



FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012

Avant-propos

L'article L. 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).

Ce rapport est constitué à partir des rapports d'activité régionaux relatifs au FIR que les directeurs généraux d'ARS doivent remettre avant le 31 mai de chaque année. Ce bilan remplace les rapports préexistants sur les différentes enveloppes intégrées dans le FIR (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins-FIQCS, Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés-FMESPP). Il a pour vocation de présenter le périmètre des missions du fonds, d'expliquer les critères de répartition régionale et de rendre compte de l'utilisation des crédits FIR.

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 CNAMTS.

Il est organisé de la façon suivante :

- une synthèse générale retrace les éléments principaux de l'activité du FIR en 2012 ;
- une première partie traite de la stratégie et mise en œuvre globale du FIR ;
- une deuxième partie présente les réalisations permises par le FIR par grandes missions en indiquant pour chacune d'elle :
 - 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 ;
- une troisième partie « annexe » comprend l'ensemble des données chiffrées et des indicateurs illustrant le bilan des actions menées.

TABLEAU DES SIGLES

AC : Aide à la contractualisation

CAQCS : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CLACTC : Contrat locaux d'amélioration des conditions de travail

CLS : Contrat local de santé

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPP : Centre périnatal de proximité

CSP : Code de la santé publique

EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

ETP : Education thérapeutique du patient

FICQS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FMESPP : Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

IDV : Indemnité de départ volontaire

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MIG : Mission d'intérêt général

PRS : Projet régional de santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PDSES : Permanence des soins en établissements de santé

SROS : Schéma régional de l'organisation des soins

SNS : Stratégie nationale de santé

SOMMAIRE

SYNTHESE	5
PARTIE 1	14
STRATEGIE ET MISE EN ŒUVRE GLOBALE DU FIR	14
1. LA MISE EN ŒUVRE FINANCIERE	15
2. PILOTAGE ET ORGANISATION DU FIR.....	19
3. LA MISE EN ŒUVRE PAR LE FIR DES PRIORITES NATIONALE ET DES PROJETS REGIONAUX	21
4. LES CIRCUITS COMPTABLES ET FINANCIERS DU FIR ET SUIVI DES DEPENSES	23
PARTIE 2 BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF DES MISSIONS DU FIR.....	25
MISSION 1 PERMANENCE DES SOINS.....	26
MISSION 2 AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA COORDINATION DES SOINS, DE LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, DES MAISONS DE SANTE, DES POLES DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE.....	42
MISSION 3 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	62
MISSION 4 AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	80
MISSION 5 PREVENTION DES MALADIES, PROMOTION DE LA SANTE, EDUCATION A LA SANTE ET DE SECURITE SANITAIRE	88
MISSION 6 MUTUALISATION DES MOYENS DES STRUCTURES SANITAIRES, EN PARTICULIER EN MATIERE DE SYSTEMES D'INFORMATION EN SANTE ET D'INGENIERIE DE PROJETS	102
MISSION 7 LA PREVENTION DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE AINSI QUE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES OU AGEES DEPENDANTES.....	7106

SYNTHESE

1. Présentation générale

Créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹, et codifié dans les articles L1435-8 et suivants du code de la santé publique, le fonds d'intervention régional (FIR) constitue une avancée majeure dans la gestion des crédits confiés aux agences régionales de santé (ARS). Le FIR a en effet pour vocation de regrouper au sein d'une même enveloppe globale et fongible, des crédits auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans les domaines de la continuité et de la qualité des soins, de l'accompagnement de l'adaptation de l'offre de soins et d'accompagnement médico-social et de la performance hospitalière ainsi que de la prévention et de la promotion de la santé et de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie.

Le principe de fongibilité, consacré par le FIR, permet ainsi à chaque ARS de redéployer librement les crédits au sein des différentes missions composant le fonds, sous deux limites :

- 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, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements 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.

Le FIR effectue ainsi la transition entre une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats favorisant à terme une plus grande efficacité. Il est en cela l'outil des ARS pour la réalisation de leurs PRS.

Ce dispositif s'inscrit pleinement dans les objectifs de la stratégie nationale de santé (SNS) :

- il participe d'une logique de découplage des prises en charges entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social et entre les politiques publiques ;
- 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.

L'ensemble des décisions relatives au FIR sont soumises au conseil national de pilotage des ARS (CNP). Le CNP 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 contrôle et du suivi de la gestion du fonds qui s'exerce dans le cadre des textes réglementaires applicables aux ARS et notamment du décret du 27 février 2012 relatif au FIR². Il arrête en outre le bilan annuel du FIR.

¹ Cf. Annexe 1

² Cf. Annexe 2

2. Les missions du FIR

Sept¹ missions principales ont été confiées au FIR, qui recouvrent elles-mêmes plusieurs objets :

- **la permanence des soins** (*mission 1*) ; elle comprend notamment :
 - les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
 - les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA, notamment les maisons médicales de garde ;
 - la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).

- **l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé** (*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 ;
 - les réseaux de santé ;
 - 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).
 - 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 3*).
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 4*) ; elle comprend notamment :
 - les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ;
 - des actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences 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.

¹ La loi (article L 1435-8 du code de la santé publique) identifie 8 missions. Compte tenu de la proximité des moyens mobilisés pour les mettre en œuvre, les missions 2 (amélioration de la qualité et de la coordination des soins) et 3 (amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé) ont été, pour le suivi du FIR, regroupées en une seule « mission 2 ».

- **la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire** (mission 5). 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 et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé et 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 6). 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 7). 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. Synthèse financière

3.1 Les ressources du FIR

L'article. L1435-9 du CSP prévoit que les ressources du fonds sont constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. L'article R1435-24 du code de la santé publique précise que l'arrêté répartit ce montant en deux fractions :
 - l'une correspondant au montant des crédits de prévention issus du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) fixée conformément aux règles de calcul prévues par les conventions d'objectifs et de gestion ;
 - l'autre dont la charge est répartie entre régimes d'assurance maladie par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- une dotation de l'Etat au titre du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé ».

Mais peut, le cas échéant, être complété :

- par une dotation de la CNSA

- ou toutes autres dotations ou subventions prévues par des dispositions législatives ou réglementaires.

Pour 2012, année de la création du FIR, les ressources du fonds étaient les suivantes :

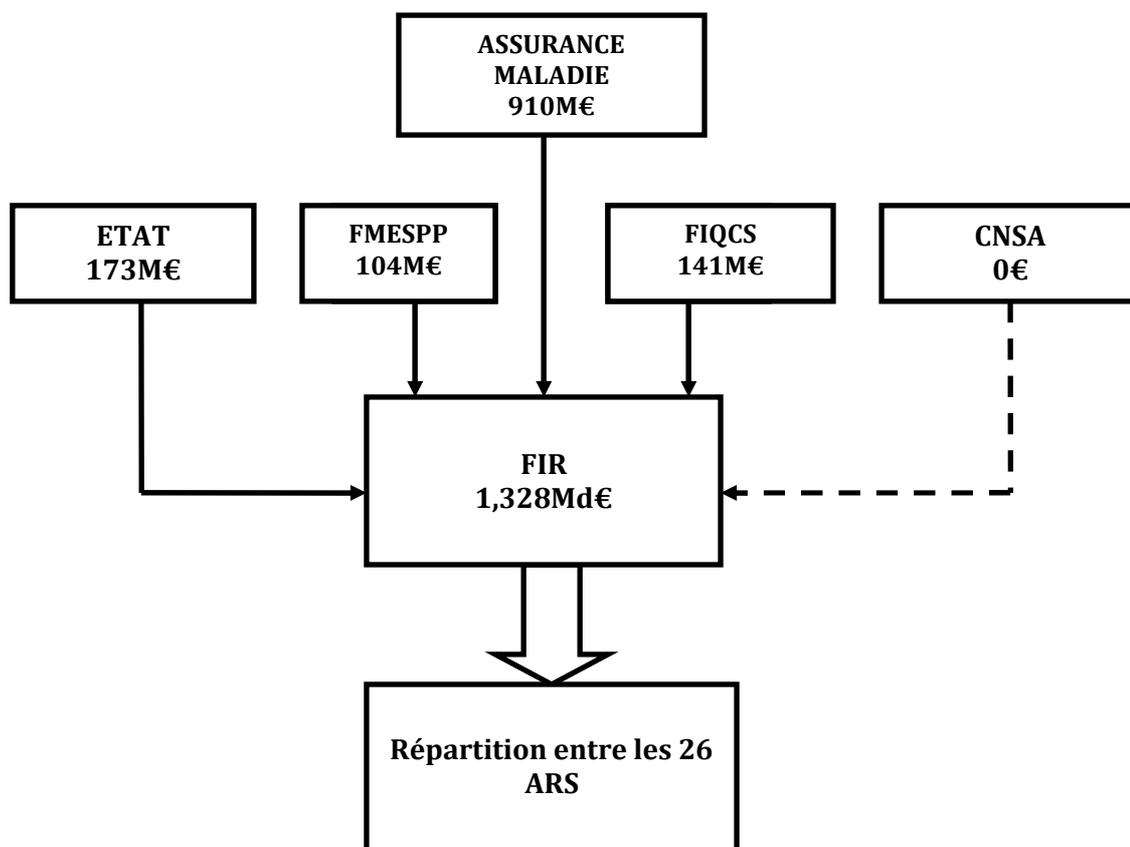
- une dotation de l'assurance Maladie à hauteur de 909,5M€ dont 40M€ au titre du FNPEIS (arrêté interministériel du 4 avril 2012) ;
- une dotation de l'Etat (au titre du programme 204) à hauteur de 173,4 M€ ;
- la reprise des crédits FMESPP à hauteur de 104,4M€ ;
- la reprise des crédits FIQCS à hauteur de 141M€.

(NB : les fonds FIQCS et FMESPP, bien que financés par des dotations de l'assurance maladie sont suivis distinctement car faisant l'objet d'une identité financière et comptable, d'objet et de modalités de gestion spécifiques).

Le total des crédits FIR s'est élevé à 1,328 Mds (soit 1,536 Md€ en équivalent années pleine)

Le montant du FIR en 2012 n'a pas fait l'objet d'une négociation directe dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'enveloppe financière du FIR a en effet été constituée par l'addition de ces dotations correspondant au financement des différentes actions dont le transfert au fonds a été décidé. Chaque enveloppe ou sous enveloppe transférée au FIR a été fixée après une négociation spécifique portée par l'acteur institutionnel en charge du sujet (DGOS, DGS) puis soumis à validation de la ministre chargée des affaires sociales et de la santé. En 2012 le FIR a supporté une baisse globale de 5,86% par rapport au total des enveloppes correspondantes de 2011.

Ressources FIR en 2012



3.2 La répartition des crédits entre régions

La répartition régionale des crédits FIR est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du CNP. Pour 2012, l'arrêté interministériel du 4 avril 2012, modifié par un second arrêté du 13 décembre, a fixé le montant des crédits alloués à chaque région.

La répartition régionale du FIR s'est basée principalement sur une consolidation historique des sous-enveloppes du budget de l'Etat et de l'ONDAM sanitaire préexistantes intégrées dans le FIR :

- les crédits prévention (crédits Etat et fonds de prévention AM), déjà notifiés aux ARS fin 2011 ont été répartis sur la base de critères de population, de santé publique et de contexte régional ;
- les ex-MIG éducation thérapeutique, centres de dépistage, centres périnataux de proximité et PDSSES ont été réparties comme les enveloppes antérieures, sur une base principalement historique ;
- les crédits du FIQCS ont été répartis en 2012 en prolongeant l'exercice de convergence engagé en 2011 ;

- le FMESPP dont les sous-enveloppes antérieures ont été ventilées en prenant en compte des critères populationnels et historiques. La partie « ressources humaines » du FMESPP a été répartie en prenant en compte les effectifs des établissements de santé et les dotations régionales antérieures ;
- la dotation CAQCS Transports a été répartie sur la base de la répartition des transporteurs sanitaires ;

Cette approche, procédant par sous enveloppes, en répartissant chacune selon les modalités qui lui étaient appliquées antérieurement, a été préférée pour la première année de mise en œuvre du FIR à une méthode de péréquation globale de l'ensemble des enveloppes, fondée sur des critères de besoin (critères démographiques, indicateurs reflétant le niveau d'équipement sanitaire, indicateurs d'état de santé de la population) plus à même de tenir compte des inégalités de santé, mais qui aurait pu entraîner des diminutions significatives des ressources financières dans certaines régions. Il est néanmoins envisagé de conduire des travaux sur des critères prenant mieux en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé pour faire évoluer la répartition du FIR dans les prochaines années.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque région la dotation 2012 au titre du FIR, en précisant les crédits protégés par la fongibilité asymétrique (crédits de prévention de l'Etat et de l'Assurance maladie, crédits de l'ex MIG sur les centres de dépistages ; en l'absence de dotations sur la mission 7, la fongibilité au bénéfice de la prévention des handicaps, de la perte d'autonomie, des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes n'a pas joué en 2012).

Répartition régionale des crédits FIR 2012
(Issue de l'arrêté de dotation modificatif du 13 décembre 2012)

ARS	Total des crédits	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			
		Au titre de la dotation de l'Etat mentionnée à l'art. L.1435-9 CSP	Au titre des fonds de prévention de l'assurance maladie mentionnés au 2ème alinéa de l'art. L. 1434-6 CSP et au 1° de l'art. R1435-24 du CSP	Au titre des crédits de l'assurance maladie mentionnés au 2° de l'article R.1435-24 du CSP	Total
Alsace	38 771 860	2 090 955	1 160 772	476 037	3 727 764
Aquitaine	61 240 972	5 209 383	1 922 070	232 984	7 364 437
Auvergne	30 812 498	4 155 375	1 013 671	205 740	5 374 786
Basse-Normandie	31 146 828	2 861 056	1 067 527	376 836	4 305 419
Bourgogne	37 971 220	5 182 830	1 157 657	396 027	6 736 514
Bretagne	61 231 066	6 979 999	1 904 950	558 291	9 443 240
Centre	46 043 413	6 113 983	1 606 820	533 580	8 254 383
Champagne-Ardenne	27 734 631	3 276 528	1 021 683	580 717	4 878 928
Corse	6 204 186	741 669	545 873	78 533	1 366 075
Franche-Comté	26 777 853	2 127 635	891 264	58 175	3 077 074
Guadeloupe	13 521 831	5 720 181	559 352	190 227	6 469 760
Guyane	12 280 030	6 749 506	435 854	1 083 559	8 268 919
Haute-Normandie	35 185 463	4 859 151	1 237 268	341 734	6 438 153
Ile de France	238 560 530	29 944 632	5 815 340	3 322 351	38 082 323
Languedoc-Roussillon	47 761 418	6 147 236	1 613 272	353 282	8 113 790
Limousin	20 083 428	1 787 222	822 733	275 265	2 885 220
Lorraine	53 704 149	6 535 895	1 464 035	484 350	8 484 280
Martinique	12 655 920	3 778 261	540 167	62 500	4 380 928
Midi-Pyrénées	61 280 092	7 415 389	1 681 723	910 599	10 007 711
Nord Pas de Calais	80 727 672	10 139 360	2 357 554	394 121	12 891 035
Océan Indien	25 218 255	11 290 372	659 486	516 637	12 466 495
Pays de la Loire	71 744 099	8 910 933	2 025 082	1 577 805	12 513 820
Picardie	40 322 426	5 348 609	1 292 420	523 500	7 164 529

Poitou-Charentes	33 643 422	3 101 001	1 201 889	1 044 017	5 346 907
PACA	96 220 614	9 380 493	2 761 521	878 944	13 020 958
Rhône-Alpes	116 386 915	12 544 703	3 240 017	1 325 504	17 110 224
TOTAL	1 328 230 791	173 392 355	40 000 000	16 839 358	228 173 672

Source : Arrêté du 13/12/2012 rectificatif publié au JO du 09/02/2013 fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR

3.3 L'exécution 2012

Le FIR étant entré en vigueur le 1^{er} mars 2012, l'année 2012 ne correspond donc pas à un exercice budgétaire complet. Les premiers mois de l'année ont été couverts par des transferts opérés au prorata des anciennes enveloppes (Ex-FMESPP, Ex-FIQCS, Ex-MIG, etc.....).

Compte-tenu de cette spécificité, cette première année budgétaire, doit s'apprécier comme un exercice de transition. Les ARS ont du s'adapter à la nouveauté du dispositif et aux procédures nouvelles qu'a induit la mise en place du FIR. L'utilisation du fonds implique, en effet, une analyse des besoins des territoires, une hiérarchisation des projets, et, le cas échéant, un délai de négociation et de conclusion de conventions de financement avec les bénéficiaires.

Ce mode de fonctionnement du fonds, conjugué à une délégation tardive des crédits (notamment pour la délégation rectificative de décembre), explique pourquoi les ARS n'ont pas consommé l'intégralité des crédits qui leur ont été alloués : à la clôture de l'exercice budgétaire 2012, 93,2% des crédits mis à disposition des ARS ont été dépensés (payés ou provisionnés dans les comptes) soit un montant de crédits non consommés de 89 M€ dont 71,5M€ au titre des crédits d'assurance maladie sous ONDAM qui ont contribué à la tenue de l'objectif 2012.

Pour autant, la base de calcul des dotations FIR pour 2013 a intégré ces crédits, permettant de pérenniser les marges réalisées par les ARS en 2012.

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

4.1 Les redéploiements de crédits FIR entre les missions

Les rapports d'activité du FIR transmis par les ARS soulignent que la fongibilité du fonds leur permet une gestion plus adaptée à leurs spécificités territoriales, facilitant à terme, une mise en œuvre plus efficiente des crédits qui leurs sont confiés.

Ce constat s'illustre notamment en matière de permanence des soins en établissements de santé (PDSSES). En effet, la restructuration de lignes de gardes en établissement de santé a permis de redéployer des crédits vers la mise en place d'actions innovantes, en particulier dans le cadre de l'amélioration des pratiques de soins. A l'inverse, d'autres ARS ont redéployé des crédits vers la PDSSES, afin de lutter contre les inégalités territoriales de soin, conformément aux perspectives développées dans leurs SROS.

Toutefois, compte tenu de la nouveauté du fond, les ARS n'ont pas pu explorer toutes les opportunités offertes par le FIR. Cette retenue s'explique principalement par le décalage entre, la délégation des crédits FIR et l'adoption des PRS identifiant et hiérarchisant les besoins et priorités régionales. Certaines ARS ont du bâtir leur EPRD-FIR 3 mois avant la parution du PRS. L'identification des priorités régionales ayant été tardive, les ARS ont donc à défaut reconduit les crédits qui composaient antérieurement les enveloppes historiques.

4.2 La fongibilité asymétrique

Le FIR laisse une marge de manœuvre importante, grâce au principe de la fongibilité, pour redéployer des crédits dans d'autres missions. Néanmoins, le FIR assure également, par le biais du principe de la fongibilité asymétrique, le respect des priorités fixés par le Gouvernement.

En 2012, les crédits de prévention notifiés protégés par la fongibilité asymétrique, étaient les suivants, pour un montant total de 230 M€ :

- les crédits de prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et sécurité sanitaire issue du programme 204 du budget de l'Etat;
- les crédits de fond de prévention de l'Assurance Maladie ;
- les crédits destinés au financement des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ex MIG.

Le caractère asymétrique de cette fongibilité permet aux ARS de mobiliser en sus du montant des crédits ainsi protégés des crédits supplémentaires issus d'autres lignes. Elles doivent effectuer une demande de crédits au titre de la fongibilité asymétrique auprès de la CNAMTS, sous réserve du respect de l'enveloppe globale allouée au titre du FIR. Grâce à ce mécanisme, les ARS ont pu bénéficier de 5,4 M€ de crédits supplémentaires pour la prévention en 2012.

Au total, le montant des crédits disponibles en 2012 pour financer des actions de prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et de sécurité sanitaire (mission 5) s'est donc élevé à 235,4M€.

Il faut toutefois préciser que si, dans la présentation générale des missions du FIR et dans le bilan qualitatif et quantitatif de chacune des missions, l'ETP est rattaché à la mission 5 « Prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et sécurité sanitaire » en revanche, le financement l'ETP provient essentiellement de l'ex MIG ETP qui a été intégrée à la mission 2 « Amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ».

Aussi, au-delà du montant des crédits de prévention à hauteur de 230 M€ annoncé ci-dessus, l'essentiel des actions relatives à l'ETP est financé sur la mission 2.

Par ailleurs pour ce qui concerne les dépenses, si la fongibilité en faveur de la prévention a joué à hauteur de 5.4 M€ hors ETP, elle s'élève à et 8.1 M€ avec l'ETP.

PARTIE 1

Stratégie et mise en œuvre globale du FIR

1. La mise en œuvre financière

1.1. Les modalités de construction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2012

L'article R 1435-28 du CSP prévoit que le directeur général d'ARS établit annuellement un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du fonds. Cet EPRD détermine la répartition des crédits au sein de différentes missions du FIR et indique ainsi les choix stratégiques opérés par les différentes ARS. Il est ensuite transmis pour information au CNP afin de vérifier le respect de l'équilibre des dépenses au vu des recettes disponibles.

Les ARS gardent en outre la possibilité d'abonder les crédits FIR par un prélèvement de leurs fonds de roulement.

Dans la construction des EPRD 2012, les ARS ont du tenir compte des engagements pluriannuels déjà contractés.

La majorité des ARS a adopté une « logique historique », consistant à s'appuyer sur les dépenses antérieures pour mettre en œuvre l'EPRD 2012. Elles ont tout d'abord reconstitué le montant global des dépenses 2011 (à partir de la somme des enveloppes constituant le FIR). Ces ARS ont ensuite ventilé entre les 7 missions du FIR les sommes allouées en 2012 (en année pleine) au titre des anciens fonds, puis sécurisé les engagements « obligatoires » pour dégager une marge de crédits « non affectés ». Ce travail a permis de constituer un solde de crédits redéployables sur d'autres postes de dépenses à pourvoir, en fonction des priorités régionales inscrites dans le projet régionale de santé.

Le reste des ARS a opté pour une « logique objective », c'est-à-dire en basant la construction des EPRD sur une identification des besoins recensés dans les PRS. La hiérarchisation et la priorisation des besoins a permis de répartir les crédits au sein des missions sur le fondement de besoins objectifs et des engagements précédemment pris.

Les EPRD 2012 présentent néanmoins certaines spécificités. Le FIR est en effet entré en vigueur le 1^{er} mars 2012. Les premiers mois de l'année ont donc été couverts par des transferts opérés au prorata des anciennes enveloppes (Ex-FMESPP, Ex-FIQCS, Ex-MIG, etc.....). La période couverte par le FIR n'est toutefois pas identique pour toutes les enveloppes constitutives du fonds. En particulier, elle est de :

- 9 mois pour la qualité et la coordination des soins relevant de l'ancien Fonds d'intervention pour la qualité et coordination des soins (FIQCS);
- 10 mois pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA), la permanence des soins en établissements de santé publics et ESPIC.

L'EPRD consolidé ci-dessous, établi en agréant les EPRD produits par les 26 ARS, tient compte à la fois des crédits FIR notifiés dans les EPRD primitifs et modificatifs.

Etat prévisionnel des recettes et des dépenses consolidé FIR 2012

	Dépenses			Recettes	
	Intitulé	EPRD 2012 Primitif	EPRD 2012 modificatif	Intitulé	Estimation 2012
Mission 1	Permanence des soins ambulatoire	134611961	131 729 351	Dotations assurance maladie	1 154 838 436
	Permanence des soins en établissement de santé	602563893	597 650 754		
Mission 3	Modernisation, adaptation, restructuration offre	31791516	40 977 816		
Mission 4	Améliorations conditions de travail et Accompagnement social	64499449	62 666 678	Dotation de l'Etat art. L. 1435-9 2° du CSP - FIR	173 392 355
Mission 5	Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	235639497	242 351 878	Prélèvement sur fonds de roulement ARS hors FIR	1 317 892
Mission 2	Amélioration qualité - coordination des soins	232699909	239 532 698		
	Contrats d'amélioration de la qualité des soins (CAQCS)	5397786	3 879 606		
Mission 6	Mutualisation des moyens structures sanitaires	1330688	3 747 611		
Mission 7	Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées	5514562	1 855 769		
	Autres charges	3524737	987 772		
TOTAL		1317573998	1 325 379 960		1 329 548 685

Source : Données ARS

NB : La différence entre le montant des dépenses notifiés et le montant des recettes s'explique par une délégation tardive des crédits (12 décembre 2012) qui n'a pas pu être pris en compte par les ARS dans de nouveaux EPRD modificatifs.

1.2. Les redéploiements prévus par l'EPRD

La comparaison entre les crédits correspondant au financement des différentes missions, tels qu'intégrés, dans la construction du FIR et l'affectation qu'en ont fait les ARS dans les EPRD illustre la première utilisation par les ARS des marges de manœuvre que leur donne le FIR.

Les ARS ont ainsi redéployé dans leurs EPRD une partie des crédits disponibles pour la permanence des soins (grâce à un effort important de rationalisation des lignes de gardes et astreintes), prioritairement vers des actions, de modernisation et d'adaptation de l'offre, de prévention (y compris vers la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie) et d'incitation à la mutualisation des moyens des structures sanitaires. Le tableau ci-dessous illustre les redéploiements ainsi prévus par les ARS dans les EPRD du FIR :

		Enveloppe indicative finale (après arrêté du 13 décembre 2012 rectificatif)	EPRD 2012 avec DM (source ARS)	Ecart
Mission 1	Permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé	771 414 322	729 380 105	-42 034 217
Mission 2	Amélioration qualité - coordination des soins	247 251 894	243 412 304	-3 839 590
Mission 3	Modernisation, adaptation, restructuration offre	18 350 000	40 977 816	22 627 816
Mission 4	Améliorations conditions de travail et Accompagnement social	60 000 000	62 666 678	2 666 678
Mission 5	Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	230 614 570	242 351 878	11 737 308
Mission 6	Mutualisation des moyens structures sanitaires		3 747 611	3 747 611
Mission 7	Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées		1 855 769	1 855 769
Provisions non ventilées par mission pour les missions 2 à 7				
Autres		600 000	987 772	387 772
TOTAL		1 328 230 786	1 325 379 933	-2 850 853

Les redéploiements ainsi prévus (45.9M€) représentent ainsi de l'ordre de 3.5% de l'enveloppe globale du FIR.

1.3. Synthèse de l'utilisation des crédits

Les tableaux qui suivent retracent, par région puis par mission la comparaison entre les montants de dépenses prévus dans les EPRD (dans leur dernier état modificatif) et les charges comptabilisées par la CNAMTS, gestionnaire financier et comptable du FIR.

Synthèse de l'utilisation des crédits FIR 2012 par région

FIR GLOBAL	EPRD 2012 +DM	Charges comptabilisés
ARS ALSACE	38 771 680	34 715 780,81
ARS AQUITAINE	61 240 972	59 522 707,47
ARS AUVERGNE	30 812 498	28 104 207,35
ARS BASSE NORMANDIE	31 146 828	29 884 550,70
ARS BOURGOGNE	37 971 220	36 957 276,35
ARS BRETAGNE	57 894 948	58 950 811,60
ARS CENTRE	46 043 413	41 692 089,50
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	27 734 631	27 122 696,59
ARS CORSE	6 204 186	5 576 032,80
ARS FRANCHE-COMTE	26 152 853	26 107 169,99
ARS GUADELOUPE	13 521 831	13 569 537,96
ARS GUYANNE	12 280 030	11 115 748,74
ARS HAUTE NORMANDIE	35 185 463	33 382 424,92
ARS ILE-DE-FRANCE	237 560 530	208 120 117,28
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	47 837 248	45 321 909,30
ARS LIMOUSIN	20 083 428	19 842 422,67
ARS LORRAINE	55 513 867	52 192 729,72
ARS MARTINIQUE	12 655 921	12 545 151,21
ARS MIDI-PYRENEES	61 280 092	55 214 304,30
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	80 856 331	77 370 199,12
ARS OCEAN INDIEN	25 218 255	24 863 475,91
ARS PACA	97 215 614	93 639 182,62
ARS PAYS DE LA LOIRE	72 110 209	68 528 290,02
ARS PICARDIE	40 037 339	37 826 605,11
ARS POITOU-CHARENTES	33 769 303	32 485 341,49
ARS RHONE-ALPES	116 316 916	105 177 255,76
TOTAL NATIONAL	1 325 415 606	1 239 828 019

Source : Données ARS et données CNAMTS

Le tableau ci-dessous effectue la même comparaison par mission du FIR, cette comparaison étant moins significative du fait que la majeure partie des provisions n'est pas ventilée par mission.

FIR GLOBAL		EPRD 2012 avec DM (source ARS)	Charges comptabilisées (source CNAMTS)
Mission 1	Permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé	729 380 105	709 411 088
Mission 2	Amélioration qualité - coordination des soins	243 412 304	220 690 957
Mission 3	Modernisation, adaptation, restructuration offre	40 977 816	7 637 067
Mission 4	Améliorations conditions de travail et Accompagnement social	62 666 678	6 970 555

Mission 5	Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire	242 351 878	225 913 029
Mission 6	Mutualisation des moyens structures sanitaires	3 747 611	91 300
Mission 7	Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées	1 855 769	306 031
Provisions non ventilées par mission pour les missions 2 à 7			68 688 909
Autres		987 772	119 084
TOTAL		1 325 379 933	1 239 828 019

	produits comptabilisés
Total	1 329 548 686
dont au titre de l'année N	1 328 230 793
dont report des années antérieures	1 317 893
	résultat
Excédent de l'année	89 720 666

Source données ARS et données CNAMTS

2. Pilotage et organisation du FIR

2.1. Le rôle du conseil national de pilotage des ARS (CNP)

Le conseil national de pilotage des ARS (CNP), créé par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, anime et surveille la mise en œuvre du FIR. Il est co-présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées (ou par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales en leur absence) et regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS (directions du ministère des affaires sociales et de la santé et direction du budget), les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la CNSA.

L'ensemble des décisions relatives au FIR est soumis au conseil national de pilotage des ARS (CNP). Le CNP 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 contrôle et du suivi de la gestion du fonds qui s'exerce dans le cadre des textes réglementaires applicables aux ARS et notamment du décret du 27 février 2012 relatif au FIR.

2.2. Organisation interne des ARS pour le pilotage du FIR

Compte tenu, du caractère novateur du FIR, les ARS ont dû adopter une nouvelle méthode d'organisation interne ainsi qu'un repositionnement du rôle de leurs agents. Le statut d'établissement public reconnu aux ARS par la loi HSPT leur assure une liberté de fonctionnement et ainsi la possibilité de recourir à l'organisation interne de leur choix. Leurs structures de gestions du FIR varient donc entre chaque ARS. Elles ont toutefois, à la quasi-unanimité mis en place une organisation dédiée à la gestion du FIR, inspirées de l'expérience pilote menée dans l'ARS Centre.

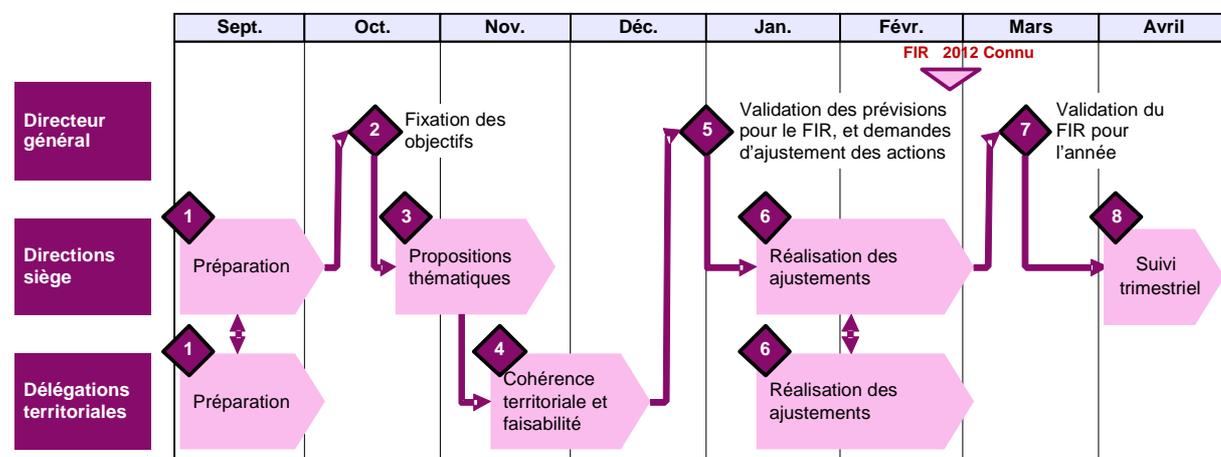
La gestion du FIR s'effectue autour de quatre acteurs principaux :

- le directeur général (DG) de l'ARS, entouré d'un organe de direction, le comité exécutif (COMEX), rend les arbitrages sur les priorités au sein des thématiques du FIR. Il valide ensuite l'état prévisionnel de recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que les décisions modificatives (DM) ;
- le comité de pilotage ou de gestion FIR est dédié à la préparation et la mise en œuvre des arbitrages rendus par la direction. Constitué par l'ensemble des directions métiers, il effectue la formalisation de la décision de paiements, son versement aux bénéficiaires ainsi que le suivi des liquidations. L'enveloppe régionale FIR est alors répartie en sous enveloppes thématiques, chaque direction concernée (sanitaire, médico-social, prévention) est alors désignée comme gestionnaire de la répartition de sa ou ses sous enveloppes. Certaines ARS, à défaut de créer un comité, ont chargé une direction de ce rôle (pôle de la direction stratégie ou pôle de la direction de l'offre de soins) ;
- la direction des finances de l'ARS assure le reporting budgétaire et le pilotage du suivi administratif et comptable (contrôle et envoi des décisions attributives de financement) ;
- les délégations territoriales sont le relais de l'ARS dans les différents bassins de santé. Elles participent à l'identification des besoins locaux ainsi qu'à la remontée de difficultés éventuelles dans le paiement des crédits FIR.

Cette nouvelle organisation a facilité le décloisonnement des différentes directions métiers et permis de respecter la nature transversale du FIR. Ces structures régionales sont appuyées, dans la plupart des ARS, par un référent FIR servant d'interlocuteur unique auprès de l'ensemble des intervenants extérieurs (CPAM, bénéficiaires, etc....).

Les ARS recourent également à des réunions périodiques (d'hebdomadaire à mensuelle selon les besoins des régions) où les CPAM/CGSS sont conviées dans certaines régions afin d'affiner les modalités de collaboration et d'informer l'ARS des paiements effectués. Ces rencontres s'accompagnent également de la mise en place d'une base de données commune ou l'utilisation d'un outil de suivi comptable unique (SIBC pour la majorité des ARS). Ces divers instruments permettent ainsi un partage homogène et relativement complet des informations relevant de la gestion du fonds.

Exemple de procédure d'arbitrage pour le FIR dans l'ARS Centre



1. Les directions métiers préparent le dossier prévisionnel prévision de répartition des enveloppes, proposition de plan d'actions préliminaire, demandes de fongibilité, et une cible d'économies, sous la maîtrise d'œuvre de la DESAJ. La DESAJ réalise une synthèse des objectifs par thématique, en capitalisant sur le dialogue de gestion (préparation et résultats). L'agence comptable est associée aux travaux, notamment pour le suivi de l'impact financier
2. Le DG définit les objectifs en termes de marge de manœuvre et se prononce sur les actions par thématique
3. Les directions métier affinent le plan d'actions par thématique hiérarchisé et agencé dans le temps, pour atteindre les objectifs fixés par le DG
4. Les DT se prononcent sur la cohérence territoriale du plan d'actions, et sur la faisabilité de ces actions
5. Le DG valide le budget prévisionnel du FIR, et demande des ajustements sur les actions proposées si nécessaire
6. Les directions métiers réalisent les ajustements en coordination avec les DT pour chaque thématique, et recalculent les montants exacts à la publication de la circulaire budgétaire
7. Le DG valide l'utilisation du FIR pour l'année
8. Les directions du siège (DOSMS, DSPE, DESAJ et Agence comptable) réalisent un suivi trimestriel des engagements et des arbitrages à rendre en DM

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

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

La souplesse de gestion du FIR a permis aux ARS d'adapter et de calibrer au plus juste les actions dédiées aux missions nationales. Le fonds a ainsi financé les grandes orientations nationales fixées par le Gouvernement.

- Assurer un maillage cohérent et complet de la permanence des soins ambulatoire comme hospitalière

Dans la mesure où le FIR est devenu opérationnel dans des délais compatibles avec la mise en œuvre du SROS, l'élaboration des schémas cibles PDSSES et PDSA a pu être d'emblée cadrée par les ressources mobilisables dans le cadre du FIR.

En effet la fongibilité des crédits FIR a été un vecteur central de restructuration des cahiers des charges PDSA. Ces derniers déterminent l'ensemble des modalités d'organisation et d'accessibilité territoriales en matière de permanence de soins ambulatoire. Ils fixent principalement la localisation des lieux de garde en fonction de la couverture des besoins identifiés ainsi que les rémunérations forfaitaires des médecins. Les crédits FIR ont permis de financer l'ensemble des prescriptions inscrites dans les cahiers des charges régionaux PDSA.

Conformément à l'article L1434-9 du CSP, le schéma régional de l'offre de soin, ou SROS-PRS, est un outil d'évaluation des besoins de santé permettant de déterminer l'offre de soins la plus adaptée à la région. Son objectif est ainsi de répondre aux besoins santé de la population et de participer à la réduction des inégalités d'accès aux soins. Il contribue à ce titre à la réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES). En effet, la mise en œuvre du SROS, appuyée sur l'utilisation des crédits FIR, garantit un accès permanent aux soins et améliore l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. Les ARS ont pu poursuivre la mise en œuvre des schémas cibles d'organisation territoriale de PDSSES. Un effort de rationalisation de la PDSSES a permis la suppression de lignes de garde des établissements présentant une trop faible activité ou à proximité directe d'un établissement de taille supérieure, permettant ainsi de redéployer des moyens sur d'autres zones ou pour d'autres types d'actions.

- Développer la prévention

La priorité donnée à la prévention se traduit dans le développement de l'ensemble des actions tendant à promouvoir la santé individuelle et collective, notamment :

- la promotion de la santé ;
- l'éducation pour la santé ;
- la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques (dépistages, vaccinations...);
- la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique ;

Le FIR est désormais l'instrument principal des actions de préventions mises en œuvre par les ARS. Les crédits de prévention (crédits issus du programme 204, du fonds de prévention de l'Assurance Maladie et de certains anciens crédits MIG) sont protégés par la fongibilité asymétrique et ne peuvent être engagés que pour des projets liés à la prévention.

Les ARS peuvent en outre mobiliser des crédits supplémentaires à ceux qui leur ont été alloués. Elles doivent effectuer une demande de crédits au titre de la fongibilité asymétrique auprès de la CNAMTS, sous réserve du respect de l'enveloppe globale allouée au titre du FIR. Grâce à ce mécanisme, les ARS ont pu bénéficier de 5381 071€ de crédits supplémentaires¹ au titre de la prévention.

- Assurer le décloisonnement entre les domaines sanitaire, ambulatoire et médico-social

L'une des priorités nationales, affichées dans la stratégie nationale de santé, est de décloisonner le domaine sanitaire, ambulatoire et médico-social. En effet, la SNS vise transformer le système de soin actuel pour supprimer peu à peu les ruptures, les redondances ou les incohérences, provoquées par les cloisonnements.

Les crédits FIR participent à cette dynamique en finançant des actions d'amélioration de l'efficience sur les champs ambulatoire, sanitaire et médico-social. En réunissant les sources de financement antérieurement différenciées, le fonds donne une lisibilité accrue à certaines

¹ Pour plus de détails, cf. mission 5

catégories d'actions. Le parcours de soins entre les champs sanitaire, médico-social et ambulatoire peut être appréhendé de manière globale. A titre d'exemple, certaines ARS ont pu grâce aux crédits FIR financer le parcours de soins des personnes âgées par l'accès aux soins de 1^{er} recours bucco-dentaire en EHPAD.

- Contribuer à la performance hospitalière

Le secteur hospitalier doit faire face à de nouvelles exigences (efficacité budgétaire, utilisation optimale de ses ressources ou encore satisfaction du patient). Ce contexte implique alors la nécessaire amélioration de la performance hospitalière.

Le FIR soutient cette évolution. Tout d'abord en finançant le programme national PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) qui accompagne les établissements dans la recherche d'un achat plus efficace des produits de santé et dispositifs médicaux. Mais également en permettant de concrétiser les projets de performance proposés par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). A titre d'exemple, le FIR a permis en 2012 d'accompagner le passage de certains EPS à une comptabilité analytique (calcul de coûts par pôle) ou encore de développer un système d'information unique entre SAMU et établissements.

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

Les ARS ont pu utiliser le FIR pour soutenir des actions inscrites dans les priorités régionales de leur projet régional de santé (PRS). Créé par la loi HSPT, d'une durée de cinq ans, le PRS vise à déterminer les priorités des politiques de santé en région, dans les différents champs hospitaliers, ambulatoire, médico-social et de prévention, et met en place une stratégie visant à renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie, réduire les inégalités sociales et territoriales, et renforcer l'efficacité des dispositifs et la performance des organisations.

Cette utilisation du FIR n'est toutefois pas encore clairement apparente dans les rapports des ARS compte tenu de la date d'achèvement des PRS dont la publication s'est échelonnée entre avril et décembre 2012.

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

4.1 La relation entre ARS ordonnateur/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 (CNAMTS) assure, par elle-même et via son réseau de 102 caisses primaires (CPAM) et de 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS), la gestion comptable et financière du FIR.

Pour 2012, à titre transitoire, les circuits d'engagement de la dépense, de la liquidation et de paiement se sont appuyés sur les dispositifs préexistants propres à chaque composante du FIR, qui ont été toutefois réaménagés pour partie. A titre d'exemple les Crédits CDAG, CPP, ETP relèvent encore des circuits comptables qui prévalait pour les ex-MIG.

Les ARS pilotent et engagent les crédits FIR. Elles sont également responsables de la liquidation des dépenses du FIR sauf s'agissant de la PDSA et de la PDES, pour lesquels, la CPAM procède elle-même à la liquidation et à son contrôle au vu des tableaux de garde et des décisions de l'ARS mais aussi au vu des facturations par les professionnels de santé.

Les CPAM effectuent ensuite le paiement des crédits aux bénéficiaires sur l'ordre de paiement et au vu des pièces justificatives envoyées par l'ARS. Au titre des crédits prévention issus du BOP 204 et du fonds de prévention de l'assurance maladie, l'ARS est compétente pour l'engagement la liquidation le paiement et la comptabilisation.

Grille des attributions ARS/CPAM

Missions	Attributions ARS- CPAM			
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Contrôle de la liquidation/ validité de la créance*	Paiement
PDES (L. 6112-1 CSP)	ARS	CPAM	CPAM	CPAM
PDSA (rémunérations forfaitaires)		ARS /CPAM**	CPAM	CPAM
Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Amélioration de la qualité et coordination des soins		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Amélioration des conditions de travail des personnels des ES et accompagnement social		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Prévention, santé publique et sécurité sanitaire		ARS	ARS	ARS
Mutualisation moyens structures sanitaires		ARS	ARS	CPAM
Prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie		ARS	ARS	CPAM

Source : Circulaire FIR 09/03/2012

4.2 Le suivi budgétaire

Dans le cadre de sa mission, la CNAMTS établit une consolidation des comptes du FIR, à partir :

- d'une part, des balances comptables en provenance des ARS relatives aux opérations de prévention-santé publique. l'ARS assure, en effet, la liquidation, le paiement et la comptabilisation des dépenses de prévention-santé publique (à l'exception des dépenses CDAG) ;
- d'autre part, des balances comptables en provenance des CPAM relatives aux autres dépenses du FIR (PDSA, PDES, des anciens FIQCS et FMESPP).

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

Echanges d'informations comptables entre ARS, CPAM CNAMTS

Source : Secrétariat Général

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 2012 ont concerné :

- les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoire (PDSA) ;
- 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 (PDES) prévue au 1° de l'article L6112-1 du CSP.

La circulaire SG-CNAMTS n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 indiquait :

- 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 PDES, qu'il était demandé aux ARS de mettre en œuvre les schémas cibles d'organisation territoriale arrêtés dans les SROS-PRS, qui doivent permettre une mutualisation et une optimisation des ressources médicales disponibles et un effort d'économie.

Il s'agit dans le cadre de cette partie de mettre en lumière les modalités choisies par les ARS pour mettre en œuvre des actions en matière de permanence des soins, et d'en évaluer leur impact budgétaire et leur efficacité.

1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la 1^{re} 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 le DG ARS 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 2012 a constitué une année charnière pour la PDSA régionale, elle a été l'année du basculement des dotations régionales de PDSA au sein du FIR le 1^{er} mars 2012 mais également de l'adoption de la quasi-totalité des cahiers régionaux de PDSA.

A cet égard, il convient de rappeler que les données du FIR pour cet exercice 2012 ne peuvent être que regardées comme reflétant partiellement le bilan des actions des ARS en matière de PDSA.

En effet, la réforme de la PDSA a été déployée dans les régions selon un calendrier différencié, les ARS ayant arrêté leur cahier des charges dans un calendrier cohérent avec celui de leur SROS (voir encadré relatif au calendrier d'adoption des cahiers des charges de PDSA). A la fin du deuxième trimestre 2012, seule la moitié des cahiers des charges avaient commencé à produire leurs effets.

Or, comme prévu par la circulaire FIR du 9/03/2012, le FIR a commencé à financer les forfaits de PDSA dès son entrée en vigueur, au 1^{er} mars 2012, que les nouvelles modalités d'organisation et de financement des gardes aient été ou non arrêtées par l'ARS. Dans le laps de temps séparant l'entrée en vigueur du FIR de celle du cahier des charges de PDSA, le paiement des forfaits a donc été affecté sur le FIR selon les montants déterminés antérieurement par la convention nationale médicale et dans le cadre d'organisations départementales préexistantes. Il en résulte que la majorité des ARS n'ont eu une maîtrise des crédits de PDSA que de façon très partielle en 2012 et que les résultats de l'exercice 2012 du FIR devront en conséquence être examinés avec prudence s'agissant de la PDSA.

Calendrier d'entrée en vigueur des cahiers des charges régionaux de PDSA

1er trimestre 2012	2ème trimestre 2012	3ème trimestre 2012	4ème trimestre 2012	2013
Alsace Franche-Comté Basse-Normandie Poitou-Charentes	Auvergne Bourgogne Bretagne Centre Lorraine Guyane Océan Indien	Aquitaine Nord-Pas-de-Calais Haute-Normandie Pays de la Loire Martinique	Ile de France Languedoc-Roussillon Limousin Picardie Rhône-Alpes	Champagne-Ardenne Midi-Pyrénées PACA Guadeloupe Corse

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 » (PDSA) 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'effecton retenues. L'exercice de la PDSA est désormais ouvert à tout médecins 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.

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 et être ainsi être vectrice d'une maîtrise des actes de PDSA.
- l'utilisation des nouvelles 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

Comptabilisation des crédits consacrés à PDSA
(Comptes de la mission 1 et 2, provisions de PDSA incluses)

PDSA (missions 1 et 2)	EPRD + DM missions 1 +2	Crédits comptabilisés FIR (avec provisions)	Ecart EPRD - crédits FIR	
			VA	taux
Alsace	4 553 425	4 179 486	- 373 940	-8%
Aquitaine	10 114 245	9 461 501	- 652 744	-6%
Auvergne	5 918 584	5 697 397	- 221 187	-4%
Basse Normandie	1 827 791	1 935 023	107 232	6%
Bourgogne	4 235 671	4 052 508	- 183 163	-4%
Bretagne	6 825 182	5 945 821	- 879 361	-13%
Centre	3 812 000	3 896 398	84 398	2%
Champagne Ardennes	2 535 488	2 137 726	- 397 762	-16%
Corse	895 453	639 427	- 256 026	-29%
Franche Comté	4 822 148	3 869 313	- 952 835	-20%
Guadeloupe	1 080 455	1 012 454	- 68 001	-6%
Guyane	237 483	234 008	- 3 475	-1%
Haute Normandie	2 201 810	2 579 630	377 820	17%
Ile de France	8 627 031	7 519 067	- 1 107 964	-13%
La Réunion	1 020 570	968 875	- 51 695	-5%
Languedoc Roussillon	6 783 584	6 688 722	- 94 862	-1%
Limousin	4 325 409	4 150 666	- 174 743	-4%
Lorraine	6 958 463	6 905 471	- 52 992	-1%
Martinique	611 748	776 461	164 713	27%
Midi Pyrénées	12 441 276	10 893 887	- 1 547 389	-12%
Nord Pas de Calais	8 801 032	8 491 354	- 309 678	-4%
Pays de Loire*	14 204 104	12 238 169	- 1 965 935	-14%
Picardie	3 742 341	3 485 947	- 256 394	-7%
Poitou-Charentes	3 091 254	2 850 494	- 240 760	-8%
Provence Alpes Cote d'Azur	12 225 875	10 098 443	- 2 127 432	-17%
Rhône Alpes	13 239 169	12 816 808	- 422 361	-3%
Total	145 131 591	133 525 055	- 11 606 536	-8%

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. La sous-consommation significative des crédits de PDSA par rapport aux crédits budgétés dans cette région est attribuable, d'une part, à la mise en œuvre tardive de l'expérimentation dans deux départements de la région (Vendée, Sarthe), en septembre 2012, et, d'autre part, aux difficultés d'anticipation, au stade de l'EPRD, des fluctuations d'activité des médecins libéraux, et donc des crédits associés.

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 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 de près de 11 millions €, soit 8% de la masse. Ces données doivent néanmoins être analysées avec prudence dans la mesure où, lors de ce premier exercice, certains crédits de PDSA indiqués comme budgétés dans les rapports d'activité et au sein des EPRD ont pu être imputés sur des comptes divers ne relevant pas spécifiquement de la PDSA au sein du plan comptable tenu de la nomenclature utilisée (notamment comptes « autres crédits »). Ce point devra être corrigé dans le cadre de l'exercice 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. Cet élément de décalage est mis en avant par l'ensemble des rapports d'activité des ARS en ce qu'il 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).

1.2. Stratégie spécifique et crédits alloués à la PDSES

1.2.1 Stratégie relative à la PDSES

— Méthode de travail

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). Dans ce cadre, les ARS ont mis en œuvre la réforme de la PDSES sur la base du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS diffusé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2011 [partie relative aux Missions de Service Public (MSP) et aux annexes relatives à la PDSES].

Une organisation cible de PDSES a ainsi été définie pour chaque région au sein du SROS-PRS. L'année 2012 a constitué une année de transition pour la PDSES, elle a été l'année du basculement des dotations régionales de PDSES au sein du FIR et de l'adoption de la quasi-totalité des schémas cibles, selon un calendrier propre à chaque ARS.

Pour élaborer ce schéma cible régional, un état des lieux a été réalisé par chaque ARS afin d'établir un diagnostic des besoins, des ressources médicales et moyens techniques disponibles, et des spécificités géographiques. Les constats réalisés dans cette phase diagnostique ont fait l'objet dans chaque ARS d'une consultation, parfois à plusieurs niveaux (territorial et régional), avec les professionnels de santé (praticiens hospitaliers et médecins libéraux), représentants des établissements et fédérations d'établissements concernés.

A l'appui de ces constats, les ARS ont élaboré, au terme d'une large concertation (constitution de groupes de travail *ad hoc*), et selon une logique de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles, un schéma cible régional :

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

La reconnaissance de la mission de service public de PDSSES s'est faite par inscription (ou intégration d'un avenant) au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'ARS et chaque établissement de santé éligible. Dans quelques régions, l'existence de lignes de gardes et astreintes non pourvues ont conduit les ARS concernées à lancer des appels à candidatures sur la base d'un cahier des charges de la PDSSES (ex : cahier des charges en Corse pour 3 disciplines : urologie, ORL et ophtalmologie).

— Les principes de mise en œuvre

La PDSSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (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 PDSSES sont les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences)

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

Les objectifs de la réorganisation de la PDSSES visent à :

- *Améliorer l'accès aux soins* : garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins), et une accessibilité financière (tarifs opposables secteur 1)
- *Améliorer la qualité de la prise en charge* : sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation, réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences
- *Améliorer l'efficacité* : optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut, éviter les doublons entre établissements sur une même activité, répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé

Pour élaborer leur schéma cible, les ARS ont mis en œuvre certains principes définis de manière concertée, comme :

- L'attribution prioritaire de lignes de gardes et astreintes aux établissements sièges d'un service d'accueil des urgences en situation de recevoir des patients relevant de la PDSSES
- La prise en compte des volumes d'activité réalisés (intégrant des éléments de saisonnalité) et des effectifs disponibles par discipline (analyse des recours à la PDSSES)
- Le respect des normes réglementaires : obligation de permanence médicale dans le régime d'autorisation de certaines activités de soins (réanimation, soins intensifs en cardiologie, pédiatrie en néonatalogie, etc.)
- La modulation de l'organisation des gardes et astreintes selon une logique de maillage territorial.

En appliquant ces principes et pour répondre aux objectifs de la réorganisation de la PDSSES, un nombre cible de lignes de gardes et d'astreintes par territoire a ainsi été défini pour chaque spécialité.

Pour mettre en œuvre leur schéma et en raison de l'importance de l'offre à restructurer, certaines régions ont opté pour une réorganisation de la PDSSES progressive et par spécialité. Ainsi en 2012, l'ARS Ile de France a concentré ses efforts sur deux spécialités majeures (chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique) avec notamment pour objectifs d'agir sur la sécurité et la qualité des prises en charge et de définir des principes d'organisation permettant à terme d'élargir le champ de la réorganisation de la PDSSES aux autres spécialités.

— Le calendrier de mise en œuvre

L'année 2012 constitue l'année de démarrage du nouveau dispositif de PDSSES faisant intervenir l'ensemble des secteurs hospitaliers, public et privé. Les schémas cibles de PDSSES et l'organisation nouvelle qui en découle seront pleinement mis en œuvre en 2013. Le calendrier de déploiement du dispositif a été défini par chaque ARS, avec la possibilité d'échelonner la mise en œuvre sur la durée du SROS PRS.

Calendrier d'entrée en vigueur des SROS-PRS

1er trimestre 2012	2ème trimestre 2012	3ème trimestre 2012	4ème trimestre 2012	1er trimestre 2013
Alsace Franche-Comté Poitou-Charentes Bourgogne PACA Nord-Pas-de-Calais Limousin Guyane Aquitaine Bretagne Languedoc-Roussillon Pays de la Loire	Auvergne Centre Champagne-Ardenne Océan Indien Haute-Normandie	Lorraine	Basse-Normandie Ile de France Picardie Rhône-Alpes Midi-Pyrénées Guadeloupe Corse	Martinique

1.2.2 Crédits alloués pour la PDSSES

Le FIR étant entré en vigueur le 1er mars 2012 le financement en année pleine de la PDSSES a été constitué de la manière suivante :

- 10 mois pour la permanence des soins en établissements de santé publics et ESPIC : financement des gardes et astreintes du 1^{er} janvier au 29 février 2012 par des crédits MIG et du 1^{er} mars au 31 décembre 2012 par des crédits FIR.
- 9 mois pour la permanence des soins en établissements de santé privé commerciaux : financement des gardes et astreintes du 1^{er} janvier au 31 mars 2012 par des crédits MIG et du 1^{er} avril au 31 décembre 2012 par des crédits FIR.

Ventilation des crédits FIR (EPRD et comptabilisation) au titre de la PDES

PDES	Enveloppe Indicative ¹ (10/12 ^{ème})	EPRD + DM 2012 (10/12 ^{ème})	Taux de redéploiement ²	Crédits comptabilisés (avec provision) (10/12 ^{ème})	Écart Crédits comptabilisés – EPRD+DM 2012	
					Écart en VA	Écart en %
ARS ALSACE	22 122 418	20 654 762	-6.6%	20 649 180	-5 582	0.0%
ARS AQUITAINE	31 408 625	31 325 588	-0.3%	30 784 542	-541 046	-1.7%
ARS AUVERGNE	12 736 260	12 736 260	0.0%	12 442 825	-293 435	-2.3%
ARS BASSE NORMANDIE	16 716 928	16 292 092	-2.5%	15 896 270	-395 822	-2.4%
ARS BOURGOGNE	17 627 724	16 682 250	-5.4%	16 564 953	-117 297	-0.7%
ARS BRETAGNE	31 684 471	30 284 751	-4.4%	29 809 963	-474 788	-1.6%
ARS CENTRE	23 003 195	21 761 910	-5.4%	21 569 276	-192 634	-0.9%
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	13 740 623	14 530 621	5.7%	14 119 538	-411 083	-2.8%
ARS CORSE	2 348 413	2 358 647	0.4%	2 350 715	-7 932	-0.3%
ARS FRANCHE-COMTE	11 558 983	11 716 183	1.4%	11 716 183	0	0.0%
ARS GUADELOUPE	3 501 510	2 679 521	-23.5%	2 679 521	0	0.0%
ARS GUYANE	1 768 776	1 768 776	0%	1 768 776	0	0,0%
ARS HAUTE NORMANDIE	16 198 763	14 892 050	-8.1%	14 558 624	-333 426	-2.2%
ARS ILE-DE-FRANCE	120 798 593	101 698 590	-15.8%	101 077 835	-620 755	-0.6%
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON	23 271 440	21 592 610	-7.2%	21 592 610	0	0.0%
ARS LIMOUSIN	8 787 391	8 330 540	-5.2%	8 378 800	48 260	0.6%
ARS LORRAINE	26 834 612	25 354 662	-5.5%	23 637 760	-1 716 902	-6.8%
ARS MARTINIQUE	4 753 754	4 736 454	-0,3%	4 744 950	+8 496	+0,1%
ARS MIDI-PYRENEES	25 229 168	22 293 682	-11.6%	21 495 944	-797 738	-3.6%
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	40 972 388	39 148 639	-4.5%	39 148 638	-1	0.0%
ARS OCEAN INDIEN	7 144 793	7 127 780	-0.2%	7 162 734	34 954	0.5%
ARS PACA	49 956 273	51 100 154	2.3%	50 593 142	-507 012	-1.0%
ARS PAYS DE LA LOIRE	30 760 173	30 442 199	-1.0%	30 026 944	-415 255	-1.4%
ARS PICARDIE	17 922 602	17 632 373	-1.6%	16 901 466	-730 907	-4.1%
ARS POITOU-CHARENTES	16 946 393	16 946 393	0.0%	17 135 405	189 012	1.1%
ARS RHONE-ALPES	59 722 537	53 563 264	-10.3%	47 575 626	-5 987 638	-11.2%
TOTAL NATIONAL	637 516 804 *	597 650 754	-6.2%	584 382 220	-13 268 534	-2.2%

Source : comptabilité budgétaire ARS

Ainsi les ARS avaient prévu un redéploiement à hauteur de 6% des crédits initialement destinés à cette mission, obtenu principalement par des efforts de réorganisation de la PDES 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 PDES explique globalement ce résultat.

S'agissant de la première année d'exercice du FIR, il convient d'interpréter l'écart entre les crédits budgétés par les ARS (EPRD +DM) et les crédits comptabilisés en 2012 avec prudence dans la mesure où les difficultés inhérentes à l'organisation de la gestion budgétaire et comptable du FIR, détaillées dans la première partie du rapport, impactent directement le financement de la PDES. En particulier, la mise en œuvre de circuits de liquidation et de

¹ Cette colonne n'a qu'une valeur informative et ne correspond pas à 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 Le taux de redéploiement représente l'écart entre les crédits initialement destinés à cette mission et les crédits prévus à l'EPRD+DM.

* Soit 765 020 165 euros en année pleine

paiement spécifiques pour la permanence des soins en établissement de santé privé (engagement des dépenses par les ARS, liquidation et paiement direct aux médecins libéraux par les CPAM) rend délicate une analyse fine de cet écart.

Répartition sectorielle des crédits FIR consacrés à la PDSES

PDSES	Permanence des soins en établissement de santé privé (ex-OQN) ¹	Permanence des soins en établissement de santé public et ESPIC (ex-DG) ²	TOTAL
	(9/12 ^{ème})	(10/12 ^{ème})	
	<i>656111321</i>	<i>656111322</i>	
ARS ALSACE	308 223	20 340 957	20 649 180
ARS AQUITAINE	3 148 625	27 635 917	30 784 542
ARS AUVERGNE	285 193	12 157 632	12 442 825
ARS BASSE NORMANDIE	822 114	15 074 156	15 896 270
ARS BOURGOGNE	1 144 121	15 420 832	16 564 953
ARS BRETAGNE	785 212	29 024 751	29 809 963
ARS CENTRE	1 884 276	19 685 000	21 569 276
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	885 719	13 233 819	14 119 538
ARS CORSE	228 485	2 122 230	2 350 715
ARS FRANCHE-COMTE	389 094	11 327 089	11 716 183
ARS GUADELOUPE	66 310	2 613 211	2 679 521
ARS GUYANE	0	1 768 776	1 768 776
ARS HAUTE NORMANDIE	1 590 705	12 967 919	14 558 624
ARS ILE-DE-FRANCE	5 893 114	95 184 721	101 077 835
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON	4 858 066	16 734 544	21 592 610
ARS LIMOUSIN	363 680	8 015 120	8 378 800
ARS LORRAINE	1 225 260	22 412 500	23 637 760
ARS MARTINIQUE	8 496	4 736 454	4 744 950
ARS MIDI-PYRENEES	5 251 569	16 244 375	21 495 944
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	1 415 660	37 732 978	39 148 638
ARS OCEAN INDIEN	168 787	6 993 947	7 162 734
ARS PACA	5 338 421	45 254 721	50 593 142
ARS PAYS DE LA LOIRE	2 436 691	27 590 253	30 026 944
ARS PICARDIE	1 139 492	15 761 974	16 901 466
ARS POITOU-CHARENTES	1 014 700	16 120 705	17 135 405
ARS RHONE-ALPES	4 837 819	42 737 807	47 575 626
TOTAL NATIONAL	45 489 832 *	538 892 388 **	584 382 220

Source : comptabilité budgétaire ARS

¹ Les crédits PDSES FIR pour les établissements de santé privés commerciaux concernent 9 mois (1^{er} avril- 31 décembre 2012)

² Les crédits PDSES FIR pour les établissements de santé publics et ESPIC concernent 10 mois (1^{er} mars- 31 décembre 2012)

* A titre de comparaison, en 2011, les dépenses ramenées à 9 mois peuvent être estimées à 42 205 133 € au titre de la permanence des soins en établissements de santé privés dans le cadre du dispositif des Contrats de pratiques professionnelles (estimation à partir des données CNAMTS année pleine).

** A titre de comparaison, en 2011, les dépenses ramenées à 10 mois peuvent être estimées à 592 320 019 € au titre de la permanence des soins en établissements de santé publics et ESPIC dans le cadre des dotations MIGAC (estimation à partir des données ARBUST MIGAC année pleine).

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

2.1 Sur la PDSA

Comme indiqué supra, l'année 2012 a été une année de mise en place des nouveaux cahiers des charges de PDSA. Seuls quatre cahiers des charges étaient en vigueur lors du basculement des crédits forfaitaires dans le FIR. Dans les autres ARS, la PDSA a continué à fonctionner à partir des anciennes organisations et selon les règles de rémunération fixées par la convention jusqu'à l'adoption de leur cahier des charges, sans maîtrise des crédits dépensés dans ce cadre.

Compte tenu de ces éléments, la plupart des ARS ont programmé l'évaluation de leur nouveau dispositif de PDSA en termes d'efficacité et d'amélioration du parcours des patients pour l'année à venir dans le cadre des procédures et des indicateurs prévus dans leur cahier des charges.

Il en résulte que les résultats ci-dessous présentés pour l'exercice 2012 doivent être pris avec toutes les précautions utiles et que le bilan qualitatif des actions menées est nécessairement limité à ce stade.

2.1.1 Bilan quantitatif

Rémunérations des médecins participant à la PDSA :

Montants des forfaits versés aux médecins de PDSA en application de l'article R. 6315-6 CSP (année 2011-2012)

ARS	montant des forfaits consommés 2011 année pleine	montant des forfaits consommés 2012 année pleine	taux d'évolution tous forfaits 2011-2012	taux d'évolution des forfaits de régulation	taux d'évolution des forfaits d'effectif
Alsace	5 309 052	5 027 651	-5%	16%	-8%
Aquitaine	10 176 809	10 246 821	1%	43%	-7%
Auvergne	6 554 620	5 449 789	-17%	8%	-24%
Basse-Normandie	1 923 297	1 782 733	-7%	-15%	0%
Bourgogne	4 900 740	4 411 159	-10%	9%	-16%
Bretagne	6 969 819	6 543 663	-6%	13%	-12%
Centre	4 128 756	4 189 006	1%	10%	-2%
Champagne-Ardenne	2 526 103	2 368 155	-6%	2%	-9%
Corse	820 078	799 357	-3%	-1%	-3%
Franche-Comté	5 108 006	4 444 572	-13%	-11%	-14%
Haute-Normandie	2 466 038	2 440 678	-1%	17%	-14%
Ile de France	6 730 522	7 453 575	11%	20%	2%
Languedoc-Roussillon	6 752 622	6 594 672	-2%	12%	-6%
Limousin	4 714 958	4 568 186	-3%	4%	-5%
Lorraine	8 082 419	7 485 182	-7%	15%	-10%
Midi-Pyrénées	12 544 779	12 353 568	-2%	2%	-3%
Nord Pas de Calais	8 904 727	8 373 776	-6%	27%	-13%
Pays de la Loire	9 744 650	10 278 824	5%	13%	3%
Picardie	3 940 051	3 871 660	-2%	20%	-7%
Poitou-Charentes	3 771 798	3 179 212	-16%	4%	-35%
PACA	11 549 300	10 840 343	-6%	0%	-8%

Rhône-Alpes	13 283 019	13 074 301	-2%	7%	-5%
Guadeloupe	1 018 353	1 036 159	2%	0%	3%
Guyane	49 900	77 200	55%		55%
Martinique	655 268	620 481	-5%	1%	-12%
Océan Indien	898 859	947 675	5%	11%	-3%
Total France	143 524 542	138 458 396	-4%	9,7%	-8,1%

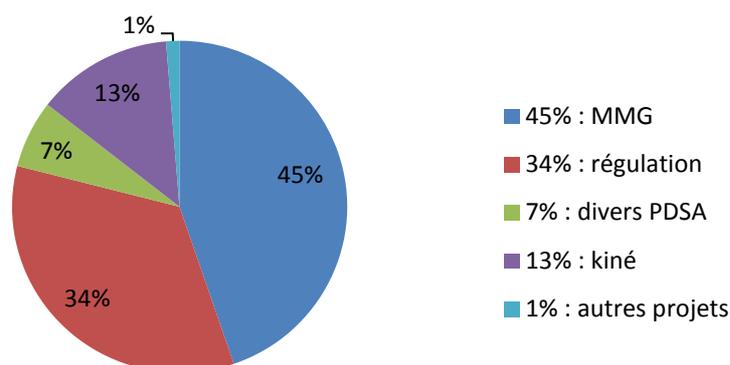
Source : CNAMTS

La comparaison des crédits forfaitaires consommés en année pleine entre 2011 et 2012 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 diminution globale des dépenses forfaitaires (-4%), due notamment aux efforts de réorganisation de la PDSA réalisés. Le renforcement de la régulation mené par les ARS trouve sa traduction financière dans une augmentation de 9.7% 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%).

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

Répartition du nombre de projets portés par les ARS



En 2012, 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 (45%), auxquels 6.9 millions d'euros ont été consacrés dans le cadre du FIR, et les centres de régulation (34% des projets financés). Quelques ARS ont contribué au financement d'autres projets intéressant leur nouveau dispositif de PDSA, telle 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 dans le Limousin ou la mise à disposition d'un hébergement pour les médecins mobiles de Vendée.

14% des projets financés concernent des activités spécifiques de prise en charge des soins non programmés, ne relevant pas *stricto sensu* de la PDSA, dont 13% 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 (Bretagne).

2.1.2 Bilan qualitatif

Les rapports d'activité ainsi que l'analyse des cahiers des charges de PDSA 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 (+3 points).

Cette augmentation de la masse financière de la régulation s'explique pour une part mécaniquement par l'augmentation du tarif horaire plancher fixé par l'arrêté ministériel du 10/04/2011 (70€/h contre 69€/h dans la convention médicale). Elle s'explique également par la valorisation des forfaits de régulation réalisée par plus de la moitié des ARS. Les forfaits horaires de régulation varient ainsi de 70 à 92€/heure (en Aquitaine). 9 ARS ont fixé un second forfait supérieur à 90€/h, afin de valoriser spécifiquement certaines plages horaires et les rendre plus attractives : jusqu'à 120€ pour les heures de régulation réalisées en nuit profonde en Picardie, 100€/h pour la régulation effectuée les jours de Noël et le jour de l'an en Lorraine.

L'effort consacré à la régulation dans les stratégies régionales de PDSA permet à la part des actes régulés aux heures de PDSA de progresser de deux points pour l'ensemble de la France par rapport à l'année 2011 pour atteindre 62%.

Part des actes régulés aux heures de PDSA 2011-2012

Région	part actes régulés 2011	part des actes régulés 2012
ALSACE	63%	63%
AQUITAINE	74%	77%
AUVERGNE	74%	76%
BASSE NORMANDIE	78%	69%
BOURGOGNE	75%	79%
BRETAGNE	81%	83%
CENTRE	69%	69%
CHAMPAGNE-ARDENNE	78%	80%
CORSE	30%	51%
FRANCHE COMTE	70%	71%
HAUTE NORMANDIE	63%	63%
ILE DE France	53%	52%
LANGUEDOC ROUSSILLON	56%	56%
LIMOUSIN	69%	70%

LORRAINE	75%	72%
MIDI PYRENEES	58%	58%
NORD-PAS DE CALAIS	63%	65%
PACA	41%	42%
PAYS DE LA LOIRE	81%	82%
PICARDIE	61%	64%
POITOU-CHARENTES	74%	76%
RHONE ALPES	65%	67%
GUADELOUPE	23%	23%
GUYANE	7%	16%
MARTINIQUE	63%	67%
OCEAN INDIEN	30%	40%
TOTAL France	60%	62%

Source : CNAMTS

- Des dispositifs ajustés au plus près des territoires :

Les ARS ont exploité les nouvelles souplesses du nouveau 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. 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. Treize ARS ont maintenu la PDSA après minuit sur la plupart de leurs territoires : en totalité dans quatre régions, partiellement dans sept autres et de façon souvent contrastée en fonction des départements. Dans treize régions, l'arrêt en nuit profonde de la PDSA concerne la plus grande partie du territoire (hors zones SOS médecins).

2.1. Sur la PDSSES

2.1.1. Bilan quantitatif

Dans le cadre de ce premier exercice du FIR, le bilan quantitatif de l'évolution des lignes de gardes et d'astreintes avant et après schéma d'organisation régional n'a pu être réalisé de manière exhaustive et consolidée. A cet égard, ce bilan ne peut être que regardé comme reflétant partiellement les actions mises en œuvre par les ARS en matière de PDSSES.

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

- Le nombre de lignes de PDSSES décrites avant schéma est basé sur les diagnostics initiaux issus des déclarations des établissements, qui ne sont pas exhaustives.
- Ce type de recueil est récent et s'appuie sur une définition de la PDSSES qui a été reprécisée. Les données antérieures ne distinguaient pas nécessairement la permanence des soins et la continuité des soins.
- Le renseignement du nombre de lignes de garde et d'astreinte après schéma n'est pas homogène, notamment pour les régions ayant opté pour une réorganisation de la PDSSES progressive et par spécialité.

Eu égard à ces limites, le bilan quantitatif nécessite d'être confirmé sur l'année 2013, quand le nouveau dispositif de PDSSES sera pleinement mis en œuvre dans l'ensemble des régions et l'analyse réalisable en année pleine.

Les rapports d'activité des ARS montrent toutefois 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, les ARS ont opéré des mutualisations de lignes de garde et d'astreinte entre établissements (ou entre les différents sites d'un même groupe hospitalier) et/ou opté pour une organisation de la PDSSES au sein de groupements de coopération sanitaire (GCS). Cette optimisation de l'offre de soins doit se poursuivre en 2013 dans certaines régions (Lorraine, Martinique, Centre). A cet effet, des régions (Ex : Centre) ont reconnu des lignes de PDSSES à titre dérogatoire et pour une période limitée afin de procéder à une évaluation de l'activité réalisée et ajuster si besoin leur schéma cible. D'autres ARS (ex : PACA) indiquent que l'organisation d'ores et déjà mise en place n'évoluera probablement qu'à la marge.

A l'inverse, certaines ARS ont renforcé les lignes de gardes et d'astreintes sur certaines spécialités, notamment celles nouvellement ouvertes au secteur privé¹, ou celles liées à la reconnaissance de la mission de service public de PDSSES pour des activités spécifiques (ex : filière AVC, microchirurgie de la main), tenant compte également de l'évolution des plateaux techniques.

2.1.2. 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

¹ Le dispositif des contrats de pratiques professionnelles (CPP) concernait antérieurement uniquement les gynécologues obstétriciens, pédiatres, chirurgiens, anesthésistes réanimateur, médecins spécialistes en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), médecins urgentistes.

territoriale de la permanence des soins, telle que définie dans les orientations nationales relatives à la réorganisation de la PDSSES, diffusées par le ministère chargé de la santé en 2011¹.

Pour mettre en œuvre ces schémas, les ARS ont développé des stratégies adaptées aux enjeux de la PDSSES

Organisations nouvelles

De manière générale, la réorganisation de la PDSSES a généré des organisations nouvelles inter établissements : coopérations, dispositifs de garde alternée, gardes régionales (Auvergne), équipes médicales de territoire (Bretagne), recours à la télémédecine (notamment dans les DOM).

Dans certaines régions (Picardie notamment) l'ARS a mis en place des cellules de coordination au sein d'un établissement par territoire de santé pour définir les modalités d'accueil des patients relevant du niveau régional ou infra régional, mettre en place une politique de gestion des risques spécifiques à la PDSSES et assurer l'évaluation du dispositif.

Intégration des établissements de santé privés

Les cliniques privées ont été intégrées selon les principes d'élaboration retenus, l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales étant ouvertes désormais à ce secteur (radiologie, gastroentérologie, cardiologie...). L'intégration des cliniques privées a permis d'assurer dans certaines régions des lignes d'astreintes (Haute Corse) ou de gardes (activité d'urgences en Lorraine), inexistantes avant l'élaboration du schéma cible

Prise en compte de l'activité

L'exemple le plus significatif est la distinction de l'organisation de première partie de nuit de la nuit profonde, où l'activité est plus réduite. Cette stratégie a par exemple été mise en place en Ile de France avec une réorganisation en réseaux de l'activité chirurgicale nocturne avec un fonctionnement en « escalier » caractérisé par la mise en veille progressive de certains blocs de chirurgie orthopédique et viscérale à partir de 22h30 (première partie de nuit), pour recentrer l'activité sur quelques sites assurant la nuit profonde (22h30 – 8h30). D'autres initiatives régionales suivent la même logique : remplacement d'astreintes complètes par des demi-astreintes en première partie de nuit, la PDSSES de nuit profonde étant recentrée sur des sites de recours (chirurgie, anesthésie et radiologie en Bourgogne), distinction d'astreintes de sécurité des astreintes forfaitisées (Poitou Charente)

Les ARS ont mis en exergue, pour cette première année de mise en œuvre, 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 sont 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 les territoires.
- *la désertification médicale et l'accès aux soins* : certaines régions ont pu être confrontées sur certains territoires à des problématiques de présence médicale, l'hôpital devant se substituer à l'absence d'offre libérale en nuit profonde (Auvergne, Bourgogne).
- *la géographie de certains territoires* : le caractère insulaire (Corse, Réunion) ou archipélagique (Guadeloupe), comme l'éloignement important entre établissements de santé dans certaines régions (Guyane), rendent les mutualisations des ressources médicales disponibles plus difficiles à réaliser. Des mutualisations inter services et des rationalisation intra-établissements ont permis malgré tout des réorganisations en

¹ Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), DGOS, aout 2011.

Guadeloupe et le recours à la télémédecine est étudié en Guyane pour pallier les difficultés géographiques.

- *les modalités techniques d'indemnisation des médecins participant à la PDSSES* : les modalités différentes d'indemnisation des praticiens du secteur public et du secteur privé ont été citées par certaines régions comme des éléments ne facilitant pas la participation de certains spécialistes à la PDSSES.

En 2012, la mise en œuvre du dispositif de PDSSES a fait l'objet d'une attention particulière dans toutes les régions et intègre un dispositif de suivi et d'évaluation.

Des indicateurs de suivi ont été retenus par les ARS pour permettre, à compter de 2013, une évaluation de la pertinence des organisations mises en place, afin d'opérer des adaptations et ajustements si nécessaire. On peut citer notamment, selon les régions parmi les indicateurs retenus :

- Nombre d'interventions chirurgicales¹/ d'actes techniques/ de consultations sur les périodes de PDSSES
- Taux d'occupation des blocs par tranche horaire
- Nombre de patients hospitalisés en période de PDSSES pour des soins non programmés
- Suivi et analyse des tableaux de gardes et astreintes
- Nombre de patients transférés vers un autre établissement et motifs (plateau technique non adapté, absence de place, absence de ligne de PDSSES)
- Nombre de refus de prise en charge et motifs
- Nombre de signalements de dysfonctionnement
- Délais de prise en charge
- Délais de retour des patients vers leur établissement d'origine
- Nombre de passages dans les services d'accueil des urgences

Cette évaluation de l'organisation de PDSSES a vocation notamment à être réalisée dans le cadre de la revue annuelle des CPOM. Elle permettra également aux ARS d'étudier les demandes de révision ou demandes nouvelles des établissements pour actualiser les lignes de PDSSES. Des comités régionaux de suivi et de concertation (composé des représentants des fédérations hospitalières, des conférences d'établissement et de l'URPS) ont été mis en place à cet effet par certaines ARS (Midi Pyrénées par exemple).

¹ La mesure du volume d'activité des plateaux opératoires et plateaux d'imagerie se fait également dans le cadre du benchmark des blocs opératoires et de l'imagerie médicale.

Mission 2

Amélioration de la qualité et de la coordination des soins, 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 :

- 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 télémédecine ;
- la promotion des dispositifs innovants visant à améliorer la qualité des pratiques et la qualité des soins aux patients ;
- les réseaux de santé ;
- 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 SG-CNAMTS n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 indique qu'afin de favoriser le maintien ou l'installation des professionnels de santé et des structures de santé, il est recommandé :

- dans le cadre du volet ambulatoire du SROS, de soutenir les mesures destinées à favoriser le maintien de l'activité et l'installation des professionnels et des structures de santé ;
- de poursuivre le soutien au développement des maisons de santé répondant au référentiel national et des pôles de santé notamment dans les régions où l'offre de soins est fragilisée et en particulier dans les zones rurales et les quartiers concernés par la politique de la ville ;
- d'accompagner la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires, notamment le déploiement des maisons médicales de garde.

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.

1. Synthèse générale des crédits alloués au titre de la 2^e mission du FIR

1.1 Synthèse financière globale

Ventilation des crédits FIR (EPRD et comptabilisation) au titre de la mission 2

Mission 2	Enveloppe Indicative ¹	EPRD 2012 + DM	Taux de redéploiement	Crédits comptabilisés	Écart Crédits comptabilisés – EPRD+DM 2012	
					Ecart en VA	Ecart en %
ARS ALSACE	6 369 851	6 249 862	-2%	5 647 520,00	-602 342	90,4%
ARS AQUITAINE	10 952 232	9 350 095	-15%	8 976 098,80	-373 997	96%
ARS AUVERGNE	5 955 687	5 432 967	-9%	3 701 822	-1 731 145	68,2%
ARS BASSE NORMANDIE	6 961 209	5 596 010	-20%	4 910 918,99	-685 092	87,8%
ARS BOURGOGNE	8 311 115	8 857 220	7%	7 297 294,40	- 1 559926	82,4%
ARS BRETAGNE	12 093 778	10 655 832	-12%	10 244 751,78	-411081	96,2%
ARS CENTRE	8 865 650	8 220 532	-7%	6 755 552,77	-1464980	82,2%
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	5 462 783	3 820 062	-30%	3 676 436,51	-143626	96,3%
ARS CORSE	1 242 629	682 254	-45%	566 187,50	116067	83%
ARS FRANCHE-COMTE	6 929 141	6 129 953	-12%	6 107 554,26	-22399	99,7%
ARS GUADELOUPE	2 656 951	2 188 646	-18%	2 166 290,59	-22356	99%
ARS GUYANNE	2 192 186	1 721 574	-21%	1 442 146,04	-297428	83,7%
AS HAUTE NORMANDIE	8 701 441	9 252 398	6%	7 497 092,33	-1755306	81%
ARS ILE-DE-FRANCE	47 819 959	51 779 540	8%	46 290 056,10	- 5 489 484	89,3%
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	8 278 497	8 583 463	4%	8 518 610,70	- 64 853	99,2%
ARS LIMOUSIN	3 968 935	3 485 702	-12%	3 393 754,62	-91 948	97,3%
ARS LORRAINE	9 207 457	9 506 255	3%	8 197 818,00	1308437	86,2%
ARS MARTINIQUE	3 395 250	2 143 414	-37%	2 143 414,00	0	100%
ARS MIDI-PYRENEES	11 929 210	10 584 996	-11%	10 100 837,67	- 484159	95,4%

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 rédeployer ces crédits au travers de leur EPRD.

ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	16 357 373	15 760 447	-4%	13 736 128,60	-2 024 319	87,1%
ARS OCEAN INDIEN	3 969 098	3 479 581	-12%	3 523 108,39	+643527	101,2%
ARS PACA	14 962 944	15 842 288	4%	12 537 895,96	-3304393	79,1%
ARS PAYS DE LA LOIRE	10 989 996	11 422 583	4%	8 838 203,97	-2 584380	77,3%
ARS PICARDIE	5 617 158	8 001 229	42%	7 923 930,84	- 77 299	-0,9%
ARS POITOU-CHARENTES	7 244 515	6 992 300	-3%	6 774 813,79	-217 487	-3,1%
ARS RHONE-ALPES	16 816 849	17 673 101	5%	16 669 261,08	-1003840	-5,6%
Provision CAQCS				3 053 457,00		
TOTAL NATIONAL	247 251 894	243 412 304	+0,9%	220 690 956,69	-25 774 805	-10,5%

Source

1.2 Synthèse thématique

Répartition thématique des crédits alloués au titre de la mission 2

Mission 2	CPP	Exercices coordonnés	Maison médicales de gardes	Télé Médecine	Groupe Qualité pairs	Autres actions Financées	Réseaux de santé	CACQS
	65721341	65721343	65721344	65721345	65721346	65721347	65721348	65721350
ARS ALSACE	1213089	0	421 891	0	0	0	4 965 555	0
ARS AQUITAINE	273893	206 525	0	0	0	313 151	8 273 968	52 657
ARS AUVERGNE	572999	380 822	400 170	0	0	0	3 002 303	0
ARS BASSE NORMANDIE	957256	47 770	0	0	0	558 271	3 088 228	3 130
ARS BOURGOGNE	648889	741 010	94 141	0	0	185 753	6 349 057	26000
ARS BRETAGNE	1417442	203 576	269 300	0	347 527	389 984	8 186 609	43 807
ARS CENTRE	1843728	143 301	0	118 000	114 000	319 044	4 378 122	3 229
ARS CHAMPAGNE-	0	332 463	119 814	0	0	48 138	2 176 925	0
ARS CORSE	0	49 132	0	0	0	0	808 055	0
ARS FRANCHE-COMTE	229438	143 354	96 756	0	0	832 952	4 069 612	0
ARS GUADELOUPE	0	0	179 120	0	115 393	665 434	1 521 146	0
ARS GUYANNE	0	0	46 883	17 400	0	539 484	987 384	0
ARS HAUTE NORMANDIE	937938	94 620	326 756	49 982	90 000	116 725	4 757 044	0
ARS ILE-DE-FRANCE	Sans objet	129 715	883 832	0	0	2 195 569	32 922 201	0
ARS LANGUEDOC-	224585	704 205	773 503	770 000	0	845 783	4 219 245	19 758
ARS LIMOUSIN	Sans objet	124 692	58 400	0	0	64 917	2 922 780	15 745

ARS LORRAINE	749853	125 344	66 157	0	0	225 560	6 626 223	16 740
ARS MARTINIQUE	0	0	0	131 269	0	0	1 939 520	0
ARS MIDI-PYRENEES	842174	166 403	115 159	42 350	0	1 151 544	7 724 081	0
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	0	0	328 155	0	0	1940666	9 618 817	39 080
ARS OCEAN INDIEN	153722	120 000	31 818	0	0	81 721	2 751 943	0
ARS PACA	640900	300 00	236 750	0	261 406	523 436	12 256 540	14 092
ARS PAYS DE LA LOIRE	251208	428 400	1 339 242	0	266 612	582 634	6 621 038	0
ARS PICARDIE	823500	341 864	157 646	0	117 573	225 707	3 744 817	0
ARS POITOU-CHARENTES	571315	430 000	70 888	0	0	90 743	5 177 598	2 135
ARS RHONE-ALPES	2818644	438 684	1 285 215	0	0	215 011	12 811 173	60 187
TOTAL NATIONAL	15 170 573	5 651 880	7 301 598	1 129 001	1 312 511	9 916 665	161 899 982	296 560

Source : Données Comptables CNAMTS

2. Stratégie et bilan des actions conduites sur les sous-missions de la 2^e mission du FIR

2.1. Les réseaux de santé

Selon les données recueillies auprès des ARS, 681 réseaux de santé ont bénéficié d'un accord de financement au titre du FIQCS, puis du FIR 2012. Les deux fonds ayant coexisté pendant l'année 2012, les données retranscrites ici, notamment financières, correspondent aux données en année pleine (soit FIQCS et FIR cumulés).

Le montant versé et déclaré par les ARS en 2012 pour ces 681 réseaux de santé, est, quant à lui, de 158,5M€. Ce montant est proche de celui constaté dans les balances comptables cumulant le FIQCS et le FIR 2012, qui s'élève pour les réseaux à 161,9M€. Ce montant est à comparer à la somme versée en 2011, soit 167,2M€, à 716 réseaux de santé. Globalement, si l'enveloppe consacrée aux réseaux de santé est ainsi relativement stable (-3,2% par rapport à 2011), les rapports d'activité régionaux montrent que l'année 2012 est une année de transition. Les ARS ont effet engagé des démarches d'évolution des réseaux, notamment dans le cadre des orientations nationales publiées en octobre 2012, visant à les recentrer sur une mission d'appui à la coordination polyvalente au service des médecins traitants et des équipes de proximité pour la prise en charge des patients en situation complexe¹. Les effets de ces démarches devraient se traduire plus significativement dans les données 2013.

Répartition des réseaux de santé selon la région :

Plus de la moitié des réseaux de santé se répartissent sur 8 régions : Ile-de-France, PACA, Rhône Alpes, Bretagne, Bourgogne, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine et Pays-de-la-Loire (54% des réseaux).

¹ 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 ».

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)

Répartition des réseaux par thème et montants financés en 2012 :

Thème	Nombre total de réseaux	Nombre réseaux avec des données renseignées	Montant 2012 versé données renseignées	Montant moyen versé par réseau
GERONTOLOGIE	118	116	24 724 886 €	213 146 €
SOINS PALLIATIFS	88	85	27 148 011 €	319 388 €
CANCEROLOGIE (2)	64	62	18 506 387 €	298 490 €
DIABETOLOGIE	59	54	13 095 127 €	242 502 €
PERINATALITE (2)	50	49	11 073 148 €	225 983 €
ADDICTOLOGIE	40	37	7 151 953 €	193 296 €
POLYVALENT	35	35	11 317 827 €	323 366 €
PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS	34	32	2 672 982 €	83 531 €
HANDICAP	36	31	6 146 472 €	198 273 €
NEUROLOGIE	22	22	6 897 754 €	313 534 €
NUTRITION OBESITE	21	21	5 047 507 €	240 357 €
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	22	21	4 154 282 €	197 823 €
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	21	20	4 918 993 €	245 950 €
MALADIES INFECTIEUSES	15	15	1 824 247 €	121 616 €
PRECARITE	11	11	2 924 691 €	265 881 €
DOULEUR	5	5	1 300 956 €	260 191 €
NEPHROLOGIE	5	5	1 839 671 €	367 934 €
AUTRES/MAISON	4	4	2 963 371 €	740 843 €
MALADIES RARES	4	4	581 431 €	145 358 €
SANTE MENTALE	5	4	607 179 €	151 795 €
PREVENTION	2	2	266 053 €	133 026 €
AUTRES	20	19	3 361 440 €	176 918 €
Total général	681	654	158 524 366 €	242 392 €

Source : données ARS

(1) Ces deux thèmes regroupent ici à la fois des réseaux régionaux (organisationnels) et non régionaux (opérationnels)

(2) Les montants versés n'ont pas été renseignés pour 27 des 681 réseaux

Tous réseaux confondus, le montant moyen versé en 2012 est de 242 392 €, soit un montant légèrement supérieur à celui de 2011 qui s'élevait à 236 173 € (+2.6%).

Les réseaux de santé ayant bénéficié en 2012 des versements les plus importants globalement sont : soins palliatifs, gérontologie et cancérologie. Les réseaux gérontologiques et de soins palliatifs représentent à eux seuls plus de 30% du nombre de projet total et 32,7% des montants totaux versés en 2012.

En montant moyen versé par réseau, les maisons des réseaux sont les projets les plus coûteux. Viennent ensuite les réseaux néphrologie, polyvalents, neurologie et soins palliatifs. Les réseaux soins palliatifs et nutrition/obésité étaient les réseaux représentant le montant moyen versé par réseau le plus élevé en 2011. Le montant moyen versé par réseau le plus faible en 2012 concerne la thématique « prise en charge des adolescents ».

Il est à noter que les réseaux polyvalents représentaient en 2011 4% du nombre total de projets. En 2012, ils représentent un peu plus de 5% du nombre total de projets. L'évolution de cette variable devra faire l'objet d'un suivi particulier en 2013, compte tenu des orientations du guide de la DGOS sur les réseaux de santé, paru en octobre 2012.

Concernant les montants moyens versés aux réseaux en 2012, on observe les tendances suivantes :

- Une augmentation des sommes moyennes versées aux réseaux des thématiques : douleur, maladies rares, réseaux polyvalents, neurologie, diabète, santé mentale, prise en charge des adolescents, précarité.
- Une réduction des montants moyens versés aux réseaux des thématiques : soins palliatifs, cancérologie, nutrition/obésité, pathologies cardiovasculaires, périnatalité, pathologies respiratoires, handicap, maladies infectieuses.

Répartition territoriale des principaux thèmes de réseaux :

Les réseaux de gérontologie, les plus nombreux, sont fortement concentrés en : Ile-de-France, Poitou-Charentes et Lorraine (respectivement 13,13 et 12 réseaux). Les régions Guadeloupe, Océan Indien et Midi-Pyrénées ne déclarent en revanche aucun réseau de gérontologie.

Les réseaux de soins palliatifs sont concentrés dans les régions : Ile-de-France, Midi-Pyrénées, PACA et Bretagne.

Les réseaux polyvalents (ou pluri thématiques) sont concentrés en 2012 dans les régions Ile-de-France, Bourgogne et Nord-Pas-de-Calais (respectivement 8,5 et 4)

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

Thème	Nombre de réseaux	Nombre moyen de patients adhérents du réseau et ayant un PPS	Effectif moyen salariés du réseau (en ETP)	Nombre moyen de professionnels adhérents	Nombre moyen d'établissements et services de santé ou sociaux ou médico-sociaux adhérents	Nombre moyen de médecins libéraux adhérents
ADDICTOLOGIE	40	298,1	2,6	126,9	16,9	44,8
CANCEROLOGIE	31	412,0	4,3	332,4	23,6	152,3
DIABETOLOGIE	56	457,9	3,3	229,2	10,1	128,7
DOULEUR	5	124,4	3,3	229,0	17,2	90,6
GERONTOLOGIE	115	316,2	3,6	162,1	33,2	68,1
HANDICAP	33	304,7	2,7	160,3	27,8	35,5
MALADIES INFECTIEUSES	15	190,3	2,1	81,7	12,9	41,4
MALADIES RARES	4	332,3	4,3	229,3	89,0	52,0
NEPHROLOGIE	5	555,2	4,2	227,4	24,4	115,0
NEUROLOGIE	19	554,4	5,1	362,9	34,9	120,7
NUTRITION OBESITE	21	453,7	3,7	212,7	14,0	117,1
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	20	461,0	4,8	403,7	12,4	207,4
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	22	319,7	2,2	127,5	17,2	67,5
PERINATALITE	19	467,0	2,4	212,0	17,4	63,9
POLYVALENT	34	460,1	5,4	295,8	32,8	111,8
PRECARITE	10	456,4	3,9	116,0	23,7	39,7
PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS	34	333,5	2,6	90,6	26,9	30,6
SANTE MENTALE	5	94,8	4,1	119,4	36,2	29,6
SOINS PALLIATIFS	88	199,7	4,2	338,1	49,2	133,3
AUTRES	20	589,2	2,6	237,7	16,1	125,9
Total général	596	352,4	3,6	222,0	27,6	94,3

Source : données ARS¹

Les indicateurs d'activité correspondant à l'exercice 2012, sont proches de ceux de l'année 2011, quoiqu'en légère baisse :

- nombre moyen de patients par réseau adhérents et ayant un PPS : 352,4 en 2012 contre 359 en 2011 ;
- effectif salarié du réseau (en ETP) : 3,6 en 2012 contre 3,7 en 2011 ;

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.

- nombre moyen de médecins libéraux intervenant dans au moins un PPS : 94,3 en 2012 contre 98 en 2011 ;
- nombre moyen d'établissements et services de santé, sociaux ou médico-sociaux intervenant dans au moins un PPS : 27,6 en 2012 contre 29 en 2011.

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 2012 :

L'ISQ prend en compte les indicateurs traceurs de qualité suivants répartis en 4 groupes :

1) Objectifs fixés par convention

- *Atteinte de l'objectif fixé par la convention de financement et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du GMSIH*
- *Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux, établissements de santé, CLIC, CSAPA....)*

2) Prise en charge des patients

- *Elaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes...)*
- *Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles*
- *Existence d'une permanence téléphonique*
- *Mise en place systématique (100% des patients adhérents du réseau et ayant un Plan Personnalisé de Santé - PPS) d'un dossier patient du réseau*
- *Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient du réseau par les professionnels*
- *Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient*

3) Participation et intégration des acteurs

- *Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation)*

4) Organisation et fonctionnement du réseau

- *Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des évènements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité (exemple: hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels...) ainsi qu'une évaluation des actions correctives).*

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.

Thème	Nombre de réseaux	ISQ moyen
ADDICTOLOGIE	37	5,3
CANCEROLOGIE	35	6,6
DIABETOLOGIE	56	7,3
DOULEUR	5	6,6
GERONTOLOGIE	116	6,3
HANDICAP	31	6,6
MALADIES INFECTIEUSES	13	6,1
MALADIES RARES	3	4,3
NEPHROLOGIE	5	8,2
NEUROLOGIE	21	7,4
NUTRITION OBESITE	20	6,8
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	20	7,8
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	22	7,4
PERINATALITE	24	5,6
POLYVALENT	32	6,3
PRECARITE	10	4,5
PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS	27	5,4
SANTE MENTALE	5	6,2
SOINS PALLIATIFS	84	6,8
AUTRES	14	5,4
Total général	580	6,5

Source : données ARS

L'ISQ moyen en 2012 est plus élevé qu'en 2011 (6,5 contre 6). Cette augmentation marque une amélioration qualitative du fonctionnement des réseaux. Elle résulte également d'un phénomène d'apprentissage sur l'indice lui-même.

Sur l'ensemble des thématiques, seules deux ont des ISQ moyens en dessous de la moyenne (contre cinq en 2011).

Les deux thématiques pour lesquelles l'ISQ moyen est le moins élevé en 2012 sont précarité et maladies rares. Il s'agissait de la prise en charge des adolescents et des maladies infectieuses en 2011.

Les deux thématiques pour lesquelles l'ISQ moyen est le plus élevé sont identiques à celles de 2011. Il s'agit de la néphrologie et des pathologies cardiovasculaires

Montant versé en 2012 par patient et par thème :

Thème	Nombre de réseaux	Nombre de patients	Montant versé FIR et FIQCS 2012	Montant moyen versé par patient
ADDICTOLOGIE	40	8347	7 151 953 €	857 €
CANCEROLOGIE	31	11948	9 300 310 €	778 €

DIABETOLOGIE	56	23813	11 859 682 €	498 €
DOULEUR	5	622	1 300 956 €	2 092 €
GERONTOLOGIE	115	35099	23 797 421 €	678 €
HANDICAP	33	7922	5 123 859 €	647 €
MALADIES INFECTIEUSES	15	2284	1 824 247 €	799 €
MALADIES RARES	4	997	581 431 €	583 €
NEPHROLOGIE	5	2776	1 839 671 €	663 €
NEUROLOGIE	19	9980	6 107 692 €	612 €
NUTRITION OBESITE	21	9074	5 047 507 €	556 €
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES	20	8759	4 701 719 €	537 €
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	22	5754	4 154 282 €	722 €
PERINATALITE	19	7005	2 564 761 €	366 €
POLYVALENT	34	14264	10 767 319 €	755 €
PRECARITE	10	4108	2 670 360 €	650 €
PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS	34	8004	2 672 982 €	334 €
SANTE MENTALE	5	474	607 179 €	1 281 €
SOINS PALLIATIFS	88	15 775	27 148 011 €	1 721 €
AUTRES	20	5892	3 361 440 €	571 €
Total	596	182 897	132 582 780 €	725 €

Source : données ARS¹

Les trois thématiques pour lesquelles les montants moyens versés par patients sont les plus élevés sont en 2012 (comme en 2011) : douleur, soins palliatifs et santé mentale.

Les trois thématiques pour lesquelles les montants moyens versés par patients sont les moins élevés en 2012 sont : diabétologie, périnatalité et prise en charge des adolescents. En 2011 il s'agissait de la prise en charge des adolescents, de la périnatalité et du handicap.

Le montant moyen versé par patient en 2012, tous thèmes confondus, est de 725€, soit plus qu'en 2011 (676€).

Répartition des réseaux de cancérologie et périnatalité : réseaux régionaux (organisationnels) et non régionaux (opérationnels)

Thème du réseau		Nombre de réseaux 2012	Montants versés FIQCS et FIR 2012	Nombre de réseaux 2011	Montants versés 2011 FIQCS
Cancérologie	réseaux régionaux	27	7 353 615 €	28	8 232 612 €
	réseaux non régionaux	37	11 019 652 €	36	10 098 845 €
Périnata	réseaux régionaux	25	7 058 751 €	23	6 936 063 €

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

	réseaux non régionaux	25	4 014 397 €	29	4 999 933 €
--	-----------------------	----	-------------	----	-------------

Source : données ARS

Dérogations tarifaires:

Le nombre de dérogations tarifaires¹ déclarées s'est élevé en 2012 à 1307 pour 369 réseaux². Elles étaient au nombre de 1417 pour 372 réseaux en 2011. L'ARS Martinique n'a pas versé de prestations dérogatoires en 2013.

Après retraitement des données erronées ou incomplètes, l'analyse des dérogations tarifaires 2012 a porté sur 1164 dérogations dans 310 réseaux, représentant des versements de 9,5M€. Elles étaient au nombre de 1155 en 2011 et représentaient un montant total versé 12,7M€.

La part de réseaux ayant bénéficié de dérogations tarifaires sur le nombre total de réseaux est de 54% en 2012, contre 52% en 2011 et 57% en 2010.

Analyse des évolutions intervenues en 2012 :

Plusieurs tendances peuvent être dégagées des stratégies des ARS concernant les réseaux de santé en 2012 et exposées dans leur rapport d'activité régional :

- Toutes les ARS ont intégré les recommandations du guide publié par la DGOS sur les réseaux de santé en octobre 2012. Dans ce cadre, des évolutions (regroupements de réseaux, mise en place de plateformes polyvalentes, extension de la couverture territoriale de certains réseaux etc.) ont déjà été engagées en 2012 dans une majorité de régions. Pour les autres, l'année 2012 a été consacrée à la phase de diagnostic préalable à la réorganisation, qui est prévue pour 2013 ;
- 7 ARS ont déjà ou sont en train de mettre en place une évaluation médico-économique³. Les résultats de ces évaluations seront présentés dans le rapport d'activité du FIR 2013 ;
- Deux régions sont particulièrement en avance en matière de développement des systèmes d'informations des réseaux de santé, et au moins 4 ont entamé des travaux régionaux sur ce sujet ;
- Dans au moins 5 régions, de nouveaux CPOM, qui prennent la suite des anciennes conventions ARS/réseaux de santé venues à échéance, ont été signés en 2012 ou sont en cours de remise à plat. Une majorité des ARS a prévu la signature des nouveaux CPOM en 2013 ;

Un effort notable a été réalisé par les ARS en 2012 pour restreindre le périmètre des prestations dérogatoires accordées aux réseaux, conformément aux préconisations du guide méthodologique de la DGOS.

¹ « Une dérogation tarifaire doit répondre au moins à l'un des critères suivants :

- o la non identification de l'acte ou du dispositif concerné dans les nomenclatures ;
- o la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels de professions différentes ;
- o l'absence de convention entre la profession de l'intervenant qui réalise la prestation et l'Assurance Maladie ;
- o la non présence du patient pendant la réalisation de l'acte (ex : Océan Indien de coordination pluridisciplinaire).

Le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ du dispositif dérogatoire. »
(article L.162-45 du Code de la Sécurité Sociale et 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).

² Ces données excluent :

- 136 dérogations (qualifiées comme telles) ne répondent pas à la définition d'une dérogation tarifaire : indemnisation pour participation à des formations, participation à des instances du réseau ou des groupes de travail, prestations de transport, remplissage de dossiers patients.
- 8 dérogations ont été exclues en raison de l'absence de données chiffrées

³Instruction n° DGOS/PF3/CNAM/2012/393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en place d'une méthodologie d'évaluation médico-économique des réseaux de santé

2.2. L'exercice coordonné

2.2.1. UN SOUTIEN A L'EXERCICE COORDONNE EN PROGRESSION

Sans doute stimulées par le plan de développement des 250 MSP en milieu rural, lancé en 2010, qui servait de référence à l'orientation proposée en matière de soutien à l'exercice coordonné dans la circulaire du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR, toutes les régions (à l'exclusion de la Martinique) avaient, à la fin de l'année 2012, inscrit la promotion des structures coordonnées (SEC) dans leur stratégie de lutte contre la fragilité de la démographie médicale. Cette promotion s'est concrétisée essentiellement par l'aide à la création ou au fonctionnement de MSP (appelées "pôles de santé" -PDS- lorsqu'elles ne réunissent pas sur le même lieu l'ensemble des professionnels qui y exercent). Certaines ARS ont procédé par appels à projets (Aquitaine / Champagne-Ardenne).

Quelques régions ont en outre financé des centres de santé (CdS) en fonctionnement (l'Auvergne, la Franche-Comté, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes) ou mené des actions spécifiques en leur faveur (Ile-de-France, Lorraine ou Rhône-Alpes).

Enfin, complétant l'aide apportée directement aux structures, il convient de mentionner le soutien au travers d'autres actions financées par le FIQCS/FIR, telles que le recours à des prestataires externes sollicités pour leur appui, notamment en matière d'ingénierie ou d'informatisation.

Ainsi, selon les données communiquées par les ARS¹, le FIQCS/FIR a contribué, au titre de l'année 2012, et au sein de 21 régions, au financement de **198 SEC dont 160 MSP, 33 PDS et 5 CdS pour un montant de 4 766 083 €**, auxquels s'ajoutent **885 797 € pour les autres actions en faveur de l'exercice coordonné**, le montant **total financé** en faveur de l'exercice coordonné s'élevant ainsi à **5 651 880 €** (6 247 850 €, selon la balance comptable de la CNAMTS). Le soutien aux MSP a représenté 67% de cette enveloppe. Sur l'ensemble des projets financés via le FIR (soit 212), 9 régions comptent plus de 10 projets et représentent 70% des projets financés. Après une forte hausse entre 2010 et 2011 (dans le cadre de l'ancienne enveloppe régionale du FIQCS), l'enveloppe consacrée au soutien à l'exercice coordonné a augmenté de manière plus modérée en 2012 (+5.6%).

On compte **en moyenne par MSP un peu plus de 4 médecins pour 8 infirmières, 3 pharmaciens, 1,5 chirurgien-dentiste**, ce qui atteste le caractère réellement pluri professionnel de ces structures².

Lieux d'implantation

Toutes les régions comptaient au 31 décembre 2012 des SEC en fonctionnement à l'exception de la Guadeloupe (qui a un projet dont l'ouverture est prévue pour 2013) et de la Martinique.

¹ On note des écarts entre la balance comptable de la CNAMTS et les chiffres fournis par les ARS (≈ 10%).

○ Lorsque les montants retracés par la CNAMTS sont inférieurs à ceux déclarés par l'ARS, cet écart peut s'expliquer par le fait que l'agence a déclaré comme des montants versés au titre de l'année 2012 la totalité du montant de la dotation notifiée mais non intégralement versée en 2012, tout ou partie des versements ayant été réalisés en 2013 (ex : Pays de Loire / PACA)

○ Lorsque les montants déclarés par la CNAMTS sont supérieurs à ceux déclarés par l'ARS, cet écart peut s'expliquer par le fait que la CNAMTS a pris en compte tous les montants versés par le FIQCS/FIR au titre de l'exercice coordonné alors que la région n'a déclaré que les montants versés aux SEC (Franche-Comté)

L'ensemble des développements sur l'exercice coordonné tiennent compte des financements attribués sur l'ensemble de l'année 2012 par le FIR et le FIQCS (enveloppe régionale).

² Chiffres reconstitués après recoupement avec les informations recueillies dans l'observatoire des MSP.

55 % de ces structures renseignées se situent en zone déficitaire (rurale ou urbaine). A cet égard, la stratégie varie selon les régions :

- certaines d'entre elles, comme le Centre, font le choix d'une implantation dans des territoires suffisamment importants, où une dynamique de coordination entre les divers acteurs existe mais qui nécessitent d'évoluer du fait de la fragilité de la démographie médicale et paramédicale ;
- d'autres régions, à l'instar de l'ARS Midi-Pyrénées, modulent leur aide en fonction du caractère plus ou moins prioritaire de la zone d'implantation de la structure (50 000 € pour une MSP en zone prioritaire / 30 000 € pour une MSP dans une autre zone) ;
- d'autres enfin, comme Rhône-Alpes, s'attachent à couvrir l'ensemble du territoire (tous les départements ont reçu un financement à l'exception de l'Ardèche) ;

La répartition des structures par zone montre que, conformément aux recommandations de la circulaire FIR 2012, le soutien financier du FIR a essentiellement porté sur les zones rurales (qu'elles soient déficitaires ou non) et sur les quartiers de la politique de la ville. En effet, 90,76 % des financements accordés l'ont été à des structures implantées dans ces zones (ce chiffre est à rapporter aux structures pour lesquelles des informations financières sont disponibles, soit 86,79 % du nombre total des structures financées).

2.2.2. UNE STRATEGIE D'ACCOMPAGNEMENT ADAPTEE 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. La majorité des soutiens accordés le sont pour la 1^{ère} année (on ne compte que 22 renouvellements de financement).

Aides financières aux projets

Ces aides portent essentiellement sur des 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

Dans ce cadre, les ARS apportent une aide essentiellement à l'équipement pour matériel médical (Basse Normandie) ou aux équipements à visée commune, (Haute-Normandie).

On note également que de nombreuses régions octroient une aide financière pour accompagner la mise en place du système d'information des structures (Basse-Normandie/ Limousin / Midi-Pyrénées / Nord-Pas-de-Calais / Pays-de-Loire).

L'ARS Pays-de-Loire a choisi pour sa part de faciliter la structuration de démarches de prévention (contractualisation de 10 MSP pour 398 000 €).

« Faire vivre les structures »

Il est intéressant de noter également le souci de certaines ARS à accompagner les structures pour « les faire vivre » : c'est l'ambition affichée de l'ARS Centre, par exemple, qui indique 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. A cette fin, le CPOM constitue un support efficace.

L'ARS Ile-de-France va elle encore plus loin, en inscrivant dans sa politique la consolidation de la viabilité économique des SEC (notamment des CdS - engagement d'un marché à procédure adaptée (MAPA) pour accompagner 30 CdS - mais également une MSP : financement de 60 000 € attribué à la MSP de Villiers Le Bel pour favoriser son retour à l'équilibre).

Des partenaires pour favoriser un meilleur accompagnement

La plupart des ARS ont su s'entourer de compétences pour assurer un meilleur accompagnement des structures. En tout premier lieu, elles soulignent la forte implication des délégations territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie (notamment en Poitou-Charentes et en PACA).

Elles indiquent également avoir conclu des partenariats pour accompagner des projets avec l'URPS (allant même parfois jusqu'à créer une instance spécifique comme en Bretagne avec la commission d'appui régionale des projets d'exercice coordonné – Carpec -), la fédération régionale des MSP, la MSA et le conseil régional (F-C / Limousin / Nord-Pas-de-Calais / Midi-Pyrénées), la Carmi (Lorraine).

Comme indiqué plus haut, l'ingénierie est souvent confiée à un prestataire externe (Champagne-Ardenne / PACA) et l'accompagnement de l'informatisation revient à un GCS E-santé (ex : Pays-de-Loire).

2.3. Les centres périnataux de proximité

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.

Nombre de projets

En 2012, on compte 78 CPP en France, répartis de la façon suivante :

Nombre de CPP par région	
ALSACE	4
AQUITAINE	2
AUVERGNE	4
BASSE NORMANDIE	5
BOURGOGNE	7
BRETAGNE	7
CENTRE	3

CHAMPAGNE ARDENNE	0
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	4
RHONE ALPES	12
TOTAL	78

Plusieurs évolutions sont à noter en 2012 :

- Une création d'un CPP en région PACA (la Seyne sur Mer – 83)
- Une création en Picardie (Centre hospitalier de Noyon)
- Un projet à l'étude en Guadeloupe
- Une fermeture en Auvergne (Riom), faute de file active.
- Une fermeture en Champagne Ardenne (Hôpital de Bar sur Aube)

— Stratégies régionales :

Les centres périnataux de proximité s'inscrivent en complémentarité de l'offre en maternités des régions, lorsque des besoins de prise en charge mère-enfant de proximité sont apparents. 19 régions sont concernées, la région Rhône Alpes concentre l'offre la plus importante avec 12 CPP.

Le montant des dotations a été établi par les ARS en fonction de différents critères.

Les critères de financement retenus selon les régions sont :

- Les frais de personnels
- Le nombre de consultations (sages femmes/ spécialistes)
- Les surcoûts identifiés dans la comptabilité des établissements
- Une base forfaitaire de financement (ex : sur une file active de patientes et de consultations et passages)
- L'activité : nombre de cours de préparation à la naissance, soins aux nouveau-nés, consultations de planification familiale
- La reconduction des dotations historiques

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 ayant réalisé un cahier des charges. Les évaluations ont pu permettre notamment l'ajustement des dotations entre établissements (par exemple en Aquitaine).

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.

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 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 (notamment les services de PMI).¹

Afin d'harmoniser les services proposés par les CPP et mieux les positionner dans l'offre de soins de proximité, un travail pourra être mené sur leurs missions et leurs moyens à travers un cahier des charges national.

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

- Consommation globale

En 2012, la balance comptable du FIR indique une consommation de 1 129 001,84€² sur le compte télémédecine.

Ce montant limité doit être cependant nuancé, plusieurs éléments devant être pris en compte pour la bonne compréhension de ce résultat.

En particulier, l'année 2012 a été une année de transition entre différentes sources de financement à la disposition des ARS. Pour le financement de la télémédecine, le FIR a succédé au FMESPP et au FIQCS. Or, les règles d'engagement du FMESPP permettant l'engagement des crédits pendant toute l'année suivant leur délégation aux ARS, plusieurs régions ont pu consommer au début de l'exercice 2012 un reliquat de crédits délégués en 2011 sur le FMESPP. Elles n'ont par conséquent eu recours au FIR que dans un second temps, ce qui eu un impact baissier sur les paiements opérés par les CPAM, tous les engagements opérés au niveau de l'ARS n'ayant pu se traduire avant la fin de l'exercice par un versement par la CPAM aux bénéficiaires concernés.

¹ Des visites sur place et analyse comparée des CPP ont été réalisés dans certaines régions (Midi Pyrénées...)

² Sans qu'il soit toutefois tenu compte des provisions constituées par les agences.

Les rapports d'activité du FIR élaborés par les ARS permettent, au-delà des montants versés aux bénéficiaires, de disposer d'une vision détaillée de la réalité des engagements financiers opérés par les ARS en matière de télémedecine. En 2012, 16 ARS ont indiqué avoir financé via le FIR des dispositifs de télémedecine. Au total, ce sont 94 dispositifs de télémedecine qui ont fait l'objet d'un engagement financier, pour un montant total de 8,3 M€. La différence avec le montant issu de la balance comptable s'explique principalement par l'écart entre, d'une part, les montants engagés et notifiés par les ARS qui n'ont pas tous donné lieu à versement avant la fin de l'exercice¹, et d'autre part, par les versements effectivement réalisés au cours de l'année 2012.

Enfin, il est nécessaire de prendre en considération l'inscription de soutien à des dispositifs de télémedecine au sein d'autres missions du FIR. En effet, des dispositifs de télémedecine ont également fait l'objet de financement au titre des missions 3 (modernisation, adaptation de l'offre de soins) et 6 (mutualisation des moyens de structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information) du FIR. Ainsi, ce sont 10 dispositifs de télémedecine représentant un engagement de crédits de 1,4M€ qui ont été inscrits au titre de la mission 3 du FIR. De même, 2 régions déclarent au sein des projets financés au titre de la mission 6 un soutien à des projets de télémedecine.

- Analyse par région

Le niveau des montants engagés et le nombre de dispositifs soutenus varient selon les régions (cf. annexe 1).

Ainsi, si 7 régions ont engagé plus de 500 000 euros pour des dispositifs de télémedecine, 4 régions ont mobilisé moins de 100 000 euros et 10 régions ont indiqué n'avoir octroyé aucun financement en matière de télémedecine au titre de la 2^{ème} mission du FIR en 2012.

De même, parmi les régions ayant engagé des financements, alors que la Haute-Normandie a soutenu 22 dispositifs², 5 régions (Corse, Guadeloupe, Guyane, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire) n'ont soutenu qu'un seul dispositif.

Le niveau du soutien financier accordé à un projet est également très hétérogène. Le dispositif d'imagerie par télémedecine en Picardie a ainsi reçu 562 500 euros au titre de la 2^{ème} mission du FIR alors que le projet de soins aux détenus du CHI Eure Seine en Haute-Normandie a bénéficié de 14 000 euros.

Les 94 dispositifs de télémedecine soutenus par les ARS couvrent l'ensemble des priorités identifiées par le comité de pilotage national de télémedecine au début de l'année 2012.

La prise en charge des maladies chroniques (14 dispositifs), la permanence des soins en imagerie (13), et les soins en structures médico-sociales (10) comptent un nombre de dispositifs important, qui représentent près de 40 % des dispositifs soutenus (en nombre). La prise en charge de l'AVC en phase aiguë et les soins aux personnes détenues

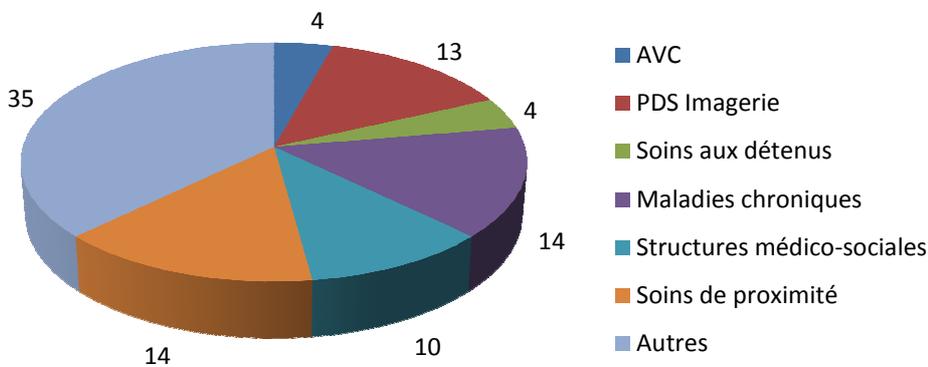
¹ En l'absence de paiement, les montants engagés ont donné lieu à la constitution de provisions.

² Les projets soutenus en Haute-Normandie avec des établissements différents comprennent les projets TISSE (6 fois) et PRATIC (6 fois).

(4) ont chacun donné lieu au soutien de 4 dispositifs. 49 dispositifs soutenus ne recoupent pas ces priorités nationales, dont 14 sont dédiés aux soins de proximité.

Enfin, certains de ces dispositifs (une vingtaine) traduisent, au-delà d'un financement de la télémédecine *stricto sensu*, un soutien plus global à la mise en œuvre de systèmes d'information de santé, relevant donc davantage de la mission 6 du FIR (portant sur la mutualisation des moyens de structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information).

Répartition des dispositifs par priorité nationale en nombre



Les ARS ont privilégié le financement des dispositifs étant encore au stade de la conception/expérimentation (52 dispositifs, soit 55% contre 39 dispositifs opérationnels prenant effectivement en charge des patients, 3 non renseignés). Cf annexe 3

2.5. Les CAQCS

— Stratégie

Les dépenses d'assurance maladie consacrées au transport de patients connaissent une évolution dynamique mais présentent des évolutions contrastées selon le mode de transport. En effet, l'utilisation du véhicule sanitaire léger (VSL), mode de transport pourtant le moins onéreux, décroît progressivement.

Compte tenu de ce contexte, et afin de compléter la palette des leviers visant à maîtriser et à améliorer l'offre de transport, un contrat type d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) portant sur le développement des véhicules sanitaires légers (VSL) a été 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.

— Synthèse des actions menées et résultats attendus

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.

Parmi ces objectifs figurent, l'interdiction de diminuer le nombre de VSL dont dispose l'entreprise, la mise à disposition de VSL dont la dépense annuelle doit être supérieure à un plafond et le développement du transport partagé. La mesure de ces objectifs passe notamment par le suivi de la part des dépenses remboursables imputables aux VSL dans la dépense totale remboursable de transport des entreprises.

La contrepartie financière établie en fonction de l'atteinte des objectifs est évaluée au maximum à un montant de 1,5% 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 2012, sur les 699 contrats signés, 585 entreprises ont bénéficié d'une contrepartie financière compte tenu de l'atteinte des objectifs fixés aux contrats.

Le montant global versé au titre de l'année 2012 est de 2 378 719€ (source : base DCIR du SNIIRAM) dont 296 560€ versé en 2012.

2.6. Autres actions financées (et plus particulièrement les actions innovantes)

Les projets initiés par les ARS dans le cadre de cette mission relèvent d'approches diverses tournées prioritairement vers le patient, les professionnels, les développements techniques ou autres.

Ainsi dans les initiatives concernant le patient, les ARS Alsace et Nord Pas de Calais ont fait du développement de l'éducation thérapeutique l'une de leur priorité d'actions ; l'obésité, diabète et maladie cardio-vasculaire pour la première et BPCO pour la seconde. Des dispositifs d'annonces pour l'insuffisance rénale chronique et la sclérose en plaques ont été déployés par l'ARS Pays de Loire. L'ARS Corse a soutenu une association d'aide aux patients en soins palliatifs. Trois ARS ont favorisé la continuité du parcours de soins : l'ARS Aquitaine pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ainsi que les personnes âgées ; l'ARS Languedoc Roussillon cite des parcours personnes âgées, santé mentale des adolescents, parcours AVC et la population carcérale et l'ARS Nord Pas de Calais expérimente le dépistage de la rétinopathie diabétique dans le cabinet du médecin traitant. Enfin l'ARS Haute Normandie déploie un programme « culture et santé » pour réduire l'isolement des personnes hospitalisées en développant une vie culturelle.

Un autre grand champ d'investissement concerne le soutien aux professionnels de santé en :

- concourant à la la permanence des soins et maisons médicales de garde (ARS Franche Comté, Guadeloupe, Limousin) ;
- accompagnant les organisations inter et pluri-professionnelles (Ars Midi Pyrénées, la télémédecine (ARS Poitou Charente) une fédération de maison de santé (ARS Bourgogne) et les réseaux (ARS Guyane) ;
- facilitant l'accès à des consultations ou aides spécialisées (consultation enfant ou outil suivi de prescription chez la personne âgée en PACA, centre de suivi et de conseil des traitements anticoagulants en Ars Haute Normandie) ;
- soutenant la formation par un tableau de bord des formations (ARS Bourgogne), promotion et formation des maitres de stage en médecine générale (ARS Picardie et Haute Normandie).

Un troisième volet d'action est le financement de nouvelles techniques améliorant les pratiques : rétinographie mobile (ARS Nord Pas de Calais) et radiothérapie per opératoire (ARS PACA).

L'ARS Ile de France quant à elle favorise des partenariats scientifiques pour des recherches sur le premier recours et le handicap.

Mission 3

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

Pour 2012, la circulaire SG-CNAMTS n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 indique qu'il est attendu des ARS qu'elles financent sur les crédits FIR certaines mesures notamment issues des plans de santé publique : les unités fléchées du plan Alzheimer au titre de UCC SSR et UHR USLD, les plates-formes de laboratoires au titre du Plan Maladies rares, les accords de bonnes pratiques hospitalières, les dispositifs de gestion des risques associés aux soins ainsi que la télémédecine.

En ce qui concerne le développement, dans les établissements de santé, des outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé renforcent les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, et rendent nécessaires des dépenses d'investissement portant sur la mise en place, l'amélioration ou l'extension de systèmes informatisés de collecte et de traitement d'informations.

En ce qui concerne les prestations d'accompagnement visant à améliorer la performance hospitalière, il est recommandé :

- de soutenir les actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement permettant de remplir cet objectif, sur des projets à forte valeur ajoutée ou à fort impact de restructuration ;
- de favoriser la mise en œuvre des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements ;
- de favoriser les actions visant le renforcement des compétences de gestion des établissements de santé, dont notamment les deux dispositions infra ;
- de soutenir les actions de 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 ;
- d'accompagner la mise en œuvre des actions du plan national de déploiement de la comptabilité analytique.

1. Stratégie spécifique et crédits alloués à la 3^e mission du FIR

1.1. *Stratégie spécifique à la mission*

1.2. *Stratégie spécifique à la mission*

Pour 2012, la circulaire SG-CNAMTS n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 indique qu'il est attendu des ARS qu'elles financent sur les crédits FIR les mesures suivantes :

- **Au titre des plans de santé publique** : les unités fléchées du plan Alzheimer au titre de UCC SSR et UHR USLD, les plates-formes de laboratoires au titre du Plan Maladies rares, les accords de bonnes pratiques hospitalières, les dispositifs de gestion des risques associés aux soins ainsi que la télémédecine.
- **Au titre du développement des outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins** : la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé renforcent les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, et rendent nécessaires des dépenses d'investissement portant sur la mise en place, l'amélioration ou l'extension de systèmes informatisés de collecte et de traitement d'informations.
- **Au titre de la performance hospitalière**, des prestations d'accompagnement permettant de :
 - de soutenir les actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement permettant de remplir cet objectif, sur des projets à forte valeur ajoutée ou à fort impact de restructuration ;
 - de favoriser la mise en œuvre des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements ;
 - de favoriser les actions visant le renforcement des compétences de gestion des établissements de santé, dont notamment les deux dispositions infra ;
 - de soutenir les actions de 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 ;
 - d'accompagner la mise en œuvre des actions du plan national de déploiement de la comptabilité analytique.

Au titre de l'année 2012, 18,3 M€ ont été délégués aux ARS sur la mission 3 (hors crédits FMESPP- Télémédecine) par les arrêtés des 4 avril et 13 décembre 2012. Les enveloppes déléguées par le niveau national à chaque ARS est un montant global dans lequel les ARS avaient une autonomie de gestion pour financer les actions prioritaires localement en plus des axes déjà ciblés nationalement.

De manière générale, on constate que les ARS ont décidé de redéployer leurs crédits FIR bien au-delà de l'enveloppe indicative qui leur avait été notifiée par le niveau national, ce qui explique que dans leurs EPRD actualisés 37 millions d'euros aient été budgétés sur la mission 3, pour un montant indicatif délégué de 18 millions. Les ARS ont donc choisi de mettre des moyens importants sur les actions qui concernent la modernisation et l'adaptation de l'offre de soins.

Les rapports d'activité des ARS ne font pas état d'une stratégie harmonisée de déploiement des crédits sur la mission 3. En revanche, certaines agences ont choisi de décliner localement les actions identifiées par le niveau national et ont donc mis en œuvre des plans d'action avec plusieurs établissements pour le déploiement de la comptabilité analytique comme l'Aquitaine ou la région Nord Pas de Calais. On constate également que certaines ARS ont souhaité poursuivre les actions initiées en 2011.

1.3. Crédits comptabilisés

Précisions méthodologiques

Il convient de préciser que pour cette première année de mise en œuvre du FIR, les modalités de suivi infra annuel des dépenses et de comptabilisation des provisions n'ont pas permis de disposer de données totalement homogènes entre les informations issues des balances transmises par la CNAMTS et les informations fournies par les ARS.

En effet, les crédits comptabilisés indiqués par les ARS dans leurs rapports d'activité tiennent compte des montants effectivement engagés et payés par les ARS aux établissements et des provisions faites sur les montants non liquidés. Concernant les provisions, des écarts ont été constatés entre les montants inscrits dans les documents des ARS et les balances fournies par la CNAMTS, ces écarts provenant essentiellement :

- d'un écart dans la méthodologie de comptabilisation des provisions d'une part : alors que les ARS ont inscrit les provisions faites au titre de la mission 3 sur un compte spécifique, la CNAMTS a quant à elle inscrit ces provisions sur le compte 68141135 au même titre que des dotations aux provisions sur d'autres missions du FIR. Il n'est donc pas possible de distinguer les provisions inscrites en charges à payer par la CNAMTS au titre de la mission 3.
- du délai nécessaire à la transmission de l'ensemble des pièces justifiant l'engagement et la liquidation des ARS vers la CNAMTS.

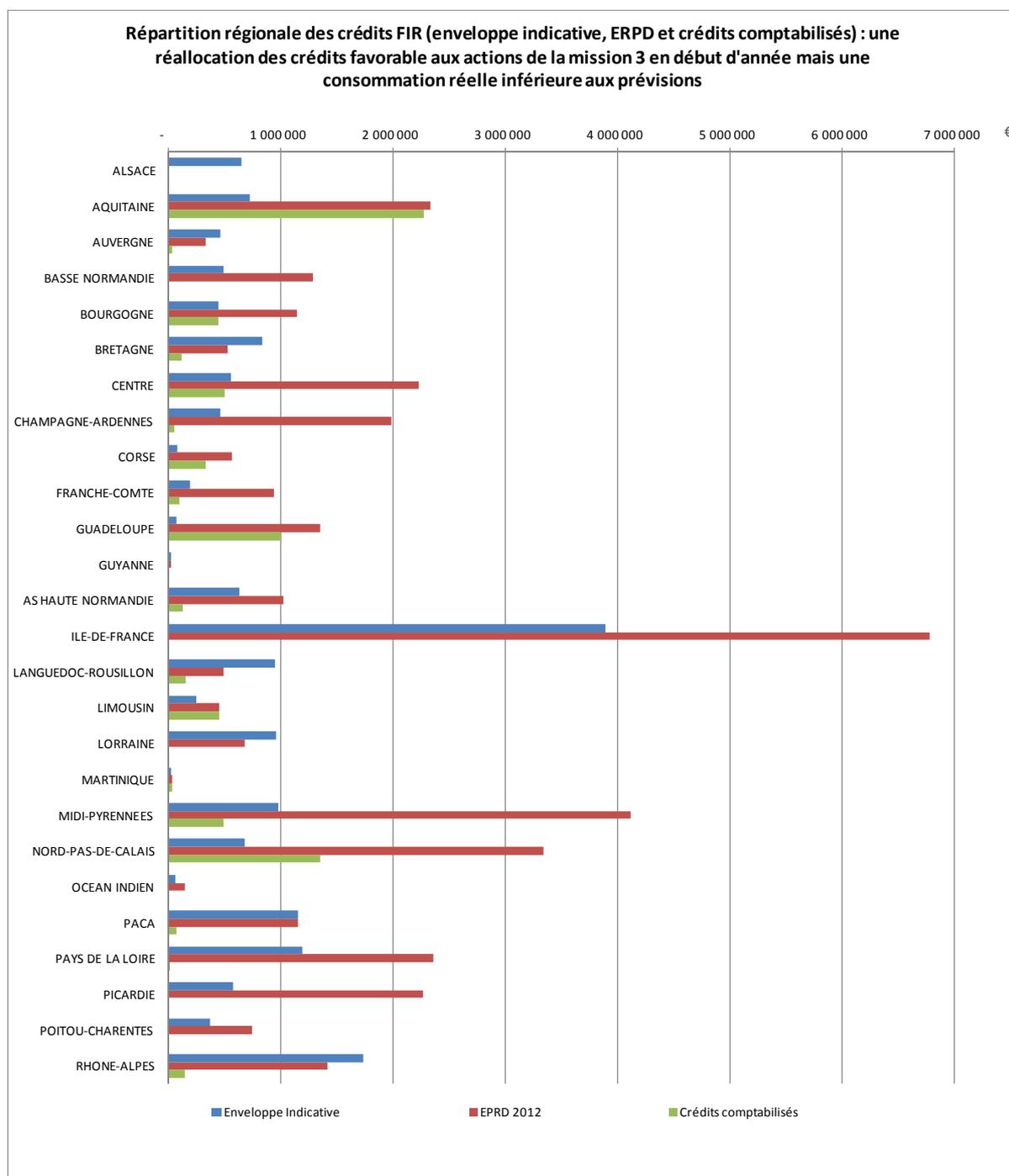
La méthodologie employée pour présenter les crédits alloués et les crédits comptabilisés dans cette partie 1.2 est basée sur les balances fournies par la CNAMTS.

Ventilation régionale des crédits FIR (EPRD et comptabilisation) au titre de la mission 3

Mission 3	Enveloppe Indicative [A]	EPRD 2012, incluant les décisions modificatives [B]	Taux redéploiement ([B] - [A]) / [A]	Crédits comptabilisés [C]	Ecart [C] - [B]	Ecart en % ([C] - [B]) / [B]
ARS ALSACE	642 629	3 183 694	0%			
ARS AQUITAINE	725 102	2 331 888	222%	2 271 346	- 60 542	-3%
ARS AUVERGNE	456 512	329 506	-28%	33 906	- 295 599	-90%
ARS BASSE NORMANDIE	486 399	1 283 650	164%		- 1 283 650	-100%
ARS BOURGOGNE	443 840	1 145 729	158%	438 088	- 707 641	-62%
ARS BRETAGNE	837 780	525 000	-37%	117 900	- 407 100	-78%
ARS CENTRE	555 784	2 229 362	301%	495 600	- 1 734 032	-78%
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	462 403	1 984 324	329%	50 000	- 1 934 324	-97%
ARS CORSE	76 526	566 595	640%	331 099	- 235 495	-42%
ARS FRANCHE-COMTE	189 072	937 000	396%	100 000	- 837 000	-89%
ARS GUADELOUPE	63 163	1 350 571	2038%	1 004 134	- 346 437	-26%
ARS GUYANNE	16 552	16 552	0%		- 16 552	-100%
ARS HAUTE NORMANDIE	629 882	1 019 941	62%	127 543	- 892 398	-87%
ARS ILE-DE-FRANCE	3 887 265	6 775 509	74%		- 6 775 509	-100%
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	946 505	485 000	-49%	150 000	- 335 000	-69%
ARS LIMOUSIN	240 659	445 882	85%	445 822	- 60	0%
ARS LORRAINE	951 249	671 000	-29%		- 671 000	-100%
ARS MARTINIQUE	24 101	30 000	24%	30 000		0%
ARS MIDI-PYRENEES	978 212	4 115 464	321%	486 253	- 3 629 211	-88%
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	671 510	3 334 269	397%	1 342 993	- 1 991 275	-60%
ARS OCEAN INDIEN	58 571	140 000	139%		- 140 000	-100%
ARS PACA	1 149 362	1 150 000	0%	66 400	- 1 083 600	-94%
ARS PAYS DE LA LOIRE	1 185 287	2 354 188	99%	5 980	- 2 348 208	-100%
ARS PICARDIE	574 814	2 261 024	293%		- 2 261 024	-100%
ARS POITOU-CHARENTES	367 573	736 729	100%		- 736 729	-100%
ARS RHONE-ALPES	1 729 248	1 250 000	-19%	140 000	- 1 269 163	-90%
TOTAL NATIONAL	18 350 000	40 977 816	105%	7 637 067	- 29 991 549	-80%

Source : DGOS ; CNAMTS

Dans le tableau ci-dessus, les crédits figurant dans l'enveloppe indicative du FIR 2012 à hauteur de 18,3 M€ n'incluent pas l'enveloppe prévue pour la télémédecine de 26 M€ car les crédits sont comptabilisés sur la Mission 2 (amélioration de la qualité et coordination des soins) au titre de l'ancien FMESPP – télémédecine. Cependant, il faut noter que les ARS ont alloué des crédits FIR à des actions de télémédecine imputées comptablement sur la mission 3, de même que certains crédits relatifs à d'autres actions ont pu être ajoutés à la mission 3.



Source : DGOS ; CNAMTS

La possibilité accordée aux ARS de redéployer les crédits FIR entre les différentes missions a largement bénéficié aux actions financées au titre de la mission 3.

Les ARS ont en effet augmenté de 105% le montant de l'enveloppe indicative qui avait été évaluée par le national, avec plus de **37 M€ budgétés dans l'EPRD contre une enveloppe indicative de 18,3 M€**. Seules 5 régions sur 26 ont prévu un budget inférieur à l'enveloppe indicative sur la mission 3.

Sur les 37 M€ inscrits dans les EPRD, **7,6 M€ ont été enregistrés comptablement par la CNAMTS à fin 2012**. Cette consommation inférieure aux prévisions s'explique essentiellement par les facteurs suivants :

- Des différences entre CNAMTS et ARS dans la méthodologie de comptabilisation des provisions évoquées en introduction de ce paragraphe. Ainsi, **les ARS déclarent avoir consommé environ 16 M€ dont environ 10 M€ de provisions** alors que le montant de 7,6 M€ fourni par la CNAMTS n'intègre pas les montants provisionnés. La consommation des crédits FIR s'élève donc à moins de 20% des crédits prévus dans l'EPRD si on ne tient pas compte des provisions. Ce taux passe à 43% si l'on se base sur les données fournies par les ARS.
- Difficulté pour l'ensemble des ARS d'engager les dépenses ou constater le service fait avant le 31 décembre 2012. Le mandatement et la liquidation se font après service fait et présentation de pièces justificatives, ce qui explique les difficultés rencontrées par certaines ARS pour consommer l'enveloppe qu'elles avaient initialement prévue d'engager plus tôt dans l'année.

Néanmoins, on observe de **très fortes disparités entre ARS quant à la consommation réelle** des crédits. Si pour 8 ARS aucun crédit n'a été comptabilisé par la CNAMTS (Alsace, Basse-Normandie, Guyane, Ile de France, Lorraine, Océan Indien, Picardie, Poitou-Charentes), d'autres ont une consommation très proche de l'estimé de l'EPRD (Aquitaine, Limousin, Martinique).

Répartition thématique des crédits comptabilisés au titre de la mission 3

	<i>Conseil, pilotage, accompagnement performance hospitalière 65721311</i>	<i>Modernisation, adaptation, restructuration ES 65721312</i>
ARS ALSACE		0
ARS AQUITAINE	185 000	2 086 346
ARS AUVERGNE		33 907
ARS BASSE NORMANDIE		0
ARS BOURGOGNE	30 000	408 088
ARS BRETAGNE		117 900
ARS CENTRE		495 600
ARS CHAMPAGNE- ARDENNES	50 000	0
ARS CORSE		331 100
ARS FRANCHE-COMTE		100 000

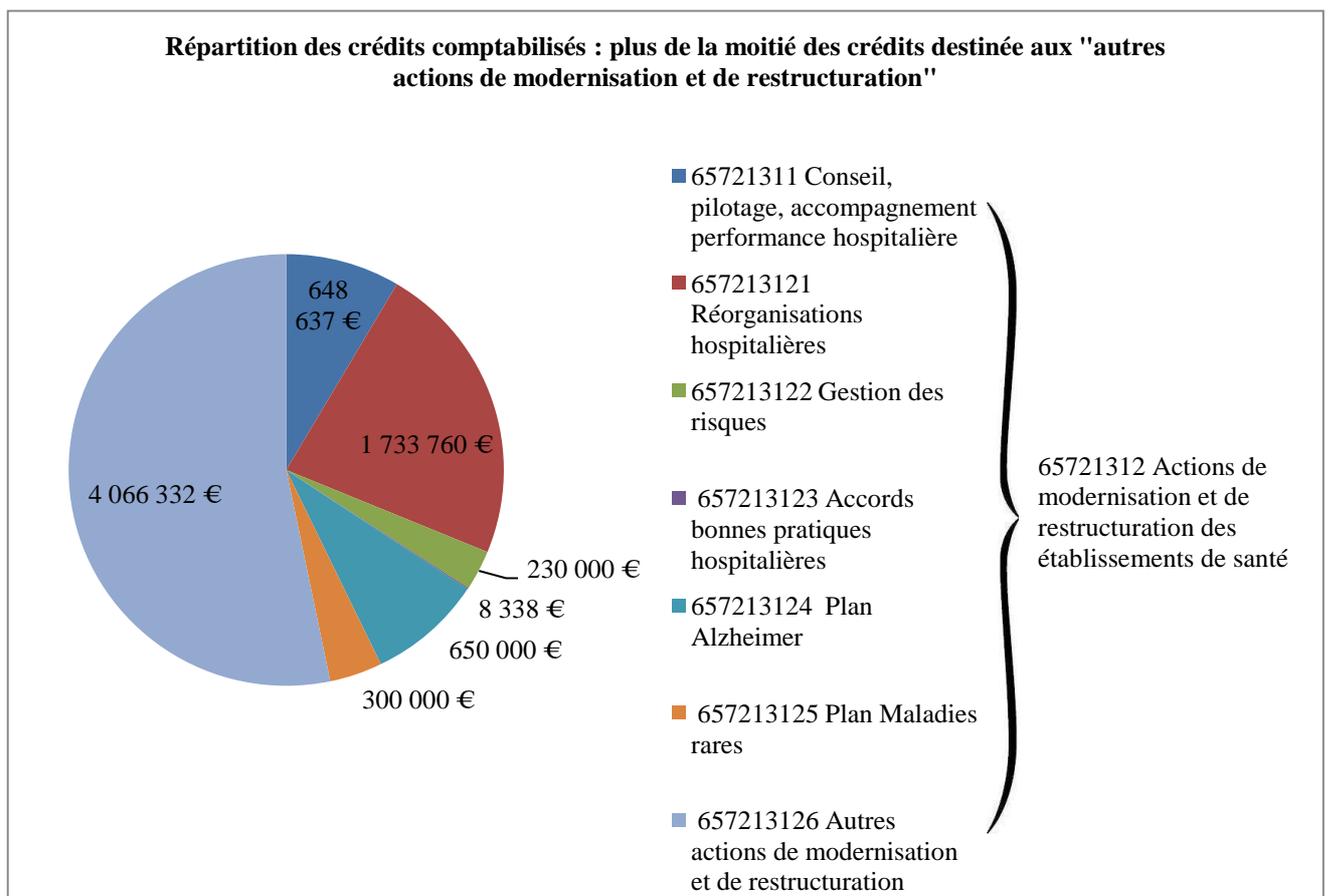
	<i>Conseil, pilotage, accompagnement performance hospitalière 65721311</i>	<i>Modernisation, adaptation, restructuration ES 65721312</i>
ARS GUADELOUPE		1 004 134
ARS GUYANNE		0
ARS HAUTE NORMANDIE	127 543	0
ARS ILE-DE-FRANCE		0
ARS LANGUEDOC- ROUSILLON	150 000	0
ARS LIMOUSIN		445 822
ARS LORRAINE		0
ARS MARTINIQUE		30 000
ARS MIDI-PYRENEES		486 253
ARS NORD-PAS-DE- CALAIS	29 694	1 313 300
ARS OCEAN INDIEN		0
ARS PACA	66 400	0
ARS PAYS DE LA LOIRE		5 980
ARS PICARDIE		0
ARS POITOU- CHARENTES		0
ARS RHONE-ALPES	10 000	130 000
TOTAL NATIONAL	648 637	6 988 430

	<i>Dont Réorganisations hospitalières 657213121</i>	<i>Dont Gestion des risques 657213122</i>	<i>Dont Accords bonnes pratiques hospitalières 657213123</i>	<i>Dont Plan Alzheimer 657213124</i>	<i>Dont Plan Maladies rares 657213125</i>	<i>Autres actions de modernisation et de restructuration 657213126</i>
ARS ALSACE						
ARS AQUITAINE	472 458	150 000		450 000		1 013 888
ARS AUVERGNE	33 907					
ARS BASSE NORMANDIE						

	<i>Dont Réorganisations hospitalières</i> 657213121	<i>Dont Gestion des risques</i> 657213122	<i>Dont Accords bonnes pratiques hospitalières</i> 657213123	<i>Dont Plan Alzheimer</i> 657213124	<i>Dont Plan Maladies rares</i> 657213125	<i>Autres actions de modernisation et de restructuration</i> 657213126
ARS BOURGOGNE	94 500	80 000				233 588
ARS BRETAGNE						117 900
ARS CENTRE	295 600			150 000	50 000	
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES						
ARS CORSE						331 100
ARS FRANCHE-COMTE						100 000
ARS GUADELOUPE	800 000		2 358			201 776
ARS GUYANNE						
ARS HAUTE-NORMANDIE						
ARS ILE-DE-FRANCE						
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON						
ARS LIMOUSIN				50 000	120 000	275 822
ARS LORRAINE						
ARS MARTINIQUE	30 000					
ARS MIDI-PYRENEES	7 296					478 958
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS						1 313 300
ARS OCEAN INDIEN						
ARS PACA						
ARS PAYS DE LA LOIRE			5 980			
ARS PICARDIE						
ARS POITOU-CHARENTES						
ARS RHONE-ALPES					130 000	

	<i>Dont Réorganisations hospitalières</i>	<i>Dont Gestion des risques</i>	<i>Dont Accords bonnes pratiques hospitalières</i>	<i>Dont Plan Alzheimer</i>	<i>Dont Plan Maladies rares</i>	<i>Autres actions de modernisation et de restructuration</i>
	657213121	657213122	657213123	657213124	657213125	657213126
TOTAL NATIONAL	1 733 760	230 000	8 338	650 000	300 000	4 066 332

Source : CNAMTS



Source : CNAMTS

Parmi les crédits comptabilisés par la CNAMTS, les crédits consacrés aux **opérations de conseil, de pilotage et d'accompagnement** des établissements représentent 9% du total.

91% des crédits dépensés en 2012 concernent les **actions de modernisation et de restructuration des établissements de santé, soit 6,99 M€.**

Au sein de ces 6,99 M€ consacrés aux actions de modernisation et de restructuration des établissements de leur région, **plus de la moitié (4 M€) concernent des « autres actions de modernisation et de restructuration »**, à savoir des projets divers comme le déploiement de la comptabilité analytique, le programme PHARE ou les actions de renforcement des compétences de gestion des établissements de santé.

22% (soit 1,7 M€) des financements concernent des **réorganisations hospitalières**.

Les crédits délégués dans le cadre du **Plan Maladies Rares et du Plan Alzheimer (950 000 €)** **représentent 11 %** du total des crédits. Il convient de noter que, conformément aux modalités de mise en œuvre du FIR décrites dans la circulaire n°SG/2012/145 du 9 mars 2012, ces 2 thématiques financées antérieurement par le FMESPP disposent de **crédits fléchés**.

Les projets liés à la **gestion des risques** sont minoritaires puisqu'ils représentent environ **3%** des crédits en cumulé. Des crédits spécifiques pour le développement des outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins ont pourtant été délégués pour des investissements prioritaires dans la circulaire du 9 mars 2012.

Enfin, les projets liés aux **accords de bonnes pratiques hospitalières** **représentent moins de 1%** des crédits. En effet, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a supprimé l'article L.6113-12 du code de la santé publique relatif à la possibilité de conclure des accords d'initiative locale et des accords locaux. Toutefois, les accords signés antérieurement à cette abrogation demeuraient applicables jusqu'à leur échéance et pouvaient donner lieu à un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord. Les derniers accords conclus sont progressivement arrivés à échéance en 2012, ce qui explique la faiblesse des montants constatés sur cette thématique dans les bilans des ARS au titre du FIR 2012.

2. Bilan de l'action conduite par l'ARS sur la 3^e mission du FIR

2.1 Bilan des actions par type de projet

Précisions méthodologiques

Certaines ARS ont fait le choix d'inclure dans leurs bilans qualitatifs tous les projets lancés ou en phase de lancement. Le périmètre analysé dans ce paragraphe 2 est donc plus large que celui présenté dans le paragraphe 1 ci-dessus et les écarts de montants entre les paragraphes 1 et 2 proviennent des projets en phase de lancement mais n'ayant pas encore fait l'objet d'engagements de crédits et/ou de paiements, ou provisionnés par les ARS pour une réalisation en 2013.

2.1.1 Bilan quantitatif

— Répartition thématique des crédits

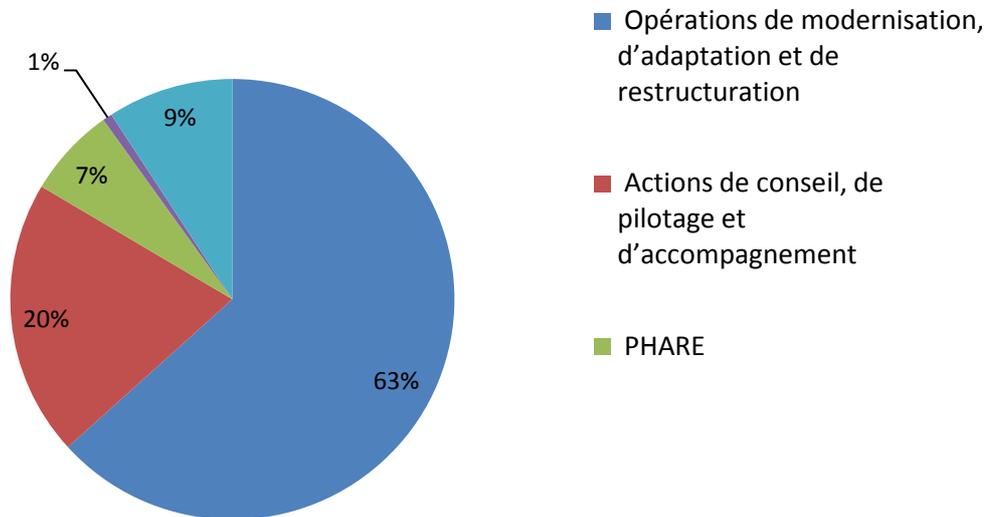
Au cours de l'année 2012, les **montants accordés au titre de la mission 3 ont principalement été orientés vers les opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration**, puisque ce type de projets concentre à lui seul 63% des financements de la mission 3.

Les actions de conseil, pilotage et management représentent quant à elles 20% des crédits.

Les 3 autres types de projets (PHARE, déploiement de la comptabilité analytique, renforcement des compétences de gestion des établissements) sont minoritaires avec moins de 16% des financements en cumulé.

63% sont destinés à des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration

Part du FIR 2012 par type d'actions - Mission 3



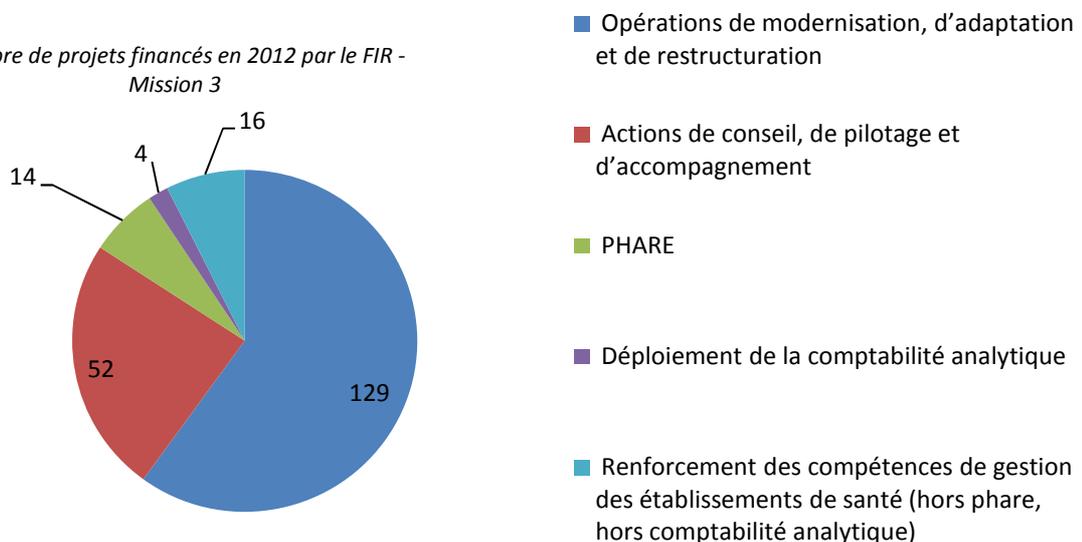
Source : consolidation des rapports d'activité ARS

— Répartition thématique des projets

En termes de nombre de projets financés au titre de la mission 3, on observe la même tendance, à savoir une orientation prioritaire des financements vers les opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration (60% des projets) et les actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement (24% des projets).

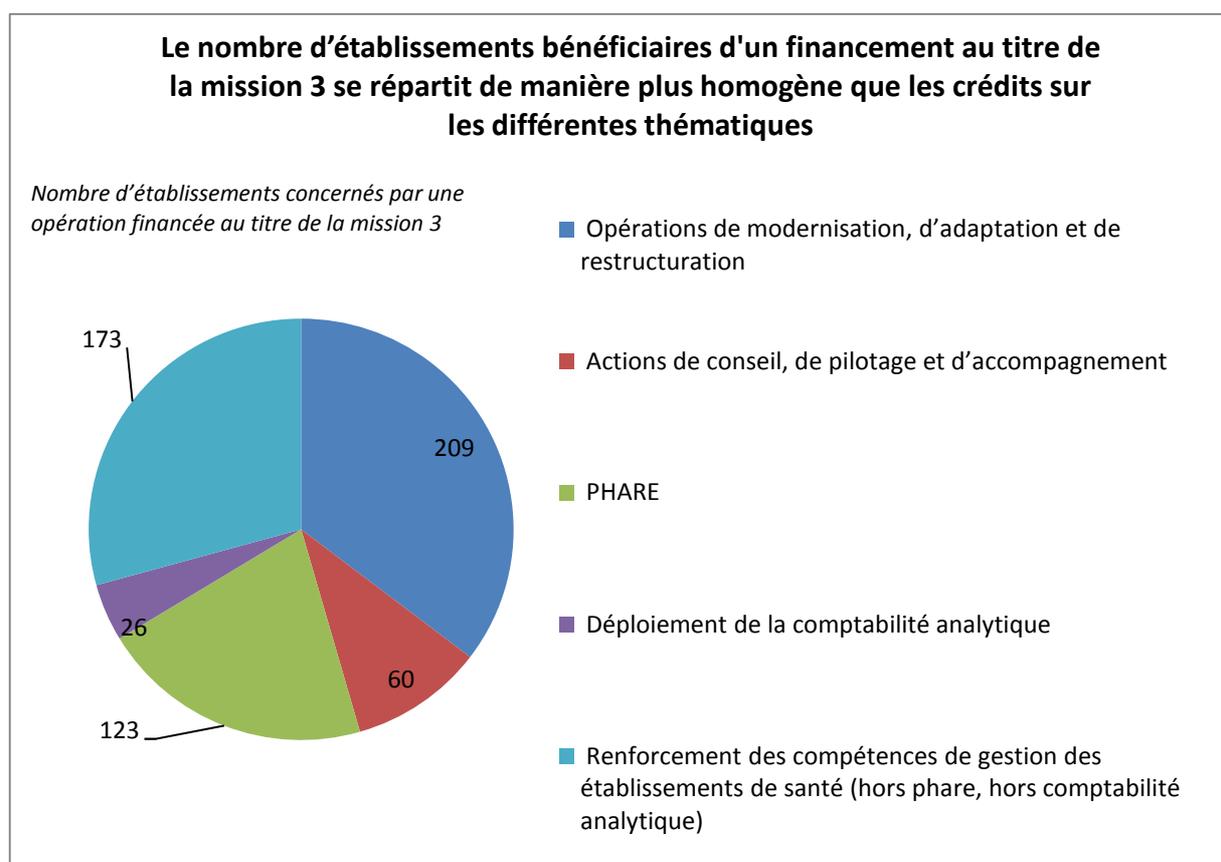
Parmi les 215 projets financés, plus des trois quarts concernent des opérations de modernisation, adaptation, restructuration et des missions de conseil

Nombre de projets financés en 2012 par le FIR - Mission 3



— Répartition thématique des établissements bénéficiaires d'un financement

Un même projet pouvant concerner plusieurs établissements (3 établissements en moyenne par projet), la répartition des établissements entre les différentes thématiques de la mission 3 est plus homogène que la répartition des crédits, même si les opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration restent majoritaires (209 établissements sur les 558 bénéficiaires d'un financement au titre de la mission 3).



Source : consolidation des rapports
d'activité ARS

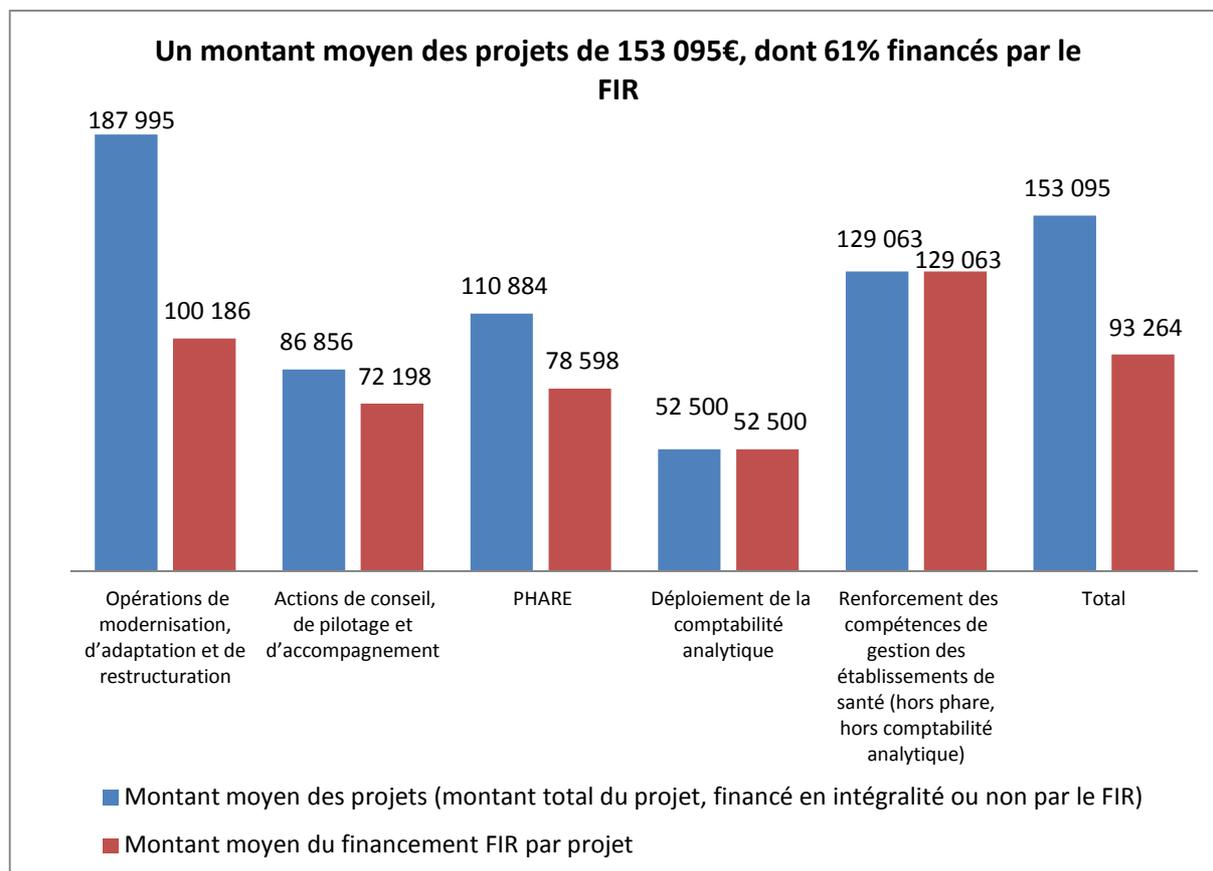
— Montant moyen des projets financés et part des financements FIR

Le montant moyen d'un projet dans le cadre de la mission 3 s'élève à 153 095€ pour toute sa durée. On observe des écarts significatifs en fonction de leur thématique, puisque le montant moyen s'échelonne entre 52 500€ pour un projet de déploiement de la comptabilité analytique contre 187 995€ pour une opération de modernisation, d'adaptation et de restructuration.

La part des financements émanant des crédits FIR est majoritaire : sur le montant total des projets, le FIR en finance en moyenne 61%, mais cette part atteint 100% en ce qui concerne les

projets de déploiement de la comptabilité analytique et le renforcement des compétences de gestion des établissements.

Certaines ARS ont fait le choix de ne financer qu'un nombre limité de projets, pour un montant unitaire élevé. D'autres ARS ont fait le choix de financer un nombre plus important de projets, pour des montants unitaires plus réduits (par exemple 37 projets identifiés en Ile de France, 32 en Aquitaine, 27 en Champagne-Ardenne).



Source : consolidation des rapports d'activité ARS

2.1.2 Bilan qualitatif

— Actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement

Les actions mises en place au sein de cette thématique concernent principalement :

- Des projets visant à **l'amélioration de la performance interne des établissements**. Ceux-ci peuvent être mis en place dans le cadre de projets performance (ex. en Franche Comté, où l'ARS a contribué au financement de 3 des 8 pistes du contrat performance de la CHT du Jura Sud) ou non. Si certains de ces projets visent à améliorer la performance globale de l'établissement par la mise en place des plans d'actions transverses, d'autres se focalisent sur certains domaines ciblés : le développement de la chirurgie ambulatoire (ex : ARS Picardie qui a

fiancé la mise en place d'une coordination entre l'unité de chirurgie ambulatoire et des infirmiers libéraux au CH de Compiègne), l'organisation des blocs opératoires (ex : en Pays de la Loire avec la formalisation de plans d'actions correctives sur les processus organisationnels des blocs opératoires), le circuit de codage de l'activité médicale et les achats sont les thématiques les plus fréquemment traitées.

- Des **études** visant à élaborer des scénarii d'évolution dans le cadre de la **réorganisation des soins ou de coopérations territoriales**.
A titre d'exemple, l'ARS Auvergne a financé une étude afin de définir la stratégie régionale en matière de coopération sur la biologie médicale ; la Champagne-Ardenne a financé un accompagnement par un cabinet de conseil d'un projet de rapprochement public-privé dans le domaine de la cancérologie et de la chirurgie. L'ARS Pays de la Loire a financé des accompagnements pour identifier des plans d'action visant le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Des projets (en phase de lancement) visant à préparer la **certification** des comptes par la réalisation d'une cartographie des risques.
L'ARS Nord Pas de Calais a mis en place une phase de diagnostic et de cartographie des risques à destination de 10 CH pour le déploiement de la certification des comptes.
- Des **formations** à destination des EPS.

De manière générale, certaines ARS ont fait le choix d'attribuer une part importante de leurs crédits FIR pour des missions de conseil diverses à destination en situation financière particulièrement délicate.

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

Cette thématique est prédominante au sein de la mission 3 du FIR, à la fois en termes de crédits alloués, de nombre de projets financés, de nombre d'établissements concernés ou de montant moyen par projet (cf. supra).

Les projets concernant principalement les domaines suivants :

- **Accompagnement à l'évolution des organisations dans le cadre de la mise en place de coopérations notamment sous forme d'un GCS ou d'une CHT, de regroupements ou de fusions entre plusieurs établissements, avec des mutualisations de certaines fonctions** (achats, restauration, logistique, laboratoire, biologie médicale...) : les projets lancés concernent à la fois la phase de cadrage de ces opérations de restructuration (études préalables, analyses juridiques, aide à l'élaboration d'un projet médical....) et l'accompagnement à la mise en œuvre de ces actions.
- Dépenses d'investissement dans le cadre des **plans Alzheimer et maladies rares**. Ces missions comportent des crédits fléchés sur les plans de santé publique.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008/2012, 2012 correspondait à la dernière année de mise en œuvre du plan, avec des crédits fléchés associés. Plusieurs ARS ont financé à ce titre des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) en USLD ainsi que des Unités Cognitivo-Comportementale (UCC) (par exemple les ARS Centre, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes avec le CH de Niort ...)

Dans le cadre du plan national maladies rares 2011-2014, plusieurs ARS ont financé les laboratoires de génétique de CHU (CHU de Dijon. CHRU de Tours. CHU de Rouen, CHU de Poitiers pour l'équipement du laboratoire génétique pour 120 000 euros ...). Il convient en outre de préciser que l'instruction n°DGOS/PF2/2012/390 du 19 novembre 2012 relative aux modalités d'engagements des crédits FIR destinés aux laboratoires hospitalo-universitaires de génétique pour le diagnostic des maladies (appareils de séquençage NGS d'ADN moyen/haut débit) a eu pour objet de recenser les projets à financer au titre des crédits délégués en 2011 et 2012 ainsi que leur état d'avancement à la date du 30 novembre 2012.

- **Achats de matériels et d'équipement** (matériel pour les transports sanitaires hélicoptères, automates de dispensation des médicaments, équipement de cabinets de consultations spécialisées,).
En Guadeloupe, pour tenir compte du caractère archipélagique de la région, le FIR a permis la création d'un vecteur aérien sanitaire destiné à désenclaver plusieurs îles et communes de l'archipel. En Picardie, le FIR a servi à financer la mise en place automate de dispensation des formes sèches de médicaments au bénéfice des personnes âgées au CH de Compiègne.

- **Développement de la télémédecine** via le financement d'infrastructures et d'équipements pour la téléconsultation, la télémédecine en imagerie ou la télémédecine en hémodialyse (expérimentation en ARS Centre sur ce dernier point). Les projets soutenus concernent 4 régions et viennent en complément des soutiens accordés au titre de la mission 2 et du compte « télémédecine » (exemple de la Lorraine).

Des expérimentations au service des détenus ont été lancées dans plusieurs régions (ex. Auvergne) ou au bénéfice de résidents en EHPAD (ex. Centre) et des personnes handicapées (ex. ARS Champagne-Ardenne). Plusieurs spécialités ont également été ciblées : psychiatrie, insuffisance rénale chronique, insuffisance respiratoire, complications du diabète....

- **Développement de l'utilisation des nouvelles technologies : on peut citer quelques projets novateurs** avec par exemple le développement d'applications Smartphone ou le déploiement d'un système de géo-localisation des entreprises de transports sanitaires dédiées à l'urgence pré-hospitalière (ex. projet Thélis mis en place en Aquitaine).

En Corse, on peut relever la mise en place d'une action innovante de télésanté avec le développement d'une application Smartphone ayant pour objectif de faciliter les échanges et contacts entre médecins souhaitant adhérer au réseau de professionnels, qu'il s'agisse de médecins généralistes ou spécialistes, libéraux ou praticiens hospitaliers ou encore correspondants SAMU. La fonctionnalité principale de ce service consiste à fournir aux médecins la connaissance en temps réel de leurs disponibilités respectives ainsi que celles des lits des établissements de santé, la finalité étant de fluidifier et optimiser l'accès aux soins des patients.

- **Amélioration de la performance interne** des établissements : audits visant à identifier les marges d'amélioration de la performance dans le cadre de la préparation d'un PRE, accompagnement dans l'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement, accompagnement dans l'optimisation de la fonction RH, réorganisation du service réanimation, gestion du temps médical et non médical, optimisation des plateaux techniques, logistique médicale et générale.

L'ARS PACA a financé plusieurs audits performantiels et organisationnels (activités, services de soins, logistiques, techniques et administratifs, coopérations) pour aider les CH à se réorganiser ou à identifier les axes d'amélioration. L'ARS Pays de la Loire a fait

cette démarche avec un groupe de travail thématique composé de 18 CH. Dans la région Nord Pas de Calais, 14 CH ont été accompagnés dans l'optimisation de leur processus de facturation recouvrement en vue du passage à FIDES. L'ARS Rhône Alpes a accompagné plusieurs CH dans leur processus de facturation-recouvrement.

- **Aides à l'informatisation**, dans le cadre par exemple de la mise en place d'une gestion informatisée du circuit du médicament commune à plusieurs établissements, du déploiement du dossier patient informatisé, de la mise en place de logiciels d'analyse des risques et de gestion des «évènements et infections graves liés aux soins».

Sur ce dernier point, on peut citer l'exemple de l'ARS Aquitaine qui a alloué, dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de soins, 150 000€ à 18 établissements afin de mettre en place un système de recueil informatisé, d'exploitation et de traitement des évènements et infections graves liés aux soins. De la même façon, l'ARS Ile de France a financé 22 établissements pour l'informatisation de la gestion des risques. L'ARS Rhône Alpes a financé un groupement de 7 établissements pour mettre en place un SI mutualisé (logiciel d'échanges de données informatisées). L'ARS Picardie a financé l'informatisation du circuit du médicament sur le site de Senlis.

- **Mise aux normes** incendie et mise en sécurité des patients et des personnels.
- **Actions de modernisation des SAMU et des transports sanitaires.**

L'ARS Pays de la Loire a travaillé sur l'interopérabilité des Samu : écriture de référentiels communs, participation à la rédaction d'un cahier des charges. En Lorraine, le CH de Metz a travaillé à une modernisation du réseau des SAMU.

— **Renforcement des compétences de gestion des établissements de santé (hors Phare, hors Comptabilité analytique)**

Les projets entrepris sur cette thématique visent essentiellement à accompagner les établissements dans leur démarche de **fiabilisation des comptes**. Les régions Nord Pas de Calais, Bourgogne, Champagne Ardenne et Picardie notamment ont prévu d'accompagner les établissements dans cette démarche.

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

L'ARS Nord Pas de Calais a financé un accompagnement pour la mise en place du programme PHARE (notamment, groupements de commandes et plans d'action d'achat annuel) suite à l'appel à projet régional (10 CH concernés). L'ARS Rhône Alpes a financé un logiciel pour un groupement de commandes_ et elle a financé des établissements pour l'axe plan d'actions achat annuel (PAA).

Au sein de cette thématique ont été financés :

- Des **audits et prestations d'accompagnement dans la mise en œuvre de plans d'actions** visant à améliorer la performance de la fonction achats.
- Des **formations** relatives à la fonction achats.
- Des **projets SI** avec la mise en place de logiciels EDI (échange de données informatisées) et d'un progiciel de gestion des marchés
- Un soutien financier à un groupement régional de commande (par exemple, en Haute-Normandie)

— Déploiement de la comptabilité analytique

Les projets dans ce domaine concernent :

- La **mutualisation de moyens** entre CH pour soutenir le développement d'une fonction contrôle de gestion. La Bourgogne l'a fait pour 18 CH.
- Des **formations** relatives au contrôle de gestion.

2.2 *Les autres actions concourant à la réalisation de l'objectif de la mission 3*

D'autres projets de nature plus ponctuelle concourent à la réalisation de la mission 3. On peut citer par exemple :

- Le déploiement de **l'outil trajectoire** afin de faciliter les demandes de placement en EHPAD en Auvergne ou encore en Champagne-Ardenne.
- Le recrutement d'un poste partagé de chargé d'étude entre l'observatoire régional de médecine d'urgence afin d'accompagner la montée en charge de la production des résumés de passage aux urgences en Auvergne.
- Le financement des surcoûts liés à la mise en place d'une équipe transversale de nutrition clinique en Bretagne.

Mission 4

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

La mission 4 du FIR a notamment pour objectif de financer :

- les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ;
- les actions de gestion prévisionnelles des métiers, emplois et compétence et les actions de formation dans le cadre de la promotion professionnelles ;
- 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

Pour 2012, la circulaire SG-CNAMTS n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 précise les orientations suivantes concernant les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) :

- le soutien aux projets innovants pouvant concerner plusieurs établissements afin de démultiplier l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail en encourageant les actions collectives et en exploitant les possibilités de coopérations locales ou régionales ;
- la promotion des processus ayant pour objet le développement d'une politique de lutte contre les risques professionnels, l'amélioration des rythmes de travail et l'accompagnement des mobilités.

La circulaire 2012 exprimait la nécessité de soutenir trois types d'actions :

- le développement d'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 et organisationnels afin d'améliorer les relations et les conditions de travail dans les unités et les pôles de travail.
- la mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail et les relations de travail :
- l'accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles avec :
 - le soutien aux mobilités fonctionnelles et aux reconversions internes (accompagnement des agents vers une seconde partie de carrière) ;
 - le maintien et le retour dans l'emploi.

1. Synthèse financière : crédits alloués à la 4^e mission du FIR

Ventilation des crédits FIR (EPRD et comptabilisation) au titre de la mission 4¹.

Les chiffres présentés ici font apparaître les montants attribués par l'ARS et ceux versés effectivement par les CPAM. L'écart entre ces deux montants est important ; les crédits 2012 peuvent avoir fait l'objet d'une notification en 2012 et n'être versés via la CPAM de rattachement qu'en 2013.

Améliorations conditions de travail et Accompagnement social	Enveloppe Indicative ²	EPRD + DM 2012	Taux de déploiement	Crédits comptabilisés	Écart Crédits comptabilisés - EPRD+DM 2012	
					Ecart en VA	Ecart en %
ARS ALSACE	1 466 895€	NC	-	0€	-	-
ARS AQUITAINE	2 024 180€	269 300€	13%	240 263€	- 29 037€	- 11%
ARS AUVERGNE	992 883€	992 883€	100%	611 819€	- 381 064€	-38%
ARS BASSE NORMANDIE	1 062 278€	509 863€	48%	0€	- 509 863€	- 100%
ARS BOURGOGNE	585 674€	321 938€	56%	214 355€	- 107 583€	33%
ARS BRETAGNE	1 197 080€	690 000€	58%	655 755€	- 34 245€	- 5%
ARS CENTRE	1 488 176€	1 488 176€	100%	40 000€	- 1 448 176€	- 97%
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	889 435€	44 408€	5%	44 408€	0€	0%
ARS CORSE	297 489€	334 312€	112%	298 660€	- 35 652€	-12%
ARS FRANCHE-COMTE	832 096€	241 283€	29%	132 895€	- 108 388€	- 45%
ARS GUADELOUPE	243 972€	NC	-	0€	-	-
ARS GUYANE	113 610€	113 610€	100%	0€	- 113 610€	- 100%
ARS HAUTE NORMANDIE	1 079 579€	1 268 104€	117%	0€	- 1 268 104€	- 100%
ARS ILE-DE-FRANCE	19 674 889€	25 665 915€	130%	440 726€	- 25 225 189€	- 98%
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON	1 560 456€	1 778 717€	114%	0€	- 1 778 717€	- 100%
ARS LIMOUSIN	658 500€	563 506€	86%	563 506€	0€	0%
ARS LORRAINE	1 797 834€	1 997 834€	111%	0€	- 1 997 834€	- 100%
ARS MARTINIQUE	341 452€	612 075 €	179%	612 075 €	0 €	0 %
ARS MIDI-PYRENEES	2 001 363€	1 504 000 €	75%	46 000€	- 1 458 000€	- 97%
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	2 649 797€	1 430 083 €	54%	0€	- 1 430 083€	- 100%
ARS OCEAN INDIEN	348 998€	NC	-	0€	-	-
ARS PACA	7 452 880€	4 553 615€	61%	1 735 915€	- 2 817 700€	- 62%
ARS PAYS DE LA LOIRE	2 116 411€	1 767 534€	83%	0€	- 1 767 534€	- 100%
ARS PICARDIE	1 752 253€	1 220 930 €	70%	0€	- 1 220 930€	- 100%
ARS POITOU-CHARENTES	679 839€	529 839€	78%	0€	- 529 839€	- 100%
ARS RHONE-ALPES	6 691 980€	10 699 286 €	160%	1 334 177€	- 9 365 109€	- 87%
TOTAL NATIONAL	60 000 000€	58 597 211€	98%	6 970 554€	- 51 626 657€	- 88%

Source : données comptables de la CNAMTS (les données fournies par les ARS portaient la plupart du temps à confusion en raison d'erreurs dans le remplissage des tableaux de suivi). Certaines erreurs peuvent figurer dans la colonne EPRD+DM 2012.

¹ Les données en italiques sont à prendre avec prudence car certaines données n'ont pas été communiquées.

Les lignes grisées correspondent aux ARS dont le montant des crédits comptabilisés est le plus proche possible (ou supérieur) au montant de l'EPRD+DM 2012.

² Cette colonne n'a qu'une valeur informative et ne correspond pas à une enveloppe fléchée pour cette mission. Elle indique les crédits qui étaient initialement destinés à celle-ci, chaque ARS a donc eu la possibilité de redéployer ces crédits au travers de l'EPRD.

2. Bilan et stratégie des actions conduites par les ARS sur la 4^e 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 des actions conduites par les ARS sur la 4^e mission du FIR porte prioritairement sur les 3 axes suivants : accompagnement social des restructurations (aides individuelles, contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, gestion prévisionnelle des métiers et compétences).

Les bonnes pratiques qui sont illustrées ici ont été mises en pratique en 2012 : les actions ont été menées ou vont l'être prochainement et les ARS ont attribué les crédits à ce titre. Cependant, le paiement effectif par les CPAM n'a pas forcément eu lieu en 2012, d'où l'écart entre les crédits apparaissant dans le tableau précédent et le nombre de bonnes pratiques relevées ci-après.

2.1 L'accompagnement social des restructurations (aides individuelles)

— Stratégie mise en œuvre

Plusieurs ARS relèvent que les aides mobilisées dans le cadre de l'accompagnement social des restructurations, sont consécutives à un plan de retour à l'équilibre, à un plan social ou s'inscrivent dans le cadre d'un contrat de performance. Dans cette optique l'accent est mis plus particulièrement sur les actions de reconversion professionnelle et les indemnités de départ volontaire (de façon générale, les aides à la mobilité et les indemnités de départ volontaires sont mobilisées en moins grand nombre qu'auparavant).

L'utilisation des cellules d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO) s'avère nécessaire dans le cadre de grosses opérations et les ARS mentionnent l'utilité de ce dispositif. Neuf ARS mentionnent l'utilisation de CLASMO dans leur région, soit 35% de régions où des CLASMO ont été créées ou bien perdurent. Les régions comptent souvent une à trois CLASMO (la région Ile-de-France en compte 13).

Difficultés rencontrées :

Certaines ARS mentionnent la difficulté de pouvoir prendre en charge toutes les aides dont pourraient bénéficier les agents. Des demandes de concours national exceptionnel ont été formulées à cet effet.

Exemple de bonnes pratiques :

➤ L'ARS Haute-Normandie conditionne l'octroi des aides à une argumentation de l'établissement que l'aide va permettre de réelles économies pour cet établissement.

➤ L'ARS Martinique a, en sus de la CLASMO, créé une MARF : Mission régionale d'Accompagnement à la reconversion et la Formation (MARF) placée auprès de l'ARS qui comprend outre un chef de mission, 2 ETP (0,5 référent ressources humaines – 0,5 psychologue – 0,5 assistante sociale – 0,5 conseiller formation) sur la période 2012-2016.

— Bilan des actions menées

Les actions en cours étant pour la plupart élaborées dans un cadre pluriannuel, les ARS ne peuvent pas établir de bilan consolidé.

L'ARS Rhône-Alpes relève que « concernant les aides individuelles, s'il est facile de prévoir quels établissements et quelles opérations seront concernés, il est en revanche, très difficile d'en estimer le montant, avant la mise en place de la cellule locale d'accompagnement. De plus, les projets peuvent se mettre en œuvre sur plusieurs mois, ce qui explique qu'entre le montant engagé et le montant réellement consommé, un décalage aussi important peut exister. »

2.2 Les CLACT

— Stratégie mise en œuvre

Les ARS soulignent que la mise en œuvre des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail permet, d'une part, d'accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention des risques professionnels, et d'autre part de promouvoir des réorganisations du travail de nature à améliorer les rythmes de travail et la qualité de vie au travail.

Les actions financées sont principalement axées sur la lutte contre les troubles musculo-squelettiques (achat de matériels), les risques psycho-sociaux (journées de sensibilisation) et portent également sur les organisations du travail (réflexion et/ou modification des rythmes de travail). Les ARS suivent de manière quasi-unanime les recommandations ministérielles sur la priorisation de la lutte contre les RPS et les TMS.

La plupart mentionnent la volonté que les aides apportées puissent permettre de faire baisser l'absentéisme et certaines souhaitent également suivre, en sus de l'absentéisme, le turn over (exemple : PACA, Haute-Normandie, Aquitaine, Centre, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées).

L'ARS Haute-Normandie a financé un dispositif permettant un suivi de l'absentéisme avec un focus sur l'évolution des congés longue maladie et congés longue durée ainsi que les accidents du travail et maladies imputables aux fonctions.

En outre, certains des établissements dont le dossier n'avait pas été sélectionné dans le cadre de l'appel à projet RPS de 2012, ont vu leurs actions financées par les ARS dans le cadre des CLACT : celles-ci ont repris les dossiers de l'appel à projet pour financer les actions par un autre biais mais concourant au même objectif (par exemple : Aquitaine, Corse, Languedoc-Roussillon).

Exemple de bonnes pratiques :

➤ Dans la région PACA, l'ANFH a été pressentie pour un projet cofinancé par l'ARS à hauteur de 400 000 € en vue de réaliser notamment un baromètre social, une formation action à la mise en place du document unique, des formations à l'organisation...

➤ L'ARS Pays-de-la-Loire a porté une attention particulière aux actions mutualisées entre établissements et une sélection des projets en lien avec le groupe Ressources humaines en établissements du Comité Régional de Concertation pour les Ressources Humaines.

➤ En Ile-de-France, à partir de 2010, pour mieux prendre en compte le fait que les établissements ont souvent les mêmes besoins et s'engagent dans des démarches similaires, est né le projet de mutualiser les actions menées avec les crédits CLACT. Ce principe a été maintenu avec le financement FIR 2012. Les projets « Ensemble pour la santé » sont menés conjointement par les établissements de santé franciliens, et coordonnés par l'ARS Île-de-France, avec l'ambition de développer la gestion stratégique de tous les personnels en particulier dans ses aspects dialogue social, organisation interne, conditions de travail, performance RH et gestion des risques RH (dont gestion des compétences).

La large concertation organisée par l'ARS a permis de valider ce principe de mutualisation, et d'établir un programme d'actions. 6 projets régionaux prioritaires ont été retenus : le pilotage de la prévention des risques professionnels (plan d'action pour structurer un plan d'action dans ce cadre), la prévention des risques psychosociaux (journée de sensibilisation et plan d'action), la prévention des troubles musculo-squelettiques (matériels de prévention), la prévention de la violence à l'hôpital (réalisation d'un benchmarking des retours d'expérience et réalisation de quatre films pédagogiques), l'amélioration des rythmes de travail (refonte des plannings), la prévention des risques chimiques (centralisation des compétences d'un ingénieur hygiène et de préventeur pour aide à l'évaluation des risques chimiques).

➤ En Lorraine, une commission de sélection des projets CLACT est organisée par l'ARS. Les représentants régionaux du personnel sont associés avec trois critères d'appréciation : privilégier les actions qui concernent le plus grand nombre de personnes, l'accord est donné si les actions précédemment dotées ont fait l'objet d'une évaluation et les actions de formations ne sont retenues que si elles ne peuvent pas faire l'objet d'un autre financement.

Les CLACT retenus ont été financés à 50% pour la partie relevant effectivement d'un CLACT.

— Bilan des actions menées

14 ARS cofinancent des actions dans le cadre des CLACT¹ :

- pour 6 ARS le cofinancement du FIR est de moins de 50% (soit 46% des ARS impliquées dans les CLACT)² ;

- pour 2 ARS le cofinancement est d'exactly 50% (soit 15% des ARS impliquées)³ ;

- pour 5 ARS le cofinancement est de plus de 50% (soit 39% des ARS impliquées)⁴.

Les établissements ont pu faire appel à des ressources internes, à des coopérations entre établissements, à des prestations d'assistance-conseil, d'audits, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail ainsi qu'à des actions d'ingénierie.

Exemple de bonnes pratiques :

L'ARS Languedoc-Roussillon mentionne les actions spécifiques retenues : audit sur l'organisation des urgences sur un CH ; formation à la gestion de la violence, des conflits ; réintégration des agents en CLD/CLM ; analyse des pratiques managériales ; analyse du risque chimique.

Des indicateurs sont demandés aux établissements dans le cadre des bilans CLACT antérieurs :

- Taux d'absentéisme sur 5 ans ;

¹ ARS sans financement de CLACT : Alsace, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Guadeloupe, Martinique, Picardie, Poitou-Charentes, Océan Indien.

² Aquitaine 43%, Guyane 41%, Haute-Normandie 44%, Languedoc-Roussillon 39%, Pays-de-la-Loire 43%, Rhône-Alpes 32%.

³ Centre et Lorraine.

⁴ Limousin 52%, Midi-Pyrénées 72%, Nord-Pas-de-Calais 61%, Provence-Alpes-Côte d'Azur 57%, Basse-Normandie 52%.

- Nombre de journées d'absentéisme en MO ; AT ; MP ; accident de trajet sur 5 ans ;
- Nombre d'agents en CLM et CLD réintégrés sur 3 ans ;
- Factures acquittées des matériels acquis ;
- Nombre de personnes et leur fonction ayant suivi les formations et/ou formations actions.

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

— Stratégie mise en œuvre

Certaines ARS incitent à mutualiser les actions et projets des établissements (groupes de travail pour identifier les besoins, comité de pilotage en lien avec la délégation régionale de l'ANFH, dossiers communs à plusieurs établissements ou actions concertées). C'est le cas en Bourgogne et dans le Languedoc-Roussillon.

Exemple de bonnes pratiques :

➤ L'ARS Bourgogne mentionne sa volonté de porter une dynamique sur l'ensemble de son territoire dans un souci de cohérence. Elle souhaite également partager les bonnes pratiques d'un établissement auprès des autres établissements de sa région.

➤ Pour l'ARS Midi-Pyrénées, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) fait l'objet d'une démarche régionale d'accompagnement depuis 2011 en partenariat avec la FHF, la FEHAP et l'ANFH. Cette démarche a été construite selon plusieurs axes : un pilotage régional, un accompagnement méthodologique des établissements sur site, des regroupements inter-établissements trimestriels, des formations à la GPMC et un espace collaboratif visant à partager et à capitaliser les documents produits.

Cette démarche est définie à travers 3 niveaux : une cartographie des métiers et des effectifs, une amélioration des pratiques RH et une analyse prospective permettant d'anticiper les évolutions des métiers.

➤ Dans la région Pays-de-la-Loire, le projet régional de GPMC est porté par le centre hospitalier Loire Vendée Océan (HLVO), qui bénéficie d'un soutien méthodologique et humain, constitué à la fois d'une prestation de consultant pour la mise en place des outils de recueil et de traitement de l'information et de l'assistance d'équipe dédiée au projet pour assurer sa mise en œuvre et l'accompagnement des établissements de la région.

Un colloque d'information à destination des établissements sanitaires de la région, publics et privés, a été organisé en novembre 2012.

➤ En Corse, le déploiement de ce dispositif est régional (l'établissement porteur est le Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio) et se traduit par :

- La création d'un Comité de Pilotage territorial. Ce dernier comprend un pilote et un copilote pour chaque établissement de santé, le délégué régional ANFH, un consultant, un représentant de l'ARS, un représentant des organisations syndicales représentatives des établissements publics de santé de la région.
- La constitution d'un groupe projets dans chaque établissement constitué par un pilote et un copilote, un cadre référent de chaque famille de métiers.
- La mise en œuvre de groupes métiers ayant pour rôle de rédiger la grille d'évaluation des compétences selon les établissements.

Une charte GPMC a été établie sur l'année 2012 définissant précisément les axes du dispositif GPMC et ses modalités de déploiement. Cette charte régionale a été alimentée ensuite par une partie dédiée à chaque établissement.

➤ En Haute-Normandie, des groupes de travail ont été créés par taille d'établissement, l'ARS pilote chaque groupe GPMC pendant le temps de l'accompagnement, ensuite les groupes sont fusionnés et des réunions de travail sur l'échange des pratiques entre établissements ont lieu régulièrement à l'ARS.

➤ Dans la région Centre, la création d'un observatoire sanitaire et social réunissant tous les opérateurs concernés (ORFE, ANFH, UNIFAF, DRJSCS, conseil régional, ARS...) a été effective en 2012 et va permettre de mener une politique de suivi de la démographie médicale et paramédicale au plus près des besoins des territoires et des bassins de population.

Le bilan sera effectué sur plusieurs exercices 2012-2015 via le COPIL et la mise en place de l'observatoire. L'accompagnement de l'ARS en étroite collaboration avec l'ANFH sur la mise en place du DPC, sera un indicateur pertinent sur la formation des agents et leur satisfaction au travail.

➤ En Ile-de-France, le principe de mutualiser les actions menées avec les fonds alloués pour accompagner les établissements franciliens à développer leur gestion stratégique de tous les personnels a été maintenu avec le financement FIR 2012. Dans les projets « Ensemble pour la santé », huit projets régionaux prioritaires ont été retenus par la concertation régionale mise en place (fédérations, partenaires institutionnels et représentants régionaux des organisations syndicales) sur deux axes :

- projets sur l'axe « Piloter la performance RH » : état des lieux et scénarios d'évolution de la fonction RH, tableaux de bord sociaux - contrôle de gestion RH et décisionnel RH, SIRH, et accompagnement des projets stratégiques ;

- projet sur l'axe « Identifier, valoriser et développer les compétences » : cartographie des métiers, entretien professionnel, maintien dans l'emploi et parcours professionnels. L'ARS IDF a été région pilote en 2012 du projet national du ministère de la santé sur la cartographie des métiers.

Attention portée sur le partage des crédits par les ARS :

Les crédits de l'ARS Centre ont été répartis en fonction du nombre d'effectifs des établissements. D'autres ARS ont mentionné leur souci d'un partage équitable entre les départements de leur région.

— Bilan des actions menées

L'ARS Haute-Normandie mentionne que les données fournies dans le cadre des actions de GPMC permettront de vérifier une éventuelle baisse de l'absentéisme, en lien avec les actions menées (CLACT, aides individuelles, GPMC).

L'ARS PACA favorise les projets multi-établissements, la coopération et la coordination et la production d'indicateurs pour des tableaux de bord.

3. Les autres actions concourant à la réalisation de l'objectif de la 4^e mission

➤ L'ARS PACA mentionne deux actions innovantes :

1) Un projet « handicap » : sur l'exercice 2011, une action particulière a été menée avec l'ANFH pour la prise en compte du handicap dans les établissements et la mise en place de référents handicap dans les établissements. Cette action a été financée à hauteur de 50 000 € par l'ARS. C'est une action interrégionale avec l'ANFH et l'ARS voisine (Languedoc-Roussillon). 250 agents ont été formés. L'axe formation est important pour internaliser les compétences. Le nombre de conventions signées avec le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a réellement progressé.

2) Le projet prévention des risques et maladies professionnelles : l'ARS a invité les établissements de santé publics et privés de PACA à participer à la surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) à travers « les quinzaines MCP » menées par l'institut de veille sanitaire (InVs).

Les médecins du travail ont établi des tableaux de bord portant sur la situation de tous les salariés ayant bénéficié d'une consultation et signalant toutes les MCP diagnostiquées.

L'objectif est de déterminer les affections jugées imputables au travail, repérer les professions les plus à risque ainsi que les actions de prévention nécessaires.

➤ En Corse, un des ex-hôpitaux locaux de la région a initié une démarche de prévention liée aux risques psychosociaux. A ce titre, il a constitué un groupe projet pluridisciplinaire en charge de la mise en place de la démarche de prévention collective des risques psychosociaux. Le projet vise à compléter la démarche globale d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels mise en place dans l'établissement.

➤ L'ARS de Haute-Normandie dans le cadre du comité pilotage RH et du comité de suivi avec les partenaires sociaux a initié des travaux afin de contribuer à l'amélioration des conditions de travail des agents des établissements de santé et de leur qualité de vie.

Ont été réalisés trois guides :

- un guide sur les TMS en partenariat avec l'ARACT de Haute-Normandie.
- un guide sur les modalités de prévention des risques de fragilités sociales et économiques des agents exerçant dans les établissements publics de santé.
- un guide sur l'absentéisme évitable (en cours d'élaboration)

Un tableau de bord social régional permet de suivre l'évolution des effectifs et l'absentéisme depuis 2004.

En partenariat avec la DDCS des travaux sur l'optimisation du fonctionnement du comité médical ont permis de favoriser le retour à l'emploi des agents. Des négociations sont en cours afin de remédier au manque de médecins agréés dans la région.

Enfin, en partenariat avec le CHU Hôpitaux de Rouen, l'ARS a organisé une réunion régionale le 18 juin 2013 sur la prévention des risques psycho-sociaux destinée à sensibiliser les managers (directeurs, Présidents CME...) à cette problématique.

Mission 5

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

La 5^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 et de l'évaluation des programmes de santé et de 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.

1. Stratégie spécifique de la 5^e mission du FIR

1.1. Crédits alloués

Tableau 1 - Ventilation des crédits FIR (EPRD et comptabilisation) au titre de la mission 5

Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire 6572133	EPRD 2012+ DM	dont demande de fongibilité asymétrique ¹	Crédits comptabilisés	Écart Crédits comptabilisés – EPRD+DM 2012	
				Ecart en VA	Ecart en %
ARS ALSACE	3 834 272 €	0 €	4 209 841 €	375 569 €	9,8 %
ARS AQUITAINE	7 849 856 €	484 581 €	7 589 071 €	-260 785 €	-3,32 %
ARS AUVERGNE	5 374 786 €	0 €	5 333 000 €	-41 786 €	-0,78
ARS BASSE NORMANDIE	5 377 465 €	35 000 €	4 958 979 €	-418 486 €	-7,78%
ARS BOURGOGNE	6 829 726 €	93 212 €	6 801 631 €	-28 095 €	-0,41%
ARS BRETAGNE	10 508 239 €	315 000 €	9 767 692 €	-740 547 €	-7,05%
ARS CENTRE	8 531 433 €	277 050 €	8 783 777 €	252 344 €	2,96 %
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	4 878 928 €	286 450 €	4 993 719 €	114 791 €	2,35€
ARS CORSE	1 366 075 €	0 €	1 117 945 €	-248 130 €	-18,16 %
ARS FRANCHE-COMTE	3 077 074 €	0 €	3 001 352 €	-75 722 €	- 2,46%
ARS GUADELOUPE	6 469 760 €	0 €	6 319 706 €	-150 054 €	-2,32%
ARS GUYANE	9 235 348 €	200 000€	7 655 080 €	-1 580 268 €	-17,11%
ARS HAUTE NORMANDIE	7 106 737 €	0 €	5 964 634 €	-1 142 103 €	-16,07%
ARS ILE-DE-FRANCE	41 316 970 €	3 543 540 €	37 299 190 €	-4 017 780 €	-9,72%
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON	7 760 508 €	0 €	8 385 000 €	624 492 €	8,05%
ARS LIMOUSIN	2 884 819 €	0 €	2 842 243 €	-42 576 e	-1,48%
ARS LORRAINE	10 390 868 €	0 €	8 581 149 €	-1 809 719 €	-17,42%
ARS MARTINIQUE	4 430 928 €	50 000 €	4 191 661 €	-239 267 €	-5,40%
ARS MIDI-PYRENEES	11 507 712 €	1 500 000 €	10 488 559€	-1 019 153 €	-8,86%
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	12 853 694 €	0 €	9 639 814 €	-3 213 880 €	-25%
ARS OCEAN INDIEN	13 302 888 €	983 829 €	13 213 921 €	-88 967 €	-0,67%
ARS PACA	13 970 734 €	0 €	12 997 619 €	-973 115 €	-6,97%
ARS PAYS DE LA LOIRE	13 800 604 €	220 000 €	13 490 989 €	-309 615 €	-2,24%
ARS PICARDIE	7 179 442 €	150 000 €	5 966 359 €	-1 213 083 €	-16,90%
ARS POITOU-CHARENTES	5 472 788 €	0 €	5 369 606 €	-103 182 €	-1,89%
ARS RHONE-ALPES	17 040 224 €	0 €	16 950 492 €	-89 732 €	-0,53 %
TOTAL NATIONAL	242 351 878 €	8 138 662 €	225 913 029 €	-16 438 849 €	-6,78%

Source : Données CNAMTS et rapports d'activité des ARS

¹ Cette colonne n'est présente qu'à titre indicatif. Les ARS peuvent mobiliser au titre de la prévention-santé publique des crédits supplémentaire dans le respect de l'enveloppe globale alloué au titre de FIR.

Tableau 2 - Répartition thématique des crédits alloués au titre de la mission 5

Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire 6572133	<i>Actions de santé publique des plans et programmes nationaux, actions recentralisées ou inscrites dans le projet régional de santé (hors ETP) 65721331</i>	Actions relatives à l'éducation pour la santé et à l'accès à la santé 65721332	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus 65721333	Pilotage régional de la politique de santé publique 65721334	Centres de dépistage anonymes et gratuits 65721335
ARS ALSACE	2 170 791	604 026 €	1 062 €	286 547 €	1 116 415 €
ARS AQUITAINE	5 002 990 €	1 487 159 €	509 €	865 411 €	233 402 €
ARS AUVERGNE	3 638 737 €	1 140 318 €	0 €	348 206 €	205 739 €
ARS BASSE NORMANDIE	3 503 697 €	413 368 €	0 €	665 078 €	376 836 €
ARS BOURGOGNE	5 358 667 €	192 883 €	42 357 €	811 697 €	396 027 €
ARS BRETAGNE	7 351 022 €	692 039 €	19 203 €	1 147 137 €	558 291 €
ARS CENTRE	6 900 453 €	363 582 €	21 533 €	968 887 €	529 322 €
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	3 271 023 €	462 729 €	4 257 €	781 246 €	474 464 €
ARS CORSE	555 736 €	34 653 €	0 €	449 023 €	78 533 €
ARS FRANCHE-COMTE	2 070 482 €	364 140 €	0 €	508 555 €	58 175 €
ARS GUADELOUPE	5 401 165 €	261 000 €	0 €	467 314 €	190 227 €
ARS GUYANE	6 327 056 €	581 587 €	0 €	160 096 €	586 341 €
ARS HAUTE NORMANDIE	3 938 706 €	655 689 €	24 305 €	1 004 200 €	341 734 €
ARS ILE-DE-FRANCE	24 356 305 €	7 044 827 €	31 975 €	2 927 724 €	2 938 359 €
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON	6 070 460 €	1 054 280 €	8 595 €	856 717 €	394 948 €
ARS LIMOUSIN	1 779 222 €	275 947 €	0 €	511 808 €	275 266 €
ARS LORRAINE	6 888 524 €	215 642 €	32 272 €	863 491 €	581 220 €
ARS MARTINIQUE	3 375 295 €	16 421 €	10 642 €	726 803 €	62 500 €
ARS MIDI-PYRENEES	7 274 743 €	1 392 559 €	8 287 €	902 370 €	910 600 €
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	5 799 947 €	1 153 170 €	0 €	2 352 576 €	334 121 €

Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire 6572133	<i>Actions de santé publique des plans et programmes nationaux, actions recentralisées ou inscrites dans le projet régional de santé (hors ETP) 65721331</i>	Actions relatives à l'éducation pour la santé et à l'accès à la santé 65721332	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus 65721333	Pilotage régional de la politique de santé publique 65721334	Centres de dépistage anonymes et gratuits 65721335
ARS OCEAN INDIEN	10 196 001 €	608 530 €	0 €	1 884 990 €	524 400 €
ARS PACA	7 122 383 €	3 332 570	886 €	1 732 807 €	808 973 €
ARS PAYS DE LA LOIRE	9 323 704 €	684 183 €	3 800 €	1 931 816 €	1 547 486 €
ARS PICARDIE	3 702 952 €	391 394 €	17 085 €	1 466 513 €	388 415 €
ARS POITOU-CHARENTES	3 267 767 €	462 148 €	0 €	615 907 €	1 023 784 €
ARS RHONE-ALPES	12 485 340 €	2 021 881 €	1 300 €	1 181 461 €	1 206 510 €
TOTAL NATIONAL	157 062 141 €	25 906 725 €	228 068 €	26 418 380 €	16 297 715 €

Source : Données CNAMTS et rapports d'activité des ARS

1.2. Principes, critères et modalités d'allocation de ressources retenus en 2012

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 13 ARS (cf tableau 1) pour un montant total de 8 138 662 €. Les montants par régions sont présentés dans le tableau supra intitulé « Ventilation des crédits FIR au titre de la mission 5 ». Ces montants s'échelonnent de 50 000 € (Martinique) à 3 543 540 € (Ile-de-France)

Les crédits mis en œuvre dans le cadre de la fongibilité asymétrique représentent 3,6 % des crédits alloués à l'ensemble des ARS au titre des 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 (Voir le tableau page 5 pour les détails par régions des crédits alloués).

Ces crédits ont notamment permis de renforcer les financements des ARS dans les domaines suivants :

- Prévention des maladies chroniques (Aquitaine, Centre, Ile-de-France) Santé mentale (Aquitaine, Ile-de-France) Prévention des risques infectieux (Centre, Ile-de-France, Océan Indien) Santé des jeunes (Bourgogne, Midi-Pyrénées) Nutrition et lutte contre l'obésité (Ile-de-France) Education thérapeutique du patient (Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire) Santé des populations précaires (Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Midi-Pyrénées) Périnatalité (Ile-de-France) Observation de la santé (Basse-Normandie, Guyane, Martinique) Territorialisation des actions de santé (Pays de la Loire, Picardie)

Les crédits issus de la fongibilité asymétrique ont favorisé le financement de projets nouveaux ou en développement dans le cadre notamment du déploiement des partenariats (y compris au sein des 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 lisibilité dans la conduite de leurs actions. Quelques ARS ont organisé le repérage des promoteurs susceptibles de bénéficier d'un CPOM.

Les ARS ont abandonné les appels à projets (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 Conseil régional, DRAAF, 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 et de sécurité sanitaire ainsi que la réalisation d'études ou d'évaluation externes des dispositifs de santé publique.

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).

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 : 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, 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.

1.4. Modalités d'évaluation des programmes et des actions financés en 2012

Les ARS mentionnent la nécessité d'évaluer les actions menées par les promoteurs quels 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, CLAT et CIDDIST.

Par ailleurs certaines ARS, mentionnent les des évaluations menées par elles sur un échantillon de promoteurs. Celles-ci ont pu être faites soit par opportunité (analyse des risques), soit dans dans le cadre d'un programme annuel d'évaluation structuré (Alsace, Aquitaine, Picardie),

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

2.1. Bilan de la mise en œuvre des CLS

Les ARS font état d'un nombre de 107 CLS signés en fin d'année pour un budget total exécuté au titre du FIR de : 3.112.000 € soit en moyenne : 194.500 € par ARS (16 réponses) et 30.812 € par CLS (101 CLS concernés).

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

Fin 2012, 7 ARS n'ont pas signé de CLS mais ont, néanmoins, engagé des démarches de concertation avec les territoires ; certaines d'entre elles ayant, d'ailleurs, posé la définition du projet régional de santé, arrêté seulement en fin d'année, comme un préalable. Il n'en est pas de

même pour toutes les régions. Bon nombre ont, en effet, choisi de s'engager d'emblée dans l'élaboration de ces contrats, sur la base des dynamiques territoriales de santé existantes. Ceci a alors été effectué pour une durée limitée avec l'objectif de négocier des contrats de 2^{ème} génération tenant compte de toute l'étendue du PRS. Des opportunités ont ainsi pu être saisies, s'agissant principalement en milieu urbain des démarches de prévention et de promotion de la santé menées au titre de la politique de la ville (dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale et des « ateliers santé ville »), et, en milieu rural, des démarches motivées par des difficultés rencontrées pour l'offre de soins de 1^{er} recours, principalement au niveau des pays. C'est, notamment, le choix opéré par l'ARS Ile-de-France de s'engager dans ce développement dès 2011 avec l'objectif le plus ambitieux : cible de 80 CLS pour fin 2013 (58 signés fin 2012).

Les éléments fournis par les régions confirment, dans l'ensemble, la place que ce dispositif est amené à prendre dans la stratégie de territorialisation des agences régionales de santé. D'une manière générale, la priorisation des territoires de CLS tient compte de divers critères : indicateurs socio-économiques et socio-sanitaires, expérience territoriale en matière de santé publique, et problématique d'offre de soins de 1^{er} recours. La volonté politique des élus, plus ou moins manifeste d'emblée, est évidemment un critère essentiel. S'y ajoute, une tendance des ARS à privilégier le niveau intercommunal, favorable en effet à une action plus structurante, et un principe de répartition équilibrée sur l'ensemble des territoires de santé de la région.

De façon générale, le développement des CLS repose sur l'implication des délégations territoriales des agences, appelées à agir en lien avec le siège. Des organes de pilotage et des équipes projet transverses ont souvent été mises en place à ce niveau pour conduire ce développement en lien avec les instances près de l'agence

L'intérêt du partenariat institutionnel favorisé au sein des CLS par le niveau de proximité (avec les élus locaux, les services, de l'Etat, de l'Assurance maladie, ...) est souligné par les agences. Souvent, ceci s'articule au partenariat instauré au niveau régional (en particulier au sein de la commission de coordination des politiques publiques de l'agence). Des dispositions de caractère général peuvent, en effet, être prises à ce niveau au titre de la politique de santé publique, en lien avec les ORS et les IREPS.

Les ARS sont amenées à participer aux instances de pilotage et aux groupes projets locaux quelques fois selon un principe de co-pilotage.

Enfin, les rapports confirment la diversité des thématiques de santé susceptibles d'être priorisées dans le cadre des CLS (sous des entrées par publics : jeunes, personnes âgées, ... et par facteurs de risques ou problèmes de santé : addictions, cancers, ...). Les trois thématiques suivantes ressortent le plus fréquemment au titre de la mission 5 : nutrition, santé mentale, et accès à la prévention et aux soins des publics en situation de précarité économique et sociale. Elles sont précisément fortement liées au développement local.

2.2. Bilan des actions de santé publique menées

— 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 sont 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.

— *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 1^{er} 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, CDAG et CIDDISIT. A l'appui de comités de pilotage régionaux sont envisagés les possibles rapprochements entre ces structures, échanges et harmonisation régionale des pratiques.

— *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, ainsi en Bretagne l'expérimentation de la mise à disposition des tests hémocult auprès des pharmaciens, les essais de 3^{ème} relance pour le dépistage du cancer colorectal dans le Centre et l'accompagnement des femmes au dépistage organisé du cancer du sein en Limousin. En Languedoc-Roussillon et Martinique un travail est effectué sur l'identification des freins à la participation aux dépistages organisés des cancers.

Par ailleurs certaines régions comme le Centre, la Guyane et l'Île de France soulignent leur participation à l'expérimentation du dépistage organisé du col de l'utérus.

Dans certaines régions sont mentionnées les actions de prévention réalisées quant à d'autres formes de cancer, notamment les cancers de la peau comme en Corse et Océan Indien.

— *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'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), rectorats et préfectures 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.

— *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 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.

— *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 PNNS » et dans le cadre des CLS.

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.

— *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 la chlordécone en Guadeloupe et Martinique et les actions menées dans le cadre la lutte anti-vectorielle.

Enfin 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.

— *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 stimuler participation aux mécanismes 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 associés aux soins et les cas de légionellose.

- *actions de santé recentralisées*

Concernant les **actions de santé recentralisées**, les ARS font mention de la part importante des crédits de la mission 5 que ceux-ci peuvent représenter.

Le processus de recentralisation nécessite un accompagnement des centres hospitaliers et des personnels lors des phases de transition comme le souligne l'ARS Haute-Normandie.

Les priorités liées aux actions de santé recentralisées pour les ARS sont l'harmonisation régionale des pratiques et de tendre vers 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.

2.3. Bilan des actions relatives à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (financées par mission 2 et mission 5)

Cette section regroupe les éléments apportés par les ARS dans les rapports d'activité pour les missions 2 et 5.

Les réponses apportées par les ARS portent sur les modalités de coordination, de mise en œuvre et de répartition des programmes et actions d'ETP plutôt que sur les thématiques ciblées.

La répartition des crédits d'ETP entre les missions 2 et 5 du FIR fait apparaître que la majorité des financements attribués le sont sur la mission 2, la mission 5 étant utilisée pour le financement d'actions de formation des professionnels de santé à l'ETP plutôt que pour les

programmes en tant que tels. Dans cette logique, plusieurs ARS indiquent que la mission 5 a exclusivement permis le financement d'actions de soutien à l'ETP via des séminaires et formation des professionnels de santé à l'ETP, 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 un élément essentiel.

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, insuffisances rénales chroniques, maladies respiratoires, santé mentale et VIH. Les ARS souhaitent adapter l'offre aux priorités régionales de santé,

Synthèse des projets ETP par région (Mission2 + Mission5)(le tableau n'est pas renseigné lorsque les données divergent entre le tableau rempli par l' ARS et le commentaire littéral

ETP	Nombre de projets autorisés	Dont actions MCO	Dont actions SSR	Dont action HAD	Dont actions psychiatrie	Dont Maisons, pôles de santé pluridisciplinaires, centres de santé et cabinets de ville	Dont Autres
ARS ALSACE	88	57	12	1	1	2	15
ARS AQUITAINE	190	104	35	6	11	3	31
ARS AUVERGNE	37	25	3	1	0	2	6
ARS BASSE NORMANDIE	72	51	6	0	1	0	14
ARS BOURGOGNE	83	38	11	0	1	5	28
ARS BRETAGNE	13	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS CENTRE	81	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	74	67	1	0	0	0	6

ARS CORSE	15	7	2	0	1	0	5
ARS FRANCHE-COMTE	102	60	6	0	0	26	10
ARS GUADELOUPE	0	0	0	0	0	0	0
ARS GUYANNE	4	3	0	0	0	0	1
ARS HAUTE NORMANDIE	69	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS ILE-DE-FRANCE	626	502	33	5	14	19	53
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	0	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS LIMOUSIN	11	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS LORRAINE	109	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS MARTINIQUE	2	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS MIDI-PYRENEES	4	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	186	114	28	2	2	6	34
ARS OCEAN INDIEN	11	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS PACA	152	113	18	0	0	3	18
ARS PAYS DE LA LOIRE	63	NC	NC	NC	NC	NC	NC
ARS PICARDIE	66	52	4	0	0	4	6
ARS POITOU-CHARENTES	211	120	52	0	6	5	28
ARS RHONE-ALPES	260	196	18	0	10	9	27
TOTAL NATIONAL	2529	1509	229	15	47	84	282

Source : Rapports d'activité du FIR 2012 des A

ETP	Crédits totaux délégués par les ARS
ARS ALSACE	3 249 257 €
ARS AQUITAINE	2 342 318 €
ARS AUVERGNE	1 476 357 €
ARS BASSE NORMANDIE	1 052 983 €
ARS BOURGOGNE	1 711 876 €
ARS BRETAGNE	1 787 500 €
ARS CENTRE	2 322 045 €
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	2 191 902 €
ARS CORSE	41 091 €
ARS FRANCHE-COMTE	3 625 285 €
ARS GUADELOUPE	151 860 €
ARS GUYANNE	359 018 €

AS HAUTE NORMANDIE	2 378 156 €
ARS ILE-DE-FRANCE	25 020 575 €
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	1 486 463 €
ARS LIMOUSIN	49 631 €
ARS LORRAINE	3 520 965 €
ARS MARTINIQUE	0 €
ARS MIDI-PYRENEES	12 500 €
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	4 777 340 €
ARS OCEAN INDIEN	361 000 €
ARS PACA	3 051 250 €
ARS PAYS DE LA LOIRE	NC
ARS PICARDIE	1 719 487 €
ARS POITOU-CHARENTES	2 216 539 €
ARS RHONE-ALPES	2 477 759 €
TOTAL NATIONAL	67 383 157 €

3. Indicateurs de performance du programme annuel de performance (PAP) du programme 204

3.1. Synthèse quantitative

Synthèse quantitative des indicateurs du PAP 204 (Données Partielles)

	Réalisation 2011	Prévision 2012	Réalisation 2012
Taux de participation des associations aux instances régionales de santé publique auxquelles elles doivent participer (en %)	69%*	70% (Prévision PAP 2012 mi-parcours)*	65% (échantillon de 17 ARS)*
Pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité (en %)	ND	2% (Prévision PAP 2012 mi-parcours)*	1,76% (échantillon de 18 ARS)*
Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité	ND	5100 (Prévision PAP 2012 mi-parcours)*	5936
Pourcentage des plans nationaux déclinés par l'ARS et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année	ND	ND	ND

Source : Rapports d'activité du FIR 2012 des ARS et RAP 2012 du programme 204

*Dernière actualisation des données demandées dans le cadre du rapport annuel de performance 2012 du programme 204

3.2. Synthèse qualitative

- La participation des associations aux instances régionales de santé publique

La mobilisation des représentants des associations s'avère inégale selon les régions et les types de commissions.

Certaines régions envisagent de soutenir cette mobilisation par des sessions de formation et des documents d'information à destination des associations.

Les retours de 17 ARS émis dans le cadre du rapport annuel de performance font état d'un taux de participation moyen de 65%.

- Les dépassements récurrents des limites de qualité des unités de distribution alimentant en eau potable plus de 5000 habitants

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées se focalisent sur les unités de distribution d'eau potable (UDI) de moins de 5000 habitants n'entrant pas dans le champ de l'indicateur ainsi que sur les pesticides et les nitrates.

Le renforcement de la coopération avec les communes et communautés responsables des UDI est évoqué. Plusieurs régions, notamment en Ile de France ou en Franche-Comté ont engagé un travail de sensibilisation et de formation des gestionnaires d'UDI, notamment auprès des petites communes

Plusieurs ARS ont engagé des actions d'information des consommateurs sur la qualité de l'eau,

- L'habitat ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité

Plusieurs ARS soulignent leur dépendance aux signalements effectués et à la coopération d'autres acteurs notamment les communes. Elles mentionnent les moyens limités pouvant être mobilisés ainsi que l'effort porté sur l'accompagnement et la sensibilisation dans une logique plus préventive.

Pour développer les signalements, l'action des ARS passe par la sensibilisation et la formation des élus et représentants techniques des communes.

La mise en place des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) permet aussi de renforcer le dispositif en formalisant les échanges d'information. Ils peuvent contribuer au travail engagé par plusieurs ARS, comme en Auvergne et Poitou-Charentes, pour une harmonisation régionale des processus.

Les contextes régionaux peuvent nécessiter une adaptation des modes d'action,

- Les plans nationaux déclinés par l'ARS au niveau régional et départemental et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année

Le taux de réalisation de l'indicateur apparaît satisfaisant. Il intègre cependant des appréhensions différentes de l'indicateur selon les ARS, certaines assimilant la mise à jour au volet sanitaire des plans, d'autres se basant sur l'arrêté préfectoral, ce dernier ne dépendant pas de l'action menée par l'ARS.

Les ARS indiquent avoir réalisé les mises à jour nécessaires sur les plans concernés, à savoir pour la métropole NRBC, iode, canicule, chikungunya/dengue, les plans chikungunya/dengue et canicule.

La réalisation de la mise à jour par les ARS des volets sanitaires des plans iode et NRBC n'implique pas que ces plans aient été effectivement arrêtés dans leur totalité par les préfets. Au-delà de l'analyse des quatre plans devant être mis à jour, certaines ARS élargissent le périmètre d'analyse au reste de leurs efforts de planification, en mentionnant particulièrement les plans blancs élargis départementaux

Mission 6

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

La mission 6 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, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet.

La circulaire SG-CNAMTS n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 indique qu'afin de favoriser la mise en œuvre de démarches mutualisées concernant les systèmes d'information de santé, peuvent être notamment soutenus :

- la mise en œuvre du Programme hôpital numérique (accompagnement des établissements aux pré-requis du programme) ;
- le plan de déploiement de la télémédecine.

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

2. Crédits alloués à la 6^e mission du FIR

Ventilation des crédits FIR (EPRD et liquidation) au titre de la mission 6

Mutualisation des moyens structures sanitaires 6572136	Enveloppe indicative ¹	EPRD 2012	Crédits comptabilisés	Écart Crédits comptabilisés - EPRD+DM 2012	
				Ecart en VA	Ecart en %
ARS ALSACE	0	0	0	0	0
ARS AQUITAINE	0	0	0	0	0
ARS AUVERGNE	341 644	341 644	0	341 644	100
ARS BASSE NORMANDIE	0	0	0	0	0
ARS BOURGOGNE	0	0	0	0	0
ARS BRETAGNE	0	0	0	0	0
ARS CENTRE	0	0	0	0	0
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	0	0	0	0	0
ARS CORSE	0	0	0	0	0
ARS FRANCHE-COMTE	0	0	0	0	0
ARS GUADELOUPE	0	0	0	0	0
ARS GUYANE	0	0	0	0	0
ARS HAUTE NORMANDIE	0	0	0	0	0
ARS ILE-DE-FRANCE	0	1 938 882	0	1 938 882	100
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	673 000	661 000	0	661 000	100
ARS LIMOUSIN	0	0	0	0	0
ARS LORRAINE	0	634 785	0	0	0
ARS MARTINIQUE	0	91300	91300	0	0
ARS MIDI-PYRENEES	0	0	0	20 500	100
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	0	0	0	0	0
ARS OCEAN INDIEN	0	0	0	0	0
ARS PACA	0	80 000	0	80 000	100
ARS PAYS DE LA LOIRE	786 357	0	0	1 411 357	100
ARS PICARDIE	0	0	0	30 000	100
ARS POITOU-CHARENTES	0	0	0	0	0
ARS RHONE-ALPES	0	0	0	0	0
TOTAL NATIONAL	1 801 001	3747611	91300	4 483 383	100

Source : Synthèse FIR des ARS pour EPRD et
CNAMTS pour Crédits comptabilisés

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 rédeployer ces crédits au travers de leur EPRD.

Répartition thématique des projets financés au titre de la mission 6

Mutualisation des moyens structures sanitaires 6572136	Programme « hôpital numérique »	Plan de déploiement de la télémédecine	Autres
ARS AUVERGNE	0	0	341 644
ARS ILE-DE-FRANCE	1 000 000	0	938 882
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	0	0	661 000
ARS MARTINIQUE	0	91 300	0
ARS MIDI-PYRENEES	0	0	20 500
ARS PACA	0	0	80 000
ARS PAYS DE LA LOIRE	0	55 000	1 356 357
ARS PICARDIE	0	1 151 024	30 000
TOTAL NATIONAL	1 000 000	1 206 024	3 428 383

Source : Synthèse ARS

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

3.1 Consommation globale

En 2012, la balance totale du FIR indique une consommation de 91 300 euros sur le compte Mutualisation des moyens structures sanitaires.

Il convient de nuancer cette faible consommation par d'une part la date de délégation des crédits, intervenue de manière relativement tardive dans l'année et ayant entraîné des retards dans le lancement de certains appels d'offres et donc la mise en place des actions par les porteurs de projets.

D'autre part, sur le volet hôpital numérique, les ARS ont attendu le lancement officiel de volet financement du programme pour lancer les opérations d'accompagnement des ES sur ce programme. Ce lancement officiel étant intervenu en 2013, les actions n'ont pas été lancées par les ARS en 2012.

Enfin, un nombre certain de projets SI mutualisés ont été renseignés dans la mission 3. Il conviendra de préciser les règles de répartition de ce type de projet entre les différentes missions du FIR afin de pouvoir les identifier clairement.

3.2 Bilan des actions par type de projet.

3.2.1 Hôpital numérique

Nous ne reviendrons pas sur les actions menées au titre du programme Hôpital numérique (seule l'IDF a lancé fin 2012 une démarche qui se déroulera sur l'année 2013 ; il convient de noter que cette action est significative et montre un engagement certain de cette région dans ce programme).

3.2.2 Télémédecine

Deux Régions ont déclaré avoir financé sur la mission 6 des actions au titre du plan national de déploiement de la télémédecine. L'ARS Pays de la Loire a mobilisé 55 000€ pour la réalisation d'études techniques sur la mise en œuvre de la permanence des soins en imagerie. L'ARS Picardie a consacré 1,151 024€ au déploiement de la télémédecine, notamment pour le projet-pilote d'imagerie par télémédecine.

Ces financements viennent en complément des crédits alloués dans le cadre de la mission 2 sur le compte « télémédecine ».

3.2.3 Autres

Nous retrouvons dans plusieurs régions des prévisions de dépenses sur 3 projets :

- 2 régions ont prévu des dépenses sur leur projet de mise en œuvre du Répertoire Opérationnel des Ressources
- 2 régions ont prévu des dépenses sur l'amélioration des remontées des RPU
- 2 régions ont prévu des dépenses sur la modernisation de leur SAMU

Les autres prévisions de dépenses mutualisées au niveau régional portent sur la réalisation de schéma directeur SI régionaux.

Il convient enfin de noter que dans certaines régions, des démarches mutualisées de modernisation de SI d'établissements seront financés dans cette mission.

Mission 7

**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
(à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux
départements)**

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

La mission 7 du FIR (prévention et prise en charge et accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes) n'a pas en 2012 été abondée par des crédits CNSA. Néanmoins par le recours à la fongibilité, certaines ARS ont pu grâce à des économies réalisées dans d'autres missions, redéployer des crédits au sein de cette mission.

Les crédits alloués au titre de la mission 7 représentent 0,05% de l'ensemble des crédits FIR comptabilisés ; ils ont toutefois permis d'investir dans des projets et actions innovants au cours de l'année 2012.

Au total, 10 ARS sur 26 ont inscrits des crédits sur la mission prévention des personnes âgées et handicapées. L'intégralité sauf une (5,8%) y consacre toutefois moins de 1% des crédits FIR

Ventilation des crédits FIR (EPRD et liquidation) au titre de la mission 7

PA/PH	Enveloppe indicative¹	EPRD 2012 + DM	Crédits comptabilisés
ARS ALSACE	0	45000	0
ARS AQUITAINE	0	0	0
ARS AUVERGNE	0	173250	117000
ARS BASSE NORMANDIE	0	0	0
ARS BOURGOGNE	0	0	0
ARS BRETAGNE	0	0	0
ARS CENTRE	0	0	0
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	0	200000	0
ARS CORSE	0	0	0
ARS FRANCHE-COMTE	0	0	0
ARS GUADELOUPE	0	0	0
ARS GUYANNE	0	0	0
ARS HAUTE NORMANDIE	0	113000	83000
ARS ILE-DE-FRANCE	0	6000	0
ARS LANGUEDOC-ROUSILLON	0	0	0
ARS LIMOUSIN	0	106031	106031
ARS LORRAINE	0	0	0
ARS MARTINIQUE	0	0	0
ARS MIDI-PYRENEES	0	0	0
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	0	166000	0
ARS OCEAN INDIEN	0	0	0
ARS PACA	0	306988	0
ARS PAYS DE LA LOIRE	0	0	0
ARS PICARDIE	0	0	0
ARS POITOU-CHARENTES	0	0	0
ARS RHONE-ALPES	0	739500	0
TOTAL NATIONAL	0	1855769	306031

Source : Données comptables et financières des ARS

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 et stratégie qualitatif spécifique à la 7^e mission du FIR

2.1 La prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées

Les crédits FIR ont permis de financer aussi bien la mise en place d'outil de repérage que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapés.

- Certaines ARS ont pu mettre en œuvre une **méthodologie de repérage, d'analyse et de hiérarchisation des besoins régionaux dans le champ du handicap**. Cette action a permis de mobiliser et d'associer des partenaires institutionnels et opérationnels pour identifier les sources et données d'observation. La meilleure connaissance des populations prises en charge dans les établissements ainsi que celle des usagers en attente de solutions (listes d'attentes, prise en charge dans un service par défaut) pourra servir de base à l'identification des besoins spécifiques des personnes handicapées.
- Les crédits FIR ont permis également de financer des structures expérimentales de **réhabilitation psycho-sociale**. Il s'agit de cellules de coordination entre intervenants médicaux et non-médicaux (secteurs médico-sociaux et sociaux, secteur du logement, intervenants des milieux protégés et ordinaires du travail...), travaillant en synergie pour améliorer la qualité de vie des patients handicapés psychiques en favorisant leur réinsertion sociale et professionnelle par l'élaboration d'un projet de réhabilitation psycho-sociale individualisé.
- **Soutenir les familles en développant une stratégie d'aide aux aidants** : Financement d'une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants familiaux auprès de personnes en situation de handicap. Le projet comprend écoute, information - conseils, animations à domicile, ateliers, aide à domicile, hébergement temporaire en MAS...

2.2 La prévention de la perte d'autonomie et lutte contre l'exclusion des personnes âgées dépendantes

Le FIR a soutenu des actions innovantes ayant toutes pour vocation la promotion de démarche qualité et de la bientraitance entourant la personne âgés dépendantes ou non. Les crédits FIR ont ainsi permis de financer des projets dans l'ensemble des problématiques liées à la dépendance :

- **Au moment du dépistage de la rupture d'autonomie physique ou cognitive** par la mise en place d'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSVA). Ces structures sont spécialisées dans le dépistage et la prévention de la rupture d'autonomie liée au vieillissement et aux maladies chroniques associées. Composée d'unités mobiles extrahospitalières implantées sur l'ensemble du territoire régional, l'UPSVA a pu

développer des outils et référentiels d'évaluation, plus performants dans le dépistage de la perte d'autonomie.

- **Accompagner le vieillissement de la population (dépendante ou non)** : Le FIR, par le financement d'un tissu associatif local, contribue au développement d'animation sociale (prévention, lien social, coordination) et d'une pratique d'activités sportives adaptées aux personnes âgées.
- **Ouverture des EHPAD à leur environnement** : Grace aux crédits FIR, les ARS ont pu lancer des appels à projet afin de créer des interactions entre les EHPAD et leur territoire. Ceci s'est matérialisé par la mobilisation d'acteurs extérieurs avec le personnel soignant des EHPAD sur la mise en œuvre de projets communs (Mise en place d'atelier de stimulation des capacités physiques et cognitives ouverts sur l'extérieur favoriser les liens intergénérationnels ou encore l'entretien d'un jardin partagé à visée thérapeutique et écologique).
- **Prendre en compte le parcours de soin de la personne âgée dépendante** : La logique de parcours de soins des personnes âgées apparaît plus particulièrement dans l'organisation de l'accès aux soins de 1^{er} recours bucco-dentaire en EHPAD. En effet devant le constat d'un très mauvais état bucco dentaire des personnes âgées, l'ARS Haute-Normandie a mis en place le projet expérimental « BUCCOBUS ». Il s'agit d'un camion équipé en cabinet dentaire se rendant dans les EHPAD afin de permettre aux personnes âgées d'accéder facilement à des soins dentaires. Ces soins bucco-dentaires doivent permettre de prendre en charge des lésions douloureuses, d'éviter des complications futures notamment infectieuses et de limiter la dénutrition.

PARTIE 3
LES ANNEXES

1. Documents officiels

Annexe n°1 : Article 65 de la LFSS pour 2012, instituant le FIR

« Section 5

« Fonds d'intervention régional

« Art. L. 1435-8. – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

« 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;

« 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

« 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;

« 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

« 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;

« 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;

« 8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

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

« Art. L. 1435-9. – Les ressources du fonds sont constituées par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Une dotation de l'État ;

« 3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;

« b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

« Art. L. 1435-10. – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

« Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.

« En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.

« Art. L. 1435-11. – Les modalités d'application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est abrogé ;

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. » ;

4° La seconde phrase du second alinéa de l'article L. 1434-6 est ainsi rédigée :

« Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9. » ;

5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est ainsi rédigé :

« La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. » ;

6° L'article L. 6112-3-2 est abrogé ;

7° L'article L. 6323-5 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 » ;

b) La dernière phrase est supprimée.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :

« Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ;

b) Les troisième, quatrième et sixième alinéas du même I sont supprimés ;

c) À la fin du 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ;

d) Le V est ainsi modifié :

– à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et » sont supprimés ;

– la dernière phrase du même premier alinéa est supprimée ;

– la seconde phrase du second alinéa est supprimée ;

e) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;

2° Au début de la première phrase de l'article L. 162-45, les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés.

III. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Les II, III *bis* et III *quater*, le premier alinéa du IV et le V *bis* sont abrogés ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.

IV. – Les 5° et 7° du I, les II et III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

V. – Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les ressources du fonds d'intervention régional comprennent également :

1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux 1° et 2° du présent V.

VI. – À titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté pris en application du décret mentionné à l'article L. 1435-11 du code de la santé publique, pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 du même code dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé conformément aux modalités définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Annexe n°2 : Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

Publics concernés : établissements de santé publics et privés, établissements et services sociaux et médico-sociaux, personnels de ces organismes, professionnels de santé, réseaux de santé, pôles de santé, centres de santé, maisons de santé, collectivités publiques.

Objet : missions, organisation et fonctionnement du fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé (ARS).

Entrée en vigueur : le 1^{er} mars 2012, à l'exception de certaines dispositions qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Notice explicative : le présent décret dresse la liste des actions, structures et expérimentations pouvant être financées par le fonds d'intervention régional dans le domaine de la continuité, de la performance et de la qualité des soins ainsi que dans le domaine de la prévention.

Il prévoit que ces financements donnent lieu à des décisions du directeur général de l'ARS ainsi qu'à la conclusion d'un contrat avec leurs bénéficiaires.

Le décret précise les modalités de gestion comptable et financière du fonds par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que les conditions d'évaluation de son activité.

Le décret modifie en conséquence les dispositions relatives au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, auxquels le FIR a vocation à se substituer pour partie.

Les crédits déjà attribués aux ARS au titre de ces deux fonds, y compris ceux qui ne sont pas encore engagés ou payés, resteront soumis aux dispositions applicables à la date d'attribution de ces sommes.

Références : le présent décret est pris pour l'application de l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement pour la sécurité sociale pour 2012. Les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le code rural et de la pêche maritime ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-11 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, notamment son article 40 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, notamment son article 65 ;

Vu le décret n° 55-733 du 26 mai 1955 modifié relatif au contrôle économique et financier de l'Etat ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 10 janvier 2012 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 18 janvier 2012 ;

Vu l'avis du conseil de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 13 janvier 2012 ;

Vu l'avis de la commission de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations en date du 25 janvier 2012 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 26 janvier 2012 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté une section V ainsi rédigée :

« Section V

« Fonds d'intervention régional

« Sous-section 1

« Missions

« Art. R. 1435-16.-Au titre des missions mentionnées au 1° de l'article L. 1435-8, le fonds participe notamment au financement :

« 1° Des rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins ;

« 2° Des actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde ;

« 3° De la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-28.

« Art. R. 1435-17.-Au titre des missions mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 1435-8, le fonds finance notamment :

« 1° Le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, en particulier la télémédecine ;

« 2° Des actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins ;

« 3° Des réseaux de santé ;

« 4° 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 ;

« 5° 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 ;

« 6° Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50.

« Art. R. 1435-18.-Au titre des missions mentionnées au 4° de l'article L. 1435-8, le fonds participe notamment au financement :

« 1° Des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière engagés par des établissements ou par les agences régionales de santé pour les établissements de leur région ;

« 2° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans les conditions et dans la limite d'un montant fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Art. R. 1435-19.-Au titre des missions mentionnées au 5° de l'article L. 1435-8, le fonds participe notamment au financement :

« 1° De contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ayant préalablement fait l'objet d'un diagnostic de situation réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi que d'un accord négocié entre les responsables d'établissement et les organisations syndicales représentatives ;

« 2° D'actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences, ou de formations dans le cadre de la promotion professionnelle ;

« 3° D'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, 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.

« Dans les établissements privés, les aides prévues au présent article ne peuvent se substituer aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre premier de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectives.

« Art. R. 1435-20.-Au titre des missions mentionnées au 6° de l'article L. 1435-8, le fonds participe 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 mises en œuvre dans le cadre du schéma régional de prévention, et notamment :

« 1° Des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques ;

« 2° Des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients ;

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

« 4° Des actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

« Art. R. 1435-21.-Au titre des missions mentionnées au 7° de l'article L. 1435-8, le fonds participe au financement d'actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets.

« Art. R. 1435-22.-Au titre des missions mentionnées au 8° de l'article L. 1435-8, le fonds participe au financement des actions tendant à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux.

« Art. R. 1435-23.-Les sommes engagées par les agences régionales de santé au titre des missions mentionnées aux articles R. 1435-16 à R. 1435-22 sont attribuées aux professionnels, aux collectivités publiques ou aux organismes, quel que soit leur statut, chargés de leur mise en œuvre ou, le cas échéant, aux personnels de ces derniers.

« Le fonds d'intervention régional peut également rémunérer des prestataires extérieurs qui contribuent à ces missions, dans le cadre de contrats passés selon les règles de la commande publique. Les articles R. 1435-29, R. 1435-30 et R. 1435-33 ne s'appliquent pas à ces rémunérations.

« Sous-section 2

« Organisation et fonctionnement

« Art. R. 1435-24.-La charge de la dotation dont le montant est fixé chaque année par l'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 est répartie en deux fractions :

« 1° Une fraction, correspondant aux crédits de prévention mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 1434-6, dont le montant est fixé conformément aux règles de calcul et d'évolution de ces crédits prévues par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime ;

« 2° Une fraction dont le montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie au prorata du montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du dernier exercice connu servies par chacun des régimes, à l'exclusion des prestations de l'assurance volontaire mentionnées au titre IV du livre VII du code de la sécurité sociale et de la participation au financement des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés aux articles L. 722-1 à L. 722-9 et L. 645-1 à L. 645-5 du même code.

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

« Art. R. 1435-25.-Chaque année, avant le 1er mars, l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 1435-10 fixe, après avis du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le montant des crédits attribués à chaque agence régionale de santé. Il précise pour chaque région le montant des crédits mentionnés aux a et b de l'article L. 1435-9.

« Des dotations complémentaires peuvent être attribuées en cours d'année, dans les mêmes

conditions que celles prévues à l'alinéa précédent.

« Dans l'attente de l'arrêté interministériel prévu au premier alinéa, les agences régionales de santé peuvent engager des crédits dans la limite mensuelle du douzième du montant attribué l'année précédente au titre du premier alinéa.

« Art. R. 1435-26.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure, en lien avec les organismes d'assurance maladie mentionnés à l'article R. 1435-32, la gestion comptable et financière du fonds d'intervention régional.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie mentionnés au premier alinéa échangent les informations comptables et financières nécessaires au suivi national et régional du fonds.

« Art. R. 1435-27.-Les comptes du fonds d'intervention régional sont constitués d'un compte de résultat, de comptes de bilan et d'une annexe, qui retracent l'ensemble de l'activité du fonds au niveau national. Ils détaillent l'activité du fonds dans chaque région.

« Ces comptes sont transmis au Conseil national de pilotage et aux directeurs généraux des agences régionales de santé, pour la partie les concernant, avant le 30 avril de l'exercice suivant.

« Art. R. 1435-28.-Dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de celles résultant du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé établit chaque année un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds dans la région, qu'il transmet pour information au Conseil national de pilotage.

« Art. R. 1435-29.-Les décisions de financement mentionnées à l'article L. 1435-8 déterminent chaque année le montant des sommes à verser au bénéficiaire, y compris lorsque le financement est prévu sur une base pluriannuelle dont la durée maximale ne peut excéder cinq ans.

« Pour la mission mentionnée au 1° de l'article R. 1435-16, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 vaut décision de financement.

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

« Art. R. 1435-30.-A l'exception du financement des actions mentionnées au 1° de l'article R. 1435-16, l'octroi des financements est subordonné à la conclusion entre l'agence régionale de santé et l'organisme ou le bénéficiaire concerné :

« 1° Soit de l'un des contrats prévus aux articles L. 1435-3 et L. 1435-4 ;

« 2° Soit d'un contrat spécifique.

« Ce contrat mentionne l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire.

« Art. R. 1435-31.-Lorsque le bénéficiaire du financement est un réseau de santé, la décision de financement est prise en application des dispositions de l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale. Les conditions de prise en charge financière des prestations et l'application des dérogations prévues à cet article sont annexées au contrat mentionné à l'article précédent.

« Art. R. 1435-32.-Le ou les organismes d'assurance maladie du régime général désignés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont chargés de la liquidation des sommes versées au titre du fonds d'intervention régional. L'agent comptable de ce ou ces organismes procède à la vérification de la validité des créances, au paiement et, le cas échéant, au recouvrement des sommes, au vu des pièces justificatives transmises par l'agence régionale de santé ou par les bénéficiaires.

« En application du troisième alinéa de l'article L. 1435-10, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut, dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage, déléguer aux agences régionales de santé tout ou partie des opérations mentionnées au premier alinéa.

« Art. R. 1435-33.-En cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat mentionné à l'article R. 1435-30, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

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

« Art. R. 1435-34.-L'agence régionale de santé procède à une évaluation des résultats de chaque action financée et la prend en compte pour le renouvellement éventuel du financement de l'action.

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

« Art. R. 1435-35.-Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds. A ce titre, il est rendu destinataire, chaque année avant le 31 mai, des rapports mentionnés à l'article R. 1435-34 et d'un rapport financier relatif à l'exercice antérieur présenté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Il arrête le bilan mentionné à l'article L. 1435-10. Il élabore les instructions budgétaires et comptables nécessaires à l'application de la présente section.

« Art. R. 1435-36.-Le fonds d'intervention régional est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions fixées par le décret n° 55-733 du 26 mai 1955. »

Article 2

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la sixième partie réglementaire, il est ajouté une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Permanence des soins en établissement de santé

« Art. R. 6112-28.-La participation des établissements à la permanence des soins peut être prise en charge financièrement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

« En outre, pour sa participation à la permanence des soins assurée par un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 et selon les conditions fixées par ce contrat peut être indemnisé par le fonds d'intervention régional.

« Les ministres de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

« 1° La nature des charges couvertes par le fonds d'intervention régional au titre du premier alinéa, qui peut être différente en fonction des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et des types de services ;

« 2° Les conditions d'indemnisation des médecins mentionnés au deuxième alinéa. » ;

2° A l'article D. 6114-12, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins et qui font l'objet d'une décision d'attribution d'aide prévue au VI de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 et qui ont fait l'objet d'une décision de financement » ;

3° Le cinquième alinéa de l'article R. 6315-6 dans sa rédaction résultant du décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. » ;

4° A l'article R. 6316-11, les mots : « aux articles L. 221-1-1 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 1435-8 » ;

5° A l'article D. 6321-1, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins en application de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional mentionné à l'article L. 1435-8 » ;

6° A l'article D. 6321-7, la date : « 31 mars » est remplacée par la date : « 1er mars » et les mots : « ou de la convention conclue entre le réseau et le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section 1 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre Ier de la partie réglementaire (décrets en Conseil d'Etat) est abrogée ;

2° A l'article D. 221-7, les mots : « comporte les crédits nationaux et les dotations déléguées aux agences régionales de santé. Il », « , au niveau national, » et « Pour les crédits nationaux, » sont supprimés ;

3° A l'article D. 221-8, le mot : « nationaux » est supprimé ;

4° A l'article D. 221-10, les mots : « relatives aux actions à caractère national et régional » sont supprimés ;

5° Les articles D. 221-11, D. 221-12, D. 221-21, D. 221-22, D. 221-23 et D. 221-24 sont abrogés ;

6° A l'article D. 221-25, les mots : « au niveau national et la mise en œuvre des dotations régionales déléguées aux agences régionales de santé » sont supprimés ;

7° A l'article R. 262-1-1, les mots : « aux agences régionales de santé » sont remplacés par les mots : « au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique ».

III. — Le deuxième alinéa de l'article R. 732-31 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

« Il a, en outre, pour objet de verser la contribution attribuée au fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour la réalisation des actions de prévention relevant de la responsabilité des agences régionales de santé. »

IV. — Le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est ainsi modifié :

1° L'article 2 est abrogé ;

2° A l'article 3, les premier, deuxième et quatrième alinéas sont abrogés ;

3° L'article 8-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'hospitalisation » et « sanitaire » sont remplacés respectivement par les mots : « santé » et « des soins », et les mots : « d'un agrément ou » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, la référence à l'article 8-2 est remplacée par la référence à l'article 8-5 ;

c) Le 5° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 5° Des frais relatifs aux missions d'expertise mentionnées au III ter de l'article 40 de la loi du 23 décembre susvisée ; » ;

d) Les 1°, 2°, 3° et 6° sont abrogés ;

4° Les articles 8-2, 8-3, 8-4 et 8-7 sont abrogés ;

5° Au I de l'article 8-5, les mots : « de fonctionnement ou », « notamment dans le cadre des conférences de territoires » ainsi que le 5° sont supprimés ;

6° Aux II, III, V, VI et VII de ce même article, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par le mot : « santé » ;

7° L'article 8-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 8-6.-Le fonds prend en charge au titre du 5° de l'article 8-1, dans la limite d'un montant arrêté conjointement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, les frais engagés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation pour mettre en œuvre les missions d'expertise qui lui sont confiées.

« Ces frais sont remboursés à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, sur présentation des justificatifs de dépenses.

« Pour les marchés passés par l'agence, une avance de trésorerie correspondant à la moitié du montant du marché signé peut être versée par la Caisse des dépôts et consignations, sur présentation du contrat.

« Au dernier trimestre de l'année concernée, et compte tenu de l'ensemble des dépenses exposées au vu des justificatifs transmis, les sommes avancées et non utilisées sont reversées au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés. »

V. — Le décret n° 2001-353 du 20 avril 2001 instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° L'article 2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« — les opérations liées à des réorganisations d'établissements sanitaires ou de l'un ou plusieurs de leurs services, approuvées par le directeur général de l'agence régionale de santé, cohérentes avec le schéma régional d'organisation des soins et figurant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ; » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « d'agrément » sont remplacés par les mots : « de financement » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article 5, les mots : « d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé institué par l'article 25 de la loi du 19 décembre 1997 susvisée » sont remplacés par les mots : « d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique ».

VI. — A l'article 4 du décret n° 98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit de fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonction dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, les mots : « d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé institué par l'article 25 de la loi du 19 décembre 1997 susvisée » sont remplacés par les mots : « d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique ».

Article 3

Les sommes qui ont été attribuées, avant l'entrée en vigueur du présent décret, aux agences régionales de santé dans le cadre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisé, même si elles n'ont pas encore donné lieu à un engagement de dépenses ou à un paiement, continuent d'être gérées selon les dispositions réglementaires et les modalités ainsi que par les organismes prévus par les dispositions applicables à la date d'attribution de ces sommes.

Article 4

I. — A titre transitoire pour l'année 2012, en l'absence du cahier des charges mentionné aux articles R. 1435-29 et R. 6315-6 du code de la santé publique, les rémunérations forfaitaires versées aux médecins au titre de leur participation à la permanence des soins ambulatoires

peuvent donner lieu à un financement du fonds d'intervention régional selon les modalités prévues par l'article 4 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011.

II. – Les dispositions des articles 1er à 3 entrent en vigueur le premier jour du mois suivant celui de la publication du présent décret, à l'exception des dispositions suivantes de l'article 2, qui entrent en vigueur le 1er janvier 2013 :

a) Les 2°, 4°, 5° et 6° du I ;

b) Les 2° à 7° du II ;

c) Les 1° à 5° du IV.

Annexe 3 : Montants engagés par les Agences Régionales de Santé

<u>Région</u>	<u>nb de dispositifs</u>	<u>montant engagé</u>
Alsace	0	0
Aquitaine	0	0
Auvergne	0	0
Basse-Normandie	7	589902
Bourgogne	11	841064
Bretagne	0	0
Centre	5	287600
Champagne-Ardenne	5	250403
Corse	1	19088
Franche-Comté	0	0
Guadeloupe	1	120000
Guyane	1	22600
Haute-Normandie	22	799583
Ile-de-France	0	0
Languedoc-Roussillon	6	432100
Limousin	0	0
Lorraine	2	597500
Martinique	0	0
Midi-Pyrénées	1	84700
Nord-Pas de Calais	16	1313000
Océan Indien	0	0
PACA	11	1370000
Pays de la Loire	1	50000
Picardie	2	1088524
Poitou-Charentes	2	390000
Rhône-Alpes	0	0
Total	94	8 256 064

Source : ARS (annexes statistiques aux rapports d'activité)