

Service émetteur : Direction des coopérations territoriales et de la Performance
Direction adjointe Financement et Performance
du Système de santé
Pôle FIR et allocation de ressources hospitalières

Courriel ars-bretagne-secretariat-pare@ars.sante.fr
Téléphone 02.22.06.73.33
Fax 02.22.06.74.98

Date : 20 juin 2016
Objet : Note de cadrage de l'allocation des ressources aux établissements de santé en 2016

NOTE DE CADRAGE - 2016

de l'allocation des ressources aux établissements de santé bretons

Les Agences régionales de santé sont chargées de la répartition entre les établissements de santé des enveloppes régionalisées suivantes :

- ✚ les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)
- ✚ les dotations annuelles de financement (DAF SSR et santé mentale)
- ✚ les dotations de soins des USLD
- ✚ les enveloppes relevant du Fonds d'intervention régional (FIR)
- ✚ les enveloppes relevant du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)
- ✚ et à compter de 2016, les missions d'intérêt général (MIG) en SSR dans le cadre de la mise en œuvre progressive de la réforme de financement de SSR

La présente note vise à pointer les éléments saillants de la campagne de financement 2016 et à préciser les conditions dans lesquelles l'Agence régionale de santé de Bretagne procédera à la répartition des dotations régionales, compte tenu des objectifs nationaux exposés dans la circulaire du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 et des orientations du projet régional de santé (PRS) et du SROS.

Sommaire	2
I - Le contexte général de la campagne budgétaire 2016 des établissements de santé : la deuxième tranche de mise en œuvre du plan triennal 2015-2017	3
II - Les orientations prioritaires de la campagne.....	5
A. L'amélioration de la performance et de l'efficience des établissements de santé, notamment dans le cadre du plan triennal	5
1) L'accompagnement des établissements dans leur démarche de rationalisation des achats.....	8
2) L'accompagnement des établissements dans les démarches de performance.....	9
B. L'accompagnement du virage ambulatoire et de l'évolution de l'offre de soins.....	5
1) Les actions relatives à la promotion de la chirurgie ambulatoire	5
2) L'accompagnement du virage ambulatoire en médecine en substitution à l'hospitalisation complète.....	6
3) Le développement de l'HAD comme substitution à l'hospitalisation complète	6
4) L'accompagnement de l'évolution de l'offre en santé mentale.....	6
C. La territorialisation	7
1) Le dispositif national d'accompagnement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)	7
2) L'accompagnement financier par l'ARS des Contrats Hospitaliers de Territoire.....	7
3) L'effort significatif pour le développement des postes partagés	8
D. L'amélioration de la qualité des soins et des parcours patients répondant à des priorités du PRS	1
0	
1) Le Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique (ROLAND)	10
2) Le télé-suivi des dispositifs implantés en priorisant les défibrillateurs	10
3) Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)	11
4) L'accès aux soins	11
5) Le soutien à l'investissement en équipements de santé innovants	12
6) L'accompagnement à l'installation d'armoires à pharmacie sécurisées dans les établissements de santé psychiatriques	12
III - Les évolutions 2016 relatives aux dotations de financement	12
A) Les MIGAC	12
1) L'effort d'économies porté par les MIG	12
2) La mise à plat de certaines MIG	13
3) Les dotations AC	13
B) Les dotations annuelles.....	14
1) La réforme du financement des ex-hôpitaux locaux	14
2) La réforme du financement du SSR	15
3) La DAF santé mentale.....	17
4) La dotation de soins des USLD.....	18
IV - Le calendrier de la campagne budgétaire.....	18
A. Calendrier des notifications.....	18
B. Appels à projet et calendrier	19

I - Le contexte général de la campagne budgétaire 2016 des établissements de santé : la deuxième tranche de mise en œuvre du plan triennal 2015-2017

La campagne budgétaire 2016 des établissements de santé s'inscrit dans le contexte de mise en œuvre de la deuxième tranche du plan triennal 2015-2017, qui vise la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie et leur meilleure efficacité. Elle est décrite par la première circulaire n°DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé, la circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative à la première délégation du fonds d'intervention régional (FIR) pour 2016, et la circulaire N°DGOS/R1/2016/161 du 12/05/2016 relative à la première délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) au titre de l'année 2016.

L'ONDAM établissements de santé est en progression de 1,75% en 2016 (2% en 2015). Il est porté à 77,9 Md € en 2016, ce qui représente une évolution de 1,3Md €. Cette évolution des ressources d'assurance maladie constitue un effort important en faveur des établissements de santé dans un contexte particulièrement contraint.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 traduit la mise en œuvre progressive des grandes orientations du plan triennal dont les actions concernent particulièrement :

- le « virage ambulatoire » avec le développement des prises en charge ambulatoires par substitution intra et extra muros sur le champ de la chirurgie, de la médecine, de la dialyse, du SSR et de la psychiatrie avec, notamment, le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), l'accompagnement de la réduction de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et la prévention des ré-hospitalisations;
- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière et notamment la rationalisation des achats hospitaliers (programme PHARE) ;
- la recherche de l'efficacité de la prescription hospitalière pour les produits de santé et les transports de patients.
- l'amélioration de la pertinence du recours aux soins permettant de réduire les actes jugés inutiles ou redondants;

Au plan national, le niveau des économies attendues correspondant à la 2^{ème} tranche du plan triennal sur le champ des établissements de santé s'élève à 993M € en 2016, par rapport au tendanciel. Ces économies portent sur l'ensemble des enveloppes de financement de l'ONDAM établissements de santé.

En outre, des mises en réserve de crédits sont effectuées de manière prudentielle en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM, comme chaque année depuis 2010 :

- 196M € via le coefficient prudentiel MCO, correspondant à une minoration tarifaire de 0,50% (- 0.35% en 2015, soit 143.2M €);
- 75M € sur les bases régionales DAF (160M € en 2015);
- 14M € sur l'Objectif Quantifié National (OQN), soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,50% (- 0.35% en 2015, soit 8.6M €);

- 60M € sur le FMESPP (30M € en 2015);
- 21 M€ sur la marge nationale (60M € en 2015) ;
- Enfin, le FIR fait l'objet en 2016 d'un gel au titre des mises en réserve pour la régulation de l'ONDAM d'un montant de 40M € (30M € en 2015).

En fonction du respect de l'ONDAM, les crédits mis en réserve pourront être versés aux établissements en fin d'exercice.

Pour la Bretagne, ce contexte contraint se traduit par :

- Sur les MIG (missions d'intérêt général) : les mesures de reconduction allouées par le niveau national, pour accompagner notamment les mesures catégorielles et le GVT, ne permettent pas de couvrir le montant des économies appliquées sur l'enveloppe MIG. Des économies sont donc appliquées au prorata des bases des établissements (Cf. paragraphe 3).
- Sur les AC (aides à la contractualisation) : la marge disponible sur cette enveloppe permet de ne pas affecter les économies sur les bases des établissements.
- Sur la DAF (dotation annuelle de fonctionnement) SSR : les mesures de reconduction permettent tout juste de couvrir le gel et les économies (ciblées, non ciblées et pacte de responsabilité) affectés sur l'enveloppe DAF SSR. La non imputation des économies sur les bases de établissements est permise principalement suite aux mises à plat initiées en 2015.
- Sur la DAF PSY : les mesures de reconduction ne permettent pas de couvrir l'intégralité du gel et des économies (ciblées, non ciblées et pacte de responsabilité) affectés sur l'enveloppe DAF PSY, ce qui rend nécessaire d'appliquer une partie des économies sur les bases de établissements de santé mentale (Cf. paragraphe 3).
- Sur l'USLD : les mesures de reconduction sont également absorbées par les mesures d'économies. La marge régionale sera utilisée pour financer la création d'une USLD supplémentaire.
- Sur le FIR : une hausse globale de 2,89% en 2016 (2,1% en 2015) est enregistrée, hausse principalement portée par le FIR prévention et médico-social. Le montant du gel pour mise en réserve imputable sur la dotation régionale est de 1,665 M€ en 2016 (0,629 M€ en 2015).

Ainsi, l'ensemble de ces contraintes invite à mobiliser les marges de manœuvre régionales avec prudence et conduit l'ARS à devoir imputer une partie des économies sur les MIG des établissements, ainsi que sur la DAF santé mentale.

II - Les orientations prioritaires de la campagne

A. L'accompagnement du virage ambulatoire et de l'évolution de l'offre de soins

Axe fort du plan triennal, le virage ambulatoire nécessite de la part des établissements des adaptations des organisations et des pratiques médicales et soignantes, qui sont d'autant plus à souligner qu'elles doivent se réaliser dans un contexte budgétaire particulièrement contraint. C'est pour cette raison que l'ARS Bretagne souhaite accompagner fortement les établissements dans ces évolutions, en mobilisant encore plus en 2016 que les années passées, sa marge régionale pour financer l'amorçage de ces changements organisationnels.

1) Les actions relatives à la promotion de la chirurgie ambulatoire

L'instruction du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, a fixé l'objectif d'un taux global national de chirurgie ambulatoire à hauteur de 66.2% à l'horizon 2020. La région Bretagne présente un taux de recours à la chirurgie ambulatoire de 54.4% à ce jour, selon la nouvelle méthode de calcul. L'un des enjeux est de parvenir, sur la base d'objectifs personnalisés par établissement de santé, à poursuivre l'amélioration de l'efficacité des organisations pour développer la chirurgie ambulatoire en substitution de l'hospitalisation complète.

Pour atteindre cet objectif, l'ARS Bretagne organise et soutient les démarches suivantes:

- Encourager la diffusion des bonnes pratiques entre les professionnels et les établissements de santé ;
- Soutenir et accompagner les projets d'équipes qui souhaitent développer des pratiques innovantes (médicales ou organisationnelles) et/ou toute opération concourant à la modernisation des établissements de santé, via **le lancement d'un appel à projets, à partir de crédits alloués via le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)** ; une enveloppe de 601 963 € sera mobilisée en région pour cet appel à projet.

Cet appel à projet concernera les points suivants :

- Le développement de l'innovation en chirurgie ambulatoire :
 - Innovations organisationnelles permettant de fluidifier les flux et les parcours (ex : outils de gestion des flux, dossier communicant, interfaces ville-hôpital, etc.) ;
 - Équipements de haute technicité ou techniques innovantes (anesthésiques, chirurgicales, de réhabilitation rapide) ;
- La modernisation des structures et l'adaptation des organisations :
 - Soutien aux opérations d'investissement immobilier ou mobilier pour réorganiser et restructurer l'offre (ex : aménagements des locaux, travaux, etc.).

2) L'accompagnement du virage ambulatoire en médecine en substitution à l'hospitalisation complète

Si les établissements se sont fortement investis dans le développement de la chirurgie ambulatoire, la progression des prises en charge réalisées en hôpital de jour de médecine reste plus modeste, en Bretagne comme au plan national, pour des raisons diverses (peu d'outillage pour mesurer le potentiel de substitution à l'hospitalisation complète, difficultés d'interprétation de la circulaire frontière notamment). Afin d'accompagner les établissements dans le développement d'hôpitaux de jour de médecine multidisciplinaires, en substitution à l'hospitalisation complète, l'ARS lance un **appel à projets**, en mobilisant des crédits au titre du FIR, pour financer des investissements ponctuels concourant à la mise en œuvre ou à l'optimisation de ces structures notamment.

3) Le développement de l'HAD comme substitution à l'hospitalisation complète

En 2015, le taux de recours en Bretagne à l'HAD était de 16,7 patients par jour/100 000 habitants progressant peu par rapport à 2014 (contre environ 19,4 en France). Ce taux de recours est variable sur le territoire en raison de difficultés structurelles de certaines structures HAD. Ainsi 4 844 patients ont été pris en charge, soit une file active de plus de 550 patients. La parution de la circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD est venue réaffirmer la volonté nationale d'un développement fort de l'HAD dans les années à venir, notamment en substitution à l'hospitalisation conventionnelle, avec un objectif de 30 patients jour/100 000 habitants en termes de taux de recours d'ici 2018.

Le programme de développement en Bretagne s'articule autour de 4 objectifs principaux :

- assurer un taux régional de recours de 30 patients par jour pour 100 000 habitants
- accroître les modes de prise en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux et les admissions depuis le domicile
- diversifier les modes principaux de prise en charge au sein des structures
- assurer la pertinence des prises en charge.

En 2015 dans le cadre du plan triennal, l'ARS a arrêté une stratégie volontariste en demandant aux différents établissements de santé de s'engager sur des objectifs d'adressage vers les structures d'HAD. En 2016, l'ARS accompagnera, via **un appel à projets (financé via le FIR), les établissements dans cet objectif d'accroissement de l'adressage, en substitution à l'hospitalisation complète.**

4) L'accompagnement de l'évolution de l'offre en santé mentale

Du fait de la contrainte budgétaire qui pèse particulièrement sur le financement des activités de santé mentale, l'ARS Bretagne souhaite accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale privilégiant la continuité de l'accompagnement social et sanitaire, l'autonomie des personnes, le maintien de leur insertion sociale et professionnelle et des parcours plus cohérents et plus fluides.

Dans cette perspective, elle renouvelle l'appel à candidatures publié en 2014, visant à encourager, par une aide financière ponctuelle (crédits FIR), les évolutions de l'offre en santé mentale portant sur les trois orientations suivantes :

- le renforcement des collaborations entre les équipes de psychiatrie et les équipes de soins primaires des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

- la diminution de la part de l'hospitalisation temps plein de l'offre sanitaire de psychiatrie adulte au profit des alternatives
- la mise en œuvre d'accompagnements sociaux et médicosociaux adaptés pour les personnes hospitalisées au long cours relevant de ce type d'accompagnement

La réponse à l'AAC publié le 1^{er} juin dernier se fera en deux temps : une lettre d'engagement est à adresser pour le 30 juin 2016 et un dossier complet est à adresser au plus tard le 30 septembre 2016 sous la forme d'un seul document par porteur, constitué de 1 à maximum 2 projets.

Par ailleurs, une réunion d'échanges sera organisée le 8 juillet avec les porteurs ayant adressé une lettre d'engagement ainsi que les partenaires qu'ils auront identifiés.

B. La territorialisation

L'ARS Bretagne s'est inscrite très tôt dans l'incitation et l'accompagnement des coopérations territoriales et notamment hospitalières, via le dispositif régional des contrats hospitaliers de territoire, accompagnant ainsi les territoires en préfiguration des futurs GHT.

1) Le dispositif national d'accompagnement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Les crédits versés au titre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont destinés à répondre aux objectifs fixés par la loi de modernisation du système de santé (article 107). Il s'agit d'aider les établissements de santé se regroupant au sein d'un futur GHT, à supporter les coûts d'amorçage de ce dispositif obligatoire de coopération.

La première circulaire alloue au national 10,7M€ en AC non reconductible aux établissements supports préfigureurs. Ces crédits couvrent :

- Le volet atelier opérationnel relatif au projet médical partagé : 1,44M€ sont délégués à ce titre pour permettre d'organiser 98 ateliers financés à hauteur de 14,65K€ chacun. Les crédits pourront être repris lorsque les ateliers opérationnels n'auront pas été organisés ; le CHU de Rennes a été désigné par la DGOS comme étant établissement porteur du financement, sur la base d'une convention signée entre le Ministère, l'EHESP et le CHU.
- Le volet d'accompagnement de la conduite du changement : 4M€ sont délégués à ce titre au niveau national pour permettre aux établissements, de bénéficier d'une prestation homogène d'accompagnement.
- Le volet mise en place des GHT : 5,2M€ sont répartis entre les régions (242 k€ pour la Bretagne) afin de financer ponctuellement des postes de chef de projet ou des prestations personnalisées par GHT.

Un complément de financement sera délégué d'ici la fin de l'année.

Des précisions sont en cours au niveau national sur les modalités de délégation de ces différents crédits en région.

2) L'accompagnement financier par l'ARS des Contrats Hospitaliers de Territoire

En fin d'année 2012, l'ARS Bretagne a conçu, en lien avec les établissements publics du territoire de santé n°7, un outil de promotion des coopérations territoriales basées sur un projet médical commun pré-concerté : le contrat hospitalier de territoire. Depuis lors, le GCS Groupement Hospitalier d'Armor bénéficie de versements annuels, en soutien aux actions de coopération déployées dans le cadre d'une évaluation annuelle des réalisations. Ces crédits CHT sont versés de façon dégressive.

Deux autres contrats hospitaliers de territoire ont depuis été signés :

- Le 29 avril 2015 concernant la CHT VOBA (Vannes-Auray-Ploërmel-Malestroit-Josselin)
- Le 3 février 2016 s'agissant de la CHT Nord Finistère (Brest-Morlaix)

Dans le cadre de la constitution des GHT, cette démarche a vocation à être étendue à d'autres futurs GHT sur la base du projet médical partagé.

3) L'effort significatif pour le développement des postes partagés

➤ **La politique de promotion de l'assistantat partagé**

Depuis 2012, dans le cadre de sa politique de promotion des coopérations hospitalières, l'ARS Bretagne s'est engagée dans une politique de financement de postes d'assistants spécialistes partagés destinés à de jeunes médecins, en soutien aux tensions démographiques médicales et aux nécessités de post-internat.

En 2015, l'ARS a accompagné budgétairement le recrutement de 74 jeunes médecins en temps partagés pour un an entre des établissements de santé bretons. Ce dispositif permet de mettre à disposition du temps médical en dehors des villes universitaires, et de contribuer à faire face dans certains cas à des vacances de postes.

Au titre de 2016, une enveloppe significative est à nouveau prévue sur la marge régionale en complément des 8 postes d'assistants spécialistes financés par le Ministère de la santé en région Bretagne.

➤ **La contribution au financement des primes multi-sites**

L'ARS accompagne par ailleurs, le dispositif statutaire dit des « primes multi-sites » destiné à encourager l'activité partagée des médecins hospitaliers publics.

En 2016, sur la base de critères territoriaux (population, nombre d'établissements desservis, quotité de temps partagé, nombre de demandes), une enveloppe budgétaire viendra contribuer au versement d'une indemnité attribuée à 335 médecins en Bretagne, comme en 2015.

C. L'amélioration de la performance et de l'efficience des établissements de santé, notamment dans le cadre du plan triennal

1) L'accompagnement des établissements dans leur démarche de rationalisation des achats

Constituant le premier objectif du plan triennal, le programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) consiste à dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire à mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux établissements, afin de maintenir une bonne santé financière.

En Bretagne, de 2013 à 2015, le programme PHARE a permis de réaliser 27M € de gains achats. La plupart des établissements se sont engagés dans la réalisation d'un plan d'action achats.

Le financement du GCS-Achats contribue à l'accompagnement des établissements dans cette politique de rationalisation des achats. Dans le cadre du plan triennal 2015-2017, des cibles de gains achats ont été fixées aux établissements publics sur chacune des 3 années du plan.

En 2016, l'ARS accompagnera également la mise en place du réseau SARA Grand Ouest, visant à accompagner la massification des achats des établissements adhérents à la FEHAP, en complémentarité avec les travaux du GCS Achats.

2) L'accompagnement des établissements dans les démarches de performance

➤ Outil de Pilotage du patrimoine Hospitalier pour les Etablissements de santé, Législation, Indicateurs, Environnement (OPHELIE)

Depuis 2014, OPHELIE fait l'objet d'un déploiement par la DGOS avec l'assistance de l'ANAP et de l'ATIH, afin que les établissements de santé disposent d'une meilleure connaissance de leur patrimoine immobilier.

La connaissance et le pilotage du patrimoine hospitalier sont des éléments importants notamment :

- Au regard des projets d'investissement pour lesquels, dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, il est essentiel d'optimiser les besoins de surface neuve et d'identifier les potentiels fonciers mobilisables. La connaissance des surfaces existantes fait partie des éléments exigés lors de l'instruction des projets d'investissements, que ce soit au niveau national (via le dispositif COPERMO) ou au niveau régional (notamment lorsqu'un accompagnement est sollicité).
- Par rapport à la certification des comptes (9 établissements bretons sont actuellement concernés par cette démarche), l'absence d'inventaire physique est un élément fréquemment relevé par les Commissaires aux Comptes et constitue un motif majeur de réserve vis-à-vis de la certification. Ce principe valant plus globalement pour la fiabilisation des comptes.

Au niveau national, près de deux ans après le lancement de l'outil, environ 300 établissements de santé (publics, ESPICS et privés) ont engagé la saisie de leur patrimoine dans OPHELIE. L'outil est ainsi mis en place dans 24 régions. La Région Bretagne a décidé d'engager la démarche en 2016, sur une première vague de 34 établissements à plus forts enjeux (notamment au titre de projets d'investissement, ou au titre de la certification des comptes) ; 2017 verra l'élargissement de la démarche aux autres établissements.

Pour ces 34 établissements, l'objectif fixé est que 90 % des données socles soient saisies au 31/03/2017 avec un jalon intermédiaire de 60 % au 31/12 /2016.

Un dispositif d'accompagnement régional est mis en place au moyen de :

- la réalisation de journées de formation (en avril et mai 2016) ;
- la mise en place d'un comité régional OPHELIE, piloté par l'ARS et qui se réunira 2 fois par an avec la participation de la mission MARTAA et l'appui de référents territoriaux hospitaliers chargés notamment d'assurer une assistance à distance pour aider au déploiement de l'outil au sein des établissements.

D. L'amélioration de la qualité des soins et des parcours patients répondant à des priorités du PRS

1) Le Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique (ROLAND)

Le financement du ROLAND s'inscrit dans une expérimentation portée par l'ARS et les structures adhérentes sur le département d'Ille-et-Vilaine, avec l'objectif d'améliorer la nutrition en SSR et prévenir le risque de dénutrition. Le maintien d'un bon état nutritionnel est un pré-requis essentiel pour assurer un succès thérapeutique rapide, une minimisation des complications, notamment infectieuses, et des coûts de santé pour la société¹.

Le bilan des actions menées par le réseau sur les 4 années de fonctionnement, les actions menées par l'Inter-Clan, et la dynamique mise en place au niveau régional dans le cadre du financement REX nutrition, montrent bien l'intérêt d'une structure d'appui aux établissements.

En 2016, le réseau poursuit la mise en œuvre de ses actions à financement constant soit 42 000 €. Parallèlement, un groupe projet porté par l'InterClan et le ROLAND est constitué pour bâtir le projet de structure régionale d'appui en nutrition. Un accompagnement financier de 21 000 € est prévu pour dégager du temps à une équipe projet. La disparité des mesures existantes et l'absence d'une offre régionale ne permettant pas d'offrir le même niveau de prestations et d'appui aux professionnels des différents secteurs de prise en charge, traduisent l'importance de structurer un réseau régional.

Cette démarche est en adéquation avec :

- les textes et les obligations en faveur de la prise en charge du risque de dénutrition en établissement (PNNS, indicateurs IPAQSS, Référentiel HAS : *critère 19b-Troubles de l'état nutritionnel*, qui est un indicateur systématiquement vérifié lors de la visite de certification par la HAS)
- les éléments bibliographiques en faveur de la prise en charge de la dénutrition (guide de la HAS, le rapport IGAS 2009, le PNNS).

2) Le télé-suivi des dispositifs implantés en priorisant les défibrillateurs

Les patients porteurs de dispositifs cardiaques implantables (DCI), défibrillateurs ou stimulateurs, nécessitent une surveillance particulière car ils sont exposés au risque d'évènements cardiaques, ou de fonctionnement défectueux ou inapproprié de la prothèse implantée, qu'il convient de déceler et corriger au plus près de l'évènement.

Le suivi classique repose sur des consultations régulières programmées tous les 6 mois par le cardiologue du centre implanteur. Le télé-suivi permet une surveillance très rapprochée à distance par télétransmission des informations. La détection des évènements médicaux ou techniques relevant d'un traitement ou d'un ajustement est assuré par la gestion des alertes transmises au centre implanteur qui sollicite le cardiologue référent du patient en cas de besoin. L'avis du centre implanteur peut également être sollicité pour effectuer un contrôle télémétrique à distance en cas d'évènement clinique.

Ce dispositif permet ainsi une plus-value qualitative du suivi des patients porteurs de DCI. Il permet également d'économiser du temps médical de sur-spécialité par délégation de certaines tâches aux IDE

¹ *Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance*/PNNS/Ministère de la santé/SFNEP.

formées (formation des patients en télé-suivi et gestion des alertes) et évite les dépenses générées par des consultations et transports programmés systématiques.

L'ARS Bretagne finance cette activité développée en région sur plusieurs sites implantateurs, sous forme d'un forfait annuel de télé-suivi par patient volontaire et porteur de défibrillateur ou stimulateur de resynchronisation. Une enveloppe d'un montant de 268 800 € est prévue sur le FIR en 2016.

3) Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

Les ELSA sont un dispositif permettant le repérage et l'orientation des problématiques addictives chez les personnes hospitalisées et/ou admises dans un service d'urgence.

Pour compléter les deux premières tranches du financement du schéma cible territorial en 2014 et 2015, la dernière tranche se traduira en 2016 par un accompagnement des ELSA des territoires de santé 1, 7 et 8, sous réserve d'un dossier respectant les recommandations régionales. Une enveloppe de 380 000 € sera mobilisée sur le FIR.

4) L'accès aux soins

- **Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)**

Actuellement, il n'existe pas de rapport d'activité annuel standardisé pour les EMPP. En 2016, un groupe de travail composé des personnes ressources de l'ARS, de professionnels des EMPP et du dispositif d'animation régionale des PASS, va réfléchir à l'élaboration d'un rapport d'activité standardisé.

Concernant le financement des équipes, la modulation financière de la DAF EMPP sera postérieure à ce travail d'élaboration du rapport.

Les travaux sur les EMPP seront à mettre en corrélation avec la réalisation d'un schéma d'organisation territoriale des dispositifs santé/précarité qui devrait se dérouler sur 2 ans (2016-2017).

- **Les Centres périnataux de proximité (CPP)**

La mise à plat des sept CPP en 2016 fait suite aux visites sur site réalisées courant 2014. Ces visites se sont déroulées sur la base d'un questionnaire visant à préciser la réponse aux besoins en termes de population desservie et d'accessibilité, les modalités de fonctionnement et moyens engagés concernant le personnel, les locaux et le niveau d'équipement. L'enquête a permis également de préciser les types d'activité déployés, l'inscription du centre dans l'offre de soins existante, ainsi que l'état des recettes et des dépenses.

Sur l'aspect financier, en 2008, une révision des crédits attribués à chaque site a été faite de manière égalitaire entre tous les centres sans prendre en compte l'activité et les besoins de chaque CPP.

L'objectif de cette analyse médico-économique est de mettre en perspective les éléments d'activité mis en avant par les enquêtes, à des fins de modulation des dotations.

5) Le soutien à l'investissement en équipements de santé innovants

Dans le cadre de la circulaire FMESPP DGOS/R1/2015/362 du 15 décembre 2015, une dotation de 603 210 € a été allouée en Bretagne au titre du soutien à l'investissement d'équipements de santé innovants. Les établissements bénéficiaires de ces établissements ont été fléchés par le niveau national (CHU et CRLCC) ; l'objet est que ces établissements, disposant de ressources en matière d'expertise et qui fournissent déjà un effort de recherche sensible, soient à l'initiative de proposition d'équipements ou de propositions organisationnelles innovantes qui correspondraient, par exemple, à des modifications techniques dans les prises en charge. Il s'agit d'acquisitions précoces, qui auront aussi pour objectif la production d'éléments de preuves suffisamment robustes pour venir à l'appui de la validation de l'efficacité de ces innovations.

6) L'accompagnement à l'installation d'armoires à pharmacie sécurisées dans les établissements de santé psychiatriques

La circulaire FMESPP DGOS/R1/2015/362 prévoit également d'améliorer la sécurisation du circuit du médicament. Pour ce faire, une dotation de 60 000 € destinée à accompagner l'installation d'armoires sécurisées, sera allouée à un ou plusieurs établissements psychiatriques public ou privé disposant de service d'hospitalisation complète et d'une Pharmacie à Usage intérieur. Ces crédits représentent la première phase d'un accompagnement sur cinq ans.

III - Les évolutions 2016 relatives aux dotations de financement

A) Les MIGAC

1) L'effort d'économies porté par les MIG

Dans le cadre du plan triennal et à l'instar de 2015, 22,5M € d'économies sont à réaliser en 2016 sur l'enveloppe MIGAC au niveau national. Des MIG ont été ciblées par le niveau national pour contribuer prioritairement aux économies. D'autres économies ont été affectées à chaque enveloppe régionale et ont nécessité une imputation sur la plupart des MIG en région.

- Des économies nationales appliquées sur les bases des établissements.

Des économies ciblées par le niveau national sont appliqués sur les 7 MIG suivantes :

Centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance	-3 374 €
Centres de coordination en cancérologie	-68 911 €
Consultations hospitalières d'addictologie	-1 049 €
Consultations hospitalières de génétique	-109 604 €
Nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD	-11 248 €
UHSI : Unités hospitalières sécurisées interrégionales	-13 363 €
UCSA : Unités de consultations et de soins ambulatoires	-29 652 €

Le débasage est opéré lors de la notification de juin 2016 : - 237 201 € au total.

- Des économies non ciblées sont également affectées sur l'enveloppe régionale MIG cette année.

Le solde mesures d'économie/mesures de reconduction ne permet pas cette année à l'ARS de reconduire la totalité du montant des MIG allouées en 2015. Le solde manquant a donc été imputé à la plupart des MIG non concernées par les économies ciblées du niveau national. Elles sont appliquées lors de la notification de juin 2016 au prorata des bases MIG des établissements, de sorte à équilibrer l'enveloppe régionale, soit 271 614 € sur un montant total d'économies de 1 232 883 € (22%).

Les MIG exclues de ces économies « régionales » sont les suivantes :

- MIG déjà affectées par les économies ciblées du niveau national
- les mises à dispositions de personnels de la DGOS
- la MIG SMUR dont le financement fait déjà l'objet d'une évolution à compter de 2016.

2) La mise à plat de certaines MIG

- L'évolution du financement de la MIG SMUR

Le lissage des effets revenus est porté à 4 ans au lieu de 3 (échéance 2019), l'impact est de 10% en 2016. L'enveloppe SMUR régionale est déléguée en MIG JPE en première circulaire budgétaire.

Les dotations allouées en 2015 aux établissements de santé sont reconduites à l'identique pour la notification de juin 2016 ; l'application de la modulation 2016 ne sera réalisée qu'à l'automne, l'outil nécessitant de modulation nécessitant une appropriation en région avant notification.

- Le cas particulier des MIG ARLIN/CCLIN

Les MIG Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales et Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales font l'objet d'un débasage en reconductible en juin 2016 ; le même montant est réalloué en MIG JPE.

- Les mises à plat en région

Les missions suivantes feront l'objet d'une mise à plat en 2016 :

- Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) : rapport d'activité type en 2016, effet sur le financement 2017
- Centres périnataux de proximité (CPP)
- Education thérapeutique du patient en structures hospitalières (ETP)

3) Les dotations AC

Les crédits relatifs aux consultations d'évaluation pluri-professionnelles post AVC en UNV alloués en première circulaire budgétaire 2016 constituent la deuxième tranche de financement destinée à la mise en œuvre de consultations d'évaluation pluri-professionnelle post AVC, dans le cadre de l'action 6 du plan AVC 2010-2014.

Pour rappel, une première tranche de financement a été allouée en AC R (et en DAF R) en première circulaire budgétaire 2015. Ces crédits seront débasés en juillet 2016 pour être réalloués en JPE au sein des MIG MCO (et MIG SSR nouvellement créées cette année : Cf. point DAF SSR).

La 2ème tranche de financement 2016 permettra d'étendre cette aide à toutes les filières AVC en Bretagne, au prorata des séjours AVC.

B) Les dotations annuelles

1) La réforme du financement des ex-hôpitaux locaux

La réforme du financement des ex-hôpitaux locaux s'inscrit dans le cadre de l'engagement n°11 « adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers régionaux » du pacte territoire santé. La réforme est marquée également par le contexte particulier de la fin de la dérogation à la T2A de l'activité de médecine de ces établissements en 2015. Par ailleurs, un rapport de la Cour des comptes sur l'avenir des ex-hôpitaux locaux préconise la mise en place d'un modèle de financement plus adapté, au regard de leurs spécificités comme la faible volumétrie, les niveaux de sévérité etc.

Un hôpital de proximité comporte une autorisation en médecine avec une activité limitée à un seuil de séjours fixé par arrêté, et ne possède aucune autorisation en chirurgie et obstétrique. L'établissement doit être situé sur un territoire répondant à au moins deux des caractéristiques suivantes : part de la population âgée de plus de 75 ans, part de la population vivant sous le seuil de pauvreté, densité de la population et part des omnipraticiens pour 100 000 habitants. Si l'hôpital travaille en lien avec des médecins libéraux ou s'il est le seul offreur en médecine de son territoire, alors il peut être éligible à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité.

Les établissements qui seront reconnus hôpitaux de proximité bénéficieront d'une dotation modulée à l'activité avec effet au 1er janvier 2016.

Le modèle de financement s'applique à l'ensemble des prestations hospitalières suivies d'hospitalisation, y compris les GHS, les suppléments et les produits de la liste en sus. Les actes et consultations externes (ACE) et les prestations non suivies d'hospitalisation, les MIGAC, l'HAD et les forfaits annuels sont financés selon le droit commun. Le modèle de financement doit permettre de garantir aux établissements une stabilité de leurs ressources, et une prise en compte des spécificités de prises en charge de manière à encourager le développement de leur activité. Les établissements seront financés par le biais d'une dotation de financement garantie (DFG) composée d'une « part fixe » calculée sur la base des recettes historiques des années n-1 et n-2, et d'une dotation organisationnelle et populationnelle (DOP) calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficieront également, le cas échéant d'un complément de financement lié à leur activité.

En région Bretagne, 20 établissements publics et ESPIC ont fait l'objet d'une demande d'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité par l'ARS Bretagne, après accord de la direction de chacun de ces établissements :

- CH de PAIMPOL	- CH de JANZE
- CH de QUINTIN	- CH de MONTFORT-SUR-MEU
- CH de PLOUGUERNEVEL	- CH de ST MEEN LE GRAND
- CH de TREGUIER	- CH des MARCHES DE BRETAGNE - ANTRAIN
- CH de CROZON	- CH LE PALAIS
- CH de LESNEVEN	- Clinique des AUGUSTINES- MALESTROIT
- CH de ST RENAN	- CH de GUEMENE SUR SCORFF
- CENTRE de PERHARIDY (fondation Ildys)	- CH de MALESTROIT
- CH LA GUERCHE DE BRETAGNE	- CH LE FAOUET
- Centre Local Hospitalier ST JOSEPH à Combourg	- CH PORT LOUIS

Le décret relatif à la réforme des hôpitaux de proximité a été publié le 24 mai 2016. Suivront les publications de l'arrêté versement, de la liste définitive des hôpitaux de proximité et des dotations régionales.

S'agissant de la mise en œuvre de la réforme des hôpitaux de proximité :

- Le seuil plafond de l'activité de médecine est fixé à 5 500 séjours
- Le ciblage des établissements se fait à partir des entités juridiques
- La part des recettes historiques constituant le montant de la dotation forfaitaire garantie (DFG) est fixée à 80%.

Pour la région Bretagne, la DFG représente entre 83% et 95% des recettes historiques 2015 de chaque établissement, selon la part de DOP liée à l'indice de modulation.

Le montant national de la DFG et sa répartition par région est fixé par arrêté. Le directeur de l'ARS notifiera par arrêté le montant de la DFG pour chaque établissement.

La répartition de la DOP entre les établissements relève ensuite de la compétence du DGARS, qui peut opérer de la péréquation entre les établissements de sa région. Des données indicatives permettant une attribution de la DFG 2016 des hôpitaux de proximité, ont été transmises à chaque ARS afin qu'elles puissent moduler la DOP entre les établissements ciblés. Les montants de DFG qui seront arrêtés permettront d'assurer une bascule du modèle pendant l'été.

Pour les ex-hôpitaux locaux qui basculent dans le modèle des hôpitaux de proximité, aucun arrêté régional ne sera notifié lors de la délégation de juin (y compris pour la DAF SSR et la dotation USLD).

Dans l'attente du premier versement de la dotation HPR prévue en juillet, les hôpitaux de proximité continueront de se voir verser les avances de DAF (12^{ème} provisoires versés par les Caisses) basées sur les niveaux de délégation 2015. L'arrêté de versement précisera les modalités de régulation.

2) La réforme du financement du SSR

La Dotation Annuelle de fonctionnement SSR de la région Bretagne est impactée en 2016 par deux types de mesures :

- le « gel » au titre des mise en réserve à hauteur de 4,317M € (9,158 M € en 2015)
- les mesures d'économies (incluant le pacte de responsabilité) à hauteur de 10,827M € (7,256M € en 2015)

Ainsi, la marge dégagée par la DAF SSR, après intégration du gel, des économies et des mesures nouvelles, permet d'assurer la reconduction des bases et le financement des extensions en année pleine des projets démarrés en 2015, soit :

- Création de 20 lits de SSR polyvalents au CHCB Pontivy, cette offre devant s'insérer dans la filière gériatrique du territoire, notamment pour les patients âgés en post chirurgie
- Création de 8 places de SSR dans le cadre de la restructuration du CH Hôtel Dieu Pont-L'Abbé (suite à la fermeture de la chirurgie en 2014) et dans un contexte de déficit de l'offre en SSR nutritionnels de proximité sur le TS2
- Ouverture de 7 places d'hôpital de jour en SSR respiratoires et création d'une unité de 5 lits de SSR polyvalents pédiatriques au CHRU de Brest
- Renforcement du temps médical en SSR pédiatriques au CHRU de Rennes afin de coordonner et d'animer la filière SSR pédiatrique du TS5

- Développement de l'hôpital de jour en SSR PAPD au Centre les Châtelets à Ploufragan : accompagnement au fonctionnement d'une unité de 5 places de SSR dédiés aux personnes âgées polyopathologiques dépendantes
- Transformation de 2 lits de médecine cardiologique en lits de SSR cardio-vasculaires au CH de Douarnenez

➤ Les MIG en SSR

Le nouveau modèle de financement des SSR, prévu par l'article 78 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2016, sera mis en œuvre dans toutes ses dimensions de manière progressive à compter du 1^{er} mars 2017. Les établissements ayant des activités de SSR sont désormais éligibles à une liste de missions d'intérêt général spécifiques en SSR.

Pour la région, cela se traduit par l'identification de 3 MIG en SSR pour cette première étape de mise en œuvre en 2016 :

- Les consultations pluri-professionnelles post AVC en SSR
(Cf. point dotation AC)
- La réinsertion professionnelle en SSR

Cette MIG créée en 2016 compense une partie des surcoûts générés par la constitution d'équipes pluridisciplinaires dédiées à l'accompagnement socioprofessionnel de patients hospitalisés en SSR. Son calibrage s'appuie sur les modalités de financement prévues par l'accord-cadre triennal (2014 – 2015 - 2016) négocié entre tous les financeurs (DGOS, AGEFIPH et FIPHFP). Le financement 2016 d'une équipe de référence de 2,70 ETP est arrêté à 124 794€. 24 établissements sont financés à hauteur de la dotation de référence.

Les moyens débasés en DAF SSR et délégués en juin 2016 en MIG SSR correspondent aux crédits effectivement déployés par les établissements pour couvrir l'activité ciblée de réinsertion professionnelle.

- La scolarisation des enfants hospitalisés en SSR

Cette MIG créée en 2016 doit permettre de couvrir les différents surcoûts à la charge des établissements de santé autorisés en SSR pédiatrique dans le cadre de la mise en œuvre de l'instruction scolaire obligatoire pour les enfants de plus de 6 ans.

Les surcoûts concernent les charges de personnel non enseignant, les charges de transport si la scolarisation est à l'extérieur de l'établissement SSR et les charges immobilières et mobilières lorsque les établissements disposent de locaux dédiés à la scolarisation.

Les crédits débasés en DAF SSR sont alloués à l'identique en MIG SSR JPE aux établissements de santé fléchés par la DGOS dès la notification de juin.

➤ Les Molécules Onéreuses en SSR :

La réforme du financement des établissements de santé de SSR disposera d'un compartiment spécifique molécules onéreuses fonctionnant sur le modèle d'une liste en sus accompagnée d'un coefficient minorateur, et d'un éventuel complément en fin de campagne si l'évolution des dépenses a été contenue. Dans l'attente de cette réforme, il est prévu en 2016 de calibrer une enveloppe de 30M € au niveau national :

- 7,6M € correspondant à la reconduction de l'enveloppe 2015 ;
- 22,4M € en provenance des bases régionales DAF SSR 2016.

- d'en déléguer 50% par la première circulaire, répartis entre les régions sur la base de FICHCOMP 2014 ;
- de déléguer le solde en dernière circulaire 2016 sur la base des remontées FICHCOMP les plus récentes.

La dotation régionale SSR est débasée en 2016 par le niveau national de -1,36M€ en reconductible. En région Bretagne, **l'ARS fait le choix de ne pas appliquer ce débasage aux établissements, mais de le prendre en charge sur la marge régionale.** En effet, l'ARS Bretagne accompagne depuis plusieurs années sur sa marge les établissements pour financer les molécules onéreuses, considérant que la DAF n'en permettait pas le financement. Dans cette logique, et parce que la marge de DAF SSR le permet, les établissements se verront donc allouer les crédits molécules onéreuses en sus de leur DAF en 2016.

Une enveloppe de 1,42 M€ est allouée en non reconductible en première circulaire budgétaire à la région. Les dotations des établissements sont calculées au prorata de la dotation fléchée DGOS et de la totalité des consommations déclarées par les établissements dans FICHCOMP du 01/01/2015 au 31/12/2015.

Le financement étant basé sur les données remontées dans FICHCOMP, la vigilance des établissements est donc attirée sur la nécessité de cette traçabilité dans le PMSI.

3) La DAF santé mentale

Les mesures de reconduction allouées par le niveau national ne permettent pas de couvrir les économies affectées sur l'enveloppe régionale DAF PSY ; le solde restant à couvrir s'élève à 521 795 € (contre un débasage d'1M€ opéré en 2015).

Ce montant d'économie est appliqué à l'ensemble des établissements de santé mentale de la région (établissements sectorisés et non sectorisés) en fonction de leur poids relatif dans la DAF PSY régionale, soit :

- 97% sur les établissements sectorisés, le montant de l'économie appliqué à ces établissements étant calculé à partir des bases d'entrée 2016 des établissements retraitées des UMD, UHSA et dotation PASS et selon les 7 critères de modulation retenus en région après concertation avec l'ADESM et la conférence régionale des présidents de CME des établissements de santé mentale :

	Pondération
Indicateur 1 : DAF/FA	25%
Indicateur 2 : File active hospitalisation au long cours / Nombre d'habitants	25%
Indicateur 3 : File active en hospitalisation à temps plein / File active en hospitalisation partielle (hôpital de jour ou de nuit)	25%
Indicateur 4 : Taux de recours standardisé selon l'âge et le sexe en HTTP	6,25%
Indicateur 5 : Part bénéficiaires CMUC	6,25%
Indicateur 6 : Superficie	3,25%
Indicateur 7 : Dépenses AM (DAF+OQN+offre libérale) / habitant	9,25%
	100%

- 3% sur les établissements non sectorisés, le montant de l'économie appliqué à l'établissement étant calculé au prorata de sa base, les critères arrêtés ci-dessus ne pouvant être appliqués dans leur intégralité à cette catégorie d'établissements.

Compte tenu de cette nouvelle contrainte budgétaire, l'ARS a décidé de renouveler l'appel à candidatures visant à accompagner les établissements dans l'évolution de l'offre en santé mentale (cf page 6).

4) La dotation de soins des USLD

Le dispositif de convergence est poursuivi en 2016 sur la base des modalités appliquées depuis 2012 consistant à maintenir l'utilisation des PMP de référence de 2006 et la valeur du point de 2011 (13,10€). En vertu de l'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en oeuvre de la convergence tarifaire, le taux de convergence de 100% est appliqué à l'ensemble des situations de sur-dotation résiduelles sur la base des PMP 2006 (à l'exclusion des USLD apparaissant sous-dotées avec leur PMP 2011) et des dotations allouées en 2015 (hors crédits non-reconductibles et crédits alloués au titre de la création d'unités d'hébergement renforcé).

Les établissements ayant signé une convention tripartite à effet du 1^{er} janvier 2016 ne se verront pas appliquer la convergence complémentaire prévue par la 1^{ère} circulaire budgétaire 2016.

IV - Le calendrier de la campagne budgétaire

A. Calendrier des notifications

➤ **Notification initiale**

La notification initiale, qui sera adressée en juin aux établissements, portera sur la reconduction de leurs bases, ainsi que sur les mesures dont la répartition ne nécessite pas d'instruction complexe.

Les réajustements opérés sur les bases prennent notamment en compte le débasage en MIG et en DAF santé mentale au titre d'une partie des économies nationales (Cf. supra).

➤ **Notification des mesures nécessitant une instruction complémentaire**

Le solde des mesures nécessitant une instruction complémentaire fera l'objet d'une notification ultérieure (début juillet et à l'automne).

➤ **Instruction des accompagnements financiers et aides à l'investissement**

Cette instruction, sous réserve de la marge disponible, fera l'objet de notifications en fin d'année.

B. Appels à projet et calendrier

En sus des appels à projets relatifs au virage ambulatoire (cf supra point II A), un certain nombre d'appels à projet vont faire l'objet d'une publication d'ici juillet 2016, et donneront lieu à décisions de financement, après instruction des candidatures d'établissements conformes aux cahiers des charges établis par l'ARS. Parmi ceux non cités précédemment, il convient de noter :

- **Culture santé**

L'appel à projets Culture santé 2016 a été mis en ligne sur les sites de l'ARS et de la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) le 15 février dernier. Un retour des dossiers de candidature était attendu pour le 9 mai.

Une enveloppe de 65 000€ sur le FIR est prévue pour financer les projets retenus.

L'ARS et la DRAC interviendront au taux maximal de 60 % du montant du projet.

- **Accès à la médecine du travail des personnels**

Comme d'autres régions, la Bretagne est confrontée à une pénurie de médecins du travail. Si cette situation n'est pas nouvelle, elle s'est accentuée de façon plus prégnante depuis quelques années.

En Bretagne, les données démographiques sur les médecins du travail (base DemoPS) montrent que la situation est critique, et il est vraisemblable que la situation n'évoluera pas positivement dans les années à venir. Au regard de ce constat, le comité des employeurs publics de Bretagne a validé fin 2015, la proposition de mettre en place un groupe de travail régional inter fonctions publiques (Etat, Territoriale et Hospitalière) sur la médecine de prévention animé par le Secrétariat Régional aux affaires Régionales (SGAR).

En parallèle, dans le cadre du comité régional de prévention des risques professionnels piloté par la DIRECCTE et du groupe de travail n°4 qui traite plus spécifiquement de la Fonction publique Hospitalière, une réflexion a été engagée autour de la problématique de l'accès à la médecine du travail pour les personnels relevant de la fonction publique hospitalière. Deux objectifs principaux sont identifiés à savoir, dégager des pistes afin de promouvoir l'attractivité de cette discipline auprès des médecins, et réfléchir aux organisations qui pourraient être mises en place notamment en terme de mutualisation des moyens pour garantir l'accès des personnels hospitaliers à la médecine du travail.

L'ARS va lancer en juin 2016 un appel à projets en direction des établissements de santé, afin de faciliter l'accès à la médecine du travail de leurs personnels.

Une enveloppe de 270 000 € sur le FIR sera mobilisée pour des actions qui permettront de favoriser une meilleure couverture, notamment de territorialisation de la prise en charge de la santé au travail des agents des secteurs hospitalier.

Les établissements retenus bénéficieront d'un financement de tout ou partie de leur projet. L'ARS mobilise au titre de l'appel à projets un financement sur 3 ans (2016 à 2018) qui sera dégressif.

- **Recherche clinique 2016**

Dans le prolongement de l'appel d'offres 2013 relatif à la promotion et au développement de la recherche clinique en Bretagne, et afin de maintenir et développer la dynamique engagée, un nouvel appel à projets a été lancé le 8 février 2016.

Le 1^{er} appel d'offre porte sur la consolidation des unités de gestion et d'accompagnement de la recherche clinique déjà existantes au sein des établissements de santé. Un montant maximum de 20 000 € par projet sera alloué en 2016 et 10 000 € par projet en 2017.

Le 2^{ème} appel d'offre vise à structurer les liens entre les établissements disposant d'une unité de recherche clinique entre eux et avec leur DRCI de rattachement. Un montant maximum de 50 000€ par projet sera mobilisé en 2016 et en 2017.

Le comité de sélection constitué de l'ARS et du GIRCI Grand Ouest s'est réuni le 8 avril dernier et a retenu 5 lauréats (3 sur le 1^{er} appel d'offre et 2 sur le second).

- **Plan maladies neuro-dégénératives (PMND)**

L'appel à projet lancé le 22 mars pour le développement et la promotion de programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) atteints d'une maladie neuro-dégénérative et de leurs proches, s'inscrit dans le Plan Maladies Neuro Dégénératives 2014-2019 (PMND). La mesure n°5 prévoit de développer l'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. La circulaire du 7 septembre 2015, relative à la mise en œuvre du PMND, prévoit en annexe 5, le cadre précis du cahier des charges de cet appel à projet.

L'objectif de cet appel à projet est de promouvoir le recours à l'éducation thérapeutique dans le domaine des maladies neuro-dégénératives, et de renforcer l'offre d'ETP dans ce champ, soit par l'adaptation de programmes préexistants aux critères définis dans le cahier des charges, soit par la création de nouveaux programmes devant répondre au cahier des charges national d'un programme ETP ainsi qu'aux critères de l'appel à projet. Les sites retenus bénéficieront d'un financement sur 4 ans pour la mise en œuvre de leur programme, sous réserve des crédits disponibles et du respect du cahier des charges relatif aux programmes d'ETP. Une enveloppe annuelle d'un montant de 97 518 € est fléchée pour la région.