

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général

Circulaire n° SG/PÔLE-ARS/2017-146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017

NOR : AFSZ1713181C

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 28 avril 2017. – Visa CNP 2017-42.

Résumé : cette circulaire précise les orientations nationales relatives au FIR pour 2017, les ressources du FIR, les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS, les modalités de suivi des dépenses, les principes d'évaluation des missions financées.

Mots clés : FIR – fongibilité – permanence des soins – qualité et coordination des soins – modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins – accompagnement social – prévention et promotion de la santé – prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie – circuits de liquidation et de paiement.

Références :

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-8 à L. 1435-11 et R. 1435-16 à R. 1435-36;
Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 relative au financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment son article 56;

Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional;

Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional;

Arrêté du 1^{er} mars 2012 fixant les conditions de versement à la CNAMTS de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional;

Arrêté du 4 juin 2013 déterminant les conditions de financement par le fonds d'intervention régional des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé et de leurs groupements comportant des dépenses d'investissement;

Arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des ARS;

Arrêté du 4 mai 2017 fixant pour l'année 2017 le montant de la contribution du FNPEIS au FIR;

Arrêté du 5 mai 2017 fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2017.

Annexes :

Annexe 1. – Orientations par mission pour 2017.

Annexe 2. – Les dotations régionales FIR 2017.

La ministre des affaires sociales et de la santé

à Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs généraux des agences régionales de santé.

À partir de 2017, les ressources du fonds d'intervention régional ne sont plus constituées que d'une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, d'une dotation de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie et le cas échéant de toute autre dotation ou subvention prévue par une disposition législative ou réglementaire. Ainsi, à compter de 2017, le FIR n'est plus alimenté par les crédits état du programme 204. L'impact est en revanche neutralisé au global sur le FIR par une augmentation équivalente de la contribution assurance maladie au fonds.

Pour 2017, vous mobiliserez plus particulièrement les ressources du FIR (I) à la poursuite de la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé (II) en vous assurant de son utilisation la plus efficiente possible (III).

I. – LES RESSOURCES DU FIR ET LEUR RÉPARTITION RÉGIONALE POUR 2017

Les ressources du FIR en 2017 sont constituées par :

- une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3 285 millions d'euros correspondant au sous-objectif ONDAM voté en LFSS auquel s'ajoutent des opérations de périmètre dont les transferts de crédits entre DAF et FIR opérés en 2016 par les ARS au titre du dispositif prévu à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;
- une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à hauteur de 127 millions d'euros ;
- une dotation exceptionnelle de 2,874 millions d'euros en provenance du FNPEIS¹.

Le montant total des produits affectés au FIR s'élève donc pour l'exercice 2017 à 3 415 millions d'euros contre 3 344 millions d'euros en 2016.

Le FIR fait l'objet de mises en réserves prudentielles pour la régulation de l'ONDAM d'un montant de 35 millions d'euros, contre 40 millions l'exercice précédent.

Le montant des ressources disponibles après mises en réserve s'élève donc à 3.380 millions d'euros dont 3.356 millions d'euros sont délégués dans le cadre de cette première circulaire et de son arrêté afférent, correspondant à 99,3 % de l'objectif 2017 après mises en réserve. Un deuxième arrêté sera adopté en cours d'exercice pour l'attribution de crédits complémentaires.

En termes de répartition régionale, conformément à ma demande et comme je m'y étais engagée auprès du Parlement dans le cadre des débats relatifs à la loi de financement pour 2015, le mécanisme de péréquation sur critères populationnel et de santé publique initié en 2015 se poursuit en 2017.

Comme l'année précédente, j'ai toutefois veillé, malgré le contexte budgétaire contraint, à ce qu'aucune dotation régionale, après mesures nouvelles et neutralisation des effets de périmètre, ne diminue par rapport à 2016. Par ailleurs, dans le cadre de la stratégie santé outre-mer, chacune des dotations des territoires concernés observe une progression *a minima* de 1 % à périmètre retraité.

II. – LES ORIENTATIONS NATIONALES POUR 2017

Pour 2017, je vous demande de veiller à ce que les moyens alloués dans le cadre du FIR contribuent plus particulièrement à la poursuite de la mise en œuvre des dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé.

Le fonds a notamment vocation à financer l'organisation et la structuration des parcours de santé. À ce titre, il doit pouvoir faciliter la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé. Il doit également favoriser en 2017 la poursuite du déploiement de plateformes territoriales d'appui et des équipes de soins primaires, en tenant compte des initiatives des professionnels de santé.

Outre la poursuite des expérimentations relatives aux Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) suite aux résultats encourageants de 2016 et leur généralisation à l'ensemble des régions, de nouvelles expérimentations seront engagées à partir de cette année. Il s'agit notamment du projet OBEPEDIA qui vise à constituer un nouveau modèle d'organisation et de financement du parcours de prise en charge pour les enfants atteints d'obésité sévère, et de l'expérimentation prévue par l'article 94 de la LFSS pour 2017 sur le financement des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques. Par ailleurs, le montant de la contribution de la CNSA au FIR est rehaussé par rapport à 2016 pour tenir compte du financement en année pleine des MAIA créées en 2016.

S'agissant du financement des structures de coordination, je vous informe que la convergence des dispositifs de coordination territoriale fait actuellement l'objet de travaux au sein du comité opérationnel des parcours (COP) du ministère, partagés avec les directeurs généraux d'ARS, et d'échanges entre les directeurs d'administration centrale ainsi que la CNAMTS et la CNSA. Les conclusions de ces travaux pourront conduire à des instructions complémentaires.

¹ Cf. instruction du 4 novembre 2016 relative au dispositif d'autorisation et de financement des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé.

Le fonds doit également contribuer à une meilleure répartition des professionnels et structures de santé sur le territoire et à la réduction des inégalités d'accès aux soins. Il s'agit notamment de poursuivre le développement de la télémédecine et d'accompagner les structures d'exercice coordonné afin de favoriser le travail en équipe. Ces structures comme les maisons et pôles de santé, participent activement au renforcement de l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé.

Le FIR doit par ailleurs continuer à favoriser le développement de la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. À ce titre, il financera notamment en 2017 la poursuite des expérimentations prévues par l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé en direction des personnes souffrant d'une maladie chronique ainsi que des personnes handicapées, ainsi que l'expérimentation relative à la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans prévue dans le cadre de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Il vous est demandé de décliner à l'appui du fonds, au niveau territorial approprié, les plans et programmes nationaux de santé publique, notamment le plan cancer, en particulier la mesure visant à permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin, la poursuite des mesures du plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 et le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient et de ses proches relevant du plan maladies neuro-dégénératives. Dans le cadre de ce plan, trois priorités identifiées font en outre l'objet d'actions ciblées : l'amélioration des conditions du diagnostic, la prise en charge des malades jeunes et les expérimentations visant à lever les freins à l'appropriation des dispositifs en faveur des aidants.

Je souhaite par ailleurs que le FIR puisse contribuer au financement de la mise en œuvre du dispositif expérimental, prévu par la loi de modernisation de notre système de santé, visant à permettre à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. Je suis particulièrement attachée à la mise en œuvre de cette mesure destinée à faciliter, renforcer et rendre effectif l'exercice des droits des usagers. Les agences régionales de santé qui auront été retenues par le secrétariat général bénéficieront d'un soutien d'ici la fin de l'année.

Le FIR doit également participer en 2017 à la mise en œuvre des projets de restructuration de l'offre de soins dans le cadre de cette dernière année de mise en œuvre du plan triennal ONDAM 2015-2017. Le renforcement de l'efficacité du système de soins, ainsi que sa transformation progressive afin de le rendre encore plus adapté aux besoins du patient par le développement des prises en charge ambulatoires demeurent une priorité forte de l'exercice 2017.

Au-delà de ces mesures nouvelles, je vous encourage également, dans le cadre de votre dotation annuelle, à participer à la déclinaison régionale du plan national de réduction du tabagisme, mais aussi mener des actions visant à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé tout au long de vie, dans le cadre de politiques intersectorielles et particulièrement la santé de l'enfant, et la déclinaison de la convention cadre avec le ministère de l'éducation nationale, la santé environnement, dans une dimension de prévention et de promotion de la santé et la santé sexuelle et reproductive.

III. – LES PRINCIPES D'UTILISATION DU FIR

Le FIR vous permet de disposer des leviers financiers pour soutenir les actions de transformation du système de santé, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique en faveur des actions de prévention et du champ médico-social.

L'article L. 1435-8 du code de la santé publique délimite la liste des missions pour lesquelles vous pouvez mobiliser les crédits du fonds d'intervention régional. Depuis 2015, ces missions sont au nombre de cinq :

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

Le FIR est notamment destiné à faciliter l'émergence d'actions innovantes permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. Une attention particulière devra être portée sur ce point.

Les actions financées par le FIR doivent nécessairement relever d'une de ces cinq missions et doivent bénéficier à votre région. Aussi, si vous êtes autorisés au niveau régional à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec vos partenaires étrangers, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'Etat, ces actions pourront être financées par des crédits du FIR si, et seulement si, elles entraînent un bénéfice au niveau régional au titre d'au moins une des cinq missions du fonds.

Le FIR vous permet de couvrir des dépenses d'intervention. Mais il peut couvrir exceptionnellement des dépenses de fonctionnement. L'existence de ces dépenses de fonctionnement au sein du budget annexe FIR est justifiée par l'objet de la dépense qui doit obligatoirement relever d'une des cinq missions susmentionnées. Il est impératif de dissocier les dépenses de fonctionnement qui peuvent être comptabilisées sur le budget annexe FIR, des dépenses qui par leur objet et leur nature, relèvent du budget principal de l'agence et ne doivent en aucun cas être imputées sur le budget annexe FIR. Il vous est par ailleurs rappelé que les ressources du FIR n'ont pas vocation à supporter des dépenses de personnel et qu'à ce titre, il n'existe pas d'enveloppe budgétaire de personnel au sein de votre budget annexe FIR.

Les crédits du FIR répondent aux mêmes exigences de respect du droit national et du droit communautaire que l'ensemble des financements publics attribués dans le domaine de la santé. Ainsi, les principes généraux d'allocation, définis notamment dans les guides de contractualisation des dotations finançant les AC et les MIG (circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1^{er} août 2011 et circulaire N° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013) et dans le guide relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire N° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012) doivent être respectés, quelles que soient les actions, missions ou structures financées par le FIR.

À ce titre, les référentiels relatifs aux missions d'intérêt général transférées vers le FIR peuvent être utilement employés pour s'assurer du respect des principes sus mentionnés.

Les crédits sont alloués aux bénéficiaires dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux différentes missions financées par le FIR, des règles d'attribution des crédits citées supra, et dans le cadre des orientations définies par le CNP. Les crédits du FIR peuvent bénéficier à une large variété d'acteurs, dont la liste est précisée à l'article R. 1435-23 du code de la santé publique. Cette possibilité de verser des crédits directement à des professionnels, des collectivités publiques ou des organismes, quel que soit leur statut, doit vous permettre de piloter l'ensemble des actions menées en conventionnant, sauf dispositifs spécifiques, directement avec le bénéficiaire final du FIR sans recourir à un intermédiaire. Dans les cas où des dispositifs auront été retenus, cette solution devra être dûment justifiée et faire l'objet d'un suivi spécifique, retracé dans le cadre du rapport régional.

Le contrôle interne mis en place au sein de chacune de vos agences et qui a été renforcé depuis la création du budget annexe depuis l'année dernière, doit garantir le respect de l'ensemble de ces règles, et constitue à ce titre un objectif prioritaire. Il doit donc être fiabilisé dès l'année 2017 conformément à la feuille de route pluriannuelle 2017-2019 portant sur le déploiement des dispositifs de maîtrise des risques financiers au sein des agences régionales de santé (cf. instruction n° DFAS/MRFin/2017/59 du 17 février 2017). Les outils permettant de fiabiliser l'organisation, d'assurer un pilotage de la démarche, et d'en faire l'évaluation notamment à travers l'exploitation des résultats des contrôles et des autoévaluations s'appliquent pleinement aux opérations financées dans ce cadre.

Comme le secrétaire général des ministères sociaux vous l'a annoncé *via* l'instruction du 17 février 2017, une mission d'audit interne sera réalisée par l'IGAS au cours de l'année 2017 sur ces éléments de contrôle interne.

Par ailleurs, je vous rappelle que les actions financées par le FIR doivent faire l'objet d'évaluations au niveau régional et que, dans la mesure du possible, le cadre d'évaluation doit être défini avant le lancement de ces actions. Les prochains rapports d'activité régionaux devront dresser un bilan annuel quantitatif et qualitatif des actions financées par le FIR. En conséquence, je vous demande de veiller tout au long de l'année 2017 à l'exhaustivité des évaluations menées par vos services.

*
* *

L'annexe I à la présente circulaire a pour objet de préciser les orientations par missions du FIR pour 2017.

Je vous remercie de nous faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire. Mes services sont à votre disposition pour de plus amples informations.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

ANNEXE 1

ORIENTATIONS PAR MISSION POUR 2017

Je vous rappelle que les crédits du FIR ne font l'objet d'aucun fléchage par le niveau national en dehors de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques, telles que le principe de fongibilité asymétrique par exemple.

Sauf mention contraire, les orientations définies les exercices précédents restent valables. Les orientations qui composent la présente annexe viennent les compléter.

Mission 1 : promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie

Il vous est demandé, comme les années passées, de décliner au niveau territorial approprié les plans et programmes nationaux de santé publique. Votre action tiendra compte des priorités nationales de santé publique, ainsi que des enjeux stratégiques définis dans votre projet régional de santé. Elle privilégiera des approches territoriales intersectorielles et intégrées et la prise en compte des parcours individuels de santé. Elle s'appuiera sur les instructions de mise en œuvre des politiques de santé publique.

Il convient de rappeler que toutes les actions de santé publique éligibles à un financement FIR ne font pas l'objet de financements supplémentaires par le niveau national. Le financement des actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles doit être financé par chaque ARS dans le cadre de sa dotation FIR.

Vous trouverez ci-dessous des précisions concernant quelques dispositifs spécifiques pour lesquels des financements complémentaires vous sont alloués en 2017 :

Préfiguration du dépistage du cancer du col de l'utérus

En 2016, une préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mesure prioritaire du plan cancer 2014-2019, a été lancée par l'instruction n° DGS/SP5/2016/166 du 25 mai 2016 qui a précisé les modalités de désignation par les ARS d'une structure de préfiguration parmi les structures de gestion des dépistages des cancers existantes dans 14 régions. En 2017, la préfiguration débutera pour la Corse, la Guadeloupe, la Guyane et Mayotte.

En 2016, des crédits sur le FIR ont été alloués aux 14 régions accueillant les structures de préfiguration (sites anciennement expérimentateurs financés par les ARS, ainsi que 7 nouvelles régions).

En 2017, des crédits supplémentaires sur le FIR sont alloués aux régions des structures préfiguratrices en 2016 afin d'accompagner la montée en charge de la généralisation du nouveau dépistage. Les régions nouvellement préfiguratrices sont dotées également de crédits pour débiter la démarche de préfiguration.

Le financement des structures de gestion se fera à part égale entre l'ARS et l'assurance maladie pour chaque région à l'instar des autres dépistages organisés des cancers.

Expérimentations prévues à l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé

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

À l'issue de la première vague de cet appel à projets organisée en 2016, la liste des 19 projets pilotes retenus dans 14 régions a été fixée par un arrêté du 28 novembre 2016 publié sur le site sante.gouv.fr.

Une seconde et dernière vague d'appel à projets sera mise en place courant 2017, comme annoncé dans l'instruction aux ARS N° DGS/SP5/2016/144 du 29 avril 2016 relative à la mise en œuvre du cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé. L'instruction pour la mise en œuvre de la 2^e vague est en cours. Les projets pilotes retenus à l'issue de la seconde vague feront l'objet d'un nouvel arrêté de désignation.

Chaque projet pilote d'accompagnement sanitaire, social et administratif qui aura été retenu et désigné par arrêté fera l'objet d'une convention avec l'ARS concernée. Ces projets seront financés pour une durée de 5 ans. Des crédits vous ont été alloués en 2016 pour démarrer le financement des projets issus de la première vague.

Les crédits vous sont alloués en 2017 en vue du financement de l'ensemble des projets pilotes retenus dans votre région. Par dérogation, les crédits délégués sur ces projets ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

Mesure 5 du PMND

Dans le cadre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, la mesure 5 prévoit de « développer l'éducation thérapeutique (ETP), dans le cadre des recommandations de la Haute autorité de santé, en prenant en compte les besoins du patient et ceux de ses proches ». Des crédits vous sont alloués depuis 2015 en vue d'expérimenter le développement de programmes d'ETP sur cette thématique. Après une phase de construction et de montée en charge, ces programmes doivent durer au moins 3 ans afin d'en permettre une évaluation au niveau national. À cette fin, les crédits complémentaires qui vous ont été délégués en 2015 et en 2016 sont renouvelés en 2017.

Lutte contre le VIH et des hépatites virales

En matière de lutte contre le VIH et des hépatites virales, l'article 39 de la loi de modernisation de notre système de santé a étendu les missions des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) à la délivrance des autotests, ainsi qu'à l'accès à des traitements préventifs fixés par arrêté ministériel, à savoir: la prophylaxie pré-exposition (PrEP) depuis l'arrêté du 7 juin 2016 et, après complément de cet arrêté, le traitement post-exposition (TPE).

Ainsi le FIR a désormais vocation à financer les consultations médicales, les examens biologiques spécifiques nécessaires et la dispensation de ces traitements préventifs PrEP et TPE.

Des crédits vous sont alloués en 2017 en vue de financer ces nouvelles missions (Autotests, PrEP et TPE).

Organisation de la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes

Dans le cadre de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et en cohérence avec le chantier présidentiel santé et bien-être des jeunes, une expérimentation relative à la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans se met en place cette année. Cette expérimentation prévoit une consultation d'évaluation pour le jeune réalisée par un médecin (scolaire, pédiatre ou généraliste) avec si nécessaire, une prescription d'un forfait de prise en charge par un psychologue libéral (forfait modulable de 12 consultations maximum).

Cette expérimentation débutera en avril 2017 dans trois régions (Ile-de-France, Grand Est et Pays de la Loire) pour 3 ans, en lien avec les ARS et les rectorats d'académie concernés.

Le dispositif est coordonné par une maison des adolescents, en charge d'informer les usagers sur le dispositif, de constituer le réseau de professionnels, de former les médecins et les psychologues et de mettre en place des réunions de coordination pour traiter des cas complexes identifiés par les médecins et les psychologues.

Stratégie de santé outre-mer

Pour 2017, et comme je m'y étais engagée au moment de l'élaboration de la stratégie nationale de santé pour les outre-mer, j'ai décidé de doter les 4 ARS ultra-marines de financements complémentaires, correspondant à 1 % des dotations FIR 2016, pour leur permettre d'accompagner sa mise en œuvre. Ces crédits doivent permettre de financer tout particulièrement des actions de prévention, comme par exemple l'extension du dispositif d'accompagnement à domicile post accouchement (PRADO) à une prise en charge dès la grossesse pour renforcer le suivi et l'anticipation des risques à la naissance, le déploiement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH-sida, des actions de lutte contre le surpoids et l'obésité ou encore le renforcement de la coordination entre professionnels de santé dans le cadre des parcours de santé.

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (PRC)

Pour la mise en œuvre de l'instruction n° DGS/MAPDS/2016/327 du 4 novembre 2016 relative au dispositif d'autorisation et de financement des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé, vous bénéficiez comme annoncé au sein de votre dotation FIR d'un financement supplémentaire dont le niveau est fondé sur la dernière année de dépense connue.

Mission 2: organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale

Communautés professionnelles territoriales de santé

Une dotation vous est attribuée afin de soutenir et faciliter les initiatives des professionnels de terrain qui souhaitent, au travers des équipes de soins primaires et, plus encore, des communautés professionnelles territoriales de santé, s'investir sur leur territoire en faveur d'une offre de santé de proximité mieux intégrée et répondant pleinement aux besoins de leur population notamment en terme de fluidification des parcours de santé. Pour ce faire, vous voudrez bien vous reporter à l'instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016.

Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins

L'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit le déploiement des fonctions d'appui aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des personnes en situation complexe et confie aux agences régionales de santé la tâche d'organiser ces fonctions d'appui.

Afin d'accompagner le déploiement de ces fonctions d'appui et plus particulièrement des plateformes territoriales d'appui des crédits vous sont attribués. Ils vont permettre en complémentarité de votre stratégie régionale de développement des services numériques d'appui à la coordination de susciter les initiatives des professionnels, de les aider à la conception et à la gestion de leurs projets et d'en assurer la sécurité juridique.

Ces crédits pourront accessoirement accompagner l'évolution des dispositifs d'appui à la coordination spécifiques vers un appui aux situations complexes, quel que soit l'âge, la pathologie ou la population. Vous veillerez dans ce cas à accompagner une évolution de leur gouvernance visant à intégrer les professionnels de santé de ville.

Services numériques d'appui à la coordination (SNACs)

Une dotation est attribuée pour accompagner la mise en œuvre de services numériques territoriaux dédiés aux dispositifs d'appui à la coordination polyvalente des parcours des patients (PTA, PAERPA,...). Les enseignements du programme « Territoire de soins numérique » (TSN) doivent permettre d'accompagner le déploiement progressif de services numériques territoriaux adaptés aux organisations sanitaires, médico-sociales, sociales coordonnées, en appui des politiques régionales des ARS.

Pour tenir compte des différents niveaux de maturité des régions, selon qu'elles participent déjà aux projets Territoire de soins numérique (TSN), qu'elles ont déjà commencé à développer des services numériques en appui à la coordination ou qu'elles n'ont pas encore défini de stratégie régionale, trois grands types d'accompagnements sont proposés en 2017 (et sur les années suivantes) :

- un accompagnement à la conception d'une stratégie régionale de mise en œuvre des services numériques de coordination ;
- un accompagnement à la mise en œuvre de cette stratégie sur des dispositifs pilotes ;
- un accompagnement au déploiement, au-delà des dispositifs pilotes.

Les crédits alloués vont permettre :

- en premier lieu, la définition et la mise en œuvre par les ARS d'une stratégie régionale des services numériques de la coordination (SNACs), construite avec l'ensemble des acteurs participants au parcours du patient ;
- en second lieu, le déploiement progressif de ces services numériques auprès des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux participant à la coordination des parcours, sur l'ensemble du territoire.

La définition de la stratégie régionale des services numériques de la coordination est un préalable au déploiement des services au sein de la région sur les structures de coordination.

Par ailleurs, il est prévu un financement par dispositif de coordination, pour accompagner les investissements initiaux liés au déploiement des services numériques d'appui à la coordination mutualisés au niveau régional :

- acquisition de logiciels ;
- ressources pour le déploiement, y compris des « chargés d'accompagnement territorial » qui accompagnent la mise en œuvre des services numériques et présentent les services offerts par les PTA et les structures de coordination ;

- gestion de projets ;
- interopérabilité des services numériques et leurs intégrations dans les outils des professionnels du territoire ;
- conduite du changement.

Les modalités de délégation des crédits sont précisées dans une instruction relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions.

Dispositifs de consultations dédiées aux personnes handicapées

Une dotation est attribuée pour renforcer la mise en place dans les régions de dispositifs de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap. Cette dotation constitue une troisième tranche de financement. Une première délégation de crédits a été allouée en 2015 et une deuxième en 2016.

La dotation 2017 est allouée, comme celle de 2015 et de 2016, sur la base d'un critère de démographie des personnes en situation de handicap, en s'appuyant sur la répartition des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, avec un socle de financement minimal par région.

L'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap apporte des éléments de repères pour structurer sur les territoires ces dispositifs. Cette instruction contient également les éléments d'évaluation demandés pour le suivi de ces dispositifs.

Une évaluation nationale sera réalisée sur la base du rapport FIR 2017 et des ajustements concernant la tranche de financement 2018 pourront être réalisés en fonction de l'engagement des projets dans les régions.

Réduction des événements indésirables graves associés aux soins

Les ARS lancent en 2017 la phase opérationnelle du chantier de la réorganisation des vigilances et de la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins. Cette réforme repose notamment sur une mise en place efficiente des réseaux régionaux de vigilances et d'appui (RREVA), au regard de leur future capacité de coordination, de mutualisation et aussi de mobilisation des professionnels de santé sur les enjeux de la sécurité sanitaire, ainsi que sur la mise en place du portail des vigilances.

La déclaration et l'analyse des événements indésirables graves associés à des soins sont désormais une obligation uniformément étendue à l'ensemble du parcours : ville, établissements de santé et médico-sociaux. Des mesures d'accompagnement des professionnels sont donc nécessaires pour que ces nouvelles exigences puissent être mises en œuvre dans de bonnes conditions et aboutir à une amélioration effective de la sécurité des prises en charge. À ce titre, des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients sont constituées pour apporter l'expertise et l'aide méthodologique indispensable. Les nouvelles approches théoriques de la sécurité des patients qui démontrent l'impact déterminant des facteurs humains et organisationnels sur la survenue des événements indésirables associés aux soins et fournissent des clés pour leur prévention (savoir non techniques) doivent être largement diffusées. Il s'agit de promouvoir le développement d'une culture de sécurité. Aussi l'ensemble des acteurs de santé est concerné, managers et régulateurs, au même titre que les professionnels au contact direct des patients.

Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie

Trois mesures du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie font l'objet d'un financement en 2016. Les crédits alloués vous permettront :

- de compléter le maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs (action 14-1) ;
- le développement de programmes visant à repérer de manière précoce au domicile les besoins en soins palliatifs et faciliter l'accès aux prises en charge notamment par les professionnels de premier recours (action 12-1), mais également par les offres de soins coordonnées, comme l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile ;
- de faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville (action 8-2), afin de favoriser les projets territoriaux de professionnels de ville coordonnés et de faciliter le recours aux expertises et aux coordinations via, le cas échéant, les plateformes territoriales d'appui.

Il s'agit d'une deuxième tranche de financement en complément des crédits alloués en 2016. Les dotations sont allouées sur la base du nombre total de décès par région (données INSEE 2014).

Renforcement des maisons des adolescents

Le cahier des charges actualisé des maisons des adolescents a été publié par circulaire Premier ministre en date du 28 novembre 2016, dans le cadre du lancement du plan d'action présidentiel en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Afin d'accompagner les ambitions élargies de ce cahier des charges, des crédits vous sont délégués. La répartition interrégionale est fondée sur la population âgée de 10 à 24 ans, telle que recensée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2016.

Vous veillerez à procéder à la répartition de ces crédits entre les maisons des adolescents (MDA) de votre territoire régional, sur la base des écarts existants entre l'organisation actuelle de chaque MDA et les prescriptions énoncées par le cahier des charges actualisé, et des besoins identifiés sur les territoires, en tenant compte notamment des spécificités populationnelles et d'environnement.

Un travail mené avec les ARS d'Ile-de-France, Grand Est et Pays de la Loire, pilotes de la mise en œuvre du plan d'action présidentiel cité *supra*, a permis d'identifier trois axes d'évolution prioritaires qu'il vous appartiendra plus particulièrement d'accompagner :

- le renforcement de la dynamique partenariale des MDA, en particulier avec les collectivités territoriales ;
- le maillage effectif par la MDA de son territoire d'intervention (départemental ou infra-départemental), notamment par des antennes ou des permanences ;
- la participation des MDA à la gestion des parcours complexes.

Vous veillerez à contractualiser ces évolutions avec chaque maison des adolescents accompagnée, en particulier dans le cadre du CPOM ou de la convention FIR.

Un travail complémentaire sera mené en 2017 avec les 3 ARS citées ci-dessus et l'association nationale des MDA afin de définir un rapport d'activité type des MDA tenant compte des évolutions apportées par le cahier des charges actualisé.

Expérimentation douleurs chroniques (article 94 LFSS 2017)

Il est proposé de conduire l'expérimentation triennale prévue par l'article 94 de la LFSS 2017 sur les 4 régions suivantes :

- Nouvelle-Aquitaine et Centre-Val de Loire, présentant des taux de recours faibles aux structures douleur chronique (SDC) tout en présentant des taux de généralistes (par rapport à la population) opposés ;
- la région Pays de la Loire qui présente le plus fort taux de recours national aux SDC et la région PACA qui présente le plus fort taux national de généralistes.

Ces quatre régions recouvrent par ailleurs l'ensemble du spectre constaté en matière de taux de recours comme en matière de nombre de généralistes.

L'expérimentation portera en priorité sur l'initiation du parcours du patient douloureux (détection et orientation vers la SDC) au niveau du médecin généraliste de ville. Il s'agit donc en termes de financement de permettre au généraliste d'avoir le temps de coordonner l'initiation du parcours et de réaliser la détection, les examens complémentaires, le courrier d'accompagnement et l'adressage en SDC *via* un temps de consultation aménagé et de former les médecins généralistes à l'initiation de ce parcours puis à la prise de relais.

Télémédecine

Le Pacte territoire santé 2 prolonge l'engagement relatif au développement de la télémédecine au service des professionnels de santé s'installant dans les zones isolées. Essentiellement déployée ces dernières années dans le secteur hospitalier, vous veillerez à poursuivre le soutien aux projets de télémédecine impliquant le secteur ambulatoire et médico-social.

Le FIR peut être mobilisé pour des dépenses d'investissement et d'accompagnement en phase de conception des projets de télémédecine. Ils peuvent également servir à soutenir ponctuellement des activités s'inscrivant dans le volet télémédecine des PRS 2 et présentant un potentiel de développement en termes de volume d'actes et de patients pris en charge.

Le FIR protégé dans le cadre des expérimentations de l'article 36 de la LFSS 2014 peut être utilisé pour la rémunération des structures de prise en charge du patient dans le cadre des téléconsultations « ETAPES ». Un arrêté prochain viendra fixer le niveau et les conditions d'attribution de cette rémunération.

Cet arrêté incitera à flécher 50 % de ces crédits sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées compte tenu de l'importance de leurs besoins et, s'agissant des personnes handicapées, des difficultés récurrentes d'accès aux soins courants, comme aux soins spécialisés.

Une instruction prochaine présentera les orientations en matière de déploiement de la télémédecine et des expérimentations ETAPES de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

*Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins
et des prises en charge de l'offre médico-sociale*

En application de la loi de financement de sécurité sociale pour 2017, une décision de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixe le montant de la contribution à vos budgets à hauteur de :

94,6 millions d'euros au titre du financement des dispositifs MAIA

32,9 millions d'euros au titre du financement des groupes d'entraide mutuelle.

Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) prévus aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code continue à être assuré *via* le FIR en 2017, au titre des missions mentionnées au 2° de l'article L. 14358 du code de la santé publique.

Les 32,9M€ correspondent à la stricte reconduction des montants alloués en 2016 à laquelle s'ajoutent 2,9M€ de crédits supplémentaires qui seront consacrés à la revalorisation des GEM existants et à la création de nouveaux GEM.

Les crédits supplémentaires affectés aux GEM correspondent à la mise en œuvre d'une des priorités de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale arrêtée dans le cadre du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016.

Il vous appartient d'utiliser ces crédits en fonction des besoins de votre territoire, tant pour revaloriser la dotation des GEM existants (une moyenne régionale de 78 000€ constitue un bon point de repère avec un plancher pour les DOM de 10 000€ et de 30 000€ pour l'Île-de-France afin de tenir compte des coûts du foncier) et permettre le soutien des GEM en difficulté ou qui interviennent dans le champ de l'emploi et du logement accompagné, que pour créer de nouveaux GEM pour les personnes en situation de handicap psychique ou cérébro-lésées.

Enfin, vous êtes encouragés à une répartition équilibrée entre les créations de GEM dédiés aux personnes en situation de handicap psychique et les créations de GEM TC, en visant un minimum de 15 % de GEM TC par région (moyenne nationale actuelle de 11 %).

Par ailleurs, il est prévu la possibilité de déployer à titre expérimental des GEM TSA dès 2017 (toutefois, de tels GEM TSA seront financés dans le cadre des crédits du 4ème plan autisme, c'est-à-dire hors du cadre de la présente circulaire et des crédits CNH 2016).

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

Les crédits consacrés aux MAIA portés par les réseaux de santé sont reconduits et ne sont pas modifiés.

En 2016, les 50 derniers dispositifs MAIA vous ont été notifiés portant ainsi le nombre de MAIA à 352 sur l'ensemble du territoire (y compris les MAIA financés par le sanitaire). Les crédits qui vous sont notifiés en 2017 vous permettent de couvrir les extensions en année pleine des 50 dispositifs notifiés en 2016.

**Financement de dispositifs MAIA ou de gestionnaires de cas supplémentaires
sur les marges pérennes dégagées dans le cadre de l'enveloppe dévolue aux dispositifs MAIA**

Comme en 2016, dès lors que l'ARS identifie une marge pérenne sur son enveloppe dévolue aux dispositifs MAIA, en raison en particulier de coûts de fonctionnement des MAIA inférieurs à ceux financés *via* le forfait national, il lui est possible de financer un dispositif supplémentaire à partir de cette marge pérenne. Le dispositif ainsi créé devra être conforme au cahier des charges national et sa création devra respecter les formalités de l'appel à candidatures définies dans l'instruction à paraître précitée. Ce dispositif ne donnera pas lieu à abondement supplémentaire par les crédits de la CNSA les années suivantes, d'où la nécessité de s'assurer de la pérennité de la marge dégagée sur les crédits MAIA.

En outre, de nombreuses ARS expriment un besoin en gestionnaires de cas supplémentaires, au-delà de la limite de trois gestionnaires de cas par dispositif qui figure dans le cahier des charges national. Les ARS ayant identifié ces besoins, sur la base d'une analyse approfondie et au regard notamment des spécificités territoriales, peuvent désormais utiliser le reliquat de leurs crédits MAIA de manière à satisfaire au mieux ces besoins. Ces recrutements d'éventuels gestionnaires de cas supplémentaires devront se faire dans les limites de l'enveloppe de 280 000 € par dispositif.

Orientations préconisées pour l'utilisation des reliquats non pérennes non affectés aux GEM et MAIA ou des autres marges dégagées sur le FIR

Il est constaté chaque année des reliquats non pérennes, non affectés aux MAIA (plus rarement aux GEM), en raison notamment de la montée en charge progressive de ces dispositifs. Il vous est demandé, dans le respect du principe de fongibilité asymétrique, d'utiliser les reliquats qui pourraient apparaître dans l'objectif de favoriser la continuité des parcours des personnes en situation de handicap en cohérence avec les décisions du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 et notamment des volets handicap psychique et polyhandicap de la stratégie nationale de l'évolution de l'offre médico-sociale et/ou des personnes en perte d'autonomie de manière à lutter contre la fragmentation des services d'aide et de soins, qui se traduit par une accumulation de dispositifs formant un paysage peu lisible et inefficace et parfois par une absence de réponse aux besoins de la personne.

Il est donc recommandé d'utiliser prioritairement ces reliquats pour financer :

- la prise en charge des personnes handicapées dans une situation complexe, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » pilotée par MS Desaulle, qui vise à une meilleure coordination des acteurs permettant notamment de trouver des solutions pragmatiques, y compris temporaires, pour accueillir ces personnes. Cet objectif peut nécessiter de mobiliser les crédits du fonds d'intervention régional pour permettre d'accueillir de façon transitoire, en attendant la mise en œuvre de solutions pérennes, les personnes qui, en raison de leur situation particulièrement complexe, nécessitent un accompagnement renforcé (mobilisation de ressources ponctuelles en appui des équipes, accueil de transition pour affiner le bilan des personnes concernées en termes de soins et d'accompagnement médico-social) ;
- des actions d'adaptation et de recomposition de l'offre et en particulier, le développement des « pôles de compétences et de prestations externalisées » dont les objectifs et modalités de déploiement seront décrits dans un prochain texte ;
- des actions de coordination visant à promouvoir le principe d'intégration des acteurs et services des champs sanitaire, médico-social, social et de la prévention ; à développer une information partagée ; à soutenir une ingénierie et une animation des réseaux d'acteurs ; à encourager une évaluation multidimensionnelle et partagée des situations des personnes ;
- des actions de prévention, visant la préservation de l'autonomie ou favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie, qu'elles soient à domicile et/ou accompagnées par un service d'aide à domicile et/ou un SPASAD et/ou en établissement. Le volet « prévention » de cette orientation renvoie à la fois à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, désormais traitée dans le cadre des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, et à la prévention des maladies.

PAERPA

Le FIR permet le financement des plans d'action PAERPA étendu depuis 2016 à l'ensemble des ARS sur des territoires pilotes sélectionnés à travers un nouveau cahier des charges « Extension Paerpa ». Ce programme « parcours » concerne, à ce jour près de 550 000 personnes âgées de 75 ans et plus de 10 000 professionnels ; une bonne montée en charge en 2016 fut constatée.

Pour rappel ces plans d'action formalisent plusieurs dizaines d'actions mises en œuvre dans chaque territoire pilote entre étroites concertations avec l'ensemble des acteurs des champs sanitaires, sociales et médico-sociales.

Les financements sont axés prioritairement sur le maintien des prises en charge à domicile et des articulations entre les différents acteurs de santé du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie notamment sur :

- la rémunération des professionnels de santé libéraux autour de la personne bénéficiant de plans personnalisés de santé (PPS) ;
- les coordinations territoriales d'appui aux professionnels et aux personnes âgées, qui reposent sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (par exemple

les centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux, filières, le cas échéant en lien avec les MAIA) et ont pour but le rapprochement et la mise en cohérence des approches sanitaires, médico-sociales et sociales préfigurant notamment les futures PTA;

- le financement en appui des autres outils issus des feuilles de routes territoriales comme les interventions d'équipes mobiles de gériatrie en ville; la prise en charge financière de l'hébergement temporaire en sortie de court séjour, des actions de conciliation médicamenteuse, de la participation au financement de systèmes d'information de coordination facilitant l'échange et le partage d'information...

Une attention particulière devra être portée par les nouveaux territoires en termes de calendrier dans les mises en place rapides des outils et les premiers territoires expérimentateurs à travers leur montée en charge devront également commencer des travaux d'évaluation et de retour d'expérience à mi-parcours.

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

Permanence des soins ambulatoires et numéro unique

Les missions financées par le FIR au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) concernent les rémunérations forfaitaires (effectif et régulation) versées aux médecins qui y participent. Le FIR a également vocation à financer des actions ou structures concourant à l'amélioration de la PDSA; entrent notamment dans cette catégorie les dépenses relatives aux maisons médicales de garde et aux outils de régulation libérale.

Une enveloppe spécifique accompagne le déploiement du numéro national de PDSA, le 116 117. Des crédits ont été délégués dès 2016 à l'ensemble des ARS pour contribuer à l'adaptation technique des SAMU qui réceptionneront les appels du 116 117. En 2017, cette enveloppe fait l'objet d'une nouvelle répartition entre vos régions. Des crédits sont délégués dès la présente circulaire pour accompagner les régions pilotes dans lesquelles le 116 117 est mis en service début 2017. Une délégation interviendra ultérieurement pour les autres régions.

Médecins correspondants de SAMU

L'accès à des soins urgents en moins de trente minutes constitue une priorité. Pour cela, le rôle des médecins correspondants du SAMU (MCS) et des médecins formés à l'urgence, qui interviennent sur sollicitation du SAMU, en avant-coureurs des SMUR pour réduire les délais de prise en charge, est déterminant.

La répartition des crédits entre régions a été revue afin d'être cohérente avec le besoin sur la base de la population située à plus de 30 minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR identifiée à l'aide du diagnostic DREES.

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

Appel à projets 2017: « Clusters d'établissements pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail » et évaluation des expérimentations 2016

La qualité de vie au travail (QVT) s'impose comme une nouvelle voie offrant des marges de manœuvre pour améliorer le bien-être des personnels, la qualité des soins et la performance des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Toutefois, les travaux de la haute autorité de santé (HAS) et de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) sur ce sujet, ainsi que d'autres, ont montré la difficulté pour transformer le concept en démarches concrètes et pour y mettre un contenu réel. C'est pourquoi, en partenariat avec la HAS et l'ANACT, la DGOS a financé en 2016 l'expérimentation « Clusters sociaux QVT » et elle a lancé, le 9 janvier 2017, un second appel à projets en vue de renforcer la dynamique initiée et de capitaliser sur les expériences déjà réalisées. Une évaluation qualitative des clusters 2016 sera réalisée, mise en valeur et diffusée pour alimenter les démarches QVT de retours d'expériences et d'outils d'appui à la mise en œuvre.

Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

Il convient de mobiliser le FIR pour mettre en œuvre les projets d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé qui vous apparaîtront nécessaires et pertinents. Par ailleurs, vous voudrez bien veiller à ce que les projets de restructurations comportent systématiquement un volet ressources humaines, à l'échelle territoriale qui est la plus opportune. Vous êtes invités notamment à soutenir le développement de démarches de gestion prévisionnelle des effec-

tifs et des compétences centrées sur les organisations de travail et visant à promouvoir la qualité de vie au travail. Vous porterez également une attention particulière aux dispositifs de prévention notamment des risques psychosociaux et contre les atteintes aux personnes et aux biens exercées en milieu de soins. Conformément aux objectifs ayant conduit à la création du FIR, les projets les plus innovants, notamment ceux associant plusieurs structures, sont à promouvoir.

Mission 5: développement de la démocratie sanitaire

Les crédits de la Mission 5 contribuent au financement des actions de démocratie sanitaire menées au plan régional, en complément des actions et dispositifs financés par le nouveau fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS).

Le FNDS, créé au sein de la CNAMTS par l'article 70 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, finance :

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

Le fonds peut également participer au financement d'actions d'associations d'usagers du système de santé agréées et d'organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrés au thème de la démocratie sanitaire ainsi que des appels à projets nationaux sur la démocratie sanitaire.

Les crédits qui vous sont alloués au titre de la mission 5 du FIR doivent vous permettre de contribuer :

- à la formation des représentants des usagers du système de santé avec une priorité pour les actions de formation de base délivrées par les associations agréées au niveau régional et habilitées par arrêté ministériel ;
- au processus de recueil de l'expression des attentes et besoins de tous les acteurs de santé, et en particulier des usagers et des citoyens. Le recueil de la parole des usagers peut notamment s'effectuer *via* les associations qui les représentent.

Les modalités de financement de la formation de base des représentants des usagers sont inscrites dans le décret du 19 décembre 2016 relatif au financement de la formation de base des représentants d'usagers.

Je vous rappelle que vous devez encourager le développement de la formation de base dans votre territoire.

De manière opérationnelle, en tant qu'ARS, vous pouvez financer :

- les demandes de subvention portées par les associations agréées régionalement qui ont été préalablement habilitées par le ministre de la santé. Il vous appartient, en tant qu'ARS, d'apprécier le montant de ces demandes de subvention associatives au regard notamment de la faisabilité de leurs projets de formation ;
- les actions spécifiques de partenariat avec certaines Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé (URAASS) comme le permet l'article R. 1114-38 du code de la santé publique (décret du 26 janvier 2017 relatif à l'UNAASS).

En revanche, à compter de 2017, vous ne financez plus :

- les actions de formation de base menées directement par les URAASS. En effet, une subvention nationale du FNDS est versée directement à l'Unaass pour financer toutes les actions de formations de base organisées par l'Unaass et ses délégations (URAASS). Les ARS n'ont pas à être sollicitées directement par les URAASS au titre d'une demande complémentaire de financement de la formation de base ;
- le fonctionnement et les activités des URAASS (qui relèvent désormais de l'enveloppe financière allouée directement à l'Unaass par le FNDS).

Concernant l'habilitation des associations agréées d'usagers du système de santé à délivrer la formation de base des représentants d'usagers, comme précisé dans l'instruction du 18 novembre 2016 relative à l'impact de la création de l'Union nationale des associations agréées des usagers du système de santé, et de ses délégations territoriales, et au dispositif de formation de base des représentants des usagers du système de santé, prévu par la loi de modernisation de notre système

de santé, le ministère de la santé arrête la liste des associations agréées (tant au niveau national que régional) d'usagers du système de santé qui sont habilitées à délivrer la formation de base des représentants des usagers.

Je vous informe que des associations régionales pourront être habilitées par le ministre de la santé dans le cadre du prochain appel à candidature qui sera prochainement lancé à partir d'avril 2017.

Il convient de préciser que l'habilitation est délivrée *intuitu personae* à une association nominativement désignée. Par conséquent l'habilitation n'a pas le même impact que l'agrément des associations au titre de la représentation des usagers du système de santé : en effet l'habilitation ne peut être déléguée ni reprise à leur compte par d'autres associations nationales ou régionales, même si elles appartiennent à un même collectif ou union.

Il vous est rappelé par ailleurs que ces crédits dédiés à la démocratie sanitaire dans le cadre du FIR ne doivent pas être utilisés pour financer le fonctionnement des CRSA qui est couvert par des crédits du programme 124 du budget de l'Etat.

S'agissant de l'expérimentation permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations prévue au IX de l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé et précisée par le décret n° 2017-121 du 31 janvier 2017, une instruction spécifique vous sera adressée en cours d'année. Elle précisera les modalités et conditions de financement des agences régionales de santé qui auront désigné un ou des conseils territoriaux de santé de leur région autorisés à titre expérimental à mettre en place un guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé.

ANNEXE 2

LES DOTATIONS RÉGIONALES FIR 2017

| ARS | MONTANTS (en €) |
|----------------------------|--------------------|
| Grand-Est | 322 427 800 |
| Nouvelle-Aquitaine | 301 878 227 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 375 931 454 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 154 993 351 |
| Bretagne | 151 962 445 |
| Centre-Val de Loire | 118 843 486 |
| Corse | 19 455 611 |
| Île-de-France | 547 448 101 |
| Occitanie | 277 847 320 |
| Hauts-de-France | 294 827 591 |
| Normandie | 168 066 800 |
| Pays-de-la-Loire | 177 331 522 |
| Provence-Alpes-Côte-d'Azur | 245 199 061 |
| Guadeloupe | 44 944 729 |
| Guyane | 31 803 779 |
| Martinique | 46 306 611 |
| Océan Indien | 76 577 083 |