tendent vers l'amélioration globale de la structuration régionale de l'organisation des soins en cancérologie, certaines actions plus spécifiques ont été menées dans certaines régions, comme en Languedoc-Roussillon, avec l'organisation d'une journée régionale du RRC sur les soins de support ainsi que des actions de sensibilisation et de formation au dispositif d'annonce qui ont été développées au travers des plans de formation des établissements. La région a par ailleurs conduit une analyse des indicateurs des grilles d'autoévaluation sur ces financements et des échanges avec les établissements.

En Franche Comté, l'organisation régionale garantit que la qualité de la prise en charge soit identique sur l'ensemble du territoire et spécialisée par type de pathologie. Elle a organisé les

RCP sur deux sites. Des fiches RCP spécialisées par type de pathologie ont été élaborées en concertation de l'ensemble des acteurs et sont utilisés par eux. Les résultats ont montré une forte progression du nombre de RCP dans la région.

En Guyane, la RCP est pratiquement systématique et la consultation d'annonce est effective à l'Hôpital de jour.

En Nord-Pas-de-Calais, le dispositif d'annonce et les soins de support relèvent d'une organisation propre à chaque établissement avec du personnel dédié au dispositif d'annonce dans l'ensemble des établissements. Les soins de support comportent dans la majorité des établissements des temps de psychologue, de diététicienne et de stomathérapeute, et s'articulent avec le dispositif des soins palliatifs existant localement.

Enfin, la Bretagne a procédé à la vérification de la mise à disposition des soins de support au patient dans chaque établissement autorisé.

Concernant le volet comptable, si la plupart des régions indiquent avoir suivi le modèle de répartition proposé par le niveau national, les données issues de la balance CNAM ne permettent pas de comptabiliser les sommes réellement imputées en raison de l'absence de compte clairement identifié sur cette dotation.

2.5. Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

■ Champ d'analyse

25 régions sur 26 régions disposent d'un financement FIR pour des équipes mobiles gériatriques (EMG). Les données relatives aux EMG ont été intégrées à la mission 2 (amélioration de la qualité et de la coordination des soins) à la suite de l'élargissement du périmètre du FIR en 2013.

■ Etat de lieux, financements structures

On compte **289 EMG** en 2013. Leur nombre est stable par rapport à 2012. Deux créations récentes ont été constatées, l'une à l'hôpital de Fécamp, l'autre à Marseille (hôpital européen ex ESPIC).

Les crédits FIR délégués en 2013 aux ARS s'élèvent à **67 850 325 €** (en baisse de 2,5 M€ par rapport à la délégation 2012 pour cette MIG). L'analyse régionale, établissement par établissement permet les constats suivants :

- 13 régions ont reconduit strictement les allocations de 2012 ;
- 4 régions ont réduit les financements pour les EMG (Bourgogne, Midi-Pyrénées, Basse Normandie, Poitou-Charentes), pour un total de **-206 413 €** ;
- 8 régions ont fait le choix d'aller au-delà des enveloppes indicatives de 2013, pour un total de **3 796 669€** (Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Ile de France, Limousin, Haute-Normandie, Pays de Loire, Guadeloupe).

Au total, compte tenu de ces choix régionaux, le financement global pour les EMG atteint **71 712 770€**, soit une moyenne de **247 199 €** par EMG, ce qui apparaît comme une utilisation

« satisfaisante » du FIR pour le domaine des équipes mobiles gériatriques, la délégation des ARS ayant excédé de **3.59M €**, les montants indiqués dans la circulaire FIR de 2013.

2.6. Consultations mémoire

Les établissements ont consommé comptablement un montant total de 57 915 919€ au titre de l'activité de consultation mémoire, à comparer aux enveloppes indicatives par ARS pour cette activité en 2013, soit 58 486 254€.

Pour 5 régions, le montant total des dépenses engagées au bénéfice des consultations mémoire est supérieur à l'enveloppe indicative prévue pour le financement de cette prestation dans le cadre de la dotation FIR en 2013. En revanche, 7 régions sur 26 affichent un montant total de dépenses inférieur à cette enveloppe indicative d'une part ; et 13 autres régions affichent un niveau de dépense équivalent à l'enveloppe indicative.

Le tableau suivant présente la comparaison, par ARS, entre les dépenses relatives aux consultations mémoire et l'enveloppe indicative initialement prévue pour le financement de cette activité.

Tableau 19 - dépenses relatives aux consultations mémoires et enveloppe indicative initialement prévue pour le financement de cette mesure

(En euros)

	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisées	Ecart
ALSACE	1 264 628	1 264 623	0,0%
AQUITAINE	3 946 444	3 674 836	-6,9%
AUVERGNE	1 880 826	1 880 826	0,0%
BOURGOGNE	1 248 005	1 223 298	-2,0%
BRETAGNE	3 206 658	3 206 658	0,0%
CENTRE	1 676 525	1 676 526	0,0%
CHAMPAGNE ARDENNES	1 397 239	1 376 287	-1,5%
CORSE	500 247	500 247	0,0%
FRANCHE COMTE	592 893	602 199	1,6%
ILE DE France	7 235 567	6 647 012	-8,1%
LANGUEDOC ROUSSILLON	3 462 218	3 462 218	0,0%
LIMOUSIN	1 041 527	1 041 527	0,0%
LORRAINE	3 201 098	3 299 675	3,1%
MIDI PYRENEES	1 629 613	1 578 659	-3,1%
NORD PAS DE CALAIS	3 512 525	3 512 525	0,0%
NORMANDIE BASSE	1 889 028	2 131 559	12,8%
NORMANDIE-HAUTE	1 949 813	1 949 812	0,0%
PAYS DE LA LOIRE	4 348 977	4 459 053	2,5%
PICARDIE	1 111 952	1 111 952	0,0%
POITOU CHARENTES	1 467 530	1 387 931	-5,4%
PROVENCE ALPES COTES D'AZUR	4 050 000	4 050 000	0,0%
RHONE ALPES	6 405 055	6 524 341	1,9%
GUADELOUPE	366 332	252 600	-31,0%

GUYANE	0	0	0,0%
MARTINIQUE	611 485	611 485	0,0%
REUNION	490 070	490 070	0,0%
TOTAL	58 486 254	57 915 919	-1,0%

Sources : données ARS

2.7. Equipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA)

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), définies dans la circulaire DHOS/02 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 de équipes soignantes ;
- de 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.

Dans le cadre du plan addiction 2007-2011, ces équipes se sont constituées et développées. Elles sont une composante des structures d'addictologie hospitalière de niveau de proximité, de recours et de référence, créées par ce même plan.

Pour remplir ses missions intra-hospitalières, l'équipe de liaison et de soins bénéficie au minimum d'une présence de médecin et d'infirmiers, ainsi que de temps de psychologue, d'assistant social et de diététicien. Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement. L'ensemble de l'équipe doit être formé en addictologie. Un avis psychiatrique est assuré de préférence dans le cadre d'un travail concerté avec la psychiatrie de liaison.

L'équipe de liaison assure une présence quotidienne du lundi au vendredi. Le travail avec les patients peut être individuel ou de groupe notamment d'information qui peut être orientée par produit ou vers une population particulière (les femmes enceintes, les jeunes, les personnes en situation de précarité). Les temps de coordination pour le suivi post-hospitalier, de synthèse de l'équipe de liaison, de formation sensibilisation des personnels des établissements de santé sont pris en compte dans le bilan d'activité.

Avec le transfert du financement des ELSA dans le cadre FIR en 2013, les stratégies régionales mises en œuvre ont ainsi principalement visé à pérenniser l'activité de ces équipes et à définir des critères d'activité sur l'ensemble des missions de ces équipes afin d'être en mesure de valoriser plus finement leur travail.

En 2013, 23 régions sur 26 disposent d'un financement FIR pour des ELSA. Le montant total consommé par les ARS pour le financement des ELSA est légèrement supérieur à l'enveloppe indicative initiale (+0.5%) pour atteindre au total 45,9 M€. La plupart des régions se sont conformées aux financements indicatifs et 7 ARS ont procédé à des ajustements plus importants ou particuliers :

- en redistribuant les dotations entre les établissements en correspondance avec leur activité ;

- en renforçant la dotation dans un établissement pour remédier à un manque de moyens spécifique ou en lien avec la couverture territoriale ;
- en réduisant ou augmentant l'ensemble des dotations d'un pourcentage donné.

Dans le cadre du plan gouvernemental de la MILDECA 2013-2017, 10 M€ de mesures nouvelles ont été prévus dans le PLFSS 2015 afin de créer 2 ELSA dans les régions non pourvues et de les renforcer par ailleurs, en fonction des besoins identifiés par les ARS. L'identification de ces besoins s'appuiera sur les critères définis par les ARS afin de mieux quantifier l'activité produite par les ELSA.

Tableau 20 - ventilation des crédits alloués au titre des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

(En euros)

Région/Etablissement	Enveloppe Indicative	Dépenses comptabilisées	Ecart 2013	
			(En VA)	(En %)
Alsace	2 015 583	2 065 910	50 327	2%
Aquitaine	2 191 163	2 187 206	-3 957	0%
Auvergne	771 205	771 205	0	0%
Basse-Normandie	1 447 460	1 633 663	186 203	13%
Bourgogne	958 262	985 486	27 224	3%
Bretagne	2 019 393	2 019 393	0	0%
Centre	1 427 530	1 427 530	0	0%
Corse	0	0	-	-
Champagne-Ardenne	848 520	1 289 913	441 393	52%
Franche-Comté	602 870	532 094	-70 776	-12%
Guadeloupe	0	0	-	-
Guyane	0	0	-	-
Haute-Normandie	1 300 652	1 300 652	0	0%
Île-de-France	7 083 976	6 375 578	-708 398	-10%
Languedoc-Roussillon	2 615 267	2 615 267	0	0%
Limousin	364 000	364 000	0	0%
Lorraine	1 100 680	1 100 680	0	0%
Martinique	468 107	468 107	0	0%
Midi-Pyrénées	1 205 806	1 161 058	-44 748	-4%
Nord-Pas-de-Calais	3 584 590	3 553 184	-31 406	-1%
Pays de la Loire	2 143 479	2 115 029	-28 450	-1%
Picardie	2 575 353	2 575 353	0	0%
Poitou-Charentes	543 172	513 709	-29 463	-5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 476 548	3 476 548	0	0%
Réunion	505 687	805 687	300 000	59%
Rhône-Alpes	6 516 781	6 646 212	129 431	2%
TOTAL	45 766 084	45 983 462	217 378	0,50%

Source: Données ARS et CNAMTS

2.8. Emplois de psychologues ou assistants sociaux hors plan cancer

— Stratégie

Cette ancienne mission d'intérêt général (MIG) a pour vocation le financement des emplois de psychologues et assistants sociaux prévus par les plans nationaux (hors plan cancer). Elle a basculé dans le FIR en 2013. Les ARS ont inscrit environ 25 millions d'€ pour cette action en 2013 dans leur EPRD.

Globalement, les ARS ont reconduit tout ou partie des dotations historiques. Certaines ARS ont précisé les types d'établissements vers lesquels les financements ont été fléchés, notamment :

- Huit ARS ont fléché l'attribution de cette dotation sur les maternités, dans le cadre des ex plans périnatalité (Alsace, Aquitaine, Bretagne, Guyane, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord Pas de Calais, Poitou Charente). Pour ces ARS, le financement doit permettre le renforcement de l'accès à des psychologues dans les maternités, en vue de favoriser le lien mère-enfant. Ces psychologues peuvent intervenir également dans le cadre des réseaux de périnatalité (Bretagne). Des maternités privées sont également financées en 2013 pour cette mission.
- L'ARS Auvergne a fléché l'attribution de la dotation sur des hôpitaux gériatriques (hospitalisation complète et de jour).

— Ventilation des crédits

Tableau 21 - ventilation des crédits alloués au titre des emplois de psychologues ou assistants sociaux (hors plan cancer)

(En euros)

ARS	Enveloppe indicative	Dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart EPRD/dépenses comptabilisées	
				(En VA)	(En %)
Alsace	896 596	899 028	840 646	-58 382	-6,5%
Aquitaine	904 116	636 900	591 545	-45 355	-7,1%
Auvergne	2 677 924	2 677 923	2 463 966	-213 957	-8,0%
Bourgogne	62 544	0	0	0	
Bretagne	635 392	676 611	635 392	-41 219	-6,1%
Centre	442 260	442 260	414 101	-28 159	-6,4%
Champagne-Ardenne	145 816	0	12 000	12 000	
Corse	6 573	6 573	6 573	0	0,0%
Franche-Comté	246 085	246 086	246 086	0	0,0%
Ile de France	6 756 998	6 756 998	5 663 623	-1 093 375	-16,2%
Languedoc-Roussillon	515 977	515 977	427 405	-88 572	-17,2%
Limousin	250 962	250 962	198 535	-52 427	-20,9%
Lorraine	503 087	611 886	491 886	-120 000	-19,6%
Midi-Pyrénées	1 749 540	510 798	510 798	0	0,0%

Nord Pas de Calais	898 434	898 434	747 746	-150 688	-16,8%
Basse-Normandie	925 215	755 646	733 146	-22 500	-3,0%
Haute-Normandie	926 793	926 794	834 459	-92 335	-10,0%
Pays de la Loire	1 522 504	1 523 000	1 259 135	-263 865	-17,3%
Picardie	883 936	883 936	854 195	-29 741	-3,4%
Poitou-Charentes	596 540	564 185	564 185	0	0,0%
PACA	2 318 489	2 318 489	2 102 671	-215 818	-9,3%
Rhône-Alpes	2 022 369	2 039 560	1 700 707	-338 853	-16,6%
Guadeloupe	0	0	0	0	
Guyane	318 427	318 427	336 796	18 369	5,8%
Martinique	19 040	19 040	12 180	-6 860	-36,0%
Océan Indien	313 113	313 113	313 113	0	0,0%
TOTAL	26 538 731	24 792 626	21 960 889	-2 831 737	-11,4%

Source: Données ARS et CNAMTS

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

Plusieurs ARS ont réalisé en 2013 des travaux de modélisation de l'action, et défini le périmètre des établissements éligibles (Aquitaine, Midi-Pyrénées).

Plusieurs exemples peuvent illustrer l'action des ARS, s'agissant des maternités :

- En Bretagne, l'ex MIG finance 8 ETP de psychologues qui interviennent dans le cadre des réseaux de périnatalité sur 3 fonctions : clinique, coordination des situations de vulnérabilité, formation sur des thèmes spécifiques. Le financement est réparti sur 4 établissements pivots de chaque département siège des réseaux, au prorata des naissances.
- En Aquitaine, les crédits sont répartis entre les structures en fonction du nombre d'accouchements, pour financer du temps de psychologue.
- En Guyane, les maternités sont financées pour améliorer l'accompagnement social des femmes en situation de précarité.

2.9. Les centres périnataux de proximité

— Stratégie

Les centres périnataux de proximité (CPP) sont généralement créés suite à la fermeture d'un service de maternité, dans l'objectif de maintenir en proximité une offre de soins pour le suivi prénatal et postnatal. Leur existence est prévue par l'article R.6123-50 du code de la santé publique.

Les ARS ont financé les centres périnataux de proximité à hauteur de 18 693 241€ en 2013, soit une augmentation des crédits alloués de 4% par rapport à 2012.

— Evolution de l'offre

En 2013, on comptait 79 CPP en France bénéficiant d'un financement dans le cadre du FIR, répartis dans 19 régions :

Tableau 22 - nombre de réseaux périnataux de proximité financés par région en 2013

ARS	2013	Evolutions par rapport à 2012
ALSACE	4	-
AQUITAINE	2	-
AUVERGNE	3	-1
BASSE NORMANDIE	6	+1
BOURGOGNE	7	-
BRETAGNE	7	-
CENTRE	3	-
FRANCHE COMTE	2	-
HAUTE NORMANDIE	3	-
LANGUEDOC-ROUSSILLON	2	-
LORRAINE	4	-
MIDI PYRENEES	7	-
OCEAN INDIEN	1	-
PACA	2	-
PAYS DE LA LOIRE	2	-
PICARDIE	7	-
POITOU-CHARENTE	5	+1
RHONE ALPES	12	-
TOTAL	79	+1

Source: Données ARS

La majorité des CPP sont rattachés à des centres hospitaliers publics, 1 CPP est rattaché à un ESPIC (en PACA), et 3 le sont à des établissements privés à but lucratif (en Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes).

Plusieurs évolutions sont intervenues entre 2012 et 2013 :

- Une fermeture en Auvergne (Riom), faute de file active.
- Un nouveau CPP a été créé au CH de Montmorillon (Poitou Charente)
- Un nouveau CPP avec hébergement a été créé et financé en 2013 au CH de Vire, suite à la fermeture d'une maternité (Basse Normandie)

Des projets de création sont à l'étude en Guadeloupe et en Champagne Ardennes.

Tableau 23- ventilation des crédits par région (ayant un centre périnatal de proximité)*(En euros)*

ARS	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	1 450 152	1 454 779	4 627	0,3%
Aquitaine	273 954	273 958	4	0,0%
Auvergne	886 572	488 639	-397 933	-44,9%
Bourgogne	726 666	770 000	43 334	6,0%
Bretagne	1 700 928	1 700 928	0	0,0%
Centre	2 212 470	2 212 474	4	0,0%
Champagne-Ardenne	78 486	0	-78 486	-100,0%
Franche-Comté	273 402	227 226	-46 176	-16,9%
Languedoc-Roussillon	269 496	262 901	-6 595	-2,4%
Lorraine	749 850	749 853	3	0,0%
Midi-Pyrénées	1 566 444	1 050 408	-516 036	-32,9%
Nord Pas de Calais	0		0	
Basse-Normandie	1 148 706	2 148 788	1 000 082	87,1%
Haute-Normandie	1 125 522	1 125 528	6	0,0%
Pays de la Loire	262 500	351 412	88 912	33,9%
Picardie	628 200	928 200	300 000	47,8%
Poitou-Charentes	806 052	901 788	95 736	11,9%
PACA	520 000	645 000	125 000	24,0%
Rhône-Alpes	3 382 368	3 216 893	-165 475	-4,9%
Océan Indien	181 716	184 466	2 750	1,5%
TOTAL	18 243 484	18 693 241	449 757	2,5%

Source: Données ARS

— Stratégies régionales :

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

Le montant des dotations a été établi par les ARS en fonction de différents critères prenant notamment en compte l'activité des centres et les stratégies régionales.

Les critères de financement retenus selon les régions sont objectivés le plus souvent à partir de l'activité réalisée par le centre.

L'activité des CPP s'inscrit en cohérence avec les partenaires impliqués sur le champ de la périnatalité : services de PMI des conseils généraux et professionnels de santé libéraux.

— Synthèse des actions menées et résultats attendus :

Les crédits font l'objet d'une procédure annuelle d'évaluation par un certain nombre d'ARS, notamment celles ayant réalisé un cahier des charges (par exemple en Picardie et en Franche Comté).

Ces évaluations ont permis de mettre en lumière les différentes modalités d'organisation des CPP, leurs activités variées et leurs évolutions.

Ainsi, les CPP appartiennent souvent à un établissement de petite taille ayant fermé sa maternité (en ce cas, une convention est passée avec un autre établissement autorisé à l'activité de gynécologie-obstétrique). Ils peuvent parfois, suite à une fusion hospitalière dépendre d'un CHU. Les CPP sont animés par des sages-femmes. 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...), parfois en partenariat avec les services de PMI.

Dans plusieurs CPP, les femmes ont la possibilité de réaliser des Interruptions Volontaires de Grossesse par voie médicamenteuse (en Midi-Pyrénées et Basse-Normandie notamment).

Les CPP n'assurent pas ou plus de visites à domicile. Ils constituent néanmoins des relais de prise en charge en cas de sortie précoce de la maternité. Le CPP de Paimpol en Bretagne assure ainsi des suites de couches en proximité dès la 6^e heure après un accouchement. Des CPP, très minoritaires, conservent un hébergement (en région Centre et Rhône Alpes par exemple). L'activité des CPP, orientée sur la physiologie et les consultations, ne justifie cependant pas en principe d'hospitalisation complète.

Des analyses médico-économiques ont été réalisées dans certaines régions afin d'optimiser le fonctionnement des centres, la couverture des besoins de la population ainsi que la complémentarité avec les autres dispositifs existants sur le secteur.

Ainsi, plusieurs ARS ont réalisé des modèles économiques de leurs CPP (Rhône Alpes, Bourgogne), d'autres ARS prévoient de réaliser un état des lieux des coûts de fonctionnement des centres en 2014 (Poitou Charente, Bretagne, Haute Normandie...). Certaines ARS ont également rédigé des cahiers des charges régionaux (Haute Normandie, Picardie, Languedoc Roussillon).

2.10. Les Maisons des Adolescents (MDA)

Les structures de prise en charge des adolescents également appelées maisons des adolescents (MDA) sont des structures d'accueil et d'accompagnement des adolescents qui ressentent un mal être, de leur entourage familial et des professionnels concernés (professionnels de la santé, de l'éducation nationale, de la PJJ et des services sociaux et médico-sociaux). La MDA écoute, informe, et éventuellement, après évaluation de la situation de l'adolescent, l'oriente vers une

prise en charge médicale et psychologique et/ou un accompagnement éducatif, social et juridique. Elle organise l'expertise interprofessionnelle pour des situations individuelles afin de mettre en œuvre des prises en charge globales pluri professionnelles et pluri institutionnelles (à la fois médicales, sociales, éducatives) de qualité.

104 MDA¹ étaient recensées en 2013 : 54 rattachées à des établissements de santé, à des associations ou des réseaux de santé et financées dans le cadre du FIR, 51 par les dotations annuelles de fonctionnement (DAF) des établissements de santé de rattachement. Sont éligibles les établissements respectant les critères du cahier des charges des MDA établi en 2009 et ayant été retenus suite aux appels à projets régionaux lancés par les ARS. Dans le cadre du FIR, le montant de la dotation accordée à un établissement doit correspondre aux surcoûts occasionnés par la mise en place d'équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (représentant 15 à 25% des charges nettes totales). L'équipe pluridisciplinaire associe généralement des compétences médicales et paramédicales ainsi que d'autres professionnels (psychologue, assistante sociale...). Le montant maximum de financement est théoriquement fixé à 156 000 euros par projet.

Allocation des ressources

A l'instar du rapport IGAS relatif aux MDA d'octobre 2013, il ressort des contributions des ARS un niveau de financement très hétérogène selon les régions, parfois très éloigné du forfait théorique de 156 000 € par MDA.

Plusieurs régions précisent dans leur rapport qu'il est nécessaire d'identifier les financements attribués par les conseils généraux et autres partenaires afin d'éviter des financements redondants.

Analyse de l'activité

Dans plusieurs régions, une évaluation des MDA est en cours ou prévue (Franche-Comté, Bretagne..). En Pays-de-la-Loire, les besoins identifiés tendant à s'accroître, l'ARS souhaite préciser les attentes vis à vis des MDA (champs d'intervention, maillage territorial...) ainsi que les moyens nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs et envisage la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens avec chacune des MDA.

Positionnement des MDA dans l'offre de soins et d'accompagnement

Quelques exemples d'axes spécifiques sont parfois cités :

- L'ouverture vers la médecine de ville des structures historiquement hospitalières et centrées sur la psychiatrie afin de garantir une prise en charge globale ;
- La nécessité de rendre lisible le positionnement de chaque acteur dans le parcours de santé mentale des adolescents par l'organisation d'une expertise interprofessionnelle précisant les engagements et les limites des différents intervenants (par exemple : l'articulation entre PAEJ et MDA) ;
- L'organisation d'un maillage territorial d'une offre en direction des adolescents à partir des MDA avec par exemple le déploiement d'antennes dans les grosses agglomérations.

¹ Cf. tableau récapitulatif des MDA en annexe de ce rapport (Annexe 1)

2.11. Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

— Stratégie

L'objectif des projets pilotes PAERPA prévus par l'article 48 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 est d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ; d'éviter le recours à l'hospitalisation et de faire en sorte que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Les projets pilotes PAERPA s'adressent ainsi aux personnes âgées de 75 ans et plus, encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

Les projets pilotes PAERPA sont en cours de déploiement dans neuf territoires pilotes (cinq régions depuis septembre 2013 et quatre régions depuis janvier 2014) sélectionnées par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. L'année 2013 et le début de l'année 2014 ont été mis à profit pour effectuer les diagnostics territoriaux et installer les instances de gouvernance comprenant l'ensemble des acteurs dans chacun des neuf territoires. Pour les régions de la première vague, des conventions-cadre précisant les objectifs communs des acteurs ainsi que les actions à mettre en œuvre ont été présentées à l'ensemble des membres des comités de pilotage régionaux (comprenant le plus souvent outre l'ARS, le conseil général, les organismes locaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les URPS). S'agissant du financement de ces actions qui repose sur un principe de subsidiarité au regard des financements existants, une première enveloppe de 200 K€ par territoire (FIR PAERPA) a été déléguée en 2013 afin d'amorcer la mise en œuvre de ces projets.

2.12. L'exercice coordonné

1.1.1. La consolidation en 2013 du soutien accordé en 2012 aux maisons de santé pluri professionnelles

A l'exception d'une agence régionale de santé, les vingt-cinq autres sont désormais dotées d'une structure d'exercice coordonné (SEC), qu'il s'agisse de centres de santé ou de maisons de santé (monosites ou multisites, ces dernières étant souvent appelées « pôles de santé » -PdS) et toutes les ARS dotée d'une SEC ont accordé une aide via le FIR.

Il convient de noter qu'à l'instar de 2012, la plupart des financements concerne des maisons de santé.

Ainsi sur les 291 projets financés à hauteur de 9 092 394 € (9 350 568 €, selon la balance comptable de la CNAMTS), l'aide apportée a concerné :

- 255 MSP (88% des projets) pour un montant total de 7 463 314 €, soit 82 % du montant de l'enveloppe ;
- 7 des centres de santé pour un montant de 404 797 € (Auvergne, Bourgogne, Haute-Normandie, Rhône-Alpes), soit 4,5 % du montant de l'enveloppe ;

- d'autres actions : prestataires externes pour l'ingénierie, l'informatisation, l'appui juridique, tiers facilitateurs..., pour un montant de 1 224 283 €, soit 13,5% du montant de l'enveloppe.

Le tableau comparatif 2012 / 2013 des financements accordés via le FIR fait apparaître les chiffres suivants :

Tableau 24 - comparatif 2012/2013 des financements accordés via le FIR

Année	Nombre de SEC financées	Montants accordés aux SEC	Montants accordés pour les autres actions	TOTAL
2012	198	4 766 083 (24 071€/ projet)	885 797	5 651 880
2013	262	7 868 111 (30855 €/ projet)	1 224 283	9 092 394
Augmentation (%)	32,3 %	65%	38,2%	60,8%

Source: Données ARS

On observe ainsi, pour l'année 2013, une augmentation sensible des financements accordés par les ARS à l'exercice coordonné par rapport à ceux accordés en 2012.

Il est à relever cependant qu'avec 7 centres de santé financés en 2013 (contre 5 en 2012), **la recommandation de la circulaire FIR 2013, incitant les ARS à conforter le rôle de ces structures dans les zones fragiles (conformément à l'engagement n° 12 du pacte territoire santé), a été peu suivi.**

1.1.2. Un soutien massif aux structures implantées en zone prioritaire

Selon les informations issues de l'observatoire des MSP, toutes les régions, à l'exception d'une seule, comptaient au 31 décembre 2013 des MSP en fonctionnement. On en comptait au total 426 à cette date.

Les ARS privilégient presque systématiquement le financement des MSP situées en zone prioritaire du SROS, conformément aux recommandations de la circulaire FIR N° SG/2013/195 du 14 mars 2013. Ainsi, 239 (91,2%) des 262 SEC financées sont situées en zone prioritaire du SROS. Parmi elles, 154 (soit 58,7%) sont situées en zone rurale et 75 -28,6 %- en zone urbaine. Aucune information n'est fournie pour 10 d'entre elles.

Comme par le passé, certaines régions modulent leur aide en fonction du caractère plus ou moins prioritaire de la zone d'implantation de la structure (ainsi l'ARS Midi-Pyrénées, continue d'attribuer 50 000 € pour une MSP en zone prioritaire et 30 000 € pour une MSP dans une autre

zone). D'autres, font le choix d'une implantation dans des territoires suffisamment importants, où une dynamique de coordination entre les divers acteurs existe.

On observe en outre, en 2013, une évolution de la stratégie de plusieurs ARS dans ce domaine qui, après avoir soutenu essentiellement des MSP monosites, tendent désormais à favoriser les MSP multisites considérant que cette forme de regroupement peut dans certaines situations éviter une désertification médicale que, paradoxalement, un regroupement dans une MSP monosite pourrait engendrer (Centre / Champagne-Ardenne,...).

1.1.3. Une stratégie d'accompagnement adaptée aux besoins

■ Un accompagnement à tous les stades de développement des structures

L'accompagnement financier vise aussi bien les structures en projet que les structures en fonctionnement et les aides sont octroyées aussi bien aux porteurs des projets qu'à des prestataires qui leur viennent en appui.

■ Aides financières aux projets

Ces aides portent essentiellement sur le financement d'études de faisabilité et d'opportunité ainsi que sur des prestations d'accompagnement pour l'ingénierie (mesures pour fédérer les professionnels de santé autour d'un projet de santé, formalisation et rédaction de ce projet de santé, assistance juridique).

■ Aides financières aux structures en fonctionnement

Après la période du soutien massif aux projets, certaines ARS, à l'instar de Midi-Pyrénées, indiquent qu'elles entendent désormais soutenir davantage la mise en œuvre plutôt que la conception de nouveaux projets.

Dans cette perspective, l'objet du soutien est divers mais on note un financement croissant pour la mise en place par les structures d'un système d'information :

- L'ARS Bretagne, outre la subvention 70% des dépenses pour l'achat d'un logiciel labellisé par l'ASIP Santé, a réalisé un cahier des charges qualifiant les besoins fonctionnels communs et spécifiques de chaque métier ;
- L'ARS Pays-de la Loire propose aux structures une assistance à maîtrise d'ouvrage en sus de la dotation financière pour l'achat d'un logiciel labellisé ;
- Pour les deux ARS Languedoc-Roussillon et Limousin, outre le financement de petits équipements ou de travaux de mise aux normes, on note également une aide (ponctuelle) au financement d'une secrétaire ou d'une coordinatrice, parfois mutualisée pour plusieurs MSP ;
- L'ARS Pays-de-Loire a choisi de poursuivre sa politique de facilitation de la structuration de démarches de prévention (contractualisation de 9 MSP pour 197 7500 €).

■ Assurer le fonctionnement pérenne des structures

La préoccupation de certaines ARS à accompagner les structures pour en assurer le fonctionnement pérenne, qui existaient déjà en 2012, prend de l'ampleur en 2013 : après l'ARS Centre qui continue d'assurer un suivi systématique et une évaluation des sites en fonctionnement pour identifier les facteurs de réussite ainsi que les freins et les difficultés

rencontrées, l'ARS Franche-Comté a également mis en place une procédure d'évaluation et affirme sa volonté de signer des CPOM avec les MSP en fonctionnement. La Lorraine enfin, en lien avec la Préfecture régionale et le Conseil régional, a mis en œuvre une procédure d'évaluation des structures n'ayant pas signé de projet de santé mais se réclamant d'un fonctionnement identique à celui des MSP.

L'ARS Ile-de-France poursuit sa politique au regard de la consolidation de la viabilité économique des SEC : ainsi a-t-elle lancé plusieurs marchés pour accompagner les centres de santé dans leur organisation et étudier leur viabilité.

■ **Des partenaires pour favoriser un meilleur accompagnement**

Dans la continuité de ce qui avait été observé en 2012, les ARS prônent, toutes, l'intérêt d'un accompagnement en partenariat avec leurs délégations régionales (Rhône-Alpes a, cette année, développé toute une réflexion sur ce thème) ainsi qu'avec, notamment, les URPS, le conseil régional, la Mutualité, la MSA et les fédérations. A cet égard on note que plusieurs ARS ont signé des conventions pour favoriser l'intervention de « facilitateurs » (professionnel de santé exerçant dans une SEC faisant bénéficier de son expérience le promoteur de création d'une nouvelle SEC) : c'est notamment le cas en Aquitaine, en Poitou-Charentes et en Rhône-Alpes.

2.13. Les nouveaux modes d'exercice et en particulier la télémédecine

- *Stratégie (répartition des projets par type (ETP (ex-MIG), télémédecine, coopération entre professionnels)*

En 2013, la balance comptable du FIR présente une consommation de crédits à hauteur de 12.73M€ sur la télémédecine au niveau national. Ce niveau de consommation est en nette augmentation par rapport à 2012 (1.12M€).

Les balances comptables régionales en 2013 indiquent par ailleurs que 25 des 26 ARS ont financé des activités de télémédecine. Le montant moyen des dépenses sur la télémédecine par région s'est élevé à 489 715€.

Les rapports d'activité régionaux du FIR en 2013 offrent une vision complémentaire des montants consacrés au déploiement de la télémédecine. 19 régions soulignent des dépenses réalisées au titre de la télémédecine pour un montant total de 17.1M€

Les montants déclarés par les ARS dans leur rapport d'activité 2013 du FIR ne correspondent pas toujours aux montants relevés dans la balance comptable du FIR élaborée par la CNAMTS. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces écarts ainsi que le faible niveau de consommation apparent relevé par la balance nationale CNAM-TS :

- Les ARS ont pu indiquer dans leur rapport d'activité régional des montants consommés en 2013 provenant de crédits provisionnés fin 2012 et donc rattachable comptablement à cet exercice ;
- Certaines décisions attributives de financements au titre des expérimentations sur la télémédecine ont pu être engagées et notifiées par les ARS en fin d'année sans avoir pu donner lieu au versement effectif des montants avant la fin de l'exercice budgétaire en l'absence de service fait sur cet exercice ;

- Certaines décisions de financement des dispositifs de télémédecine ont pu être rattachées comptablement à d'autres missions du FIR. En effet, les missions 4 (modernisation, adaptation de l'offre de soins) et 7 (mutualisation des moyens des structures sanitaires dont les systèmes d'information) notamment regroupent des activités qui peuvent inclure des dispositifs de télémédecine ou des systèmes d'information (infrastructure, matériel, équipement) qui sont une condition de la réalisation des actes de télémédecine.

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

Les ARS indiquent avoir procédé au financement de 127 actions au titre des expérimentations sur la télémédecine (contre 94 actions en 2012), soit une moyenne de près de 5 actions par région.

Tableau 25 - nombre de projets par région financés au titre de la télémédecine en 2013

Région	Nombre de projets / bénéficiaires financés en 2013
Alsace	0
Aquitaine	6
Auvergne	3
Basse Normandie	5
Bourgogne	6
Bretagne	8
Centre	24
Champagne Ardennes	3
Corse	4
Franche Comté	1
Guadeloupe	1
Guyane	3
Haute Normandie	7
Ile de France	15
Languedoc Roussillon	7
Limousin	3
Lorraine	2
Martinique	4
Midi Pyrénées	2
Nord Pas de Calais	3
Océan Indien	0
Pays de la Loire	8
PACA	8
Picardie	1
Poitou Charentes	2
Rhône Alpes	1
Total	127

Source: Données ARS

Il est important de considérer les délais nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle d'un dispositif de télémédecine du fait des exigences techniques et réglementaires. En effet, la prise en charge effective d'un patient peut n'être réalisée qu'environ 6 mois après le paiement par l'ARS des montants aux prestataires en charge de la réalisation du dispositif. En conséquence, 2013 a ainsi permis la mise en œuvre opérationnelle de projets financés en 2012 comme l'indiquent plusieurs régions dans leurs rapports d'activités.

Si le montant moyen octroyé par projet/bénéficiaire est d'un peu plus de 100 000€, la nature très diverse des projets soutenus entraîne une grande hétérogénéité entre les régions.

Exemples de dispositifs déployés en région

Champagne-Ardennes

L'ARS a alloué 80 000€ au déploiement du réseau de prise en charge de l'AVC par télémédecine sur trois nouveaux sites : Saint Dizier, Chaumont et Charleville-Mézières.

Haute-Normandie :

Le projet de plateforme régionale de télémédecine PRATIC a reçu 235 509€ de l'ARS pour favoriser le développement des coopérations public-privé en téléimagerie et sécuriser les actes de téléexpertise avec transmission d'images.

Rhône-Alpes :

L'ARS a soutenu à hauteur de 120 000 le dispositif SISRA qui vise la mise en place d'une organisation médicale et technique pour les filières gériatriques, gérontologiques et pathologies chroniques en reliant les EHPAD, les MSP et les centres hospitaliers

Si les financements octroyés au titre de la télémédecine ont des objets très divers (infrastructure, étude médico-économique, etc.), il est possible d'identifier des actions communes entre les régions. Ainsi, 11 régions ont octroyé un financement pour leurs équipements et systèmes d'information (plateforme régionale, système d'identito-vigilance, chariot de télémédecine).

En ce qui concerne les priorités de prise en charge, 8 régions pour la prise en charge de l'AVC, 7 régions pour l'insuffisance cardiaque, 6 régions pour les soins aux personnes détenues et la télémédecine en EHPAD, et 5 régions ont financé des actions en téléimagerie ainsi que pour la prise en charge des plaies chroniques.

2.14. Rémunération des Médecins correspondant SAMU (MCS)

Le temps d'accès à des soins urgents est primordial pour préserver des vies ou éviter des séquelles. Le président de la République a fixé un délai de 30 minutes maximum pour l'accès aux soins urgents. Cet objectif est un des engagements du pacte territoire santé.

Les ARS ont identifié, à l'automne 2012, les territoires et les populations à plus de trente minutes d'un SMUR ou d'un service d'urgence hospitalier. Ce diagnostic a confirmé que 3,2% de la population (soit 2 millions de personnes) étaient concernées.

L'ensemble des ARS a établi des plans d'actions pour déployer des solutions adaptées aux territoires afin d'assurer une réponse aux demandes de soins urgents. L'une de ces solutions est la mise en place de Médecins Correspondants du SAMU (MCS). Comme le prévoit le décret du 22

mai 2006¹, et l'arrêté du 12 février 2007², les MCS sont des médecins de premier recours, formés à l'urgence, qui interviennent en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires identifiés et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Dans le cadre de l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes, un guide a été réalisé par la DGOS, et diffusé aux ARS en juillet 2013, afin de promouvoir le dispositif MCS et d'accompagner ces dernières dans son déploiement.

L'année 2013 a été une année charnière concernant le dispositif MCS. En effet, une forte impulsion a été donnée par le ministère en charge de la santé pour promouvoir le développement du dispositif en réponse à l'objectif présidentiel d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes :

- clarification de son cadre juridique et financier via la diffusion du guide de déploiement des MCS en juillet 2013 ;
- délégation de 7M€.

2013 a représenté l'année d'amorçage du dispositif, déclenchant son déploiement à une toute autre échelle (150 fin 2012 à près de 400 en juillet 2014).

On relève dans les retours des ARS que le déploiement des MCS, globalement, s'effectue en 3 étapes principales, le diagnostic du territoire et des besoins, l'élaboration de la stratégie du dispositif MCS puis la mobilisation des praticiens. La délégation ayant eu lieu en novembre 2013, les effets sont bien entendus moindres sur 2013 (37% des crédits seulement ont été déployés). 2014 sera l'année de la réelle évaluation du dispositif. L'année 2014, 1^{ère} année pleine de mise en œuvre du dispositif dans son nouveau cadre, méritera donc une attention particulière (3M€ supplémentaires délégués sur ce dispositif en 2014, soit une enveloppe totale de 10 M€). Il est à noter que, d'ores-et-déjà, des signes forts du dynamisme impulsé dans les ARS sont à constater à mi 2014 avec 396 MCS effectivement déployés. En cible, sur tout le territoire, la hausse prévue sur deux ans du nombre des MCS est notable (de 150 en 2012, à 396 à l'été 2014 et à plus de 600 MCS prévus fin 2014). Cette mise en œuvre permettra d'améliorer l'accès aux soins urgents pour près de 1 million de personnes.

Les MCS sont financés par le FIR pour la 1^{ère} année en 2013. Le FIR finance notamment la formation des MCS, le matériel mis à disposition des MCS, ainsi que le complément de rémunération, s'il y a lieu.

Crédits comptabilisés

Ventilation des crédits MCS (EPRD et comptabilisation) au titre des médecins correspondants du SAMU :

Tableau 26 - ventilation des crédits au titre des médecins correspondants du SAMU

(En euros)

ARS	Dépenses comptabilisées
Alsace	0
Aquitaine	0
Auvergne	146 400

¹ Décret n° 2006/576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et en particulier l'article R. 6123-28 Code de la santé publique

² Relatif aux médecins correspondant du SAMU

Basse-Normandie	82 500
Bourgogne	101 000
Bretagne	0
Centre	190 145
Champagne-Ardenne	0
Corse	150 000
Franche-Comté	0
Guadeloupe	30 000
Guyane	0
Haute-Normandie	0
Ile-de-France	0
Languedoc-Roussillon	176 146
Limousin	314 738
Lorraine	450 537
Martinique	0
Midi-Pyrénées	0
Nord-Pas-de-Calais	280 000
Océan Indien	79 100
PACA	354 397
Pays-de-la-Loire	220 750
Picardie	0
Poitou-Charentes	0
Rhône-Alpes	32 537
TOTAL	2 608 250

Source: Données ARS

— Stratégie mise en œuvre

Les principaux points d'apprentissage mis en avant par les ARS dans le cadre de ce premier bilan sont les suivants :

- La nécessité de se concerter avec l'ensemble des acteurs que sont notamment les praticiens concernés, le SAMU et le SDIS. La mobilisation des praticiens par l'ARS, en collaboration étroite avec le SAMU, qui a une connaissance aigüe des médecins pouvant être intéressés par cette activité sur le territoire concerné s'avère une modalité intéressante ;
- La nécessité de trouver la bonne articulation avec la PDSA ;
- La difficulté à mobiliser les médecins sur des zones parfois ayant une démographie médicale très défavorable;
- L'intérêt de la création d'une fédération, d'une association régionale ou d'un réseau permet de regrouper les MCS autour d'un projet/d'une activité commune et de développer ainsi un effet « communautaire » qui participe à la pérennisation du dispositif ;
- La nécessité de préciser l'organisation du dispositif dans la région. La rédaction d'un cahier des charges ou autre document type cahier des charges pour préciser ces organisations et modes de rémunération est une pratique réalisée par plusieurs ARS qui se révèle utile et est donc à privilégier.

Exemples de dispositifs déployés en région

Rhône-Alpes :

Plan d'actions pour une meilleure reconnaissance des MCS par l'augmentation des matériels et équipements attribués et l'amélioration de leur formation et de leur indemnisation

Centre et Limousin :

Mobilisation du SMUR et du réseau des MCS du département le plus proche du lieu d'intervention et/ou le plus rapidement disponible, en décloisonnant les frontières de l'organisation administrative. Concrètement un MCS peut intervenir dans un département limitrophe

2.15. Praticien territorial de médecine générale (PTMG)

- Stratégie spécifique et crédits alloués aux PTMG

Le dispositif introduit par l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 vise la mise en place de la garantie d'un niveau de rémunération pour les praticiens spécialisés en médecine générale s'installant dans un territoire fragile, caractérisé par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, appelés praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Le dispositif est devenu opérationnel à la parution des textes d'application réglementaires le 14 août 2013. Pour la première année de mise en œuvre, la conclusion de 200 contrats a été ciblée nationalement.

La loi a donné aux agences régionales de santé (ARS) la possibilité de conclure avec un praticien territorial de médecine générale un contrat qui garantit un niveau de rémunération correspondant à 300 actes par mois.

L'entrée dans le dispositif repose sur plusieurs conditions :

- une absence d'activité médicale libérale ou une installation en cabinet libéral de moins d'un an ;
- un engagement à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone définie par l'agence régionale de santé (ARS) et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;
- un seuil minimal d'activité fixé à 165 actes par mois pour un praticien exerçant 9 demi-journées et plus par semaine.

Le complément de rémunération est calculé par différence entre le montant plafond et les honoraires perçus. Pour les praticiens exerçant 8 demi-journées et moins, les seuils, plafonds et compléments sont divisés par deux. Il est prévu un versement mensuel pendant les 6 premiers mois d'activité puis trimestriel ensuite.

Afin d'améliorer les conditions d'exercice des PTMG qui s'engagent dans des zones faiblement médicalisées, un régime de protection sociale spécifique a été aménagé (levée de la condition du seuil minimal d'activité en cas d'arrêt maladie ou maternité et garantie de revenu maintenue pendant une certaine durée).

En dehors des médecins installés depuis moins d'un an, les contrats de PTMG sont susceptibles d'intéresser 3 viviers de population :

- les internes sortants (novembre pour la majorité et mai) ;
- les remplaçants ;
- les médecins arrivant de l'étranger.

Le potentiel de signatures des contrats pour une région donnée est directement lié à ces paramètres ainsi qu'à l'attractivité de la région elle-même.

▪ **Crédits alloués aux PTMG :**

Cette mesure est venue s'ajouter aux orientations nationales définies par la circulaire n° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2013 sans abondement spécifique du FIR, compte tenu de la montée en charge progressive du dispositif au cours du second semestre 2013 et dans l'attente d'une allocation au titre de l'année 2014.

Les crédits comptabilisés (liquidés ou provisionnés) au titre du financement des contrats PTMG par le fonds d'intervention régional en 2013 sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 27 - comptabilisation des crédits consacrés aux PTMG

(En euros)

Aquitaine	6 210
Auvergne	20 817
Basse Normandie	5 464
Bourgogne	16 084
Bretagne	20 609
Franche Comte	1 501
Haute Normandie	1 256
Lorraine	2 671
Pays de la Loire	5 765
Picardie	17 641
Poitou-Charentes	4 605
Rhône-Alpes	10 020
TOTAL	112 642

Source : Données CNAMTS

Le montant total des crédits comptabilisés atteint 112 642 euros répartis sur 12 régions. En 2013, le dispositif était en phase de montée en charge progressive (mise en place à partir d'août 2013). Par ailleurs, le principe de plafonnement de la garantie de revenu produit des effets de minoration des dépenses. Les PTMG dépassent très vite le plafond puisqu'ils exercent dans des zones où la demande n'était pas couverte (zones à faible densité médicale). Seul un tiers des PTMG perçoit le complément de rémunération ; par ailleurs, certains PTMG exercent moins de 8 demi-journées par semaine.

— Bilan de l'action conduite par les ARS sur les PTMG

La mise en œuvre de cette mesure repose sur les ARS auprès desquelles sont menés un suivi rapproché et une évaluation quantitative et qualitative.

L'année 2013 est caractérisée par la mise en place du dispositif.

■ **Analyse des premières données :**

Les deux tiers des contrats sont signés pour des quotités supérieures à 9 demi-journées ; près de 80% des contrats sont en zone rurale ; les deux tiers des contrats sont signés par des PTMG exerçant en cabinet de groupe ou en structure d'exercice coordonné, les femmes représentent 75% des PTMG.

Le modèle initial majoritaire imaginé lors de la conception de la mesure est confirmé par les données issues de l'évaluation.

En premier lieu, les ARS confirment que le levier d'attractivité du dispositif ne réside pas dans la garantie de revenus mais dans la protection sociale, maternité surtout. La proportion des femmes PTMG en est une illustration.

Cependant, plusieurs ARS indiquent que la mesure gagnerait en efficacité en prévoyant une progressivité du seuil minimal pendant les premiers mois.

Par ailleurs, les praticiens recherchent des conditions d'exercice améliorées à travers notamment l'intégration au sein d'une équipe versus l'exercice isolé.

Les ARS se sont véritablement investies dans la montée en charge du dispositif. De nombreuses ARS ont mis en place des actions de communication en partenariat avec les conseils de l'Ordre, les URPS et les CPAM. Elles sont nombreuses à signaler le phoning réalisé directement par les ARS auprès des cibles potentielles.

2.16. Carences ambulancières

— Rappel de la réglementation applicable :

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 centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés 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 l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales, le montant national d'indemnisation des interventions des SDIS pour pallier aux carences des transporteurs sanitaires privés était fixé à 113 euros.

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, en application de l'article L1424-42 du code général des collectivités territoriales.

Le calibrage du nombre d'indisponibilités ambulancières devant être indemnisées est réalisé à partir des déclarations des établissements dans le cadre de la SAE.

- Bilan de la consommation des crédits des carences ambulancières au titre des carences constatées en 2012 et payées par le FIR en 2013 :

L'enveloppe indicative déléguée au titre des carences ambulancières sont comptabilisés dans le compte 657 213 4 148 « AC- Autres » qui regroupe plusieurs financements.

Le recensement des carences ambulancières pour l'année 2012 a mis en évidence une augmentation globale de celles-ci par rapport à l'année précédente (+12%), ce qui a engendré une augmentation du montant total payé pour indemniser les SDIS. Le montant national dédié à ce poste de dépenses s'élève en 2013 à 19,7 millions €.

Certaines ARS ont installé un groupe de travail dédié à l'analyse des causes des carences et aux stratégies d'organisation pour tenter de juguler le nombre de carences ambulancières, par exemple par le biais d'un travail sur les secteurs de la garde ambulancière.

Enfin, il convient de noter que la qualité des déclarations des carences par les établissements dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) n'était pas toujours satisfaisante, ce qui a conduit dans certains cas à une sous-déclaration des carences dans la SAE et, en conséquence, à une sous-évaluation des prévisions de crédits (de l'ordre de -4% au niveau national) qui a dû être compensée par les ARS concernées par un abondement de cette ligne budgétaire.

2.17. Dépistage néonatal de la surdité (financement de la coordination du programme)

L'arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale pose le principe d'un « examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ». Les ARS doivent désigner l'opérateur le plus pertinent pour réaliser l'évaluation/ contrôle de la mise en œuvre du dépistage. Cet opérateur peut être notamment un réseau de périnatalité ou une association.

Des crédits à hauteur de 1,8 millions d'€ ont été intégrés dans le FIR en 2013, répartis entre les ARS en fonction du nombre de naissances, pour financer cette mission de coordination du dispositif. 1,3 million d'€ ont été effectivement délégués par les ARS au titre de la coordination du dépistage néonatal de la surdité en 2013. Il faut souligner qu'il s'agissait de la première année de mise en œuvre du dispositif, que la montée en charge a été progressive au cours de l'année et variable selon les régions. Toutes les régions n'ont pas encore mis en œuvre le financement du programme dès 2013. La mise en place a été plus rapide dans les régions où le dispositif était préexistant. Avant de désigner un opérateur, certaines ARS ont ainsi travaillé sur la mise en place d'un cahier des charges régional (en Pays de la Loire par exemple), concerté avec les partenaires sur les modalités de déclinaison en région du dispositif, ou réalisé préalablement un bilan de l'existant.

Tableau 28 - ventilation des crédits alloués au titre de la coordination du dépistage néonatal de la surdité

(En euros)

ARS	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	48 775	0	-48 775	-100,0%
Aquitaine	75 449	18 862	-56 587	-75,0%
Auvergne	30 644	30 644	0	0,0%
Bourgogne	38 198	38 198	0	0,0%
Bretagne	80 443	80 443	0	0,0%
Centre	66 455	52 800	-13 655	-20,5%
Champagne-Ardenne	34 741	42 687	7 946	22,9%
Corse	6 495	6 495	0	0,0%
Franche-Comté	31 462	94 685	63 223	201,0%
Ile de France	399 639	240 000	-159 639	-39,9%
Languedoc-Roussillon	66 065	66 500	435	0,7%
Limousin	15 180	15 180	0	0,0%
Lorraine	57 755	57 775	20	0,0%
Midi-Pyrénées	69 521	71 021	1 500	2,2%
Nord Pas de Calais	122 295	122 295	0	0,0%
Basse-Normandie	35 798	35 798	0	0,0%
Haute-Normandie	52 063	52 063	0	0,0%
Pays de la Loire	99 543	40 000	-59 543	-59,8%
Picardie	54 372	9 062	-45 310	-83,3%
Poitou-Charentes	40 743	0	-40 743	-100,0%
PACA	129 349	83 000	-46 349	-35,8%
Rhône-Alpes	179 053	135 000	-44 053	-24,6%
Guadeloupe	11 567	28 467	16 900	146,1%
Guyane	13 172	0	-13 172	-100,0%
Martinique	10 586	10 586	0	0,0%
Océan Indien	30 637	31 000	363	1,2%
TOTAL	1 800 000	1 362 561	-437 439	-24,3%

Source: Données ARS et CNAMTS

Pour les régions qui n'ont pas délégué de financement en 2013, il est à noter que le dispositif a démarré à partir de 2014.

En ce qui concerne les opérateurs retenus par les ARS, on observe que 2 ARS ont désigné le Centre hospitalier universitaire (Auvergne et Martinique), 5 régions ont désigné le réseau en santé périnatale (Centre, Languedoc-Roussillon, Limousin, Haute Normandie, Pays de la Loire), 8 ARS ont désigné l'association régionale de dépistage des handicaps (Aquitaine, Bourgogne, Champagne Ardennes, Corse, Franche Comté, Basse Normandie, Picardie, PACA). Enfin, 6 ARS ont désigné deux opérateurs chargé de coordonner conjointement le dispositif. En Ile de France, Bretagne, Rhône-Alpes et Lorraine, la coordination est partagée entre l'AFDPHE et les réseaux en santé périnatale. La Guadeloupe a financé l'observatoire régional de santé pour assurer le suivi épidémiologique et les réseaux de santé en périnatalité pour la coordination des équipements notamment. Midi-Pyrénées a financé à la fois le CHU et l'ARDPHE.

Les conventions ont été formalisées dès 2013 dans 8 régions : en Centre, Champagne Ardennes, Corse, Franche Comté, Midi Pyrénées, Ile de France, PACA et Languedoc-Roussillon, notamment dans le cadre des CPOM. La signature des conventions sera réalisée courant 2014 pour les autres régions.

Les missions confiées à l'opérateur varient en fonction de l'historique du dispositif dans les régions. Certains opérateurs sont ainsi davantage positionnés pour impulser le dispositif, d'autres pour établir un bilan des pratiques et les harmoniser.

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

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

La première année de mise en œuvre du dispositif en 2013 ne permet pas de disposer du nombre d'enfants dépistés au niveau national, le dispositif de suivi n'étant pas achevé dans toutes les régions. Néanmoins, on constate que dans les régions où le dispositif de dépistage était préexistant, la très grande majorité des nouveaux nés bénéficient de ce dépistage en maternité (Haute Normandie, Languedoc Roussillon...).

Exemple de dispositifs déployés en région

L'ARS Pays de la Loire a élaboré un cahier des charges régional en 2013 avec l'appui de nombreux professionnels (ORL, pédiatres, soignants, directeurs d'établissements et représentants des usagers). Le contrôle et l'évaluation du dispositif sont confiés au réseau sécurité naissance, le dispositif est suivi à la fois par l'ARS et par le réseau.

En Picardie, l'ARS a réalisé une enquête flash dès 2012 pour connaître les pratiques de dépistage dans les maternités (nature du test, délai de réalisation, modalité de suivi, personnel réalisant ces tests), complétée par une analyse en 2013 sur la base des cotations CCAM.

2.18. Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS VSL)

— Stratégie

Dans le cadre des actions visant à maîtriser et à améliorer l'offre de transport, une démarche de pilotage par la performance a été initiée en 2012 par la mise en œuvre d'un dispositif de contractualisation dont l'objet est l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins portant sur le développement des véhicules sanitaires légers (VSL).

Un contrat type (CAQCS) a été négocié avec les syndicats de transporteurs sanitaires et adopté par décision entre l'Etat et l'UNCAM datée du 27 mars 2012. Le CAQCS VSL s'inscrit dans le cadre des contrats conclus en application de l'article L.1435-4 du code de la santé publique. L'objectif général du contrat est de promouvoir une culture de la performance visant au déploiement du transport le moins onéreux, compatible avec l'état du patient tout en favorisant l'équilibre économique des entreprises sanitaires pour les prestations de transport assis

professionnalisé (TAP) et ainsi, de participer à la régulation de l'offre de transport sanitaire grâce à l'augmentation de la part de VSL au sein de ce champ. Plus précisément, le CAQCS VSL prévoit des objectifs individuels applicables au transporteur sanitaire conventionné et définit la contrepartie financière dont ce dernier peut bénéficier en fonction de l'atteinte des objectifs portés au contrat.

Ce dispositif vise également à compenser les hausses successives du taux de TVA applicable aux VSL de 5,5% à 7% puis 10%.

Pour entrer dans ce dispositif, les transporteurs doivent respecter le critère de recours minimal au VSL. Ainsi, la mise à disposition des assurés de VSL en atteignant un montant annuel de dépenses remboursables par VSL supérieur à 10 000€.

La contrepartie financière établie en fonction de l'atteinte des objectifs est évaluée au maximum à un montant de 4,5% HT du montant remboursable de VSL pour l'année. Le financement de cette dernière s'impute sur le FIR, compte tenu de la nature juridique du support de contractualisation retenu.

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

Tableau 29 - dépenses comptabilisées au titre du financement des CAQCS VSL

(En euros)

ARS	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	148 921	213 929	65 008	43,7%
Aquitaine	387 431	447 876	60 445	15,6%
Auvergne	134 831	47 173	-87 658	-65,0%
Basse Normandie	213 194	94 059	-119 135	-55,9%
Bourgogne	196 739	103 427	-93 312	-47,4%
Bretagne	334 690	136 792	-197 898	-59,1%
Centre	254 595	40 345	-214 250	-84,2%
Champagne Ardennes	171 428	13 038	-158 391	-92,4%
Corse	22 400	0	-22 400	-100,0%
Franche Comte	115 375	60 500	-54 875	-47,6%
Guadeloupe	0	6 462	6 462	
Guyane	0	0	0	
Haute Normandie	252 532	2 578	-249 954	-99,0%
Ile de France	360 613	61 139	-299 474	-83,0%
Languedoc Roussillon	237 770	92 232	-145 538	-61,2%
Limousin	105 312	91 832	-13 480	-12,8%
Lorraine	321 962	161 397	-160 565	-49,9%
Martinique	248 827	0	-248 827	-100,0%
Midi-Pyrénées	404 050	238 144	-165 906	-41,1%
Nord Pas de Calais	529 745	351 998	-177 747	-33,6%
Pays de la Loire	436 446	538 376	101 930	23,4%

Picardie	339 811	113 525	-226 286	-66,6%
Poitou-Charentes	287 820	195 382	-92 438	-32,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	238 711	118 901	-119 810	-50,2%
Réunion	0	0	0	
Rhône-Alpes	341 831	171 363	-170 468	-49,9%
TOTAL	6 085 034	3 300 468	-2 784 567	-45,8%

Source : Données CNAMTS et Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

Ce contrat conclu entre l'ARS, la CPAM et le transporteur, fixe des objectifs individuels applicables au transporteur sanitaire conventionné et la contrepartie financière dont ce transporteur peut bénéficier en fonction de l'atteinte de ses objectifs.

Pour entrer dans ce dispositif, les transporteurs doivent respecter le critère de recours minimal au VSL. Ainsi, la mise à disposition des assurés de VSL en atteignant un montant annuel de dépenses remboursables par VSL supérieur à 10 000€.

Les nouvelles modalités prévues par la décision du 17 décembre 2013 allègent les engagements des transporteurs sanitaires à remplir pour bénéficier de la contrepartie financière et qui sont les suivants :

- Déclarer son personnel et ses véhicules dans le référentiel national des transporteurs au plus tard dans le mois suivant la date d'effet du contrat et à mettre à jour les données à chaque modification ;
- Atteindre un taux de télétransmission supérieur ou égal à 80% en 2014 pour les factures adressées à la caisse auprès de laquelle l'entreprise est conventionnée ;
- Utiliser les services en ligne de l'assurance maladie au fur et à mesure de leur déploiement.

La contrepartie financière établie en fonction de l'atteinte des objectifs est évaluée au maximum à un montant de 4,5% HT du montant remboursable de VSL pour l'année.

Le financement de cette dernière s'impute sur le FIR, compte tenu de la nature juridique du support de contractualisation retenu.

En 2013, on dénombre 931 signataires de CAQCS sur les 2 campagnes (2012/2013), dont 93% ont atteint leurs objectifs et perçu à ce titre un montant total de 3,3 M€, versé au titre de 2013. Pour mémoire, en 2012, sur les 699 contrats signés, 583 des entreprises signataires ont bénéficié d'une contrepartie financière compte tenu de l'atteinte des objectifs fixés aux contrats.

Mission 4

Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches, visant à améliorer la performance hospitalière engagés par des établissements ou par les ARS pour les établissements de leur région

La circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013 indique qu'il est attendu des ARS qu'elles financent l'accompagnement de la mise en œuvre d'actions à fort impact en termes d'efficience sur les crédits FIR, dans le cadre de la promotion de la performance hospitalière.

Ces actions sont déclinées à partir des priorités nationales. Sont particulièrement concernées les quatre mesures suivantes :

- l'appui aux démarches de fiabilisation et certification des comptes, notamment pour les établissements dont les comptes de 2014 seront certifiés ;
- le soutien au déploiement du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) par la création et/ou le renforcement de groupements de commandes et par la mise en place de plan d'actions d'achat annuel porté par un responsable achats unique ;
- le déploiement de la comptabilité analytique ;
- le déploiement et la généralisation du projet FIDES de facturation directe auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA).

La dotation régionale au titre du FIR pourra également être utilisée de manière subsidiaire pour soutenir de nouveaux projets de coopération, sous forme de GCS ou de CHT, en complément de l'accompagnement des projets assuré par les équipes de l'ARS.

1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la 4eme mission du FIR

1.1. Stratégie spécifique à la mission

Au sein de la mission 4, les ARS ont globalement fait le choix de financer majoritairement des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration (40% des projets financés), ainsi que des actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement (38% des projets financés).

De nombreuses ARS ont choisi d'accompagner des opérations de regroupement, de coopérations et de mise en place de mutualisations (en termes de système d'information – SI – notamment) renforcées entre établissements ou dans la structuration de filières de soins, d'équipes ou de réseaux territoriaux.

Concernant les projets d'amélioration de l'efficience interne des établissements, les actions financées s'inscrivent en majorité dans le cadre des priorités nationales (PHARE, comptabilité analytique, gestion des lits, chirurgie ambulatoire, fiabilisation et certification des comptes, facturation-recouvrement, optimisation de la gestion du temps, des plateaux techniques).

Plusieurs ARS ont également décidé de soutenir des établissements en situation financière très dégradée.

En complément de ces actions de restructuration, de modernisation et d'amélioration de l'efficience interne des établissements qui représentent près de 80% des projets financés, certaines caractéristiques ou priorités régionales ont amené des ARS à financer des actions plus spécifiques (transports sanitaires, gestion des risques, démographie médicale...).

1.2. Dépenses comptabilisées

31M€ de dépenses relatives à cette mission ont été comptabilisées par la CNAMTS à fin 2013.

Tableau 30: Crédits comptabilisés en 2013 par ARS au titre de la mission 4 (MARO)

(En euros)

ARS	Dépenses comptabilisées
ALSACE	2 343 146
AQUITAINE	-169 020
AUVERGNE	238 576
BASSE NORMANDIE	1 755 722
BOURGOGNE	924 685
BRETAGNE	1 927 423
CENTRE	160 000
CHAMPAGNE ARDENNES	361 386
CORSE	509 845
FRANCHE COMTE	404 202
GUADELOUPE	2 519 756
GUYANE	75 000
HAUTE NORMANDIE	348 255
ILE DE FRANCE	8 178 521
LANGUEDOC ROUSSILLON	860 398
LIMOUSIN	987 035

LORRAINE	1 396 989
MARTINIQUE	512 308
MIDI PYRENEES	1 789 340
NORD PAS DE CALAIS	196 586
PAYS DE LA LOIRE	2 492 937
PICARDIE	213 000
POITOU CHARENTES	41 471
PROVENCE ALPES COTES D'AZUR	100 000
REUNION	446 800
RHONE ALPES	2 371 478
TOTAL	30 985 838

Source : données CNAMTS

Tableau 31: Crédits comptabilisés au titre de la mission 4 par thématique

(En euros)

Intitulé	Dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart en %
Modernisation, adaptation, restructuration de l'offre de soins	124 673 413	30 985 838	-75,10%
Conseil, pilotage, accompagnement, performance hospitalière	19 982 405	9 977 758	-50,10%
Modernisation, adaptation, restructuration des établissements de santé	47 375 496	21 008 080	-55,70%

Source: Données ARS et CNAMTS

2. Bilan de l'action conduite par l'ARS sur la 4e mission du FIR

2.1. Bilan quantitatif des actions par type de projet

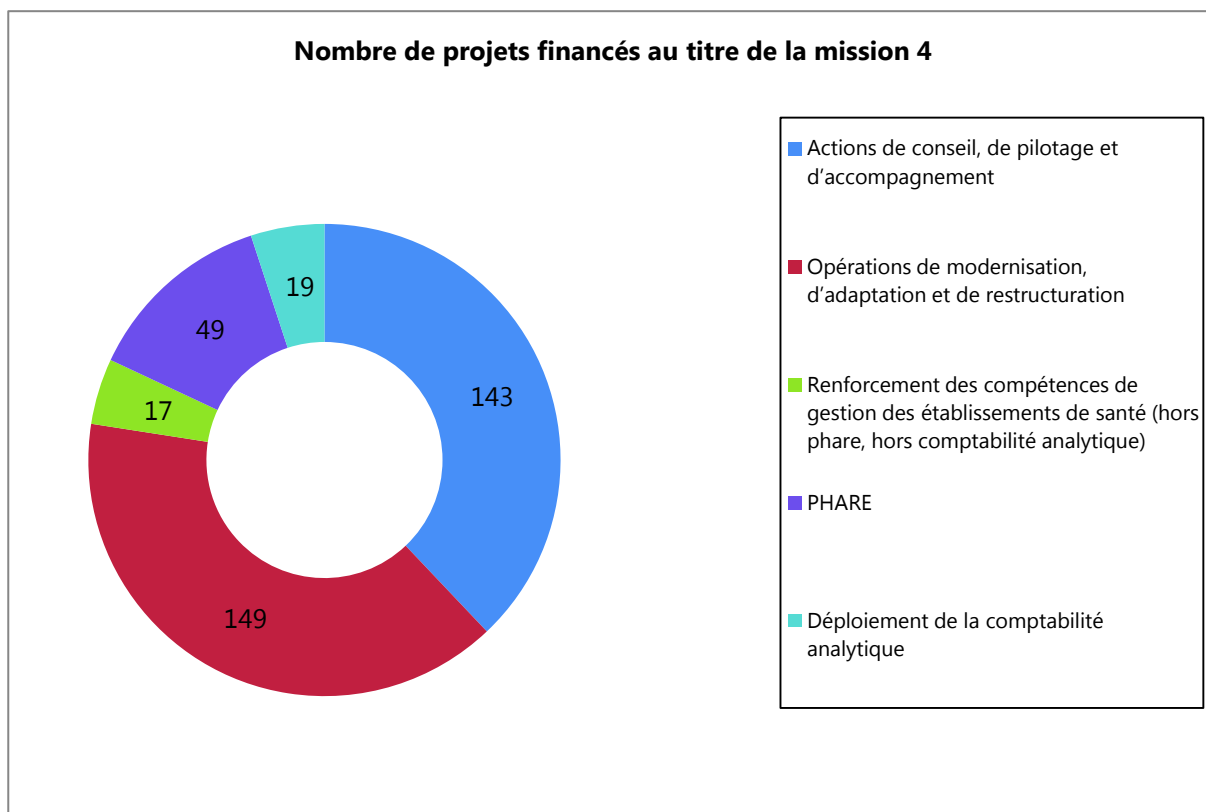
Tableau 32: Répartition thématique des projets financés au titre de la mission 4 en 2013

	Action de conseil de pilotage et d'accompagnement	Opération de modernisation, d'adaptation et de restructuration de l'offre	Gestion des établissements de santé (hors PHARE, hors comptabilité analytique)	Déploiement de la comptabilité analytique	PHARE	TOTAL
Nombre de projets	143	149	17	19	49	377
Nombre d'établissements concernés par une opération financée au titre de la mission 4	275	194	17	130	127	743

Source : rapports d'activité des ARS FIR 2013

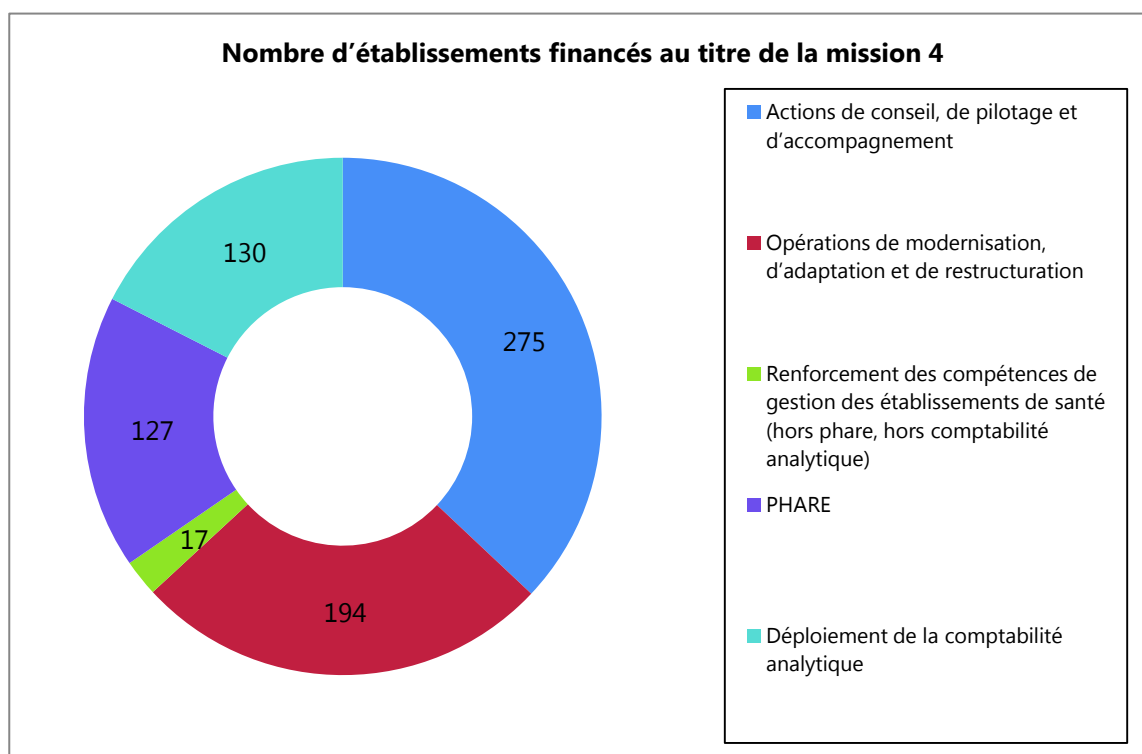
377 projets ont été financés au total, pour les trois quart sur des actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement ou sur des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration.

Figure 5 - répartition des projets financés au titre de la mission 4



Source : rapports d'activité des ARS FIR 2013

Figure 6 - répartition des établissements financés par projets au titre de la mission 4



Source : rapports d'activité des ARS FIR 2013

2.2. Bilan qualitatif

— Actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement

La grande majorité des actions réalisées au titre du conseil et du pilotage concernent le programme PHARE. Elles sont décrites infra.

Un grand nombre d'ARS a soutenu et lancé des appels à projet pour financer des projets de développement de la chirurgie ambulatoire.

La Picardie a mis en œuvre un coaching sur deux ans auprès des établissements ayant peu développé la chirurgie ambulatoire ; celui-ci a contribué à faire progresser le taux de chirurgie ambulatoire de la région de 1,2 point dès 2013.

L'ARS Rhône Alpes a également financé un « benchmarking » entre 2013 et 2014 ouvert à 76 établissements autorisés MCO. 63 ont participé à la démarche et 15 sont accompagnés par l'ARS pour mettre en œuvre leur plan d'action en 2014.

En Languedoc-Roussillon, un benchmark sur la chirurgie ambulatoire et les blocs opératoires a concerné 42 établissements de santé.

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) a également fait l'objet d'un financement dans plusieurs ARS, conformément aux orientations de l'instruction N° DGOS/PF1/2013/104 du 18 mars 2013 relative à l'accompagnement du déploiement de la comptabilité analytique hospitalière des établissements de santé. Les actions mises en place ont visé principalement à :

- créer une dynamique territoriale, dans une logique de responsabilisation des acteurs, notamment en proposant un tutorat des établissements les moins avancés par des établissements « experts » ou plus avancés ;
- accompagner la montée en compétences en instaurant une gouvernance et des supports techniques, en s'appuyant sur une base technique fournie par le kit de déploiement de l'agence nationale de l'appui à la performance (ANAP) : harmonisation des pratiques, construction du tronc analytique commun (TAC), fiabilisation des retraitements comptables (RTC) ... ;
- valoriser le rôle et la fonction du contrôleur de gestion au sein des établissements.

Certaines ARS ont financé des projets plus spécifiques à leur situation et à leurs priorités locales avec des actions d'amélioration :

- de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports sanitaires ;
 - de la gestion des risques : en Bourgogne, renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène, mise en place de la structure régionale d'appui (SRA) ; en Corse, ou en Aquitaine, financement d'un logiciel de gestion des risques (GDR), etc.
- Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements

Les ARS ont consacré des moyens importants à des projets de **regroupement ou de coopération** entre établissements. Ainsi l'Alsace a dédié plus de 2 M€ à la **fusion** des CH de Mulhouse, Thann, et Bischwiller les Thann. L'Aquitaine a financé le **SI** d'une GHT, l'ARS Auvergne un accompagnement pour la coopération en matière de biologie médicale. En Bourgogne, des crédits ont accompagné la fusion des hôpitaux Sud Côte d'Or et la fusion des CH Auxois Morvan et du CHI Chatillon/Montbard. En Champagne Ardenne, deux opérations majeures sont concernées : l'accompagnement des cinq établissements de santé du sud de la Haute-Marne en vue de structurer des filières de soins sur le territoire et l'accompagnement du CHU de Reims et de l'institut Jean Godinot à la création d'un pôle hospitalo-universitaire de cancérologie.

Les ARS ont également financé la mise en place **d'équipes ou de réseaux territoriaux** : des actions pour des réseaux de professionnels en cancérologie en ARS Centre, la mise en place d'une équipe territoriale de médecine d'urgence et des réseaux de périnatalité de proximité en Champagne Ardenne.

Exemple de dispositif déployé en région : les contrats de modernisation de l'offre et des parcours de soins en Rhône-Alpes

L'ARS Rhône Alpes a souhaité développer une politique régionale de mutualisation au sein des territoires en créant des contrats de modernisation de l'offre et des parcours de soins qui viennent compléter les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Ces contrats ont pour objectifs de proposer une nouvelle organisation de l'offre et des parcours de soins sur un secteur géographique donné portée par l'ensemble des offreurs de soins concernés (sanitaires, 1er recours, médico-social). Ce contrat s'articule sur un projet médial territorial coordonné qui donnera lieu à transcription particulière dans le contrat propre à chacun des opérateurs. Deux des projets envisagés ont été accompagnés, sur l'année 2013 ; ils ont porté sur le territoire de santé Est (Belley – Chambéry) et la Vallée de la Tarentaise.

Les actions soutenues par les ARS concernent aussi la **mise en conformité** de certains équipements et salles pour lesquels les établissements n'ont pas les moyens nécessaires au regard des montants à engager.

Plusieurs ARS ont également financé des **actions de soutien aux établissements en situation financière très dégradée**.

- Renforcement des compétences de gestion des établissements de santé (hors PHARE, hors Comptabilité analytique)

Les actions de cette sous-mission concernent la **fiabilisation et la certification des comptes**. L'ARS Bourgogne a ainsi financé un cabinet pour accompagner 2 CH qui seront concernés dès 2014 par cette procédure (CHU de Dijon et CH de Chalon sur Saône). L'ARS Océan Indien et l'ARS Picardie ont financé des audits flash de diagnostic, la préparation à la certification ou encore des formations. Dans le Nord-Pas-de-Calais, des actions ont été mises en place pour cibler prioritairement les trois établissements de la région inscrits en première vague de certification des comptes et compenser les frais liés à la rédaction, la mise en œuvre du plan d'action, voire la réalisation d'un audit à blanc par des cabinets extérieurs.

L'amélioration de la chaîne de **facturation-recouvrement** est un autre chantier prioritaire en 2013 pour les ARS. A titre d'exemple, l'ARS Bourgogne a soutenu le CHU de Dijon en tant que site pilote pour le déploiement du projet **FIDES** avec 54 autres établissements. En Nord Pas de Calais, 8 établissements ont été accompagnés en 2013, en complément des 16 ayant déjà intégré la démarche l'année précédente.

- PHARE (notamment, groupements de commandes et plans d'action d'achat annuel)

Depuis 2012, le programme PHARE fait partie de priorités affichées au niveau national dans le cadre des crédits FIR. Déjà en 2012, les ARS s'étaient fortement mobilisées pour lancer des actions avec les établissements. L'année 2013, montre que le mouvement s'est poursuivi et même accentué dans certaines régions. Les actions portent sur le financement de prestataires pour :

- accompagner les établissements dans la mise en œuvre de PHARE et la formalisation de leur plan d'action achats ;
- financer des formations achats ;
- recruter un gestionnaire unique ;
- développer des groupements d'achats régionaux ;
- financer l'achat d'un logiciel de dématérialisation des commandes (ARS Bretagne avec le groupement de coopération sanitaire - GCS - « Achats Santé Bretagne », ARS Champagne Ardenne, ARS Bourgogne).

Mission 5

Amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et accompagnement social de la modernisation des établissements de santé

La mission 5 du FIR a notamment pour objectif de financer :

- les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ;
- les actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences et les actions de formation dans le cadre de la promotion professionnelle ;
- les aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration.

La circulaire 2013 affichait les priorités suivantes :

- accompagner les projets de restructuration des établissements de santé par un volet ressources humaines qui privilégie le maintien de l'emploi (accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles) ;
- mettre en œuvre de démarches de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, le développement d'une politique de prévention active des risques psychosociaux et la mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes et les relations de travail ;
- participer au financement des 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 d'établissement et les organisations syndicales représentatives ;
- financer les actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences, ou de formations dans le cadre de la promotion professionnelle ;
- financer les aides individuelles de prestations et de compléments de rémunération, dont la liste et les conditions de versement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont destinés à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration cohérentes avec le schéma régional d'organisation des soins ;
- développer une politique de prévention active des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculo-squelettiques (TMS) (diagnostic des RPS et accompagnement à la mise en œuvre d'un plan d'actions préventif). Les actions à privilégier devaient être ciblées sur le repérage et la prévention des facteurs de RPS afin d'améliorer les relations et les conditions de travail dans les unités et les pôles de travail ;
- mettre en place des processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail et les relations de travail.

1. Synthèse financière : crédits alloués à la 5e mission du FIR

Tableau 33 - ventilation des crédits FIR au titre de la mission 5

(En euros)

ARS	Dernier EPRD voté	Crédits comptabilisés	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	600 000	0	-600 000,00	-100,0%
AQUITAINE	780 000	-195 341	-975 341,00	-125,0%
AUVERGNE	587 482	256 017	-331 465,23	-56,4%
BASSE NORMANDIE	585 891	318 891	-267 000,00	-45,6%
BOURGOGNE	165 129	39 395	-125 733,74	-76,1%
BRETAGNE	246 934	246 805	-129,00	-0,1%
CENTRE	810 000	10 000	-800 000,00	-98,8%
CHAMPAGNE ARDENNES	321 352	321 352	0,00	0,0%
CORSE	1 189 043	4 401	-1 184 641,33	-99,6%
FRANCHE COMTE	3 611 467	1 126 124	-2 485 343,49	-68,8%
GUADELOUPE	186 000	186 000	0,00	0,0%
Guyane	48 281	0	-48 281,00	-100,0%
HAUTE NORMANDIE	1 954 745	194 056	-1 760 689,29	-90,1%
ILE DE FRANCE	26 880 934	14 618 194	-12 262 740,24	-45,6%
LANGUEDOC ROUSSILLON	1 455 358	377 367	-1 077 990,81	-74,1%
LIMOUSIN	1 105 748	1 105 748	0,00	0,0%
LORRAINE	4 530 681	2 190 064	-2 340 616,91	-51,7%
MARTINIQUE	686 167	342 213	-343 954,07	-50,1%
MIDI PYRENEES	664 420	112 047	-552 372,87	-83,1%
NORD PAS DE CALAIS	2 973 778	217 362	-2 756 416,18	-92,7%
PAYS DE LA LOIRE	852 504	590 491	-262 012,66	-30,7%
PICARDIE	1 026 508	508 674	-517 834,00	-50,4%
Poitou-Charentes	465 000	0	-465 000,00	-100,0%
PROVENCE ALPES COTES D'AZUR	5 500 000	1 838 129	-3 661 870,61	-66,6%
REUNION	61 060	40 000	-21 060,00	-34,5%
RHONE ALPES	8 040 000	3 204 504	-4 835 496,49	-60,1%
TOTAL	65 328 482	27 652 493	-37 675 988,92	-57,7%

Source : Données ARS et CNAMTS

Sur un montant total de 65,328M€, la 5^{ème} mission du FIR a été consommée en 2013 à hauteur d'un peu plus de 27,652M€, soit 57,7% des enveloppes inscrites dans les EPRD.

Les chiffres présentés ici font apparaître des écarts qui ne sont pas liés à une sous utilisation de l'enveloppe mais au caractère souvent pluriannuel des actions financées, qui a parfois conduit à une autorisation d'engagement en 2013 mais à un paiement en 2014 (voire sur les exercices suivants au moment du versement effectif des aides ou de la réalisation des actions prévues dans les contrats).

2. Bilan et stratégie de l'action conduite par les ARS sur la 5e mission du FIR

En référence à la circulaire n°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le bilan de l'action conduite par les ARS sur la 4^e mission du FIR porte prioritairement sur les 3 axes suivants :

2.1 Les aides individuelles

Plusieurs aides individuelles sont accordées aux établissements ou aux agents : les cellules locales d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO), les indemnités de départ volontaires (IDV), les aides à la mobilité, les actions de conversions professionnelles, le remboursement du différentiel de rémunération.

— Stratégie mise en œuvre

19 ARS sur 26 ont financé des actions au titre des aides individuelles dans le cadre de l'accompagnement social des restructurations, pour un montant total de 26 millions d'euros sur 45 millions, soit 58%.

Les ARS financent des actions qui sont soit pluriannuelles (cas de la CLASMO, souvent très coûteuse), soit ponctuelles (indemnités de départ volontaire, aides à la mobilité, etc.), dont les montants varient de 1 500 à 45 000 euros par agent.

Certains établissements financés sont concernés par une démarche de retour à l'équilibre.

— Bilan des actions menées

Il est intéressant de constater qu'une évolution est intervenue dans la nature des actions financées : après la vague massive d'indemnités de départ volontaire et d'aides à la mobilité des années précédentes qui concernaient à elles deux 95% des actions financées (dont 80% pour les seules IDV), les établissements financent désormais de plus en plus d'actions de conversion professionnelle. Cela s'explique par le processus lié à l'opération de modernisation : les agents changent de lieu de travail, puis une fois que la structure est stabilisée, certains d'entre eux font le vœu de se reconverter, soit sur un autre poste au sein de l'établissement notamment par l'accès à une formation diplômante (aide soignant, infirmière diplômée d'Etat, kinésithérapeute), soit en changeant totalement d'orientation professionnelle (cas d'une conversion pour devenir fleuriste).

Plusieurs CLASMO permettent depuis plusieurs années d'accompagner au mieux les établissements dans les opérations de modernisation (avec l'aide notamment de psychologues du travail, d'assistants sociaux, de conseillers mobilité-carrière, etc). L'ensemble des acteurs, ARS comme établissements, notent l'intérêt et la forte utilité de ce dispositif.

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

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail permettent de financer certaines actions (achat de matériel, assistance-conseil, formations) qui concourent à une meilleure prise en charge des conditions de travail des personnels.

— Stratégie mise en œuvre

Le caractère pluriannuel des financements alloués dans le cadre des CLACT permet d'expliquer l'évolution de ces financements : certaines ARS soulignent que les CLACT qu'elles ont financés et mis en place en 2012 sont toujours en cours de mise en œuvre. Elles n'ont donc pas financé de CLACT en 2013 et n'en financeront peut-être pas en 2014 si les actions sont toujours en cours d'application.

Exemple de dispositif déployé en région : le financement du projet de prévention des « risques psycho-sociaux » en Auvergne

L'ARS Auvergne faisait partie des établissements qui avaient déposé un dossier dans le cadre de l'appel à projet de prévention des risques psycho-sociaux lancé par le ministère en 2013. Sa candidature n'avait pas été retenue mais elle a décidé de financer ces projets dans le cadre des CLACT, concernant les actions qui pouvaient en relever.

Les ARS privilégient souvent les établissements en contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) ou en plan de retour à l'équilibre (PRE) ; d'autres priorisent les financements à destination des établissements au sein desquels le taux d'absentéisme est important.

— Bilan des actions menées

La plupart des ARS ont suivi les orientations ministérielles qui leur sont présentées à titre indicatif.

Les CLACT ont permis de financer du matériel (aide à la mobilisation du patient pour lutter contre les troubles musculo-squelettiques, acquisition de matériel de surveillance et protection), des audits (prévention des RPS), formations (manipulation des patients, prévention des violences en milieu de soins, lutte contre le stress, gestion des risques professionnels, aide à la production du document unique d'évaluation des risques professionnels), intervention d'ergonomes, etc.

Un des projets financés par la région Basse-Normandie a eu pour objet le financement d'une pièce aménagée pour permettre aux agents de bénéficier d'un lieu d'expression et ainsi prévenir une partie des risques psycho-sociaux.

Plusieurs actions innovantes sont également à relever dans la région Languedoc-Roussillon : démarche de réintégration des agents revenant d'un congé longue maladie ou d'un congé longue durée, démarche d'audit sur les postes aménagés, démarche sur les organisations.

2.3 La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans le cadre du FIR permet le financement d'actions de formation, d'achat de logiciels, de prestation d'audit et de conseil sur les métiers de la santé.

— Stratégie mise en œuvre

Les actions de GPMC sont elles aussi pluri-annuelles. Souvent, lorsque l'ARS décide du financement d'actions de GPMC, cela concerne plusieurs établissements de la région, quasiment toujours en lien avec l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

— Bilan des actions menées

La GPMC se traduit par un financement d'actions de formation (conduite d'entretien d'évaluation, maintien dans l'emploi et parcours professionnels, coaching collectif, consolidation des savoirs des jeunes personnels), d'achat de logiciels (gestion des ressources humaines), de consultanat pour obtenir un état des lieux des effectifs et pouvoir anticiper au mieux les départs et les évolutions de carrières, par la mise en place d'une cartographie des métiers, par l'élaboration de fiches de postes, par la mise à jour du répertoire des métiers, par la mise en place d'un site web, par l'informatisation des plannings, par le tutorat, par des plans de fidélisation des personnels soignants sur un département, etc.

Une démarche intéressante doit être notée : elle porte sur les secondes parties de carrières avec la mise à disposition de préconisations en matière d'accompagnement du personnel pour les directions des ressources humaines et les directions générales.

3. Les autres actions concourant à la réalisation de l'objectif de la 5^e mission

Dans une région, un financement a été accordé pour la création d'une cellule d'intervention psychologique pour les situations aiguës, liées à des difficultés de management, de relations entre personnels, etc. Cette cellule a pour objectif de contenir au plus vite les situations difficiles et complexes. Elle intervient sur un temps très court, afin de répondre à des situations souvent urgentes et est chargée de proposer un dispositif à mettre en place pour remédier aux difficultés identifiées. Elle concerne des établissements de santé mais également médico-sociaux. Dans ce cadre, l'ARS a souhaité associer une université spécialiste des questions de management en santé, afin de traiter la problématique des situations de « surchauffe ». Ce projet fait également le lien avec la volonté de lutter contre l'absentéisme.

Suite à des agressions graves à l'encontre de personnels, une ARS a souhaité aider des établissements pour financer des actions de sécurité au travail.

Mission 6

Prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et de sécurité sanitaire

La 6^e mission du FIR correspond à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire, notamment :

- aux 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 ;
- aux actions en matière d'éducation thérapeutique et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux ;
- aux actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
- aux actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Au sein du périmètre 2013 de la mission figurent deux nouveaux dispositifs :

- la généralisation du dépistage précoce de la surdité ;
- les actions supplémentaires conduites au titre de la démocratie sanitaire (formation des représentants des usagers, débats organisés dans le cadre de la stratégie nationale de santé,...).

1. Stratégie spécifique de la 6^e mission du FIR

1.1. Crédits alloués

Tableau 34 - ventilation des crédits FIR au titre de la mission 6

(En euros)

	Dernier EPRD voté	dont demande de fongibilité asymétrique	Dépenses comptabilisées	Ecart (Dépenses comptabilisées / dernier EPRD voté)	
				(En VA)	(En %)
Alsace	7 591 516	0	7 398 020	-193 496	-2,5%
Aquitaine	11 852 783	1 098 525	11 353 860	-498 923	-4,2%
Auvergne	6 919 439	0	7 117 704	198 265	2,9%
Basse-Normandie	5 563 151	0	6 051 756	488 605	8,8%
Bourgogne	8 403 758	348 540	8 757 726	353 968	4,2%
Bretagne	12 645 897	1 783 544	13 710 700	1 064 803	8,4%
Centre	9 405 334	223 700	9 940 997	535 663	5,7%
Champagne-Ardenne	7 352 012	91 533	7 365 920	13 908	0,2%
Corse	2 062 777	0	2 104 469	41 692	2,0%
Franche-Comté	5 394 359	0	5 525 688	131 329	2,4%
Guadeloupe	6 966 669	0	7 358 127	391 458	5,6%
Guyane	8 506 073	703 793	8 773 216	267 143	3,1%
Haute-Normandie	9 703 985	106 220	9 517 472	-186 513	-1,9%
Ile De France	68 182 987	7 395 167	69 313 352	1 130 365	1,7%
Languedoc-Roussillon	10 017 693	0	10 264 872	247 179	2,5%
Limousin	3 976 002	1 260 323	4 143 225	167 223	4,2%
Lorraine	12 543 977	261 865	13 018 896	474 919	3,8%
Martinique	4 388 699	50 000	5 176 568	787 869	18,0%
Midi-Pyrénées	12 869 311	448 000	13 826 458	957 147	7,4%
Nord-Pas-de-Calais	21 759 823	1 546 837	15 536 491	-6 223 332	-28,6%
Pays de la Loire	15 079 678	288 365	16 892 533	1 812 855	12,0%
Picardie	12 374 707	0	12 150 393	-224 314	-1,8%
Poitou-Charentes	12 791 940	15 000	7 624 095	-5 167 845	-40,4%
Provence-Alpes-Côte-D'azur	17 952 187	3 694 863	18 566 408	614 221	3,4%
Réunion	15 780 289	0	19 514 444	3 734 155	23,7%
Rhône-Alpes	22 758 176	252 206	23 420 882	662 706	2,9%
TOTAL	332 843 222	19 568 481	334 424 272	1 581 050	0,5%

Source : Données CNAMTS et rapports d'activité des ARS

Tableau 35 - répartition thématique des crédits comptabilisés au titre de la mission 6*(En euros)*

	Actions de santé publique des plans et programmes nationaux, actions recentralisées ou inscrites dans le projet régional de santé (hors ETP)	Actions relatives à l'éducation pour la santé et à l'accès à la santé	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus	Pilotage régional de la politique de santé publique (y compris la démocratie sanitaire)	Centres de dépistage anonymes et gratuits et coordination du dépistage néonatal
Alsace	2 118 355	4 169 729	0	530 192	579 744
Aquitaine	5 328 815	4 206 539	264 542	1 273 964	280 000
Auvergne	3 805 462	2 414 235	15 660	596 315	286 032
Basse-Normandie	3 251 278	1 547 285	0	792 490	460 703
Bourgogne	5 394 946	1 877 968	9 012	992 068	483 732
Bretagne	8 059 452	2 347 601	18 674	2 525 682	759 291
Centre	6 220 377	1 871 875	6 320	1 202 129	640 296
Champagne-Ardenne	3 533 989	2 706 250	1 304	496 642	627 735
Corse	889 700	293 535	489	811 511	109 234
Franche-Comté	2 051 384	2 524 469	0	769 151	180 684
Gouadeloupe	5 414 461	854 080	0	851 314	238 272
Guyane	6 640 486	1 138 230	4 070	260 319	730 111
Haute-Normandie	4 210 633	3 638 851	15 611	1 242 296	410 081
Île De France	30 405 752	31 161 442	14 868	3 445 078	4 286 212
Languedoc-Roussillon	6 210 948	2 704 243	5 600	803 643	540 438
Limousin	2 130 429	1 129 098	0	588 918	294 780
Lorraine	8 366 580	3 515 241	13 558	669 184	454 333
Martinique	3 325 762	813 369	13 052	935 886	88 499
Midi-Pyrénées	7 826 964	3 708 637	8 119	1 107 364	1 175 374
Nord-Pas-de-Calais	8 041 931	6 402 001	0	4 549 022	521 490
Pays de la Loire	10 509 652	5 037 847	16 373	2 023 350	979 186
Picardie	8 788 852	3 435 000	166 571	2 600 244	1 901 866
Poitou-Charentes	4 842 459	4 476 115	326 451	2 039 272	466 096
Provence-Alpes-Côte-D'azur	3 015 367	2 371 054	0	927 138	1 310 536
Réunion	11 377 113	2 269 334	0	1 229 043	661 001
Rhône-Alpes	13 146 260	5 782 566	6 267	1 432 955	3 052 834
TOTAL	174 907 407	102 396 594	906 541	34 695 170	21 518 560

Source : Données CNAMTS

Plusieurs ARS ont indiqué que le recollement entre leur propre comptabilité et la comptabilité constatée dans la balance comptable de la CNAMTS à la clôture du FIR est difficile à réaliser. Des écarts sont identifiés entre les deux comptabilités sans pour autant que les ARS soient en

capacité d'en fournir une explication objective. Dans un souci de cohérence globale entre les ARS, les résultats financiers présentés ci-dessus et dans la suite du document sont ceux issus de la balance comptable de la CNAMTS.

1.2. Principes, critères et modalités d'allocation des ressources retenus en 2013

a) La mise en œuvre du principe de fongibilité asymétrique

Le principe de fongibilité asymétrique vers les crédits prévention a été mis en œuvre par 17 ARS (cf. tableau 33) pour un montant total de 19 468 581 €. Les montants mobilisés au titre de la fongibilité par région s'échelonnent de 15 000 € (Poitou-Charentes) à 7,3 M€ (Ile-de-France). Pour mémoire, en 2012, la fongibilité asymétrique avait été mise en œuvre par 13 ARS pour un montant de 8,1 M€. Les crédits issus de la fongibilité asymétrique ont donc été multipliés par 2,5 entre 2012 et 2013.

Ces crédits ont notamment permis de renforcer les financements des ARS dans les domaines suivants : prévention des maladies chroniques (Aquitaine, Centre, Guyane, Haute-Normandie, Ile-de-France, Océan Indien, PACA), santé mentale (Aquitaine, Ile-de-France), prévention des risques infectieux (Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Océan Indien, Pays-de-la-Loire), santé des jeunes (Centre, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées), nutrition et lutte contre l'obésité (Aquitaine, Ile-de-France, Océan Indien, Rhône-Alpes), santé environnementale (Ile-de-France), éducation thérapeutique du patient (Aquitaine, Ile-de-France, Limousin, Midi-Pyrénées,), santé des populations précaires (Aquitaine, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Lorraine), observation de la santé (Aquitaine, Guyane, Martinique), soutien au déploiement des actions de prévention (Bourgogne, Ile-de-France), gestion des situations sanitaires exceptionnelles (Ile-de-France), territorialisation des actions de santé (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Ile-de-France, Lorraine, Océan Indien, Poitou-Charentes).

Les crédits issus de la fongibilité asymétrique ont également favorisé le financement de projets nouveaux ou en développement dans le cadre, notamment, du déploiement des partenariats (y compris au sein des contrats locaux de santé – CLS).

b) Les choix en matière d'allocation de ressources

Différentes modalités d'allocation de ressources sont utilisées par les ARS pour financer les actions mises en œuvre dans le cadre des priorités régionales définies par les schémas régionaux de la prévention (SRP).

Dans le prolongement d'un mouvement débuté avant la mise en place du FIR, la contractualisation des ARS avec les promoteurs s'est fortement développée, s'agissant notamment du financement des actions prévues réglementairement (actions de santé recentralisées, dépistage organisé des cancers) ou du pilotage régional de la politique de santé publique. Le financement sous forme de contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) permet de décliner de manière plus cohérente les objectifs du projet régional de santé (PRS) et de soutenir dans la durée les promoteurs, leur donnant ainsi plus de visibilité dans la conduite de leurs actions. Quelques ARS ont organisé le repérage des promoteurs susceptibles de bénéficier d'un CPOM.

La part des projets financés suite à un appel à projet (AAP) a tendance à se réduire, les actions reconnues probantes donnant lieu au fur et à mesure à un CPOM.

Les ARS ont abandonné les AAP « ouverts » pour généraliser l'utilisation des AAP restreints portant sur des priorités identifiées (populations, thématiques ou territoires) issues des grands objectifs des SRP. Les AAP sont lancés sur la base d'un cahier des charges mis en ligne sur le site internet de l'ARS et précisant le contenu attendu des projets présentés par les promoteurs.

Quelques ARS ont organisé des AAP conjoints avec des partenaires institutionnels par exemple le conseil régional, la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)... L'AAP permet de financer des projets plus ponctuels, très localisés ou encore nouveaux.

Par ailleurs, les ARS font appel à la commande publique pour financer notamment les missions de prévention des risques liés à l'environnement, les missions de sécurité sanitaire, la réalisation d'études ou d'évaluation externes des dispositifs de santé publique ainsi que la démocratie sanitaire.

1.3. Stratégie de territorialisation

La stratégie de territorialisation des ARS découle du diagnostic régional préalable à l'élaboration du PRS, affiné avec l'élaboration du SRP. Sur la base d'approches statistiques socio-économique et sanitaire, notamment menées avec les observatoires régionaux de la santé (ORS), elle conduit assez généralement à la définition de territoires de proximité, du niveau des communes ou leurs groupements, au sein des territoires de santé. Ceci est mentionné par bon nombre d'ARS : Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Martinique, Nord Pas-de-Calais, Océan Indien, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence Alpes Côte d'Azur ... Cette démarche donne parfois lieu à la définition de « bassins de santé », de niveau intermédiaire par rapport à celui des territoires de santé (Auvergne, Midi-Pyrénées). Outre la prise en compte des indicateurs socio-sanitaires, il est tenu compte des situations locales, notamment quant aux actions menées et à développer à partir de démarches de diagnostic participatives. Pour le milieu urbain, cette stratégie conforte généralement la prise en compte des territoires en politique de la ville. Elle reconnaît, en tous cas, l'importance des dynamiques territoriales de santé portées par les élus locaux (telles que notamment mises à profit dans le cadre des contrats locaux de santé pour tout le champ du PRS). Concernant le dépistage des cancers, plusieurs ARS (Centre, Lorraine...) ont établi des cartographies cantonales pour déterminer les zones géographiques où les taux de participation aux dépistages organisés sont inférieurs à la moyenne régionale, de façon à cibler et optimiser les actions sur ces secteurs.

La stratégie de territorialisation est discutée au sein des instances régionales auprès de l'ARS, en particulier de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention. Elle donne lieu à l'établissement de partenariats régionaux avec : les Conseils régionaux et généraux, le secteur de l'Assurance maladie et mutualiste, les services de l'Etat, tels que notamment ceux chargés de la cohésion sociale, de l'environnement, ou de l'éducation nationale (partenariats spécialement soulignés par les ARS : Haute-Normandie, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Martinique, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Ces partenariats permettent de coordonner d'une part, les financements accordés sur appels à projets régionaux des différentes institutions et d'autre part, les conventionnements susceptibles d'être établis avec des opérateurs régionaux de la politique de santé (ORS, instance régionale en éducation et promotion de la santé - IREPS, ...). Ces conventions peuvent venir en appui de l'approche territoriale pour la mise à jour des données et le développement qualitatif des démarches et actions de prévention et de promotion de la santé.

Exemple de dispositif déployé en région : la prise en compte par l'ARS Ile-de-France d'un diagnostic régional préalable et les modalités de définition des territoires prioritaires

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé implique une priorisation territoriale des actions qui permet d'atteindre les populations les plus en difficulté. Pour cibler des territoires infra-départementaux à partir d'un critère simple et reproductible dans les différents départements de la région, une analyse de différents indicateurs a abouti au choix de l'indice de développement humain (IDH-2).

Le seuil retenu correspond à environ 20% de la population des communes d'Ile-de-France, et sélectionne 223 communes, dont une majorité en Seine et Marne. Les communes de Seine-Saint-Denis sont quasi toutes concernées. Il s'agit d'un indicateur comprenant 3 dimensions (santé, revenu et éducation) et disponible au niveau communal. Cet indicateur est un bon reflet des inégalités sociales et territoriales de santé et met en évidence de fortes disparités entre communes.

Deux éléments importants sont à noter : d'une part, les communes ont des densités de population très différentes (très faibles pour certaines communes de Seine-et-Marne) ; d'autre part, les valeurs de l'indice au niveau communal lissent des situations infra-communales (quartiers), elles aussi souvent contrastées.

La méthodologie proposée aux délégations territoriales pour définir des zones géographiques prioritaires, au niveau communal ou infra communal est d'utiliser cet indicateur, assorti de deux autres : la taille de la population communale et le nombre de foyers fiscaux non imposables. Avec les réserves évoquées plus haut, un quartier en grande difficulté dans une commune avec un IDH-2 inférieur à 0,51 est éligible comme zone prioritaire.

Cette approche est cohérente avec la démarche d'élaboration et de mise en œuvre des contrats locaux de santé (CLS) qui cible les mêmes territoires, même si les CLS concernent l'ensemble du champ de compétence de l'Agence et non uniquement les actions de prévention et de promotion de la santé.

1.4. Modalités d'évaluation des programmes et des actions financés en 2013

Les ARS mentionnent la nécessité d'évaluer les actions menées par les promoteurs quelles que soient les modalités de financement : appels à projets, convention d'objectifs et de moyens annuelles ou pluriannuelles. Certaines ARS précisent que cette évaluation a pour but d'effectuer des ajustements quant aux actions financées.

Cette évaluation repose principalement sur l'autoévaluation effectuée par les promoteurs sur la base d'objectifs et indicateurs prédéterminés en commun. Les ARS mentionnent l'appui que peuvent apporter les IREPS aux promoteurs pour se former à l'évaluation.

Certaines ARS (Guadeloupe, Martinique, Haute-Normandie ou Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais ou Poitou-Charentes) ont utilisé comme critères d'évaluation de l'action des promoteurs les objectifs et indicateurs inscrits dans le SRP.

Quelques ARS mentionnent l'utilisation d'un cadre d'évaluation commun à plusieurs opérateurs, permettant d'établir des comparaisons, notamment pour les structures de gestion en charge des dépistages organisés des cancers ou les centres de vaccination, les CLAT et les CIDDIST.

Par ailleurs, certaines ARS mentionnent des évaluations qu'elles ont menées sur un échantillon de promoteurs. Celles-ci ont pu être faites soit par opportunité (analyse des risques), soit dans le cadre d'un programme annuel d'évaluation structuré (Alsace, Aquitaine, Picardie). L'ARS d'Alsace indique en particulier que les conditions d'évaluation des actions font l'objet d'échanges entre les partenaires financiers de l'ARS au sein d'un groupe de travail émanant de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention. Ce groupe a élargi en 2013 son activité à l'évaluation des contrats locaux de santé (CLS).

Exemple de dispositif déployé en région : les modalités d'évaluation développées par l'ARS Midi-Pyrénées

Un soutien méthodologique et d'évaluation est systématiquement proposé aux opérateurs qui interviennent dans la mise en œuvre du schéma (action de l'IREPS).

Chaque projet doit préciser les modalités d'évaluation prévues. L'évaluation proposée doit tenir compte de la finalité de toute action de promotion de la santé financée par l'ARS : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Un suivi des programmes, thème par thème et public par public, est effectué. Les projets doivent intégrer un dispositif d'évaluation permettant notamment de mesurer :

- l'évaluation de processus : déroulement de l'action (indicateurs quantitatifs et qualitatifs) ;*
- l'évaluation de résultats : présentée en fonction des objectifs initiaux (indicateurs quantitatifs et qualitatifs) ;*
- l'évaluation des effets indirects déclenchés ou collatéraux éventuels (indicateurs quantitatifs et qualitatifs).*

Dans le schéma de prévention, pour chaque thème prioritaire, un plan d'actions a été défini comprenant des axes de travail précis. Ceux-ci comportent des objectifs associés aux publics identifiés. La mise en place est confiée à des opérateurs associatifs le plus souvent d'ampleur régionale. Un outil d'évaluation de la mise en œuvre a été élaboré avec des tableaux de suivi et des tableaux portant sur les sources de données sur l'état de santé afin de mesurer les effets éventuels. C'est l'ensemble du plan d'actions découlant du schéma qui fait l'objet d'une évaluation.

Concernant les actions en milieu scolaire, le dispositif "infiscol" permet désormais, en classes de grande section de maternelle et 6ème, de repérer et suivre les taux de surcharge pondérale, les taux de couverture vaccinales, les habitudes de vie etc. et ainsi d'évaluer à terme la portée potentielle des actions.

Pour les opérateurs régionaux qui bénéficient d'un contrat d'objectifs et de moyens, des indicateurs d'évaluation précis, faisant l'objet d'un suivi biennuel (à 6 et 12 mois) avec réunion avec le référent thématique de l'ARS, sont précisés dans le contrat.

2. Bilan de l'action conduite par l'ARS sur la 6^e mission du FIR

Les financements des ARS ont été mobilisés prioritairement en faveur des actions s'inscrivant dans les projets territoriaux de santé, les CLS et les dynamiques de parcours de soins.

2.1. Bilan de la mise en œuvre des CLS

Les ARS font état d'un nombre de 192 CLS signés en fin d'année 2013, contre un total de 114 en 2012 (soit + 68 %). Désormais, ces contrats sont mis en œuvre dans toutes les régions, avec un développement particulièrement notable en 2013 dans les régions suivantes qui n'avaient pas signé de CLS ou seulement un en 2012 : Aquitaine (10 CLS), Midi-Pyrénées (7), Corse (6), Rhône-Alpes (5), et Lorraine (4). Certaines ARS font état d'un taux significatif de population couverte : 50 % en Franche-Comté, 25 % en Aquitaine. La région Ile-de-France reste la plus impliquée avec 58 CLS (même niveau qu'en 2012, avant la mise en œuvre prévue de contrats de 2^{ème} génération).

Au regard des données disponibles, les budgets FIR consacrés à ces contrats sont, en termes de ratios, du même niveau que pour l'année dernière soit en moyenne : 190 K€ par ARS et 30 K€ par CLS. Toutefois, cette estimation budgétaire est inéluctablement réductrice, au regard de la logique même du CLS qui conduit à mobiliser sur des objectifs de santé, tout un ensemble de ressources et moyens qui ne relèvent pas seulement du secteur sanitaire (notion de « déterminants de la santé »).

Ces crédits sont mobilisés pour des travaux d'élaboration ou d'évaluation, la réalisation d'actions au titre du CLS, voire le cofinancement d'une fonction d'animation territoriale.

Comme signalé l'année dernière, la mise en œuvre de l'outil, généralement centré sur la réduction des inégalités de santé, implique notamment :

- la définition de territoires prioritaires, qui relève de divers critères : indicateurs socio-économiques et socio-sanitaires, expérience territoriale en matière de santé publique, et problématique d'offre de soins de premier recours. La volonté politique des élus, reste évidemment un critère essentiel ;
- l'accompagnement des dynamiques locales de santé par l'ARS moyennant une organisation interne articulant : directions de la santé publique ou de la stratégie au niveau du siège, délégations territoriales pour la conduite des démarches en partenariat avec les élus locaux, et l'ensemble des directions métiers du siège pour les contenus susceptibles de ressortir de toutes les composantes du projet régional de santé (PRS).

D'un point de vue général, le CLS est désormais positionné comme un outil majeur de la stratégie de territorialisation infrarégionale du PRS, marquant l'intérêt à la fois, d'un partenariat local sur les questions de santé (ARS-Etat, élus, assurance maladie, ...) et d'un accompagnement régional dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques créées au sein des ARS. Certaines ARS (Bourgogne, Bretagne, ...) ont manifesté un effort particulier en 2013 pour l'amélioration de leur dispositif d'animation territoriale.

Cet accompagnement mobilise les opérateurs régionaux de la politique de santé (observatoires régionaux de la santé, instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé), souvent dans le cadre de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens. Il peut impliquer les centres de ressources de la politique de la ville (Centre). Il prend une forme particulière en Pays-de-la Loire avec la passation d'un marché au niveau régional auprès d'un prestataire de service.

Pour les régions qui avaient attendu la définition du PRS avant de s'engager dans la mise en œuvre de ces contrats, l'année 2013 a permis de préciser les modalités de cette mise en œuvre, notamment pour en affiner la méthodologie : note de cadrage, appui aux diagnostics locaux, ... Parfois, ceci peut s'inscrire dans un projet complet de déploiement avec adaptation de l'organisation et formation des personnels (mis en exergue en Aquitaine).

Des actions de formation et/ou d'animation régionale des coordinateurs locaux sont mentionnées par un certain nombre de régions, notamment en Aquitaine, Centre, Lorraine ou encore en Auvergne (pour une action en direction des publics vulnérables).

L'année 2013 a aussi permis d'améliorer les contenus, notamment en déclinaison du PRS, pour :

- une mise en œuvre dans ce cadre de parcours de santé ou de paniers de service, comme par exemple en Auvergne, en Languedoc-Roussillon, en Lorraine, en Pays-de-la-Loire, et en Aquitaine (en perspective) ;
- un effort sur le volet santé environnement (Auvergne) ;
- une convergence avec des projets régionaux tels que le projet régional d'accès à la prévention et aux soins des publics démunis ou le projet de réduction de la mortalité infantile périnatale en Ile-de-France, ou bien dans leur ensemble en Corse.

Les CLS peuvent fournir aussi le cadre de développement de projets pilotes ou innovants : sport santé sur ordonnance et programme « Preccoss » de lutte contre l'obésité des enfants, en Alsace ; actions sur le temps périscolaire, les compétences psycho-sociales, et contre l'isolement des personnes âgées en Limousin.

Au-delà de l'évaluation des actions portées par les CLS très généralement prévue, un effort d'évaluation de la plus-value de cet outil est engagé dans bon nombre de régions, en particulier en Ile-de-France (quant à l'impact sur les inégalités de santé), en Bretagne (structuration de la démarche régionale), mais aussi en Franche-Comté, en Alsace, en Limousin (compte tenu du dispositif particulier de coordination territoriale mis en œuvre dans cette région : 2 coordinateurs par site).

Enfin, pour près de la moitié, les ARS précisent à l'occasion de leur rapport pour 2013 la poursuite de la montée en charge du dispositif (plus de 40 nouveaux CLS annoncés), avec des enjeux particulièrement soulignés d'articulation avec les contrats de ville en cours de négociation, suite aux dispositions adoptées cette année pour la politique de la ville.

Exemple de dispositif déployé en région : la méthodologie de définition des CLS et de leurs priorités d'action de l'ARS Nord-Pas-de-Calais

Un diagnostic de santé incluant des données socio-économiques est coproduit par l'ARS Nord-Pas-de-Calais et la ou les collectivités territoriales, puis partagé avec les autres partenaires du territoire (Education nationale, conseil général, CAF, etc.).

A l'issue de ce diagnostic et après avoir déterminé des thématiques prioritaires, l'ARS, la CPAM, la caisse MSA et la préfecture signent une charte partenariale. Celle-ci les engage à organiser un comité de pilotage et des groupes de travail afin de produire des fiches-actions répondant aux problématiques identifiées. Le comité de pilotage valide les actions qui intègrent le CLS. La signature du contrat est proposée à l'ensemble des partenaires.

Une procédure spécifique d'instruction des demandes de financement des actions de prévention a été mise en place par l'agence. Elle permet pour les actions :

- déjà inscrites dans le CLS, de proposer aux porteurs de signer une convention pluriannuelle avec l'agence ;
- non inscrites dans le CLS, d'intégrer ce dernier et de bénéficier également d'une convention pluriannuelle.

2.2. Bilan des actions de santé publique menées

Tableau 36 - nombre d'actions de santé publique financées au titre de la mission 6 du FIR

	Actions de santé publique des plans et programmes nationaux, actions recentralisées ou inscrites dans le projet régional de santé (hors ETP)	Actions relatives à l'éducation pour la santé et à l'accès à la santé	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus	Pilotage régional de la politique de santé publique	Total
Alsace	77	34	0	3	114
Aquitaine	283	93	2	28	406
Auvergne	88	103	0	10	201
Basse-Normandie	92	50	0	3	145
Bourgogne	137	19	0	0	156
Bretagne	NC	NC	NC	NC	NC
Centre	210	42	0	30	282
Champagne-Ardenne	128	97	0	7	232
Corse	NC	NC	NC	NC	NC
Franche-Comté	29	32	0	11	72
Gouadeloupe	NC	NC	NC	NC	NC
Guyane	80	27	0	3	110
Haute-Normandie	201		10	26	237
Ile De France	670	847	1	12	1530
Languedoc-Roussillon	78	29	18	27	152
Limousin	NC	NC	NC	NC	NC
Lorraine	239	31	0	4	274
Martinique	NC	NC	NC	NC	NC
Midi-Pyrénées	NC	NC	NC	NC	NC
Nord-Pas-de-Calais	NC	NC	NC	NC	NC
Pays de la Loire	386	174	0	70	630
Picardie	NC	NC	NC	NC	NC
Poitou-Charentes	NC	NC	NC	NC	NC
Provence-Alpes-Côte-D'azur	133	50	0	20	203
Réunion	104	23	0	36	163
Rhône-Alpes	NC	NC	NC	NC	NC
TOTAL	2935	1651	31	290	4907

Source : rapports d'activité des ARS

a) La vaccination (toutes actions confondues)

Les actions portées par l'ARS dans ce cadre concernent avant tout le financement des centres de vaccination recentralisés et la revue de l'activité des centres de vaccination dans une perspective d'amélioration et d'harmonisation des pratiques.

Des comités de pilotage régionaux ont été établis, avec pour objectif principal énoncé la coordination d'actions autour de la Semaine européenne de la vaccination. Dans le cadre de coopérations avec les rectorats, la mobilisation des services de santé scolaire est identifiée pour améliorer les connaissances en matière de couverture vaccinale et les actions de rattrapage vaccinal.

En lien avec l'assurance-maladie notamment, des actions sont aussi développées pour la mobilisation vaccinale des médecins libéraux et la vaccination grippale, notamment en EHPAD. Des réflexions pour l'amélioration des données régionales de couverture vaccinale sont menées avec les partenaires afin de mieux cibler les actions de promotion.

Les ARS s'emploient désormais à inciter les centres de vaccination à des actions de vaccination hors les murs, notamment à destination de publics précaires. Plusieurs ARS indiquent comme principales difficultés la connaissance en termes de couverture vaccinale, ainsi que le suivi des actions de vaccination portées par les conseils généraux.

b) Le SIDA, les IST et les hépatites (toutes actions confondues)

S'agissant des modes d'action, les ARS présentent de manière générale comme axe de développement l'intensification des actions de prévention menées auprès des publics ciblés comme « à risque », à savoir les jeunes, homosexuels, migrants et personnes prostituées. Il s'agit de développer les actions au plus près de ces publics. Dans ce cadre, de nombreuses régions insistent sur les actions de dépistage hors les murs et les autorisations données à des associations telles AIDES pour la réalisation de tests rapides à orientation diagnostic (TROD).

En parallèle, sont menées, notamment auprès des publics jeunes et dans le cadre festif, des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des conduites à risque. Il s'agit aussi pour les ARS de renforcer l'implication dans le processus de dépistage des professionnels de premier recours. Pour plusieurs régions, le cadre territorial des projets locaux de santé et des CLS est évoqué pour la mise en place de ces actions de prévention.

Par ailleurs, les ARS insistent sur le travail mené pour l'évaluation des structures comme les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Avec l'appui de comités de pilotage régionaux, sont envisagés des possibles rapprochements et échanges entre ces structures, ainsi qu'une harmonisation régionale des pratiques.

c) Le cancer (toutes actions confondues)

De manière générale, la focale est mise sur le travail de pilotage des structures de gestion en charge des dépistages organisés des cancers du sein et du colon-rectum. Ce pilotage régional a pour objectif l'harmonisation des pratiques de dépistage des structures de gestion, la mise en commun de certaines fonctions support et dans certains cas la perspective d'une régionalisation en une structure unique.

Faisant état d'une stagnation du dépistage organisé du cancer du sein et des difficultés d'améliorer les taux de dépistage organisé du cancer colorectal, les ARS mentionnent d'une part les efforts de communication réalisés, notamment en lien avec l'Assurance-Maladie, pour l'incitation au dépistage, principalement via les campagnes octobre rose (sein) et mars bleu (colorectal). Elles partagent d'autre part le souhait d'améliorer le ciblage des actions d'incitation vis-à-vis des zones de sous-dépistage et notamment à l'attention des populations précaires ou en milieu rural. Ce ciblage nécessite une connaissance géographique détaillée des taux de participation.

Afin d'améliorer la participation, plusieurs initiatives sont évoquées, comme en Bretagne avec l'expérimentation de la mise à disposition des tests hémocult auprès des pharmaciens, ou avec les actions de formation de « personnes relais » sur les territoires pour favoriser la participation aux dépistages.

d) Les pratiques addictives (toutes actions confondues)

L'axe principal de travail est porté par les actions de sensibilisation et d'éducation menées auprès des jeunes et adolescents (milieu festif), principalement via le financement d'actions portées par l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Les femmes enceintes sont aussi ciblées afin de prévenir les risques de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), ainsi que les populations précaires (RSA jeunes hors scolarisation) et dans certaines régions les personnes détenues et le cadre professionnel, ou le milieu rural.

L'amélioration du périmètre de ces actions s'appuie dans certains cas sur des partenariats avec les conseils généraux et leurs services de protection maternelle et infantile (PMI), les rectorats et les préfetures ainsi que l'insertion dans le cadre de CLS. En complément de la prévention initiale, certaines ARS indiquent aussi l'appui fourni aux consultations jeunes consommateurs.

Par ailleurs, l'ARS Haute-Normandie mentionne l'accompagnement apporté aux centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans leurs actions de prévention.

Exemple de dispositif déployé en région : les actions en faveur des jeunes en Auvergne

La lutte contre les pratiques addictives, en incluant les opérateurs pérennes passe par le financement d'actions complémentaires aux ANPAA en milieu scolaire, et réalisées par les pairs, entre jeunes.

> Interventions en milieu scolaire

A ce titre, les 4 ANPAA de la région (une par département) et l'association Liber'Addict sont financées. L'action de la Ligue contre le cancer « Liber'Addict » (63) est de réduire la consommation à risque de substances psychoactives (essentiellement alcool, tabac, cannabis) des adolescents scolarisés dans les collèges et les lycées du département du Puy-de-Dôme. Il s'agit de mettre en place des formations à destination des équipes enseignantes et éducatives sur le thème de la prévention des addictions, d'augmenter la connaissance des élèves, de mettre en place des interventions à destination des parents.

> Interventions hors milieu scolaire

A ce titre, sont financées les actions de l'ANPAA, Avenir Santé, les services de santé universitaire (SSU), les actions en direction des jeunes en apprentissage, en insertion professionnelle (lien avec les missions locales), les actions auprès des étudiants, les actions de prévention des conduites à risques en milieu festif (action de prévention par les pairs et sensibilisation des organisateurs de soirées) et la prévention via les réseaux sociaux (prévention auvergnith 2.0).

Par ailleurs, l'ANPAA intervient également par le biais de :

- formation de « personnes relais » travaillant auprès des jeunes (professionnels et étudiants du secteur médico-psychosocial) ;*
- conseil méthodologique pour les actions de prévention : accompagnement des porteurs de projet en éducation pour la santé afin d'améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé.*

e) La santé mentale (toutes actions confondues)

La majorité des actions rapportées ont pour objectif le repérage précoce de la crise suicidaire par le biais de formations des personnes en contact, principalement dans les cadres scolaire et pénitentiaire. Des actions sont également conduites auprès des jeunes pour le développement des compétences psycho-sociales et la prévention des risques psycho-sociaux. Dans cette logique, s'inscrit aussi le financement par les ARS des dispositifs d'écoute et de prévention des risques psycho-sociaux des adolescents et jeunes tels les points d'accueil écoute jeunes et les maisons des adolescents.

Par ailleurs, des actions sont menées auprès de publics précaires dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). En Lorraine, sont mentionnées des actions ciblées sur les violences faites aux femmes. Enfin, en terme de programmation, l'ARS Nord-Pas de Calais indique avoir élaboré un plan régional santé mentale.

f) La nutrition et la lutte contre l'obésité (toutes actions confondues)

Les actions menées sur cette thématique revêtent une dimension partenariale forte. Les ARS coopèrent, notamment dans le cadre de conventions de partenariat, avec d'autres entités régionales, les rectorats et DRJSCS principalement, DRAAF et conseils régionaux et généraux. La mobilisation des communes est envisagée dans plusieurs régions autour de la labellisation « villes programme national nutrition santé (PNNS) » et dans le cadre des CLS. En particulier, l'ARS Midi-Pyrénées a engagé une animation régionale des collectivités actives PNNS et une campagne de sensibilisation des municipalités pour les inciter à s'engager à travers la charte « ville active PNNS ». Dans la France entière, 309 villes ou communautés de communes sont actuellement signataires de la charte.

Les actions menées ciblent principalement les publics enfants et jeunes autour d'actions de sensibilisation et de promotion de la nutrition et de l'activité physique. Les publics précaires, victimes d'inégalités sociales en matière de nutrition sont aussi prioritaires. Certaines régions mentionnent par ailleurs des actions pour réduire la dénutrition des personnes âgées. La sensibilisation en faveur de l'allaitement maternel est développée par plusieurs régions ainsi que des actions d'éducation à destination des personnes obèses ou souffrant de diabète.

Exemple de dispositif déployé en région : la nutrition et la lutte contre l'obésité en Martinique

En 2013, 10 actions ont été financées dans cette thématique par l'ARS Martinique. Il s'agit essentiellement d'actions reconduites proposant, sur l'ensemble du territoire, des séances d'éducation nutritionnelle (alimentation et activité physique), de l'information (exposition itinérante sur les repères PNNS « Self Info Repas » du Carbet des sciences), de sensibilisation et d'accompagnement. Elles touchent aussi bien le grand public que les publics scolaires, des personnes vulnérables (personnes âgées, précaires ou atteintes de pathologies liées à la nutrition).

Autour de ce champ, se développent et se consolident de nombreux partenariats avec les autres institutions (direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt – DAAF, direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIECCTE, caisses d'allocations familiales – CAF, direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale – DJSCS, collectivités locales...). Toutes ont une action sur ce déterminant et donnent lieu à des conventions et projets structurants : convention ARS/CAF pour le projet « GOOD FOOD STYLE » (action d'éducation nutritionnelle et de communication via réseaux sociaux pour les jeunes) développé avec également le rectorat, les professionnels de nutrition, OSM et IREPS, convention SAPHYR (accompagnement vers l'activité physique à des fins de santé).

En janvier 2013, suite aux travaux menés avec les industriels sur la réduction des taux de sucre dans leurs produits, deux industriels ont signé des chartes d'engagement PNNS. Enfin, l'enquête de prévalence de l'obésité et du surpoids, « Kannari : santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles » a débuté officiellement le 12 septembre 2013 (phase enquête terrain) ; les premiers résultats sont attendus pour 2015.

g) La prévention des risques liés à l'environnement (tous risques confondus)

Les ARS indiquent principalement mettre en œuvre les actions intégrées dans le deuxième plan régional santé environnement 2 (PRSE 2).

Dans ce cadre, un socle est formé par les actions relatives à la qualité de l'air et de l'eau, notamment par les inspections et contrôles des eaux à consommation humaine. Quant à la qualité de l'eau, plusieurs régions font référence au risque porté par les taux de pesticides et de nitrates. Parmi les autres éléments régulièrement mentionnés, on trouve les actions de sensibilisation au risque radon et l'écoute de musique amplifiée.

Les régions ultrapériphériques mentionnent certains risques plus spécifiques comme la leptospirose ou le chlordécone en Guadeloupe et Martinique et les actions menées dans le cadre de la lutte anti-vectorielle.

L'ARS Ile-de-France mentionne certaines spécificités régionales telles le focus sur la pollution due aux rejets médicamenteux et de pressing ou la pollution sonore en zones aéroportuaires. L'ARS Champagne-Ardenne indique avoir contractualisé avec le bureau de recherche géologique et minière (BRGM) pour la préservation de la qualité des eaux souterraines, l'ATMO pour la surveillance de la qualité de l'air extérieur et la POLCA pour la prévention des risques auditifs. L'ARS Lorraine explique avoir réalisé une campagne d'analyse des perchlorates sur les captages d'eau potable situés à proximité de la zone de front de la première guerre mondiale.

h) La veille et la surveillance

Les actions rapportées concernant la veille et la surveillance consistent avant tout en l'information et la réunion des acteurs sur les problématiques et évolutions des processus et risques identifiés en veille et sécurité sanitaire et gestion de crise. Ces actions prennent notamment la forme de colloques et sessions de formation.

Il s'agit particulièrement de développer le signalement et les vigilances via des réseaux et de stimuler la participation à la gestion de crise par l'amélioration de la connaissance des mécanismes de remontée par les acteurs dont la connaissance des plates-formes régionales de veille et d'urgences sanitaires. La participation des professionnels libéraux aux signalements est vue comme un axe d'amélioration.

Parmi les points spécifiques de veille identifiés sont mentionnés les risques infectieux, notamment en établissements médico-sociaux, les infections associées aux soins et les cas de légionellose.

i) Les actions de santé recentralisées

Les ARS font mention de la part importante des crédits de la mission 6 que les actions de santé recentralisées peuvent représenter. Le processus de recentralisation nécessite un accompagnement des centres hospitaliers et des personnels lors des phases de transition.

Les priorités liées aux actions de santé recentralisées pour les ARS sont l'harmonisation régionale des pratiques et l'objectif d'une offre territoriale équilibrée répondant par ailleurs aux

besoins de chaque territoire. Le levier de rééquilibrage consiste en une harmonisation des retours permettant des comparaisons et des orientations régionales communes.

En termes opérationnels, certaines régions s'orientent vers le développement d'équipes mobiles au contact des populations. En complément, il s'agit d'améliorer l'implication des professionnels libéraux et de coopérer avec les communes pour accroître la participation. Les situations régionales sont diverses, selon le poids représenté par la recentralisation. Certaines ARS mentionnent la difficulté de coordonner les actions et d'obtenir les données en provenance de Conseils généraux encore en charge.

Exemple de dispositif déployé en région : la restructuration du dispositif par l'ARS Pays-de-la Loire

Les actions de santé recentralisées ont fait l'objet d'une restructuration en 2012-2013. Désormais majoritairement gérées par des centres hospitaliers (3 puis 4 départements sur 5), ces actions sont organisées au sein d'un pôle départemental et intègrent désormais les CDAG.

Définissant leur politique au niveau départemental en lien avec l'ARS Pays-de-la-Loire, ces centres développent, au-delà de leurs missions obligatoires, principalement des actions collectives vers les publics précaires et les professionnels de santé. Ils s'appuient sur des antennes localisées de prévention transversales aux différentes thématiques (IST, tuberculose, vaccination).

2.3. Bilan des actions relatives à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Les réponses apportées par les ARS portent sur les modalités de coordination, de mise en œuvre et de répartition des programmes et actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) plutôt que sur les thématiques ciblées. Le développement des activités d'ETP apparaît se concentrer autour de deux principaux enjeux.

Tout d'abord, une majorité de régions font le constat d'une ETP à forte base hospitalière et souhaitent voir un rééquilibrage des programmes portés par la médecine ambulatoire, afin d'accroître la proximité de l'offre d'ETP. Il s'agit de trouver une complémentarité entre les offres hospitalières et celles proposées par les réseaux de santé notamment. Enfin, plusieurs régions indiquent le besoin d'un rééquilibrage territorial de l'offre d'ETP dans une même logique de proximité.

Le deuxième enjeu est celui de la qualité de l'ETP et de la formation préalable au développement de l'offre. Le développement de coordinations régionales de l'ETP et d'outils de cadrage communs, tels les grilles d'auto-évaluation des programmes est régulièrement mentionné et des plateformes ressources régionales sont mises en place dans plusieurs régions en soutien des projets d'ETP. La qualité de l'ETP proposée en établissements de santé est parfois renforcée par la mise en place, d'une coordination transversale des moyens, vecteur d'harmonisation des pratiques et de mutualisation des moyens. Enfin, pour permettre le développement de l'ETP, l'accroissement des formations des professionnels de santé à l'ETP et l'implication de la médecine de ville sont des éléments essentiels.

Tableau 37: Synthèse des projets ETP par ARS et par structures

ETP	Nombre de projets autorisés en 2013	Nombre cumulé de projets autorisés	dont actions MCO	dont SLD	dont actions HAD	dont actions psychiatrie	dont actions SSR	dont réseau de santé	dont maisons, pôles de santé pluridisciplinaires, centres de santé et cabinets de ville	dont assurance maladie (tous régimes) et organismes complémentaires	dont associations de malades	dont autres
Alsace	10	98	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aquitaine	29	219	119	1	6	13	43	7	0	7	1	22
Auvergne	29	89	57	3	1	4	5	8	4	2	3	2
Basse-Normandie	63	202	149	6	0	3	13	25	0	2	2	2
Bourgogne	29	112	44	0	0	2	35	23	5	3	0	0
Bretagne	13	225	180	0	2	6	17	14	2	0	0	4
Centre	45	126	78	15	3	4	0	11	1	10	4	0
Champagne-Ardenne	10	84	74	0	0	0	1	3	1	3	1	1
Corse	10	32	10	4	0	1	6	9	0	2	0	0
Franche-Comté	3	105	61	3	0	2	8	6	24	0	1	0
Guadeloupe	22	22	NC	NC	NC	NC	NC	4	NC	NC	NC	NC
Guyane	4	12	11	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Haute-Normandie	33	102	71	0	0	4	12	5	6	2	0	2
Ile-de-France	0	626	502	33	5	14	0	23	19	7	17	6
Languedoc-Roussillon	21	81	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Limousin	13	82	59	0	0	4	14	3	1	1	0	0
Lorraine	7	116	63	0	0	0	21	17	3	1	0	11
Martinique	2	4	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Midi-Pyrénées	38	171	95	0	2	5	46	6	9	3	0	5

Nord-Pas-de-Calais	50	236	134	28	3	6	4	26	26	2	0	7
Pays de la Loire	91	154	113	18	0	0	0	13	5	0	0	5
Picardie	4	67	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Poitou-Charentes	8	74	55	0	0	3	5	5	4	0	0	2
Provence-Alpes-Côte D'azur	95	247	137	0	0	8	61	8	6	11	8	8
Réunion	33	44	19	16	0	1	0	2	1	0	5	0
Rhône-Alpes	21	281	194	0	0	11	25	22	7	4	0	18
TOTAL	683	3 611	2 324	127	22	91	316	245	127	60	42	95

Source : *Données ARS*

Tableau 38 - synthèse des crédits alloués par les ARS au titre des actions ETP*(En euros)*

ARS	Dépenses comptabilisées 2013
Alsace	3 434 462
Aquitaine	3 097 338
Auvergne	1 824 548
Basse-Normandie	1 221 840
Bourgogne	1 711 750
Bretagne	1 728 458
Centre	1 411 411
Champagne-Ardenne	2 199 502
Corse	27 091
Franche-Comté	2 125 585
Guadeloupe	558 220
Guyane	359 018
Haute-Normandie	2 841 810
Ile-de-France	24 644 167
Languedoc-Roussillon	1 783 756
Limousin	805 750
Lorraine	3 254 346
Martinique	699 369
Midi-Pyrénées	2 403 708
Nord-Pas-de-Calais	4 451 433
Pays de la Loire	3 178 050
Picardie	4 145 046
Poitou-Charentes	1 958 839
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 413 575
Réunion	1 741 334
Rhône-Alpes	3 804 098
TOTAL	76 824 504

Source : Données CNAMTS

Pour l'ensemble des régions, on compte 3611 programmes autorisés (dont 683 en 2013). Parmi les thématiques de programmes citées, on trouvera de manière générale les programmes dédiés au diabète, à l'obésité et aux maladies cardio-vasculaires. Suivent les thématiques cancers, insuffisance rénale chronique, maladies respiratoires, santé mentale et VIH. Les ARS souhaitent adapter l'offre aux priorités régionales de santé.

Les programmes autorisés ne font pas tous l'objet d'un financement des ARS. Plusieurs ARS ont signalé la mise en place d'une structure régionale unique fédérant l'ensemble des professionnels de santé. Cette plateforme de coordination d'éducation thérapeutique est chargée de former les professionnels, d'offrir une offre d'ETP également répartie sur l'ensemble du territoire régional. Elle assure également le lien ville-hôpital et la coordination avec l'association de patients.

Exemple de dispositif déployé en région : la structuration de l'ETP par l'ARS Bretagne

L'activité de l'ARS Bretagne en matière d'éducation thérapeutique du patient s'est organisée en 2013 autour des axes suivants : l'autorisation et le financement des programmes autorisés, le soutien au développement de plateformes territoriales en ETP et l'accompagnement à la mise en place d'un pôle régional de compétence et ressources en ETP.

- Une enquête est lancée annuellement auprès des porteurs de programmes autorisés afin d'assurer le suivi des programmes et d'effectuer l'attribution des financements. L'enquête sur l'activité 2013, en cours d'analyse, concerne 225 programmes et fait l'objet d'un taux de réponse très satisfaisant (97,8% - 5 non réponses).

- 120 programmes autorisés ont fait l'objet d'un financement en 2013 sur le principe d'un forfait par programme et au regard de critères qualitatifs et quantitatifs d'activité. L'activité d'ETP menée au sein des réseaux de santé fait l'objet d'un financement spécifique dans le cadre de leur enveloppe globale. Un soutien à la coordination hospitalière est de plus alloué à l'établissement ayant la plus forte activité d'ETP de chaque territoire de santé (250 000 € en 2013).

- L'ARS Bretagne structure l'ETP autour de trois niveaux : opérationnel (l'ETP réalisée auprès des patients), organisationnel (expérimentation de plateformes d'ETP) et stratégique (politique interne et pôle régional de ressources et de compétences en ETP).

L'accompagnement de la dynamique de plateformes d'ETP sur quatre territoires de santé a été poursuivi en 2013 avec pour mission la coordination de l'offre d'ETP sur un territoire afin de proposer une offre cohérente, de qualité et de proximité. Au niveau régional, le pôle régional de ressources et de compétences a fait l'objet d'un appel à candidature en 2013 afin de répondre aux besoins des acteurs régionaux de lieu d'expertise et d'échange de pratiques.

2.4. Bilan des actions relatives à la démocratie sanitaire

En novembre 2012, lors de l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé (CNS), le ministre des affaires sociales et de la santé a exprimé sa volonté d'allouer 5 M€ supplémentaires au financement de la démocratie sanitaire. Lors des débats relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, il a été convenu que le produit de l'élargissement de l'assiette des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux, évalué à 5 M€, serait affecté au financement de la démocratie sanitaire. Il a été décidé d'utiliser le FIR comme vecteur pour l'attribution de ces crédits supplémentaires aux ARS, afin de renforcer l'exercice de la démocratie sanitaire au plus près des besoins des citoyens.

Selon les dispositions de la circulaire n°SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2013, les crédits dédiés à la démocratie sanitaire ont été répartis de façon uniforme entre les 26 ARS (soit 192 308 € par ARS) et protégés par le principe de fongibilité asymétrique. Suivant les termes de la circulaire, ces crédits devaient notamment être consacrés à des actions visant à contribuer au recueil des besoins des acteurs de santé, en particulier par des débats publics initiés par les instances régionales de démocratie sanitaire ainsi qu'à des actions de formation de représentants des usagers.

Chaque région a ainsi organisé des débats publics qui ont réuni pour certaines régions plus de 1500 personnes (Aquitaine, Bourgogne, Martinique, Midi-Pyrénées). Les thématiques de ces débats ont été variées : certains ont été consacrés à la stratégie nationale de santé, d'autres à l'accès aux soins, aux droits des malades et fin de vie, à la santé des jeunes, au bien vieillir

Les actions de formation ont permis de former 1 765 représentants des usagers (selon les données disponibles).

74 actions visant à contribuer à l'expression des attentes et des besoins ont été menées. Des actions innovantes ont été réalisées : mise en place d'une université de l'utilisateur, démocratie sanitaire sur smartphone, campagne de communication sur le 15...

Exemple de dispositif déployé en région : l'implication de la CRSA Bourgogne dans la définition des modalités d'utilisation des crédits relatifs à la démocratie sanitaire

La CRSA Bourgogne, à travers sa Commission Permanente, s'est réunie à plusieurs reprises pour définir les modalités de l'utilisation de l'enveloppe de crédits complémentaires allouée à la démocratie sanitaire, et a décidé de lancer un appel à projets, avec le soutien de l'ARS, adressé à toutes les associations d'utilisateurs agréées régionales et nationales présentes en région, ainsi qu'aux organismes, structures et bureaux d'études impliqués dans le domaine de la santé publique et de la démocratie sanitaire reposant sur les trois orientations suivantes :

- assurer la formation des représentants des usagers ;
- définir les modalités de la mobilisation du public sur les thématiques de santé et du secteur médico-social ;
- promouvoir la démocratie sanitaire par la communication.

22 dossiers ont été reçus, déposés par 13 promoteurs. La CRSA a retenu 19 projets (+1 hors appel à projets) répartis de la façon suivante :

- 13 projets relatifs à la formation, ayant donné lieu à une concertation globale pour proposer une offre en formation la plus riche et la plus diversifiée possible ;
- 3 projets portant sur la mobilisation du grand public ;
- 3 projets de communication de la démocratie sanitaire, dont un aboutissant à la création d'un site internet dédié aux droits des usagers et aux instances de démocratie sanitaire de l'ARS ;
- 1 projet (sollicitation hors appel à projets) relatif à des rencontres citoyennes sur la fin de vie.

En dehors d'un projet de communication spécifique réalisé par un prestataire, tous les projets ont fait l'objet d'une convention signée entre l'ARS et les promoteurs en 2013, stipulant que les actions étaient initiées en 2013, tout en pouvant se poursuivre en 2014.

2.5. Bilan de l'action menée sur les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)

■ Les évolutions financières

La comparaison entre les dépenses relatives au financement des COREVIH et l'enveloppe financière indicative prévue initialement pour le financement de cette mission d'intérêt général (MIG) traduit une situation financière globalement stable. En effet, le montant total des dépenses réalisées en 2013 est inférieur de moins de 2 % au montant de la MIG initiale, ce qui correspond à un ajustement marginal.

Plus précisément, 5 régions ont engagé des crédits d'un montant différent de celui de l'enveloppe indicative initiale :

- Aquitaine : + 51 480 € ;
- Alsace : - 50 000 € ;
- Bourgogne : - 39 570 € ;

- Bretagne : - 299 999 € ;
- PACA : + 127 747 €.

Les explications fournies par ces ARS sur ces recalages dans leur rapport d'activité font apparaître que :

- la Bretagne a ajusté à la baisse ses dépenses afin de mieux correspondre à l'activité du COREVIH ;
- l'ARS Aquitaine a validé le calibrage de la MIG à hauteur de 800 000 euros afin de permettre le financement d'un plus grand nombre d'actions qui correspondent aux trois missions du COREVIH sur le FIR.

D'une manière générale, peu d'explications précises sur le calibrage des dotations des COREVIH sont fournies dans les rapports d'activité, les ARS étant en attente de la mise à disposition des rapports d'activité dématérialisés des COREVIH (cf. outil Piramig développé par la DGOS). On peut signaler l'existence de considérations générales (cf. ARS Lorraine) notamment au sujet des surdotations des COREVIH par rapport à leurs missions.

▪ Les tendances d'organisation

Un très grand nombre d'ARS a souhaité inclure les hépatites dans le champ des COREVIH. C'est le cas notamment de l'Aquitaine, de l'Alsace, de la Champagne-Ardenne, de l'Océan indien, de la Bretagne, de la Provence-Alpes-Côte d'Azur...

En effet, les ARS (cf. Bretagne notamment) s'inquiètent des conséquences induites par les nouvelles thérapeutiques pour le traitement des hépatites C et en particulier de la charge de travail qui va en découler. Un soutien à la coordination est nécessaire pour les ARS, en particulier dans la stratégie de dépistage et de protocolisation des traitements au niveau régional.

Tableau 39 - crédits consommés relatifs aux COREVIH

ARS	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisées	(En euros)
			Ecart (en %)
Alsace	443 983	393 983	-11,30%
Aquitaine	748 160	800 000	6,90%
Auvergne	220 598	220 598	0,00%
Basse-Normandie	450 483	450 482	0,00%
Bourgogne	348 332	308 782	-11,40%
Bretagne	892 762	592 763	-33,60%
Centre	543 610	543 609	0,00%
Champagne-Ardenne	47 976	47 976	0,00%
Corse	0	0	0,00%
Franche-Comté	229 471	229 471	0,00%
Haute-Normandie	554 338	554 337	0,00%
Ile de France	4 837 583	4 837 582	0,00%
Languedoc-Roussillon	736 469	736 469	0,00%
Limousin	0	0	0,00%
Lorraine	401 528	401 529	0,00%
Midi-Pyrénées	772 455	772 455	0,00%

Nord Pas de Calais	605 461	605 461	0,00%
Pays de la Loire	760 975	760 975	0,00%
Picardie	261 176	261 176	0,00%
Poitou-Charentes	0	0	0,00%
PACA	2 744 000	2 744 000	0,00%
Rhône-Alpes	1 143 717	1 143 717	0,00%
Guadeloupe	677 388	677 390	0,00%
Guyane	1 114 107	1 114 110	0,00%
Martinique	852 310	852 310	0,00%
Océan Indien	274 613	274 612	0,00%
TOTAL	19 661 495	19 323 787	-1,70%

Source : données CNAMTS

2.6. Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Le montant total délégué par les ARS en 2013 est inférieur de 423 458 € aux enveloppes indicatives. 21 régions sur 26 ont engagé des montants strictement identiques (cf. tableau ci-après). Pour celles qui ont engagé des montants différents, les écarts sont souvent minimes, à l'exception des régions suivantes :

- Rhône-Alpes : + 1 357 029 € ;
- PACA : - 694 863 € ;
- Guyane : - 632 660 €.

Pour la Guyane, les difficultés propres à cette région d'outre-mer (difficultés de recrutement, difficultés de fonctionnement des équipes) expliquent l'allocation moindre des crédits.

Pour la région Rhône-Alpes, le différentiel important de 1,36 M€ entre l'enveloppe indicative estimée pour la région (1 698 605 €) et les crédits que la région Rhône-Alpes a engagés sur l'exercice 2013 (3 055 634 €) s'explique, selon l'ARS, par deux raisons :

- d'une part, par la prise en charge du financement des dépenses de biologie médicale (non facturables à l'assurance maladie puisque les patients sont anonymes) auparavant financés sur la marge régionale ;
- d'autre part, par le financement en augmentation des TROD (prévention dite « hors les murs »).

Pour les régions qui ont délégué à l'identique ou sans écart significatif, des revalorisations ont pu être accordées, notamment sur trois axes principaux, conformément aux orientations fixées par le ministère :

- accompagner le recours à l'interprétariat ;
- permettre aux CDAG l'acquisition et l'utilisation des tests rapides d'orientation et de dépistage (TROD) ;
- soutenir les actions d'incitations au dépistage du VIH et IST.

Le tableau suivant présente une comparaison, par ARS, entre les dépenses réalisées au bénéfice des CDAG et le montant des crédits inscrits à l'enveloppe indicative initiale.

Tableau 40- ventilation des crédits alloués par région au titre du FIR pour le financement des centres de dépistage anonymes et gratuits

(En euros)

	Enveloppe indicative FIR 2013	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(en VA)	(En %)
Alsace	579 744	579 744	0	0,0%
Aquitaine	288 081	280 000	-30 694	-10,7%
Auvergne	255 388	255 388	-5 433	-2,1%
Basse Normandie	460 703	460 703	0	0,0%
Bourgogne	483 732	483 732	0	0,0%
Bretagne	678 449	678 849	400	0,1%
Centre	648 796	640 296	-8 500	-1,3%
Champagne Ardenne	705 360	585 048	-120 312	-17,1%
Corse	102 739	102 739	0	0,0%
Franche Comte	78 310	86 000	7 690	9,8%
Guadeloupe	238 272	238 272	0	0,0%
Guyane	1 362 271	730 111	-632 660	-46,4%
Haute Normandie	418 581	410 081	-8 500	-2,0%
Ile de France	4 039 010	4 046 212	7 202	0,2%
Languedoc Roussillon	473 938	473 938	0	0,0%
Limousin	338 818	279 600	-8 500	-2,5%
Lorraine	589 720	454 333	-135 387	-23,0%
Martinique	85 000	77 913	-7 087	-8,3%
Midi-Pyrénées	1 104 353	1 104 353	0	0,0%
Nord Pas de Calais	523 445	521 490	-1 955	-0,4%
Provence Alpes cotes d'Azur	1 674 049	979 186	-694 863	-41,5%
Pays de la Loire	1 901 866	1 901 866	0	0,0%
Picardie	636 700	466 096	-170 604	-26,8%
Poitou Charente	1 261 320	1 310 536	28 680	2,3%
Réunion	629 964	630 000	36	0,0%
Rhône-Alpes	1 698 605	3 052 834	1 357 029	79,9%
TOTAL	21 257 214	20 829 320	-427 893	-2,0%

Source: Données CNAMTS et données du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Mission 7

Mutualisation des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets

La mission 7 du FIR a notamment pour objectif de financer 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 (SI), de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet.

1. Bilan quantitatif et crédits alloués au titre de la 7^e mission du FIR

Il est à noter que certains crédits relevant des systèmes d'information ont également pu être comptabilisés dans le cadre de la mission 2, en particulier ce qui relève de la télémédecine ou de certains crédits alloués au programme Hôpital Numérique.

Tableau 41 - ventilation des dépenses comptabilisées par ARS au titre de la mission 7

(En euros)

	dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	0	0	0	0,0%
Aquitaine	0	0	0	0,0%
Auvergne	870 794	870 794	0	0,0%
Basse-Normandie	0	0	0	0,0%
Bourgogne	280 000	280 000	0	0,0%
Bretagne	0	0	0	0,0%
Centre	0	0	0	0,0%
Champagne-Ardenne	0	0	0	0,0%
Corse	0	0	0	0,0%
Franche-Comté	0	0	0	0,0%
Guadeloupe	107 461	107 461	0	0,0%
Guyane	0		0	0,0%
Haute Normandie	402 420	368 670	-33 750	-8,4%
Île De France	5 818 967	3 048 967	-2 770 000	-47,6%
Languedoc-Roussillon	1 331 096	1 091 346	-239 750	-18,0%
Limousin	0	0	0	0,0%
Lorraine	602 000	502 000	-100 000	-16,6%
Martinique	102 000	102 000	0	0,0%
Midi-Pyrénées	2 000 388	1 932 527	-67 861	-3,4%
Nord-Pas-de-Calais	0	0	0	0,0%
Pays de la Loire	410 000	384 177	-25 823	-6,3%
Picardie	2 183 648	0	-2 183 648	-100,0%
Poitou-Charentes	0	0	0	0,0%
Provence-Alpes-Côte-D'azur	250 000	0	-250 000	-100,0%
Réunion	1 402 187	1 402 187	0	0,0%
Rhône-Alpes	0	0	0	0,0%
TOTAL	15 760 961	10 090 129	-5 670 832	-36,0%

Source : Données CNAMTS et ARS

2. Bilan qualitatif spécifique à la 7^e mission du FIR par région

■ *Auvergne*

L'agence a poursuivi son important soutien au groupement de coopération sanitaire (GCS) SIMPA (système d'information partagé en auvergne), maîtrise d'ouvrage déléguée de l'agence dans la réalisation des projets d'e-santé de la région.

Pour l'année 2013, les financements au titre du FIR ont été dédiés aux projets suivants : projet Trajectoire (outil web d'aide à l'orientation personnalisée en soins de suite et réadaptation – SSR – et en hospitalisation à domicile – HAD), dossier médical personnel (DMP) en région, participation aux frais de fonctionnement et au financement du portail « espace numérique régional de santé » (ENRS).

■ *Bourgogne*

L'ARS Bourgogne a financé une partie des frais de fonctionnement du GCS e-santé Bourgogne qui a pour objet la mise en œuvre au niveau régional des politiques nationales relatives aux systèmes d'information (SI) partagés de la santé. A ce titre, le GCS a en charge le déploiement de tous les projets de télémédecine ainsi que certains projets e-santé tels que Télé AVC (accident vasculaire cérébral), Télé dermatologie, Télé cardiologie, Télé Gériatrie, Télé Néphrologie, dossier communiquant cancer ou l'expérimentation territoire de soins numérique (TSN).

■ *Guadeloupe*

L'ARS de la région Guadeloupe a mis en œuvre trois actions relatives à la mission 7 du FIR :

- le partenariat avec le CCECQA (comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine), dans le cadre d'une structure régionale d'appui pour la qualité et la sécurité des soins ;
- le déploiement du projet Trajectoire, logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients requérant des soins de suite et de réadaptation (adhésion, formation des utilisateurs) ;
- la participation de quatre établissements de la région au plan national de déploiement de la comptabilité analytique, qui sera prolongé en 2014.

■ *Haute Normandie*

L'ARS a financé des ressources humaines et des dépenses de fonctionnement du GCS de Télésanté de Haute Normandie, qui a conduit les projets mutualisés de systèmes d'information partagés de santé et de systèmes d'information de télémédecine pour un total de 368 670 €.

Certaines dépenses d'accompagnement au programme Hôpital Numérique et au plan de déploiement de la télémédecine, hors personnel et fonctionnement du GCS, ont été comptabilisées sur la Mission 2 (sur l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins).

■ *Ile de France*

En 2013, cette mission recouvre exclusivement le développement des systèmes d'information. Les crédits ont été alloués selon deux axes :

- les établissements de santé de la région a atteint des pré-requis pour el plan Hôpital numérique. L'ARS Ile-de-France a donc décidé de favoriser la mise en place d'une offre d'externalisation de leurs infrastructures informatiques. Les sommes ont été versées au GCS D-SISIF (le groupement de coopération sanitaire pour le développement des systèmes d'information partagés en santé en Ile-de-France) ;
- autres versements pour des systèmes d'information mutualisés :
 - o COGNITIS France SAS pour financer des projets de SI d'aide à la décision et de SI ambulatoire ;
 - o GCS D SISIF : budget de fonctionnement, étude de cadrage, Antares, PAERPA, Portail SAMU, ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources), SI-PDSA (Permanence de Soins Ambulatoires), plateforme information santé (PRIS), schéma directeur des systèmes d'information.

■ **Languedoc Roussillon (LR)**

Deux axes de développement de l'e-santé ont été poursuivis en 2013 :

- le soutien à la gouvernance opérationnelle : appui au GCS e-santé LR, mise à disposition de personnel dans le cadre du ROR-ORU chargé de l'animation et de la coordination (répertoire opérationnel des ressources de l'observatoire régional des urgences) ;
- la contribution au financement des projets issus du schéma directeur des systèmes d'information de santé déclinés par objectifs :
 - o faciliter l'orientation du patient par le déploiement d'outils d'aide à la décision : ROR, projet d'extension à un module de santé mentale ;
 - o favoriser la coordination et l'efficacité de la prise en charge du patient en renforçant la continuité de l'information (informatisation et la centralisation des fiches de réunions de concertation pluri professionnelles en cancérologie (eRCP) ;
 - o optimiser le traitement des situations d'urgence, d'alerte et de crise par l'amélioration et la convergence des outils existants ;
 - o autres opérations : accompagnement ponctuel de regroupement de deux structures publique et privée dans l'Aude dans le cadre d'un partenariat public/privé sous la forme d'un GCS.

■ **Lorraine**

Les financements autres que ceux dédiés au programme Hôpital Numérique ont principalement pour but poursuivre le développement de l'espace numérique régional de santé lorrain (dénommé SOLSTIS et porté par le GCS Télésanté Lorraine) par l'évolution et la sécurisation des services socles actuels.

L'ARS Lorraine a également poursuivi, via une délégation de maîtrise d'ouvrage au GCS Télésanté Lorraine, la généralisation et l'extension du répertoire opérationnel des ressources (ROR), la gestion d'un guichet unique d'admissions (admissions en SSR) et la mise aux normes de la solution régionale eRCP (réunion de concertation pluridisciplinaires en ligne) dans le cadre de la constitution du dossier communicant de cancérologie (DCC).

■ **Midi Pyrénées**

L'ARS Midi Pyrénées s'appuie sur le GCS Télésanté Midi Pyrénées, qui constitue la maîtrise d'ouvrage opérationnelle dans le domaine des systèmes d'information partagés de santé et de la télémédecine, pour mutualiser les moyens à destination des acteurs de la santé (établissements de santé, réseaux de santé, professionnels de santé libéraux, établissements de santé médico-

sociaux). 1,9 millions d'euros ont été alloués au GCS Télésanté au titre la mission 7 du FIR, en 2013, pour le fonctionnement du « socle régional ».

En 2013, le GCS Télésanté Midi Pyrénées a eu pour mission de :

- débiter le déploiement de l'outil « ViaTrajectoire » dans la région ;
- tendre vers l'utilisation de la messagerie sécurisée « Médimail » sur l'ensemble des territoires de la région, avec une attention particulière pour le département des Hautes-Pyrénées, lieu d'expérimentation du projet PAERPA.

■ ***Pays de la Loire***

La stratégie de l'agence est déclinée dans le PRS « information et télémédecine ». Les principaux projets en cours portent sur des actions pluriannuelles telles que l'interopérabilité des SAMU, le déploiement du DCC/DMP, le schéma directeur médico-social.

L'année 2013 se caractérise d'abord par la mise en œuvre de l'accompagnement Hôpital Numérique :

- un accompagnement dit de « mise en conformité des systèmes d'information hospitaliers avec le programme hôpital numérique » ;
- un autre sur la « sécurité des systèmes d'information de santé » (SSI) : poser une gouvernance minimale, avec les outils appropriés, pour ancrer la SSI dans le déploiement des SI.

Ensuite, la télémédecine a été déployée (crédits fléchés dans la mission 2).

Par ailleurs, l'ARS maintient les services de son ENRS par l'intermédiaire du GCS e-santé Pays de La Loire. Ces services sont divers tels que l'ARDAH (application recueil des données d'activités hospitalières), les RPU (informatisation et remontée des résumés de passages aux urgences), la messagerie régionale, les services socles (annuaires, etc.).

■ ***Réunion***

L'agence Océan Indien soutient financièrement le GCS TESIS, pilote du développement des infrastructures et des services nécessaires à l'échange d'information médicale entre les acteurs de santé à la Réunion et à Mayotte.

Le GCS TESIS regroupe l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi que la majorité des acteurs libéraux de la Réunion et de Mayotte. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme régional des systèmes d'information et de télémédecine (PSIT, déclinaison du PRS), un CPOM a été signé entre l'ARS Océan Indien et le GCS TESIS pour la période 2013 – 2017.

La plupart des objectifs fixés en 2013 ont été atteints avec, notamment, le démarrage de nouveaux services : mise en œuvre d'un « Datacenter » régional, avec hébergement partiel ou total des SI des établissements ou structures membres, finalisation d'une plateforme régionale de télémédecine.

Mission 8

La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes

La mission 8 permet notamment de financer les actions tendant à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, ainsi qu'aux prises en charge et accompagnement des personnes handicapées, à l'exclusion de celle dont le financement incombe aux conseils généraux.

Par ailleurs, la circulaire FIR N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 a fixé les recommandations nationales suivantes :

- le fonds peut participer au financement de l'ensemble des actions tendant à ces objectifs à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements ;
- le fonds favorise l'accès aux soins et la continuité des parcours des personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie de manière à pallier la fragmentation des services d'aides et de soins et de promouvoir l'intégration fonctionnelle et cliniques des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et issus du champ de la prévention ;
- il s'agit de financer des dispositifs comme les MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, dont la mise en œuvre correspond à la mesure 4 du plan Alzheimer, circulaire N° DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013), les groupes d'entraide mutuelle (GEM), les structures de prévention prévues aux articles L.114-1-1 et L.114-3 du code de l'action sociale et des familles (articles introduits par la loi "handicap" du 11 février 2005) conformément à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

1. Bilan quantitatif et crédits alloués au titre de la 8^e mission du FIR

La mission 8 du FIR (prévention et prise en charge et accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes) a été abondée pour la première fois par des crédits CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) en 2013 afin de financer les GEM et les MAIA.

Les crédits consommés au titre de la mission 8 s'élèvent à 80,2 M€ en 2013, dont 69,4 M€ au titre des GEM et des MAIA (crédits CNSA) et 3,1 M€ au titre du financement complémentaire des ex-MAIA FICS (hors crédits CNSA). Les 8M€ de solde proviennent de la mobilisation d'une part importante de reliquats GEM-MAIA constatés en 2012 et du redéploiement des crédits notifiés mais non consommés au titre des GEM et MAIA en 2013, qui ont notamment permis de financer des actions innovantes en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (cf. point n°2).

La mission 8 représente au total 3% de l'ensemble des crédits du FIR comptabilisés en 2013. La mobilisation des crédits du FIR en faveur du secteur médico-social est donc plus soutenue qu'en 2012 (0,05% des crédits comptabilisés).

Tableau 42- dépenses comptabilisées au titre de la mission 8

(En euros)

	Dernier EPRD voté	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	0	2 679 247	2 679 247	n/a
Aquitaine	373 821	4 190 035	3 816 214	1020,9%
Auvergne	206 250	2 497 136	2 290 886	1110,7%
Basse-Normandie	0	1 875 980	1 875 980	n/a
Bourgogne	0	1 932 378	1 932 378	n/a
Bretagne	2 937 500	6 228 994	3 291 494	112,1%
Centre	0	3 593 426	3 593 426	n/a
Champagne-Ardenne	4 484 747	1 670 994	-2 813 753	-62,7%
Corse	0	801 443	801 443	n/a
Franche-Comté	0	1 612 495	1 612 495	n/a
Guadeloupe	0	469 624	469 624	n/a
Guyane	0	219 875	219 875	n/a
Haute-Normandie	285 305	2 135 812	1 850 507	648,6%
Ile De France	105 980	10 764 600	10 658 620	10057,2%
Languedoc-Roussillon	0	2 678 253	2 678 253	n/a
Limousin	2 030 597	2 407 473	376 876	18,6%
Lorraine	829 607	3 760 244	2 930 637	353,3%
Martinique	1 538 785	625 875	-912 910	-59,3%
Midi-Pyrénées	445 450	4 855 150	4 409 700	989,9%
Nord-Pas-de-Calais	727 119	4 613 536	3 886 417	534,5%
Pays de la Loire	185 000	4 532 908	4 347 908	2350,2%
Picardie	0	648 911	648 911	n/a
Poitou-Charentes	145 000	2 107 229	1 962 229	1353,3%
Provence-Alpes-Côte-D'azur	1 166 421	5 421 586	4 255 165	364,8%
Réunion	0	898 907	898 907	n/a

Rhône-Alpes	1 537 500	6 943 371	5 405 871	351,6%
TOTAL	16 999 082	80 165 481	63 166 399	371,6%

Source : Données CNAMTS et ARS

L'ensemble des ARS a mobilisé des crédits de la mission 8 pour le financement des GEM et des MAIA en 2013.

S'agissant des crédits dédiés au financement des GEM, la majorité des ARS (15 sur 26) a consommé l'intégralité de l'enveloppe notifiée dans le FIR, 8 ARS ont consommé davantage que ce qui leur a été notifié et 3 seulement ont sous-consommé leur enveloppe.

Tableau 43 - ventilation des crédits GEM en 2013 (notification et consommation)

(En euros)

ARS	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisés	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	599 247	554 874	-44 373	-7,4%
Aquitaine	1 572 616	1 572 616	0	0,0%
Auvergne	507 847	507 847	0	0,0%
Basse-Normandie	898 620	898 620	0	0,0%
Bourgogne	898 620	1 015 711	117 091	13,0%
Bretagne	1 684 740	1 725 494	40 754	2,4%
Centre	1 237 239	1 237 239	0	0,0%
Champagne-Ardenne	670 996	744 498	73 502	11,0%
Corse	224 749	224 748	-1	0,0%
Franche-Comté	933 495	942 495	9 000	1,0%
Guadeloupe	269 624	269 624	0	0,0%
Guyane	79 875	79 875	0	0,0%
Haute-Normandie	693 371	693 370	-1	0,0%
Ile De France	3 744 355	3 744 354	-1	0,0%
Languedoc-Roussillon	1 123 244	998 253	-124 991	-11,1%
Limousin	673 996	673 996	0	0,0%
Lorraine	1 272 993	1 345 437	72 444	5,7%
Martinique	79 875	79 875	0	0,0%
Midi-Pyrénées	1 541 866	1 573 064	31 198	2,0%
Nord-Pas-de-Calais	1 198 244	1 183 010	-15 234	-1,3%
Pays de la Loire	1 273 118	1 648 118	375 000	29,5%
Picardie	673 996	673 996	0	0,0%
Poitou-Charentes	978 344	978 344	0	0,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 702 491	1 702 491	0	0,0%
Réunion	224 749	224 749	0	0,0%
Rhône-Alpes	2 236 691	2 341 690	104 999	4,7%
TOTAL	26 995 000	27 634 388	639 388	2,4%

Source : données CNSA

S'agissant des crédits dédiés au financement des MAIA, la majorité des ARS (15 sur 26) a sous-consommé l'enveloppe notifiée (19 ARS sur 26) dans le FIR, 5 ARS ont consommé davantage que ce qui leur a été notifié et 2 seulement ont consommé l'intégralité de leur enveloppe.

Tableau 44 - ventilation des crédits MAIA en 2013 (notification et consommation)

(En euros)

PA/PH	Enveloppe indicative ¹	Dépenses comptabilisées	Ecart	
			(En VA)	(En %)
Alsace	1 440 000	881 211	-558 789	-38,8%
Aquitaine	3 000 000	2 617 419	-382 581	-12,8%
Auvergne	1 840 000	1 783 039	-56 961	-3,1%
Basse-Normandie	1 280 000	898 360	-381 640	-29,8%
Bourgogne	1 160 000	916 667	-243 333	-21,0%
Bretagne	2 160 000	1 566 000	-594 000	-27,5%
Centre	2 280 000	2 356 188	76 188	3,3%
Champagne-Ardenne	1 000 000	926 496	-73 504	-7,4%
Corse	560 000	576 695	16 695	3,0%
Franche-Comté	720 000	670 000	-50 000	-6,9%
Guadeloupe	280 000	200 000	-80 000	-28,6%
Guyane	280 000	140 000	-140 000	-50,0%
Haute-Normandie	1 160 000	1 223 234	63 234	5,5%
Ile-de-France	5 880 000	6 473 021	593 021	10,1%
Languedoc-Roussillon	2 000 000	1 680 000	-320 000	-16,0%
Limousin	1 000 000	1 000 000	0	0,0%
Lorraine	1 720 000	1 535 200	-184 800	-10,7%
Martinique	280 000	546 000	266 000	95,0%
Midi-Pyrénées	3 000 000	2 775 001	-224 999	-7,5%
Nord-Pas-de-Calais	3 000 000	2 920 338	-79 662	-2,7%
Pays de la Loire	2 440 000	1 947 081	-492 919	-20,2%
Picardie	600 000	244 877	-355 123	-59,2%
Poitou-Charentes	1 160 000	1 093 885	-66 115	-5,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 440 000	2 511 413	-928 587	-27,0%
Réunion	560 000	560 000	0	0,0%
Rhône-Alpes	4 160 000	3 724 219	-435 781	-10,5%
TOTAL	46 400 000	41 766 343	-4 633 657	-10,0%

Source : données CNSA

Au total, 69,4M€ ont été consommés au titre des GEM et des MAIA en 2013, soit plus de 94% des crédits versés au sein du FIR par la CNSA (73,4 M€).

¹ Cette colonne n'a qu'une valeur informative et ne correspond pas une enveloppe fléchée pour cette mission. Elle indique les crédits qui étaient initialement destinés à cette mission. Chaque ARS a donc eu la possibilité de redéployer ces crédits au travers de leur EPRD.

2. Bilan qualitatif spécifique à la 8^e mission du FIR

Comme indiqué supra, en 2013, les crédits consommés au titre de la mission 8 ont permis de financer les GEM et MAIA mais également des actions innovantes en faveur des personnes âgées et handicapées. La présente partie dresse un bilan qualitatif spécifique de ces actions innovantes qui mobilisent une part de crédits plus importante que l'année précédente.

2.1. La prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées

Les crédits FIR ont permis comme l'année dernière de financer aussi bien des études portant sur les besoins spécifiques des personnes handicapées que des actions de réinsertion socioprofessionnelle ; par ailleurs, ils ont également été mobilisés cette année pour améliorer le dépistage des handicaps et financer des actions de soutien à l'investissement dans les établissements accueillant des personnes handicapées.

➤ Renforcement des actions conduites l'année dernière pour améliorer la connaissance et l'insertion dans la société des personnes handicapées

Certaines ARS ont pu mettre en œuvre une méthodologie de repérage, d'analyse et de hiérarchisation des besoins régionaux dans le champ du handicap, en lien avec les partenaires institutionnels et opérationnels. La meilleure connaissance des populations prises en charge dans les établissements ainsi que celle des usagers en attente de solutions pourra servir à mettre en place une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques des personnes handicapées.

Exemple de dispositif déployé en région : amélioration de la connaissance des profils des enfants handicapés en établissements social ou médico-social (ESMS) et des besoins non satisfaits par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le centre interrégional d'étude, d'action et de promotion en PACA a conduit en 2013 une étude visant à améliorer la connaissance des profils des enfants pris en charge en ESMS et la création d'outils de pilotage par :

- la réalisation d'un bilan de l'offre médico-sociale existante pour les enfants handicapés, en termes de capacités, de modes d'accueil, de déficiences, de tranches d'âge et de situation géographique ;
- l'établissement d'une liste détaillée des enfants et adolescents handicapés qui ne peuvent pas être pris en charge, par manque de places, en ESMS ;
- l'analyse de l'offre et des profils des usagers.

Les crédits FIR ont également permis de financer des actions de réhabilitation psycho-sociale des personnes en situation de handicap (Aquitaine, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur..). L'objectif de ces actions est d'améliorer la qualité de vie des patients handicapés psychiques en favorisant leur réinsertion sociale et professionnelle (création d'un dispositif de reconnaissance des compétences des travailleurs ouvriers en Aquitaine).

Exemple de dispositif déployé en région : la création d'un réseau de réhabilitation psychosociale par l'ARS Haute-Normandie

Pour améliorer l'accompagnement des personnes adultes en situation de handicap psychique et favoriser leur inclusion (emploi et logement), le FIR 2013 a permis la création d'un second réseau de réhabilitation psychosociale dans le territoire de santé Evreux/Vernon après celui créé en 2012 sur le territoire Rouen/Dieppe. Ces réseaux favorisent la réinsertion sociale par le logement et le travail grâce à la coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

- De nouvelles actions développées en 2013 via l'utilisation du FIR pour un meilleur dépistage des handicaps, la prise en compte du bien-être des personnes en situation de handicap ainsi que la restructuration d'établissements

Les ARS ont conduit de nombreuses actions de prévention en 2013 visant à améliorer le dépistage précoce des handicaps (troubles envahissants du développement, troubles autistiques, surdité néonatale), confirmant la vocation du fonds dans ce domaine (Alsace, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur...).

Exemple de dispositif déployé en région : le développement d'actions de prévention liées au trouble autistique par l'ARS Alsace

En soutien au plan autisme, l'ARS Alsace a financé par l'intermédiaire du centre régional autisme le déploiement d'un plan de formation régional relatif au repérage, dépistage, diagnostic des troubles du spectre autistique.

Par ailleurs, les ARS ont conduit des actions innovantes en 2013 visant à mieux considérer le bien-être des personnes en situation de handicap, au-delà des formes traditionnelles de prise en charge, notamment dans le domaine de l'accès à la culture (Aquitaine) et de la vie affective (Midi-Pyrénées).

Exemple de dispositif déployé en région : le développement de l'accès à la culture dans les ESMS par l'ARS Aquitaine

L'ARS Aquitaine a financé plusieurs projets dans le cadre de l'action « culture dans les ESMS » qui ont pour but de développer l'accès à la culture au sein des établissements ou de sensibiliser les personnes en situation de handicap à la construction des images en développant leur regard critique.

2.2. La prévention de la perte d'autonomie et lutte contre l'exclusion des personnes âgées dépendantes

Comme l'année dernière, le FIR a permis de financer de nombreux projets relatifs aux problématiques liées à la dépendance : actions de prévention et d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, développement du parcours de soin de la personne âgée en situation de dépendance.

En 2013, les ARS (Alsace, Nord-Pas-de-Calais...) ont continué à développer des actions de prévention ciblées auprès des personnes âgées afin de prévenir les risques liés à l'âge dans différents domaines (détérioration de la santé bucco-dentaire, chutes, dénutrition). Elles ont par ailleurs poursuivi leurs actions visant à améliorer les conditions de vie des personnes âgées accueillies en établissement, tant pour ce qui concerne le bien-être physique (cf. encadré infra)

que le bien-être psychique (mise en place d'ateliers d'art-thérapie en Aquitaine) des personnes âgées.

Exemple de dispositif déployé en région : la promotion d'une alimentation équilibrée et la mise en œuvre de projets en activités physiques adaptées par l'ARS Midi-Pyrénées

Au titre du schéma régional de prévention, l'ARS Midi-Pyrénées a mobilisé le FIR afin de financer des actions de promotion d'une alimentation équilibrée ainsi que la mise en œuvre de projets d'activités physiques adaptées aux personnes âgées.

Volet alimentation : une formation-action a regroupé des référents par établissement afin de contribuer d'une part à sensibiliser les personnels et, d'autre part, à apporter un complément d'information permettant de développer un projet en ce sens.

Volet activités physiques en établissement : l'année 2013 a été consacrée à un diagnostic afin d'identifier les freins et les leviers à la mise en œuvre d'un projet dans chaque établissement.

Surtout, l'année 2013 confirme la mobilisation prioritaire du FIR en vue de développer le parcours de santé de la personne âgée dépendante. En effet, en complément des crédits dédiés au PAERPA intégrés pour la première année au sein du FIR (mission 2), les ARS (Auvergne, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur...) ont financé de nombreuses actions transversales (sanitaire et médico-social), par redéploiement de crédits, au titre de la mission 8. Le nombre important d'actions entreprises par les ARS dans ce domaine confirme ainsi l'utilisation du FIR en tant qu'outil privilégié de transformation de l'offre dans une logique de transversalité.

Exemple de dispositif déployé en région : une expérimentation conduite par l'ARS Auvergne au titre du parcours de santé de la personne âgée

Bien que l'ARS Auvergne n'ait été retenue comme région expérimentatrice du PAERPA, une expérimentation au titre du parcours de santé de la personne âgée a été proposée aux partenaires par l'agence, notamment les conseils généraux.

Quatre bassins de santé de proximité ont été retenus sur lesquels trois grandes thématiques sont étudiées, centrées sur le domicile et les professionnels de santé :

- le dépistage de la fragilité à domicile, dont la iatrogénie médicamenteuse afin d'éviter l'hospitalisation ;*
- l'entrée et la sortie de l'hôpital avec comme objectif d'éviter les ré-hospitalisations ;*
- l'échange d'information entre professionnels.*

Le FIR a permis de disposer d'une infirmière diplômée d'Etat, coordinatrice sur chacun des territoires concernés. Le pilotage de ces expérimentations s'appuie sur la gouvernance existante sur les territoires au travers des MAIA.

D'autre part, des actions ont également été financées par le FIR en 2013 afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile dans des situations spécifiques et afin de fournir des aides à l'investissement dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Les ARS ont développé cette année de nombreuses actions par l'intermédiaire du FIR afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en établissement dans des situations ou à des moments spécifiques (développement de l'hébergement d'urgence en Alsace, astreinte d'infirmières la nuit et le week-end dans les EHPAD en Auvergne) et à domicile (actions de

formation auprès des aidants et des accueillants familiaux prenant en charge un proche en situation de dépendance par l'ARS Nord-Pas-de-Calais).

Un exemple : l'expérimentation de l'hébergement temporaire d'urgence en EHPAD par l'ARS Alsace

Un dispositif expérimental d'hébergement temporaire d'urgence pour personnes âgées dépendantes a été mis en place sur une durée d'un an en Alsace. Il associe quatre établissements volontaires, un par territoire de santé. L'objectif est de contribuer à évaluer le besoin et modéliser la réponse qu'il convient d'apporter aux situations qui requièrent une prise en charge d'urgence en établissement médico-social, de façon à éviter une hospitalisation inappropriée. Le FIR a permis de financer en 2013 le recrutement dans chaque établissement d'un professionnel chargé d'apporter un appui à la mise en œuvre du projet pendant la durée de l'expérimentation.

Enfin, au même titre que pour les personnes handicapées, des projets d'investissement ont été financés via le FIR afin d'améliorer la qualité (mise aux normes de sécurité, mise en conformité de l'accessibilité des personnes à mobilité réduite en EHPAD) et les capacités d'accueil (suppression de chambres à deux lits) dans les établissements pour personnes âgées.

ANNEXE 1 : SIGLES UTILISES

AC	Aide à la contractualisation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARDAH	Application Recueil des Données d'Activités Hospitalières
ATMO	Réseau national des associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
AVC	Accident Vasculo Cérébral
BRGM	Bureau de recherché géologique et minière
CAQCS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins
CCECQUA	Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHT	Communauté Hospitalière des Territoires
CLACT	Contrat locaux d'amélioration des conditions de travail
CLS	Contrat local de santé
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COREVIH	Coordination régionale de la lutte contre l'infection par le virus du VIH
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Centre périnatal de proximité
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la santé publique
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
ELSA	Equipes de liaison et de soins en addictologie
EMG	Equipes mobiles de gériatrie
EMSP	Equipes mobiles en soins palliatifs
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Education thérapeutique du patient
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FMESPP	Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
GCP	Groupement de coopération sanitaire
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCS D SISIF	Groupement de Coopération Sanitaire pour le Développement des Systèmes d'Information partagés en Santé en Ile-de-France
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
IDV	Indemnité de départ volontaire
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies Alzheimer
MDA	Maison des adolescents

MIG	Mission d'intérêt général
MMG	Maisons médicales de garde
MSA	Mutualité sociale agricole
PCS	Plan comptable simplifié
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
POLCA	Pôle Musique actuelle de Champagne Ardenne (association financée par le conseil régional de Champagne-Ardenne et la DRAC Champagne-Ardenne)
PRIS	Plateforme information santé
PRS	Projet régional de santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Ligne
ROR ORU	Répertoire Opérationnel des Ressources de l'Observatoire Régional des Urgences
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPS	Risques psycho-sociaux
RPU	Informatisation et remontée des Résumé de Passages aux urgences
SIMPA	Système d'Information Partagé en Auvergne
SNS	Stratégie nationale de santé
SROS	Schéma régional de l'organisation des soins
SSR	Soins de suite de réadaptation
TAC	Tableau analytique commun

ANNEXE 2 : Tableau 45 - comptabilisation des dépenses par mission par rapport aux enveloppes indicatives du FIR en 2013

(En euros)

	Intitulé	Enveloppe indicative	Dépenses comptabilisées	Ecart	
				(En VA)	(En %)
Mission 1	Permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé	925 697 185	932 523 593	6 826 408	0,74%
	<i>dont PDSA</i>	160 677 020	189 246 225	28 569 205	17,78%
	<i>dont PDSES</i>	765 020 165	743 277 368	-21 742 797	-2,84%
Mission 2 et Mission 3	2. Amélioration de la qualité et de la coordination des soins; 3. Amélioration de la répartition géographique des professionnels.	1 913 910 784	1 782 305 362	-131 605 422	-6,88%
Mission 4	Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins	49 450 491	30 985 838	-18 464 653	-37,34%
Mission 5	Amélioration des conditions de travail des personnels de santé, et accompagnement social	60 000 000	27 652 493	-32 347 507	-53,91%
Mission 6	Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	219 983 402	334 424 272	114 440 870	52,02%
Mission 7	Mutualisation des moyens structures sanitaires	0	10 090 129	10 090 129	100,00%
Mission 8	Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées	77 475 000	80 165 481	2 690 481	3,47%
	Divers	0	19 755 943	19 755 943	100,00%
	TOTAL	3 246 516 862	3 217 903 111	-28 613 751	-0,88%

Source : Données CNAMTS, ARS et Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales