RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Analyse du fonds d'intervention régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les ARS

FÉVRIER 2026

Vincent **LIDSKY**
Albane **MIRON de l'ESPINAY**
Sacha **COHEN**
Pierre **PRADY**
Joachim **SCHWARTZ**
Olivier **PERNET-COUDRIER**

Agnès **BASSO-FATTORI**
Pascale **ROMENTEAU**
Hélène **MONASSE**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

Igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Inspection générale des finances

N° 2025-E-078-03

Inspection générale des affaires sociales

N° 2025-090R

ANALYSE DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL : ACTIONS, DOCTRINE D'EMPLOI, PILOTAGE ET GESTION PAR LES ARS

Établi par

ALBANE **MIRON de l'ESPINAY**
Inspectrice des finances

SACHA **COHEN**
Inspecteur des finances

AGNÈS **BASSO-FATTORI**
Inspectrice générale des affaires sociales

PASCALE **ROMENTEAU**
Inspectrice générale des affaires sociales

HÉLÈNE **MONASSE**
Inspectrice des affaires sociales

Avec la contribution de

PIERRE **PRADY**
Inspecteur des finances

JOACHIM **SCHWARTZ**
Inspecteur stagiaire des finances

OLIVIER **PERNET-COUDRIER**
Data scientist du pôle science des données de l'inspection générale des finances

Sous la supervision de
VINCENT **LIDSKY**
Inspecteur général des finances

– FÉVRIER 2026 –

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

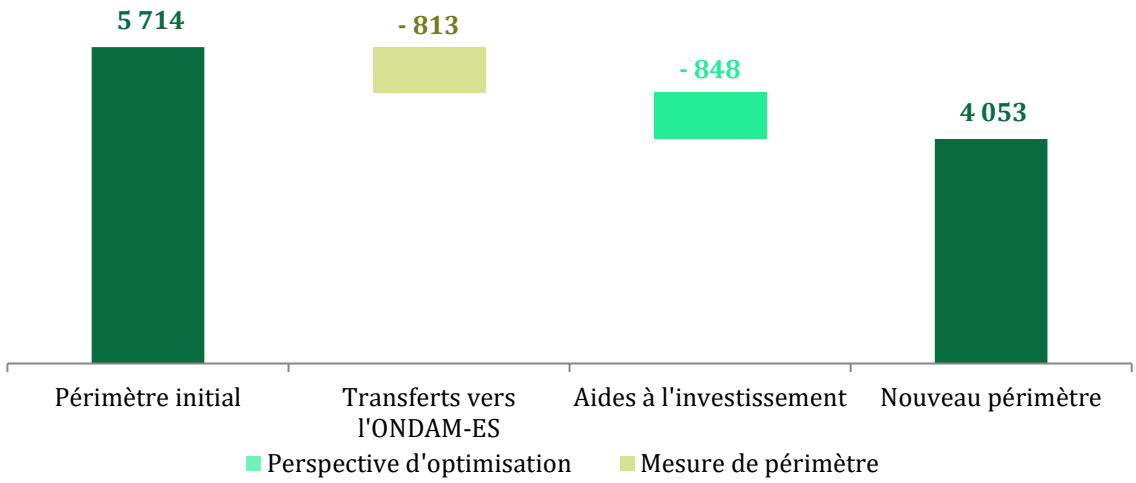
igas

PROPOSITIONS

Libellé	Acteurs
Garantir la transparence	
Proposition n° 1 : Faire figurer la liste des mesures de périmètre qui sont intervenues en cours de gestion sur le FIR dans la partie sur le bilan rétrospectif de l'année N-1 de l'annexe V du PLFSS, ainsi que dans le rapport annuel au Parlement.	DSS SGMAS
Proposition n° 6 : Garantir une meilleure lisibilité et transparence du FIR : ◆ par la qualité du renseignement des données dans l'outil STARS FIR ; ◆ par une révision du contenu du rapport annuel et des rapports régionaux ; ◆ par un temps de discussion autour du rapport régional dans les instances de l'ARS (conseil d'administration, conseil régional santé et autonomie - CRSA et conseils territoriaux de santé - CTS).	SGMAS ARS
Renforcer le pilotage national	
Proposition n° 2 : Rénover le mécanisme de péréquation et l'appliquer de manière permanente pour prendre en compte les dynamiques socio-économiques et populationnelles, en intégrant les spécificités des Outre-Mer.	SGMAS DSS
Proposition n° 3 : Fonder la construction budgétaire du FIR sur les principes suivants : ◆ l'identification des marges d'efficience ; ◆ un taux d'évolution fixé en référence à celui de l'ONDAM ; ◆ la reprise d'un dialogue de gestion spécifique au FIR entre le ministère et l'ARS et permettant notamment la remontée des projets territoriaux ; ◆ une délégation des crédits plus rapide.	SGMAS DSS
Proposition n° 4 : Constituer un binôme DSS/ SGMAS et redéfinir leurs responsabilités respectives : recentrer le SGMAS sur la déclinaison, l'animation du réseau et le dialogue de gestion, et réinvestir la DSS sur la construction et le suivi de l'exécution de l'enveloppe.	SGMAS DSS
Proposition n° 5 : Intégrer une séquence dédiée au FIR lors du dialogue stratégique annuel de suivi du CPOM État-ARS et installer les instances de capitalisation des bonnes pratiques régionales.	SGMAS
Établir la doctrine d'usage du FIR	
Proposition n° 8 : Réserver l'usage du FIR, lorsqu'il est mobilisé pour des financements hospitaliers, aux actions peu matures ou relevant d'une régulation territoriale.	DGOS
Proposition n° 9 : Conduire la revue systématique des engagements pris au titre d'aides à l'investissement afin de stabiliser une nouvelle trajectoire nationale, et centraliser leur financement au sein du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMIS).	DGOS
Proposition n° 10 : Renforcer le suivi national de l'efficience à l'hôpital et la contractualisation régionale afin de réduire le montant total d'aides à la trésorerie déléguées tous vecteurs confondus, et mettre prioritairement en extinction celles passant par le FIR.	DGOS
Proposition n° 12 : Mobiliser le FIR pour expérimenter des modèles susceptibles d'être repris dans le cadre conventionnel, en les conditionnant à une évaluation structurée par un référentiel national dès leur lancement.	DSS DGOS CNAM
Améliorer l'efficience du FIR	
Proposition n° 13 : Mobiliser les ARS sur une réorientation du financement de la prévention, en priorisant les actions qui ont fait la preuve de leur efficacité.	ARS DGS
Proposition n° 14 : Systématiser la définition et la collecte des données d'activité des dispositifs obligatoires du FIR, et établir une stratégie nationale d'évaluation fondée sur des méthodes robustes.	ARS/DAC métiers
Proposition n° 15 : Piloter le renforcement de l'efficience de dispositifs d'appui au pilotage (Promotion Santé et GRADeS), de structures de coordination (dispositifs d'appui à la coordination - DAC et CRCDC) et de centres de diagnostic et de dépistage (CeGIDD).	ARS/DAC métiers
Proposition n° 11 : Systématiser les échanges de données qui concernent les structures cofinancées (CPTS, centres de santé, maisons de santé…) entre les DD d'ARS et les CPAM pour garantir la bonne articulation des sources de financement.	ARS CPAM
Proposition n° 7 : Mettre en œuvre les bonnes pratiques de gestion identifiées à l'échelle régionale dans l'ensemble des ARS, dont celles d'ores et déjà identifiées par la mission.	SGMAS ARS

MESURES D'EFFICIENCE ET DE PERIMÈTRE

Graphique 1 : Évolution du périmètre du FIR pour les dispositifs hospitaliers (en M€, exécuté 2024)



Source : Mission. Note : les mesures présentées ici correspondent aux propositions 8 et 9 explicitées ci-dessus.

Graphique 2 : Mesures d'efficience à court terme (en M€, exécuté 2024)

Mesure	Chiffrage (en M€)		
	Borne basse	Moyenne	Borne haute
Systématisation de la reprise des crédits en cas de non atteinte des objectifs	28	61	94
Optimisation des moyens alloués aux dispositifs identifiés par la mission	16	23	31
Aides à la trésorerie des établissements de santé	89	205	322
Révision des actions de prévention (réallocation interne)	5	12	17

Source : Mission. Note : les mesures présentées ici correspondent aux propositions 10, 13 et 15 explicitées ci-dessus et chiffrées en partie 4.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. LE PÉRIMÈTRE CROISSANT ET L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES MISSIONS DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL (FIR) NE S'ACCOMPAGNENT PAS D'UNE PLEINE MOBILISATION DES MARGES DE MANŒUVRE BUDGÉTAIRES PAR LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS) **3**

1.1. Les moyens du FIR, qui globalise plusieurs vecteurs de financement antérieurs, évoluent plus rapidement que l'ONDAM et sont répartis sans prise en compte des dynamiques populationnelles 3

1.1.1. Le FIR a été créé en 2012 par la fusion de fonds préexistants et de certains financements hospitaliers, pour décloisonner les financements alloués à différents types de bénéficiaires et offrir une capacité d'action à la main de l'ARS *3*

1.1.2. L'évolution du FIR, doté de 5,7 Md€ en 2025, a été supérieure à celle de l'ONDAM de 2018 à 2025, même à périmètre constant *4*

1.1.3. La répartition régionale est fondée sur une clé historique qui ne s'appuyait pas sur les besoins territoriaux, et n'est pas compensée par les mécanismes de péréquation *6*

1.2. Les dépenses du FIR, affectées pour plus de 60 % à des établissements de santé, présentent d'importantes variations entre régions, y compris pour les dispositifs les plus significatifs en termes de volume financier 8

1.2.1. Les enveloppes dédiées à la prévention et au médico-social sont effectivement préservées, mais les établissements de santé restent les principaux bénéficiaires du FIR *8*

1.2.2. La diversité dans l'allocation des dépenses entre les missions et sous-missions ne s'explique que partiellement par l'usage de la fongibilité *10*

1.3. L'allocation du FIR est contrainte par la reconduction du financement de certaines structures, et, dans une moindre mesure, par les dispositifs fléchés nationalement 13

2. LE PILOTAGE NATIONAL DU FIR, PEU LISIBLE, MANQUE DE SUBSIDIARITÉ ENTRE ÉCHELON NATIONAL ET ARS, ET D'EXPLOITATION SUFFISANTE DES OUTILS DE SUIVI **14**

2.1. Les instances de pilotage national sont peu animées, fragmentées entre différentes directions, et ne sont pas cohérentes avec le principe de déconcentration de ces financements 14

2.1.1. La construction budgétaire du FIR repose sur la seule augmentation de l'enveloppe par rapport à l'année précédente, sans recherche de mesures d'efficience ni d'adéquation aux objectifs des projets régionaux de santé (PRS) *14*

2.1.2. L'enveloppe a été rigidifiée par la croissance des crédits fléchés, en l'absence de doctrine d'usage du FIR et de pilotage sur objectifs malgré une ébauche d'évolution en 2022 ..... *16*

2.2. Le manque d'organisation et d'outillage au niveau national conduit à la multiplication d'enquêtes de suivi *ad hoc* et à une perte de visibilité sur les dispositifs historiques, cultivant l'image de « boîte noire » du FIR 17

2.2.1. L'absence d'animation et de dialogue de gestion entre échelon national et ARS spécifique au FIR ne permet pas d'interroger les choix régionaux ni de partager les problématiques spécifiques 17

2.2.2. L'exploitation des outils de suivi aux niveaux national et territorial, et le déploiement d'une stratégie nationale d'évaluation des dispositifs obligatoires renforceraient la transparence du FIR 19

3. LES MODALITÉS DU PILOTAGE RÉGIONAL SONT HÉTÉROGÈNES ET MANQUENT D'UN CADRE NATIONAL 20

3.1. La centralisation du pilotage dans une entité rattachée à la direction générale de l'ARS, réalisée dans quatre ARS, facilite l'exploitation de la transversalité et de la fongibilité du FIR 20

3.2. Les processus de programmation budgétaire, de sélection des projets et de suivi des engagements sont limités par des outils de gestion encore insuffisamment intégrés 21

3.3. Les évaluations des dispositifs du FIR sont embryonnaires et appellent la structuration d'une stratégie d'évaluation au sein de chaque ARS, dans une logique de subsidiarité avec l'échelon national 22

4. LE FIR DEVRAIT PRIORITAIREMENT PORTER SUR DES DISPOSITIFS NÉCESSITANT UNE ADAPTATION TERRITORIALE, AVEC UN PILOTAGE RENFORCÉ DE LEUR EFFICACITÉ ET DE LEUR EFFICIENCE 23

4.1. Le périmètre du FIR doit être recentré au profit d'actions territoriales, en renforçant les capacités d'expérimentation et d'évaluation 24

4.1.1. Une partie des financements hospitaliers doit être transférée dans les missions de santé publique des établissements de santé 24

4.1.2. Le FIR doit être conforté dans son rôle de financement d'expérimentations ou de crédits d'amorce, avec une procédure structurée d'évaluation et de sortie du financement 27

4.1.3. Les dispositifs de prévention, très fragmentés et peu évalués, devraient s'inscrire dans une logique d'action fondée sur les preuves 28

4.2. Plusieurs actions portées par le FIR illustrent la nécessité d'une animation nationale d'un dialogue de gestion qui aborderait à la fois l'efficacité et l'efficience des dispositifs 29

INTRODUCTION

Par lettre en date du 8 septembre 2025, le Premier ministre a chargé l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur le pilotage et la gestion du fonds d'intervention régional (FIR).

Cette mission s'inscrit dans la logique des revues de dépenses et vise à renforcer les modalités de pilotage et d'utilisation du FIR, pouvant, le cas échéant, conduire à l'identification d'économies, ainsi que les conditions pour mettre en place ces changements. La mission relative au FIR est notamment réalisée en préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027.

Le FIR est une enveloppe budgétaire dotée de 5,7 Md€ en 2025, intégrée au 5ème sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Sans personnalité morale, le fonds regroupe des enveloppes budgétaires d'intervention dont les décisions d'attribution sont à la main de la direction générale de chaque agence régionale de santé (ARS). Le FIR a été créé afin de permettre aux ARS de disposer d'un outil souple d'adaptation aux enjeux territoriaux. Il mutualise les financements antérieurement fragmentés entre différents fonds nationaux et sous-objectifs de l'ONDAM, en vue de financer une large diversité d'acteurs (professionnels de santé, associations, établissements, collectivités, etc.) pour des missions de prévention et promotion de la santé, d'organisation et d'amélioration de l'offre sanitaire et médico-sociale, de permanence des soins, d'efficience des structures et de démocratie sanitaire.

Créé en 2012, le FIR n'avait pas fait l'objet d'une évaluation globale depuis les travaux réalisés par la Cour des comptes en 2017, qui pointaient *« des pratiques hétérogènes et une gestion sans objectifs clairs ».* A la demande du cabinet du Premier ministre, la mission a étudié les leviers permettant de renforcer l'efficience de la gestion du FIR, à la fois au niveau national et au niveau régional, et des dispositifs qu'il finance.

La mission a procédé à de nombreux entretiens au niveau national avec les directions d'administration centrale et opérateurs concernés, les fédérations de l'offre de soins et les commissions des affaires sociales (CAS) du Parlement. Elle a réalisé deux déplacements, au sein des agences régionales de santé d'Occitanie et de Centre-Val de Loire où elle a rencontré les équipes contribuant à la gestion du FIR et des délégations départementales de ces ARS, des panels de bénéficiaires du FIR (établissements de santé publics et privés, professionnels de santé libéraux, associations de prévention, collectivités territoriales) et des caisses primaires d'assurance maladie. Elle s'est entretenue en visioconférence, de manière systématique, avec les ARS d'Outre-mer et de Corse. En complément, l'ensemble des ARS du territoire ont été mobilisées via un questionnaire, et la mission a conduit des échanges complémentaires avec les cinq ARS hexagonales l'ayant spécifiquement sollicitée ou mobilisées par la mission[1]

Le présent rapport :

- dresse un panorama du périmètre d'intervention du FIR et des dispositifs financés, en décrivant la ventilation des dépenses, leur dynamique et leurs disparités régionales. Une proposition de format rénové du rapport d'activité annuel du FIR, testée auprès des commissions des affaires sociales (CAS) de l'Assemblée nationale et du Sénat, est établie visant à donner une meilleure lisibilité aux actions financées sur le FIR ;

[1] Ile-de-France, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Grand-Est

- analyse les évolutions budgétaires du FIR, de son périmètre et de sa répartition régionale, et décrit les modalités d'un processus de construction budgétaire rénové et d'un nouveau modèle de péréquation territoriale ;
- examine les modalités de la gestion et du contrôle du FIR, à l'échelon national et régional. La liste des bonnes pratiques régionales qui gagneraient à être généralisées est ainsi dressée ;
- formule quinze propositions activant des leviers structurels mobilisables à court et moyen terme pour renforcer la transparence, le pilotage et la gestion du FIR, ainsi que ses capacités évaluatives ;
- identifie trois mesures d'optimisation pouvant entrainer des gains d'efficience à court terme.

Le rapport est accompagné de huit annexes et de deux fiches thématiques :

- l'annexe I présente l'historique et le cadre d'intervention du FIR ;
- l'annexe II décrit les montants et la répartition régionale des dotations du FIR, et établit les caractéristiques d'un modèle rénové de péréquation territoriale ;
- l'annexe III analyse l'exécution des crédits du FIR entre 2019 et 2024, en établissant une typologie permettant de décrire le degré de déconcentration de la dépense en fonction des dispositifs ;
- l'annexe IV décrit et analyse les modalités du pilotage national stratégique et opérationnel du FIR, ainsi que leur cohérence aux objectifs de territorialisation de cette enveloppe ; et identifie les méthodes et outils à proposer aux ARS pour renforcer l'efficience de la gestion et des actions du FIR ;
- l'annexe V recense les modalités de gestion régionale du FIR mises en place par les ARS, et identifie les bonnes pratiques à généraliser ;
- l'annexe VI caractérise les bénéficiaires du FIR et la récurrence de leurs dotations, et analyse de manière systématique les dépenses du FIR pour identifier des atypies selon la méthodologie d'identification développée par la mission ;
- l'annexe VII analyse les moyens déployés et les résultats atteints sur un panel de dispositifs financés par le FIR ;
- l'annexe VIII liste les personnes rencontrées par la mission ;
- la fiche n°1 présente un modèle rénové de rapport d'activité annuel national du FIR ;
- la fiche n°2 décrit le processus national de construction de l'enveloppe budgétaire du FIR proposé par la mission.

La mission tient à remercier l'ensemble des équipes des agences régionales de santé pour leur mobilisation et leur disponibilité pour la réponse au questionnaire et la collecte de documents demandés, à laquelle l'ensemble des ARS ont répondu. Elle adresse aussi ses remerciements spécifiques aux directeurs généraux des trois ARS référentes de l'offre de soins et à leurs équipes pour leur mobilisation méthodologique, et aux deux ARS visitées par la mission pour leur accueil et la mobilisation des bénéficiaires rencontrés.

1. Le périmètre croissant et l'hétérogénéité des missions du fonds d'intervention régional (FIR) ne s'accompagnent pas d'une pleine mobilisation des marges de manœuvre budgétaires par les agences régionales de santé (ARS)

1.1. Les moyens du FIR, qui globalise plusieurs vecteurs de financement antérieurs, évoluent plus rapidement que l'ONDAM et sont répartis sans prise en compte des dynamiques populationnelles

1.1.1. Le FIR a été créé en 2012 par la fusion de fonds préexistants et de certains financements hospitaliers, pour décloisonner les financements alloués à différents types de bénéficiaires et offrir une capacité d'action à la main de l'ARS

Le FIR, créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année 2012, regroupe au sein d'une enveloppe globale des financements issus de fonds nationaux[2] gérés par l'Assurance maladie - et qui faisaient l'objet d'une dotation limitative au niveau régional -, une partie des dépenses de prévention relevant du programme 204[3], ainsi que des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé relevant de thématiques proches[4], et de dispositifs médico-sociaux[5] (cf. annexe I). Les dépenses du fonds sont sous la responsabilité de la direction générale de l'ARS qui gère toute la chaîne de la dépense de la programmation au paiement[6]., ce qui a conduit à supprimer les instances nationales d'orientation des fonds préexistants.

Le FIR complète d'autres leviers de financement gérés par les ARS, dont les montants sont supérieurs mais dont le pilotage par le niveau national est très resserré : dotations régionales limitatives (DRL) et plan d'aide à l'investissement (PAI) pour les établissements ou services médico-sociaux (ESMS), délégation régionale pour les établissements de santé (ES) intégrant notamment la dotation annuelle de financement (DAF).

Constituant le budget annexe des ARS, le FIR finance des dispositifs adaptables aux spécificités du territoire, dont certains selon les axes stratégiques des projets régionaux de santé (PRS) établis en concertation avec les acteurs locaux. Les dispositifs financés par le FIR sont de différents types :

- les financements récurrents aux établissements de santé pour des missions spécifiques (ex-MIGAC) ;
- la permanence des soins (en établissement ou par des professionnels libéraux) ;

---

[2] Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS et FNPEISA), fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

[3] *« Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »*

[4] Permanence des soins en établissement de santé, permanence des soins ambulatoire, centres périnataux, éducation thérapeutique.

[5] Il s'agit des groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui sont des structures accueillant des personnes volontaires en situation de santé ou de handicap similaires, et des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (dispositif MAIA).

[6] Sauf pour les paiements à destination des professionnels de santé libéraux au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), qui sont réalisés par les caisses primaires d'assurance maladie.

- des actions et structures de prévention (primaire ou secondaire) ou de promotion de la santé, généralement portées par des acteurs associatifs et des structures de prévention ou de soins pour des populations spécifiques (vaccination, diagnostic et dépistage), portées en partie par des établissements de santé ;
- des aides à l'investissement et à la modernisation des ES et des ESMS ;
- des structures de coordination ou d'appui aux professionnels (réseaux, dispositifs d'appui aux parcours complexes), ou d'appui au pilotage pour les ARS ;
- des actions innovantes de coopération entre soins de ville, structures hospitalières, secteurs social et médico-social pour la mise en œuvre de parcours de soins coordonnés.

En complément, le FIR est mobilisé pour débloquer rapidement des crédits en cas d'urgence particulière. Il a par exemple été utilisé pour le déploiement de centres de dépistage et de vaccination lors de la crise Covid, ou la mobilisation de la réserve sanitaire dans les territoires d'Outre-mer. Il permet par ailleurs de déléguer des aides à la trésorerie aux établissements en difficulté.

Les crédits du FIR sont entièrement fongibles, à l'exception de quelques crédits « sanctuarisés »[7] pour certains dispositifs, et de montants minimaux à affecter à la prévention et au secteur médico-social, selon un principe dit de « fongibilité asymétrique ».

1.1.2. L'évolution du FIR, doté de 5,7 Md€ en 2025, a été supérieure à celle de l'ONDAM de 2018 à 2025, même à périmètre constant

Le FIR fait partie du cinquième sous-objectif de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui intègre aussi les dépenses liées au soutien à l'investissement pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans le cadre du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA. Depuis sa création et de manière stable, les ressources du FIR proviennent à 95 % d'une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, complétée par une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour 3 %, de l'État pour 1 % et du fonds national de lutte contre les addictions (FNLCA) pour 1 % également.

Doté de 5,7 Md€ en 2025, le FIR atteint son plus haut niveau depuis sa création, et a augmenté de 53 % entre 2019 et 2025 (contre 28 % pour l'ONDAM).

Le fonds a connu une hausse annuelle moyenne de + 5 % depuis 2013, qui résulte à la fois (i) d'évolutions de son périmètre par bascule de dispositifs préexistants de et vers les autres sous-objectifs de l'ONDAM, (ii) du lancement de dispositifs nouveaux ou de l'abondement de dispositifs déjà portés par le FIR (via des « mesures nouvelles »). En 2025, les mesures nouvelles du FIR s'élèvent à 285 M€, soit 5 % de la dotation, et les mesures de périmètre[8] à - 179 M€ (3 % de la dotation). Ces mesures ne sont pas retracées dans les annexes des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) : les mesures de périmètre initiales sont mutualisées avec celles concernant les autres composantes du cinquième sous-objectif, et les mesures prises en cours de gestion en sont totalement absentes.

[7] Depuis la LFSS pour 2018.

[8] -111 M€ de mesures de périmètre initiales et -68 M€ en gestion.

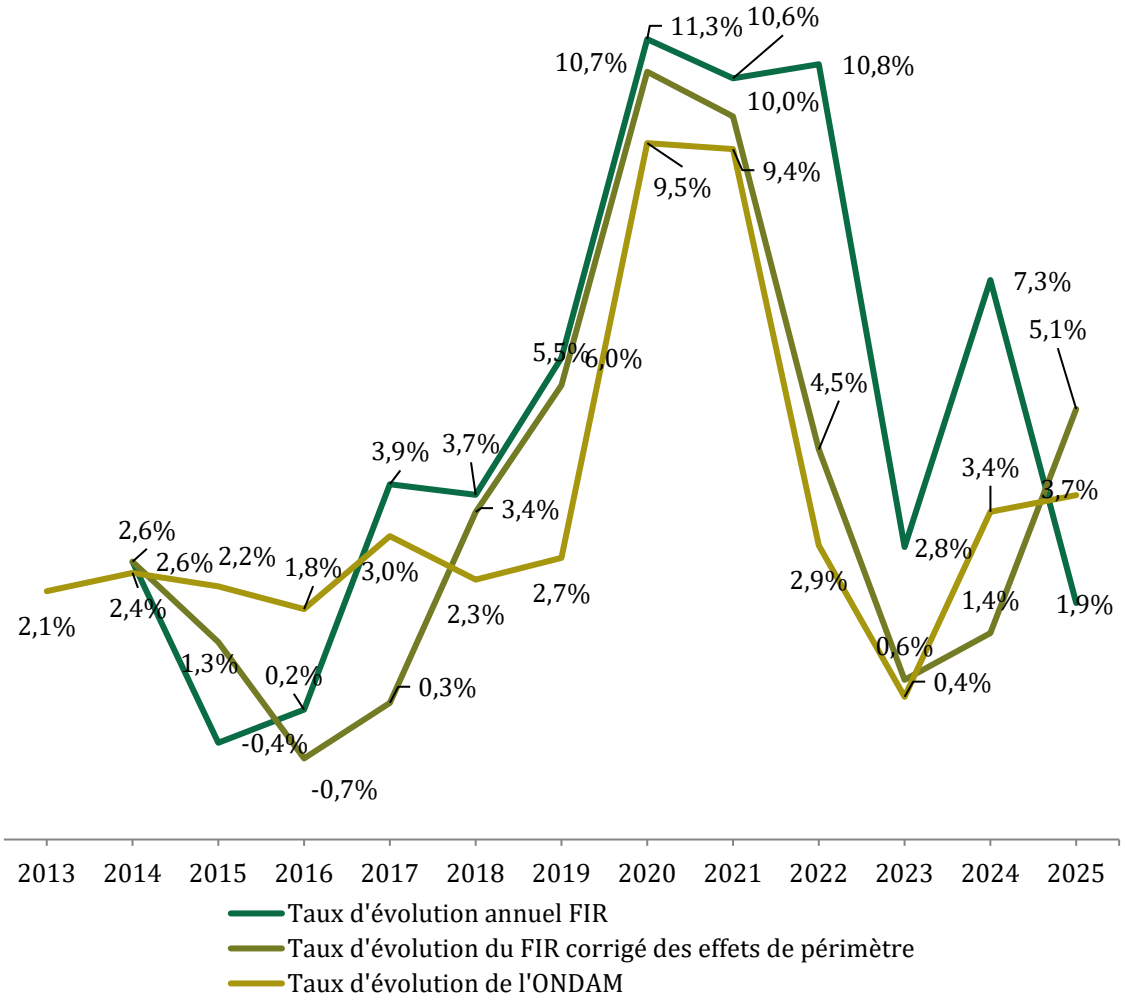
Tableau 1 : Montant des mesures nouvelles et mesures de périmètre notifiées sur le FIR

	2023	2024	2025
Nombre de mesures nouvelles	32	12	37
Montant (en M€)	334	65	285
Montant des mesures de périmètre dont :	**111**	**304**	**-179**
En budgétisation initiale	*-89*	*-65*	*-111*
En gestion	*200*	*369*	*-68*

Source : Mission, d'après les tableaux de préparation des arrêtés de répartition transmis par le SGMAS.

Le FIR est une enveloppe particulièrement dynamique : entre 2018 et 2025, le taux de progression du FIR, même corrigé des effets de périmètre, a globalement dépassé celui de l'ONDAM (à l'exception de l'année 2024). Sur l'ensemble de la période, l'écart moyen entre la croissance du FIR (corrigé) et celle de l'ONDAM s'établit à 0,9 point de pourcentage (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Taux d'évolution annuel comparé entre le FIR, le FIR corrigé des effets de périmètre et l'ONDAM entre 2013 et 2025.



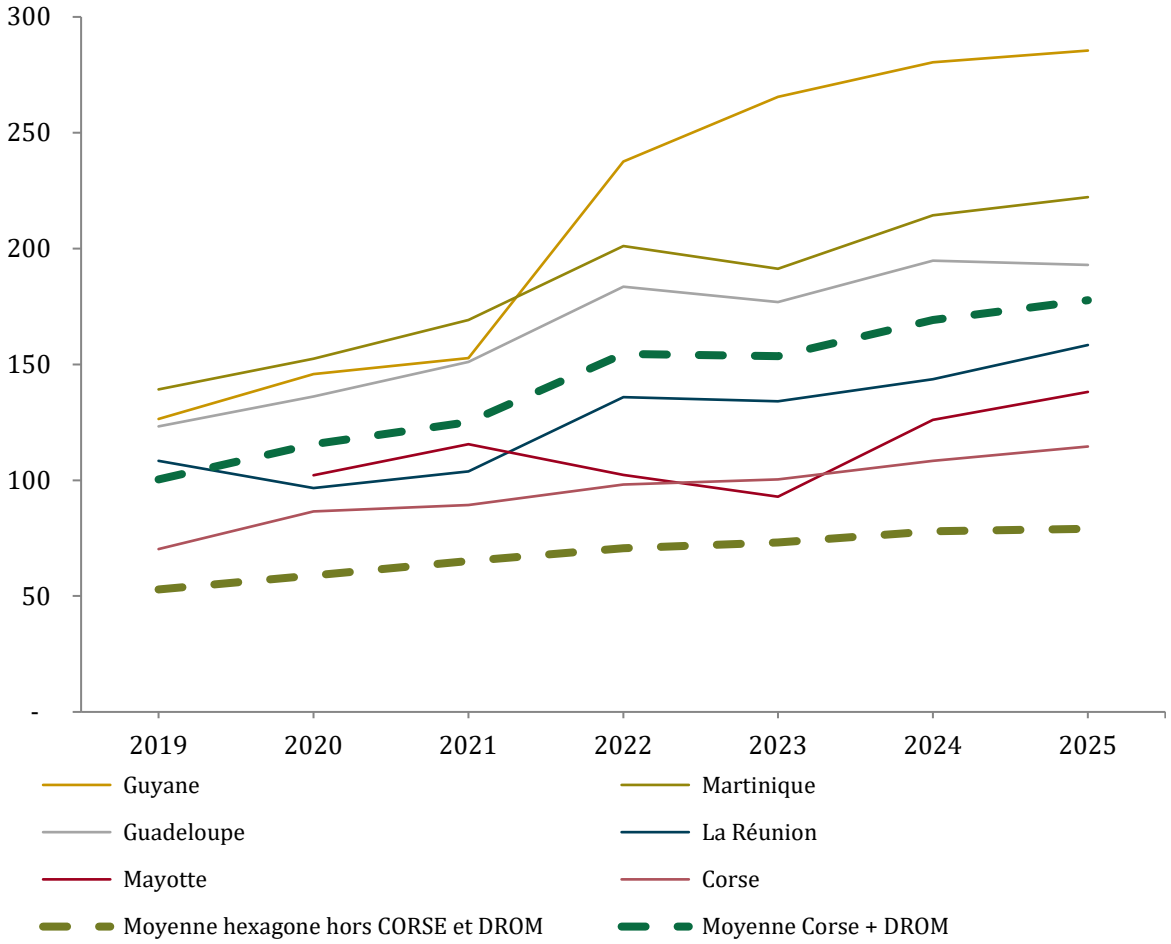
Source : Mission d'après correction des effets de périmètre par la Direction du Budget. Note : les mesures de périmètre prises en gestion sont intégrées à partir de 2019.

Proposition n° 1 : Faire figurer la liste des mesures de périmètre qui sont intervenues en cours de gestion sur le FIR dans la partie sur le bilan rétrospectif de l'année N-1 de l'annexe V du PLFSS, ainsi que dans le rapport annuel au Parlement.

1.1.3. La répartition régionale est fondée sur une clé historique qui ne s'appuyait pas sur les besoins territoriaux, et n'est pas compensée par les mécanismes de péréquation

L'enveloppe est répartie selon les régions par reconduction de la clé de répartition historique[9] et par modélisation *ad hoc* pour chaque mesure nouvelle. **La répartition suit à peu près celle de la population de manière stable depuis 2019, à part en Outre-mer et en Corse où les dotations par habitant sont désormais 2,2 fois supérieures aux dotations de France hexagonale** (79 € par habitant en France hexagonale en 2025, et 178 € en Outre-mer et Corse). Au sein des ARS ultramarines, l'écart de dotation est aussi important, de 171 € par habitant en 2025. Si certains dispositifs financés via le FIR sont spécifiques aux Outre-mer (risques infectieux particuliers, évacuations sanitaires vers d'autres territoires ou d'accès géographique aux soins pour environ 60 M€ en 2024) ou tiennent compte des surcouts liés à l'insularité, les dotations des territoires ultramarins et de Corse ont aussi augmenté deux fois plus vite que celles des ARS hexagonales entre 2019 et 2025 (de 100 à 178 € par habitant pour la Corse et les Outre-Mer, contre 53 à 79 € dans l'hexagone), sans que cela soit corrélé aux dynamiques populationnelles ni à une modélisation des besoins de ces territoires.

Graphique 4 : Évolution de la dotation par habitant entre 2019 et 2025



Source : Mission d'après les arrêtés de dotation du FIR et l'INSEE pour la population régionale par année. Légende : « DROM » : départements et régions d'Outre-mer. Note : la création de l'ARS de Mayotte date de 2020, cette dernière était précédemment commune avec l'ARS de La Réunion

[9] Figée en 2012 à la création du FIR, elle est héritée de la répartition des fonds préexistants qui ont été fusionnés dans le FIR.

L'écart de dotation par habitant entre les ARS de France hexagonale (de 18 € en 2025) n'a été que faiblement compensé par le dispositif de péréquation[10] mis en place entre 2015 et 2024 pour le diminuer. La péréquation, qui s'appliquait sur 60 % de l'enveloppe et qui ne devait pas entrainer d'effets redistributifs de plus de 1 % sur la dotation de chaque ARS, était fondée sur la population régionale, ajustée par le taux de mortalité, l'indice synthétique de précarité[11] et la part de la population en affection de longue durée (ALD), tels qu'observés en 2014. Elle a conduit à une redistribution annuelle de 6,4 M€, soit 0,1 % de l'enveloppe totale, et **l'écart entre l'ARS la plus et la moins dotée n'a été réduit que de 3 points de pourcentage, passant de 26 à 23 % de la dotation moyenne entre 2019 et 2025.**

La répartition régionale du FIR devrait pourtant suivre les évolutions des caractéristiques socio-démographiques du territoire, aussi la mission propose de remettre en place un modèle de péréquation rénové selon trois grands principes :

- mobilisation d'indicateurs simples et actualisés (population totale, mortalité, part de population de plus de 75 ans et taux de pauvreté) ;
- application à l'ensemble de l'enveloppe, en ligne avec le principe de fongibilité des dépenses ;
- application à l'ensemble du territoire[12]. Dans les Outre-mer, le modèle tient compte des coefficients géographiques pour intégrer les spécificités des territoires ultramarins (insularité, coût du travail) sur le même modèle que ce qui est appliqué pour les dotations des missions d'intérêt général (MIG), et pourrait éventuellement exclure du champ de la péréquation les dispositifs spécifiques à ces territoires[13];

La mission propose une montée en charge progressive de la péréquation sur dix ans avant application totale, qui permettrait de limiter la redistribution à 2 % en moyenne chaque année. Les modalités de ce modèle rénové sont détaillées en annexe III.

<u>Proposition n° 2</u> : Rénover le mécanisme de péréquation et l'appliquer de manière permanente pour prendre en compte les dynamiques socio-économiques et populationnelles, en intégrant les spécificités des Outre-Mer.

[10] Le rapport d'activité du FIR mentionne un second dispositif de péréquation devant s'appliquer sur les crédits destinés aux dispositifs de prévention depuis 2012. Même s'il est encore mentionné dans les rapports d'activité, ce dispositif ne s'applique plus depuis 2023 au moins.

[11] Historiquement calculé par la DGS à partir d'indices de recours aux prestations sociales, et non actualisé depuis 2016.

[12] Le précédent modèle ne s'appliquait pas aux Outre-mer et à la Corse.

[13] Le FIR porte des actions qui ne sont présentes qu'en Outre-mer (ex : pirogues sanitaires, évacuations sanitaires, vaccination typhoïde…), pour un montant estimé par la mission d'environ 60 M€, soit 10 % de leur dotation.

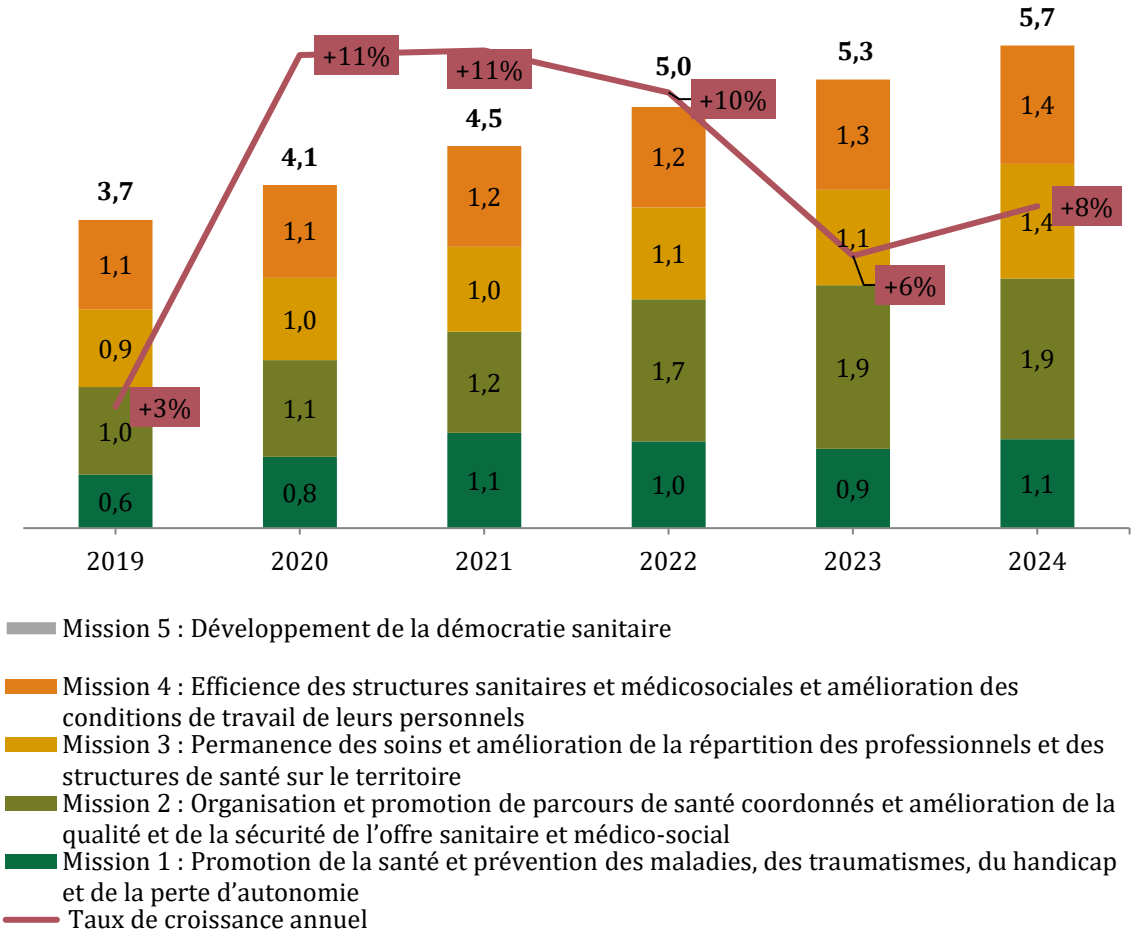
1.2. Les dépenses du FIR, affectées pour plus de 60 % à des établissements de santé, présentent d'importantes variations entre régions, y compris pour les dispositifs les plus significatifs en termes de volume financier

1.2.1. Les enveloppes dédiées à la prévention et au médico-social sont effectivement préservées, mais les établissements de santé restent les principaux bénéficiaires du FIR

L'engagement et le paiement des crédits du FIR (5,7 Md€ en exécution en 2024, cf. annexe III) sont retracés de manière exhaustive via le logiciel de gestion du FIR (HAPI puis STARS FIR depuis 2025) utilisé par toutes les ARS, selon trois niveaux de nomenclature : les cinq missions définies par voie législative à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique et présentées au graphique 5, les 38 sous-missions et 185 destinations.

Les dépenses totales du FIR ont augmenté de 56 % entre 2019 et 2024, portées en premier lieu par la croissance des dépenses de la mission n°2 (organisation et qualité de l'offre) (+0,9 Md€ soit + 83 %). En volume et en pourcentage, ce sont ensuite les missions n° 1 (prévention) et 3 (permanence des soins) qui ont connu la plus forte hausse (+ 0,5 Md € chacune soit respectivement + 67 % et + 48 %) devant la mission n°4 (efficience des établissements, +0,3 Md €, soit + 32 %).

Graphique 5: crédits de paiement exécutés et taux de croissance annuel du FIR sur la période 2019-2024



Source : Mission, d'après les données d'exécution de HAPI. Note : la mission 5 représente moins de 5 M€ chaque année.

En 2024, plus de 12 803 bénéficiaires distincts perçoivent des crédits du FIR. **Près de deux tiers des dépenses du FIR sont destinées à des établissements exerçant une activité hospitalière, et cette proportion est stable dans le temps.** Le FIR finance par ailleurs des associations (environ 15 % de l'enveloppe) et des collectivités territoriales (environ 5 %). Enfin, 7 % des versements du FIR sont réalisés vers les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), qui réalisent ensuite le paiement auprès des professionnels de santé libéraux au titre de la permanence des soins ambulatoires[14].

Les principales sous-missions sont en effet intégralement dédiées aux établissements de santé. Dans l'ordre décroissant de montant, les principales sont les aides à la trésorerie ou à l'investissement des établissements de santé (sous–missions 4.2. et 4.10. 20 % des dépenses), la permanence des soins en établissement de santé (sous-mission 3.3. 17 %), l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire (sous-mission 2.3. 15 %), et la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux (sous-mission 1.2. 11 %). Elles sont aussi les principales contributrices à la croissance du FIR entre 2019 et 2024.

Tableau 2 : Exécution budgétaire des 11 sous-missions représentant plus de 100 M€ dans le FIR en 2024 en (M€) et contribution à la croissance 2019-2024

Sous-mission	Montant (en M€)	Part du total	Contribution à la croissance 2019-2024
4.2. et 4.10. Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements et autres aides en trésorerie	1 170	*20 %*	6 %
3.3 Permanence des soins en établissement de santé	943	*17 %*	7 %
2.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	871	*15 %*	10 %
1.2 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux	615	*11 %*	7 %
2.8 Actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissements de santé	331	*6 %*	9 %
2.7 Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes	242	*4 %*	5 %
1.3 Dépistage et diagnostic de maladies transmissibles	210	*4 %*	1 %
3.1 Rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins	194	*3 %*	1 %
2.4 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale	137	*2 %*	5 %
2.1 Développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice	114	*2 %*	-1 %

[14] Les versements restants vont à des acteurs d'autres statuts (comme les entreprises et professionnels de santé libéraux).

Sous-mission	Montant (en M€)	Part du total	Contribution à la croissance 2019-2024
Total FIR	**5 714**	***100 %***	
Total sous-missions supérieures à 100 M€	**4 828**	***84 %***	

Source : Mission d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Note : Les sous-missions 4.2. et 4.10 sont groupées pour former un ensemble unique relatif aux aides à l'investissement et aux aides en trésorerie à destination des établissements de santé, notamment en raison de la porosité et des transferts existants entre ces deux sous-missions.

Malgré la part importante des dépenses à destination des établissements de santé, **les ARS emploient des capacités de financement pour les actions de prévention et le secteur médico-social au-delà de ce qu'impose le mécanisme de fongibilité asymétrique.** En 2024, 607 M€ étaient protégés pour la prévention, et 920 M€ ont effectivement été exécutés (soit 16 % du FIR). La même année, 197 M€ étaient protégés pour le secteur médico-social et 301 M€ ont été exécutés (soit 5 % du FIR). **Les dépenses de prévention ont augmenté plus vite que l'ensemble du FIR entre 2019 et 2024**, notamment du fait de mesures nouvelles (+60 M€ entre 2023 et 2025), alors que **la part du médico-social a décru**, passant de 7 % à 5, en raison de la mobilisation croissante des autres vecteurs de financement dédiés au secteur (via les crédits non reconductibles de l'ONDAM médico-social).

1.2.2. La diversité dans l'allocation des dépenses entre les missions et sous-missions ne s'explique que partiellement par l'usage de la fongibilité

En France hexagonale et en Corse, la répartition des crédits du FIR entre les missions varie selon les régions, mais la mission n°2 (organisation et qualité de l'offre) reste toujours la plus financée. Les missions n°3 (permanence des soins) et n°4 (efficience des établissements) occupent respectivement la deuxième ou la troisième place selon les ARS, tandis que **la mission n° 1 (prévention) est généralement la moins représentée**[15]**, sauf en Île-de-France et Hauts-de-France**. Les écarts de répartition entre régions peuvent atteindre jusqu'à 56 % de la moyenne pour certaines missions, reflétant des disparités d'emploi importantes (cf. graphique 6).

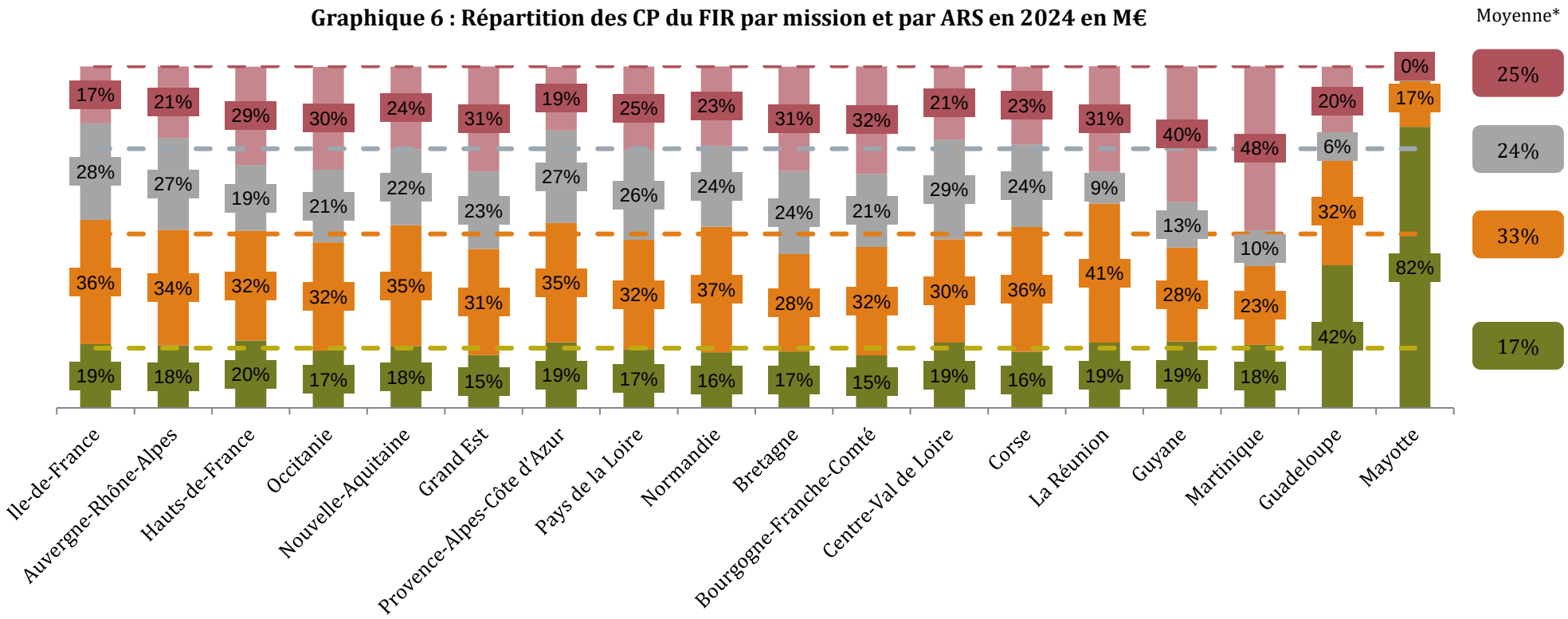
[15] Sans compter la mission n°5 (démocratie sanitaire), qui représente moins de 1 % des dépenses dans chaque région.

Ces disparités se retrouvent à l'échelle des sous-missions. Les trois sous-missions aux structures de dépenses les plus similaires[16] dans toutes les régions (hors DROM) correspondent aux enveloppes les plus importantes (permanence des soins en établissements de santé, promotion de la santé, et amélioration de la qualité des soins). Les plus volatiles concernent des sous-missions aux montants plus limités et où une variabilité est effectivement attendue : elles portent sur la gestion des crises sanitaires, l'efficience des établissements (mission n°4 hors aides à l'investissement ou à la trésorerie) ou aides individuelles, ainsi que les codes « autres », où sont regroupés une grande diversité de dispositifs d'initiative régionale. Parmi les sous-missions les plus financées, les écarts régionaux les plus importants portent sur les aides à la trésorerie et à l'investissement (4.10 et 4.2), les actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissement de santé (2.8), et le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice (2.1).

La répartition des crédits dans les DROM est distincte des tendances hexagonales en raison de dispositifs spécifiques portés via le FIR : la mission n°1 domine largement en Guadeloupe et à Mayotte (jusqu'à 82 %), en raison de besoins spécifiques en prévention (vaccination contre la typhoïde et l'hépatite A à Mayotte, dépistage de la chlordécone en Martinique et Guadeloupe), tandis que la mission n°4 est surreprésentée en Guyane et en Martinique, en raison des difficultés financières structurelles de leurs centres hospitaliers. Les dépenses de la mission n°3 (permanence des soins) sont aussi plus limitées en Outre-mer, où elles représentent entre 0 et 13 % des dépenses, que dans le reste du territoire (24 %).

[16] Classées selon leur coefficient de variation, calculé en rapportant l'écart type des parts que représente la dépense dédiée à la sous-mission dans la dépense totale pour chaque région, à la part que représente cette sous-mission dans le FIR à l'échelle nationale (hors DROM). Ainsi rapporté à la moyenne nationale de la part de la dépense, l'indicateur n'est pas biaisé par le montant de la sous-mission.

Graphique 6 : Répartition des CP du FIR par mission et par ARS en 2024 en M€



- Mission 5 : Développement de la démocratie sanitaire
- Mission 4 : Efficience des structures sanitaires et médicosociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels
- Mission 3 : Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire
- 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-social
- Mission 1 : Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie

Source : Missions d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). *France hexagonale, hors Corse et DROM. Note : les lignes horizontales marquent la part moyenne de chaque mission dans le total des crédits exécutés par les ARS de France hexagonale, hors Corse et départements et régions d'Outre-Mer. La moyenne de la part de la mission 4 (25 %) dans le total des crédits exécutés par les ARS se lit graphiquement comme la différence, sur l'axe des ordonnées, entre la moyenne pour la mission 3 (ligne grise) et la mission 4 (ligne rose, au-dessus). Les régions sont classées par ordre croissant de dépenses dans l'hexagone puis viennent la Corse et les régions d'Outre-Mer.

1.3. L'allocation du FIR est contrainte par la reconduction du financement de certaines structures, et, dans une moindre mesure, par les dispositifs fléchés nationalement

Le FIR est mobilisé pour le déploiement de dispositifs inégalement guidés par le pilotage national. Face à la grande hétérogénéité des dispositifs et de leur encadrement, la mission a établi une méthodologie de caractérisation du degré de fléchage des dépenses du FIR, présentée dans l'encadré 1, afin de différencier celles pour lesquelles la décision d'allocation est réellement à la main de l'ARS, de celles qui sont totalement ou partiellement dirigées.

Encadré 1 : Méthodologie de catégorisation des dépenses au sein du FIR, selon le niveau de flexibilité d'allocation à la main de l'ARS

Le degré de contrainte s'appliquant sur chaque dispositif s'apprécie selon deux facteurs :

- le **caractère obligatoire du dispositif** : l'ARS est-elle tenue de le déployer ?
- **lorsque le dispositif est obligatoire, la possibilité pour l'ARS de calibrer le dimensionnement du dispositif.**

Ainsi, la mission a fait la distinction entre les dispositifs pour lesquels il existe une obligation de déploiement (selon un texte réglementaire ou une circulaire) pour chaque ARS et ceux pour lesquels il n'y en a pas. Parmi les dépenses obligatoires, la mission a distingué les dispositifs dont le dimensionnement relève de la direction de l'ARS, de ceux pour lesquels une instruction ou un cahier des charges national décrit de manière précise les moyens à engager (en volume et/ou en crédits).

Les dépenses sont ainsi ventilées dans trois catégories :

- les **dépenses totalement à la main de l'ARS :** comme les aides à l'investissement ou l'éducation thérapeutique du patient ;
- les **dépenses relevant de dispositifs obligatoires, mais dont le dimensionnement est à la main de l'ARS** : comme la permanence des soins en établissements de santé, ou les dispositifs d'appui à la coordination ;
- les **dépenses totalement dirigées** par des directives nationales : comme l'appui à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières ou les consultations mémoire.

Source : Mission.

En 2024, 40 % des dépenses du FIR relevaient de dispositifs pour lesquels les ARS ont une totale liberté d'allocation. La même année, 48 % des crédits servaient à financer des dispositifs obligatoires dont le dimensionnement est à la main des ARS et 12 % des dépenses étaient totalement contraintes par le pilotage national. Ainsi, **l'ARS a une liberté partielle ou totale dans les décisions d'allocation de l'enveloppe pour une part prépondérante du FIR**. Cette part a sensiblement diminué depuis 2019 (de 94 à 88 %), sans que la mission ne puisse estimer la part liée aux mesures de périmètre, en l'absence de données exhaustives caractérisant leur nature.

Ainsi, la part de l'enveloppe sur laquelle la direction de l'ARS dispose d'une liberté d'allocation importante est grande. Toutefois, dans la mesure où les dispositifs du FIR concernent pour une grande partie des structures et de la masse salariale[17], **les contraintes budgétaires viennent principalement de la reconduction pluriannuelle des crédits alloués à certains bénéficiaires**. **En 2024, 18,5 % de l'enveloppe était attribuée aux mêmes bénéficiaires depuis au moins trois ans au titre de la même destination et pour un montant quasiment stable[18], et 4,6 % de l'enveloppe depuis au moins six ans** (cf. annexe VI). Cette configuration (depuis au moins six ans) concerne 2,3 % des bénéficiaires du FIR. Ils sont concentrés dans cinq destinations, principalement dans la mission n°2 : pratique de soins en cancérologie (2.3.5), permanence des soins en établissements publics (3.3.3), promotion de la santé des populations en difficulté (1.2.21), psychologues assistants sociaux (2.3.7) et équipes mobiles de soins palliatifs (2.3.2). Ces destinations portent sur des dispositifs pour lesquels les enjeux de pluriannualité ne paraissent pas toujours immédiats : **si le financement pluriannuel de certains dispositifs peut se justifier** (via l'établissement de CPOM par exemple)**, il ne dispense pas d'une ré-interrogation périodique et d'un suivi renforcé par l'ARS.** Les ARS les plus engagées dans la structuration de leur pilotage budgétaire du FIR estiment pouvoir créer de la marge de manœuvre sur environ 10 % des projets financés chaque année (cf. annexe V).

2. Le pilotage national du FIR, peu lisible, manque de subsidiarité entre échelon national et ARS et d'exploitation suffisante des outils de suivi

2.1. Les instances de pilotage national sont peu animées, fragmentées entre différentes directions, et ne sont pas cohérentes avec le principe de déconcentration de ces financements

2.1.1. La construction budgétaire du FIR repose sur la seule augmentation de l'enveloppe par rapport à l'année précédente, sans recherche de mesures d'efficience ni d'adéquation aux objectifs des projets régionaux de santé (PRS)

La construction du FIR s'établit chaque année en agrégeant des mesures nouvelles à la base existante. Les directions d'administration centrale « métier »[19] élaborent ces mesures et les transmettent au secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS). En parallèle, la direction de la sécurité sociale (DSS), en lien avec la direction du budget, établit les niveaux financiers et taux d'évolution du FIR dans le cadre de la construction plus large de l'ONDAM. Le SGMAS établit ensuite avec ces différentes directions les propositions d'arbitrage, fruits du compromis entre mesures demandées et trajectoire financière, et les soumet aux cabinets des ministres de la santé et des solidarités.

[17] Sans qu'il soit possible de les quantifier précisément, les outils de suivi n'intégrant pas cette nature.

[18] Un bénéficiaire est considéré abonné si le montant perçu est compris entre -7 % et 7 % de la valeur de la dotation de l'année précédente, au titre du même dispositif.

[19] Direction générale de la santé (DGS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – pour cette dernière en lien avec la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA).

Les directions d'administration centrale intervenant dans la construction du FIR - dont la direction du budget - sont rassemblées au sein d'un conseil national de pilotage (CNP), compétent pour définir ses orientations. Présidé par le ministre en charge des affaires sociales et de la santé, son rôle se réduit actuellement à une instance organisée de manière dématérialisée principalement chargée de la validation des instructions adressées aux ARS. Le CNP ne permet pas de structurer un processus de construction annuel du FIR, ni d'harmoniser les instructions relatives aux mesures nouvelles, leur calibrage, leurs attendus et leurs conditions d'évaluation. Ainsi, les directions du ministère fonctionnent « en silo », et ne détiennent que peu de visibilité sur les propositions d'arbitrage adressées aux cabinets par le SGMAS, ni sur les retours qui en sont faits.

La construction de l'enveloppe nationale n'interroge pas la base existante du FIR et est concentrée sur les mesures nouvelles (et les éventuelles mesures de périmètre) en fonction des priorités du ministère. Cette construction ne tient que très partiellement compte des besoins territoriaux, ainsi que des déséquilibres historiques existants qui n'ont pas été compensés par le dispositif de péréquation (cf. 1.1.3). Au total, la méthode actuelle ne garantit ni la pertinence des crédits en base, ni l'optimisation des dépenses liées aux mesures nouvelles. **La recherche de mesures d'efficience devrait présider à la construction du FIR, et sa répartition mieux prendre en compte les besoins territoriaux.**

Enfin, **la fragmentation du processus de construction budgétaire entraine des retards dans la notification des crédits auprès des ARS**[20], qui induit des difficultés dans la programmation budgétaire des ARS et dans leur rendu compte à leur gouvernance[21] (cf. annexe V), des lenteurs dans la mise en œuvre des mesures nouvelles et une sous-consommation des crédits sanctuarisés (cf. annexe III), dont la traçabilité budgétaire est compromise lorsqu'ils sont reportés (cf. annexe IV).

La mission propose un processus rénové de construction budgétaire du FIR en fiche n°2, intégrant une évolution dans la construction et le pilotage du FIR, fondée sur la création d'un binôme DSS/SGMAS, animant un Copil FIR dynamisé, et permettant de réaliser :

- par la DSS la construction et le pilotage global de l'enveloppe FIR ;
- par le SGMAS la déclinaison, l'animation, le suivi et la synthèse du FIR géré par les ARS.

Ce transfert de charge est estimé par la DSS à un équivalent temps plein (ETP), et la répartition proposée est détaillée en figure 1.

<u>Proposition n° 3</u> : Fonder la construction budgétaire du FIR sur les principes suivants :

- **l'identification des marges d'efficience ;**
- **un taux d'évolution fixé en référence à celui de l'ONDAM ;**
- **la reprise d'un dialogue de gestion spécifique au FIR entre le ministère de la santé et chaque ARS permettant notamment la remontée des projets territoriaux ;**
- **une délégation des crédits plus rapide.**

<u>Proposition n° 4</u> : Constituer un binôme DSS/ SGMAS et redéfinir leurs responsabilités respectives : recentrer le SGMAS sur la déclinaison, l'animation du réseau et le dialogue de gestion, et réinvestir la DSS sur la construction et le suivi de l'exécution de l'enveloppe.

---

[20] Le premier arrêté déléguant ces crédits est normalement publié avant mars N, mais ces deux dernières années de façon plus tardive (avril 2024 et juin 2025). Un deuxième arrêté est publié théoriquement avant juillet N – mais parfois en réalité en plus tard - arrêtant des montants délégués au titre de la PDSES et des crédits non reconductibles notamment. Enfin un dernier arrêté « balai » est publié en fin d'année N (novembre ou décembre selon les années).

[21] Les dotations du FIR intègrent le budget annexe des ARS, qui doit être voté par le conseil d'administration de l'ARS. Le caractère incertain des dates de publication des arrêtés ne permet pas toujours aux ARS d'intégrer les dotations complémentaires en cours d'année à leur budget rectificatif.

2.1.2. L'enveloppe a été rigidifiée par la croissance des crédits fléchés, en l'absence de doctrine d'usage du FIR et de pilotage sur objectifs malgré une ébauche d'évolution en 2022

La création du FIR portait l'ambition d'accroitre la performance, la qualité et la continuité des soins au plus près des besoins de territoires ; et de passer d'une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats. Elle appelait ce faisant une philosophie d'usage très largement assise sur la prise de décision territoriale d'affectation des fonds délégués ; le statut d'établissement public des ARS permettant par ailleurs sans difficulté cet exercice. Cette approche aurait dû conduire à un recours limité au fléchage des financements par l'échelon national, afin de garantir une large marge de manœuvre territoriale ; elle aurait en contrepartie dû appeler un rendu-compte précis, permettant de justifier du bon usage des fonds publics, tant en termes de traçabilité qu'en termes d'évaluation des résultats des actions ou structures financées par ce fonds.

Or la réalité d'usage du FIR semble s'être orientée vers un format contraire :

- une part notable de crédits fléchés par des orientations nationales demeure dans les crédits délégués aux ARS , de même qu'un recours fréquent et croissant au FIR par les administrations centrales comme vecteur de financement de différentes mesures prioritaires fléchées (cf. 1.3). Cette pratique complexifie le pilotage au niveau régional, limite la marge de manœuvre des DG d'ARS sur les financements définis régionalement et ne se justifie pas toujours (cf. 4.2) ;
- des mouvements de périmètre importants (484 M€ en valeur absolue en 2024), sans qu'une doctrine nationale d'usage du FIR soit définie précisant les conditions du recours au FIR plutôt qu'à un autre vecteur ;
- en parallèle, l'exigence d'évaluation et de rendu compte demandée aux ARS est demeurée faible.

Une évolution a été introduite à partir de 2022, suite à une demande des directeurs généraux d'ARS auprès du SGMAS, visant à donner une délégation plus large aux ARS, et à ancrer davantage un pilotage par les objectifs. Certaines avancées sont constatées, telles que la révision de l'ancien format d'instructions définissant les priorités annuelles du FIR et la présentation par « blocs » (et non plus ligne à ligne) des crédits liés aux mesures nouvelles, la répartition des crédits en grandes catégories, la clarification des principes de fongibilité, le principe de notification en fin d'année N-1 des crédits au titre du FIR de l'année N comprenant au moins les crédits reconductibles de l'année N-1.

Néanmoins, la mise en œuvre des évolutions requises est restée au milieu du gué. Elle ne s'est pas traduite par une clarification du calendrier de notifications, ni par un renforcement du reporting et des modalités d'évaluation des actions conduites. Le mode de fonctionnement du FIR d'une part, et la réalité de l'autonomie des ARS concernant son usage d'autre part, restent dès lors affectés d'une ambiguïté importante.

2.2. Le manque d'organisation et d'outillage au niveau national conduit à la multiplication d'enquêtes de suivi *ad hoc* et à une perte de visibilité sur les dispositifs historiques, cultivant l'image de « boîte noire » du FIR

2.2.1. L'absence d'animation et de dialogue de gestion entre échelon national et ARS spécifique au FIR ne permet pas d'interroger les choix régionaux ni de partager les problématiques spécifiques

Le SGMAS pilote l'animation, le dialogue stratégique et le dialogue de gestion avec les ARS, par l'intermédiaire de son « pôle ARS ». La direction des finances, des achats et du support (DFAS relevant du SGMAS) pilote le contrôle budgétaire et la maitrise des risques ; la direction du numérique (DNUM relevant du SGMAS) est compétente pour les outils informatiques. L'articulation entre ces trois équipes apparait perfectible (cf. encadré 2).

Encadré 2 : organisation du SGMAS pour le pilotage du FIR

Chargé d'un rôle d'ensemblier, le SGMAS assure le pilotage du FIR au travers de différentes équipes en son sein, qui demeurent insuffisamment articulées. Ainsi, trois équipes différentes peuvent intervenir sur le FIR :

- le « pôle ARS » du SGMAS, chargé de la coordination des arbitrages sur les mesures nouvelles, du lien avec les référents budgétaires des ARS, de l'animation du FIR et de l'établissement du rapport au Parlement. Plus largement en charge de l'animation des ARS et du pilotage de leurs moyens de fonctionnement, il réalise également la vérification de l'articulation entre la dotation annuelle de financement et le FIR des ARS ;
- la direction des finances, des achats et du support (DFAS), qui assure le contrôle budgétaire et le déploiement d'une stratégie de maitrise des risques sur l'ensemble des financements passant par les ARS, incluant le FIR ;
- la direction du numérique, enfin, qui est chargée du déploiement de l'outil budgétaire STARS-FIR, utilisé par les ARS pour la gestion du FIR.

L'articulation entre ces structures demeure perfectible, la répartition des rôles n'étant pas toujours claire, par exemple s'agissant des consignes adressées aux ARS sur l'usage du nouvel outil STARS-FIR, et certaines missions de pilotage et d'animation n'étant assurées par aucune. Il n'y a pas de vision globale sur la situation des ARS, et les interactions entre le métier et la synthèse financière sont très limitées.

Source : Mission

Aucune instance de la comitologie nationale réunissant État et ARS, qui est pourtant dense, n'est dédiée au FIR. Les échanges sur le FIR y sont peu nombreux, que ce soit en collège des directeurs généraux d'ARS ou dans les comités techniques spécialisés (CTS) thématiques[22], et sont le plus fréquemment abordés en marge ou conséquence d'un dispositif métier.

Tandis que le budget principal[23] des ARS est l'un des objets importants du dialogue stratégique annuel sur le CPOM, le FIR y était peu abordé jusqu'ici. Il a pu l'être pour certaines ARS en 2025, sans que la démarche ne soit systématisée. **Un volet relatif au FIR gagnerait à être introduit et systématisé dans le dialogue stratégique annuel sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** ce qui permettrait l'examen des problématiques du FIR de chaque ARS en corrélation avec les enjeux stratégiques du PRS.

[22] Dont les thématiques sont : santé publique, offre de soins, ressources humaines en santé, médico-social, secrétariat général, numérique, communication.

[23] Qui décrit les dépenses de fonctionnement des ARS.

A un niveau plus opérationnel, le FIR demeure peu abordé. Il n'existe pas non plus de démarche nationale permettant de capitaliser sur les bonnes pratiques, d'échanger sur les résultats des évaluations, de même que l'échelon national ne donne pas d'impulsion pour faciliter des modèles organisationnels, des coopérations ou mutualisations sur le FIR.

Enfin, la gestion budgétaire infra-annuelle du FIR consiste en des échanges ponctuels et très majoritairement dématérialisés entre le SGMAS et les référents FIR des ARS[24]. Un dialogue de gestion spécifique au FIR existait sous des formats qui ont pu évoluer au fil du temps, mais il ne se tient plus depuis 2024, faute de temps disponible pour l'organiser (au dire du SGMAS). Cette absence de dialogue systématisé par région est préjudiciable à la bonne connaissance par l'échelon national des stratégies d'allocation de ressources par les ARS, ainsi que leurs éventuelles difficultés de pilotage.

Enfin, les travaux engagés par la DFAS visant à reformater et renforcer les processus de maitrise des risques sont à poursuivre en y intégrant pleinement le FIR. En complément, la formalisation d'un cadre national de contrôle, de recouvrement des indus et de lutte contre la fraude est nécessaire. N'existant pas aujourd'hui, il permettrait d'homogénéiser les pratiques et de garantir un socle minimal incontournable, indispensable à une véritable sécurisation du risque financier. Enfin, un réel guide budgétaire, clarifiant et précisant les règles budgétaires, mériterait d'être formalisé et diffusé aux ARS.

<u>Proposition n° 5</u> : Intégrer une séquence dédiée au FIR lors du dialogue stratégique annuel de suivi du CPOM État -ARS et installer les instances de capitalisation des bonnes pratiques régionales.

Le partage des tâches résultant de ce renforcement est décrit en figure 1.

Figure 1 : Répartition actuelle et proposée des tâches relatives au pilotage national

		Organisation actuelle	Etat de réalisation	Organisation proposée
Animation et dialogue stratégique	Séquence FIR dans le dialogue annuel avec le DG ARS sur le CPOM	SGMAS *pôle ARS*	Existant, à renforcer	SGMAS *pôle ARS*
	Calcul des dotations régionales et appui des demandes régionales ad hoc	SGMAS *pôle ARS*	Satisfaisant	
	Animation d'instances de partage de bonnes pratiques de gestion du FIR	*N.A.*	Inexistant ou non réalisé	
	Harmonisation des pratiques et contrôle qualité du remplissage de STARS FIR	*N.A.*	Inexistant ou non réalisé	
	Contrôle et maîtrise des risques	SGMAS	Inexistant ou non réalisé	SGMAS *DFAS*
	Appui à l'outillage de STARS FIR	SGMAS	Existant, à renforcer	SGMAS *DNUM*
Synthèse budgétaire	Synthèse budgétaire	DSS	Satisfaisant	DSS
	Calibrage sur l'ONDAM	DSS	Satisfaisant	
	Rendu compte des arbitrages budgétaires	SGMAS	Existant, à renforcer	
Suivi et Synthèse financière	Dialogue de gestion FIR avec chaque ARS	SGMAS	Inexistant ou non réalisé	Binôme DSS-SGMAS
	Animation du COPIL FIR	SGMAS	Existant, à renforcer	
	Contrôle de l'exécution du FIR	SGMAS	Inexistant ou non réalisé	
Conception et suivi des dispositifs	Proposition et pré calibrage des mesures nouvelles	DGOS, DGS, DGCS	Satisfaisant	DGOS, DGS, DGCS
	Suivi du déploiement des dispositifs et de leur activité	DGOS, DGS, DGCS	Existant, à renforcer	
	Identification des pistes d'efficience	*N.A.*	Inexistant ou non réalisé	

Satisfaisant — Existant, à renforcer — Inexistant ou non réalisé

<u>Source</u> : Mission.

[24] Un « Copil FIR » existe sur le principe, mais son fonctionnement n'est quasiment pas effectif.

2.2.2. L'exploitation des outils de suivi aux niveaux national et territorial, et le déploiement d'une stratégie nationale d'évaluation des dispositifs obligatoires renforceraient la transparence du FIR

Encadré 3 : Présentation de l'outil STARS FIR

L'outil STARS FIR reprend les fonctionnalités couvertes par Hapi, mais apporte une gestion beaucoup plus intégrée des financements en région, en permettant une gestion « de bout en bout » des financements, depuis leur demande, directement réalisée sur l'outil via un portail par les demandeurs, jusqu'à leur instruction, conventionnement et suivi. Il est dédié à la gestion du FIR.

Le déploiement de cet outil constitue un apport certain pour l'instruction et la gestion des dossiers des bénéficiaires du FIR, et permet d'intégrer de nouvelles fonctionnalités comme le décompte prospectif des engagements financiers, ainsi que le suivi des dépenses par axes stratégiques du FIR, par territoire, ou par type de public.

Il ne comporte en revanche que peu de fonctionnalités dédiées au pilotage. Cet outil est récent et encore en cours d'appropriation par les ARS ; la plénitude de son usage demeure encore inégale.

Source : Mission.

L'ancien outil « harmonisation et partage d'information » (HAPI) de gestion du FIR, et plus encore l'outil STARS FIR en cours de déploiement (cf. encadré 3), contiennent de nombreuses données exploitables au niveau national ou régional. Cependant, leur usage par l'échelon national demeure limité au suivi budgétaire (respect des enveloppes et suivi de l'exécution), mais porte peu sur l'analyse des orientations retenues par les ARS et sur l'évaluation de leur efficience. Le déploiement complet de STARS FIR par l'ensemble des ARS ouvre des perspectives significatives pour le pilotage national, à condition que celui-ci s'en approprie pleinement les fonctionnalités. Certaines évolutions restent toutefois nécessaires, comme le développement de l'interface bidirectionnelle avec le logiciel comptable PEP et la finalisation de l'onglet « tableau de bord ». Par ailleurs, il est essentiel d'achever le travail d'harmonisation et de nettoyage de la nomenclature, tout en diffusant aux ARS des consignes claires pour uniformiser les pratiques de saisie. Ces mesures permettront de réduire les biais liés à des usages hétérogènes pour certains codes de la nomenclature, dont les détails sont développés en annexe VI.

Au-delà des capacités de suivi du déploiement des actions, **le FIR souffre globalement d'une faible évaluation de l'efficience et de l'impact des dispositifs qu'il porte**. Les directions d'administration centrale suivent uniquement les mesures nouvelles correspondant à leurs dispositifs, par le biais d'enquêtes *ad hoc* au format hétérogène, et non pérennes. Elles ne réalisent pas de suivi et ne disposent pas de toutes les données d'activité des principaux opérateurs financés, alors même que certains d'entre eux renseignent des indicateurs harmonisés. Les évaluations des mesures financées reposent sur des enquêtes descriptives et quantitatives. Dans certains cas, l'évaluation est complexe voire impossible, notamment en l'absence de critères d'évaluation prévus en amont. L'annexe VII présente les limites du suivi pour un échantillon de dispositifs étudiés plus spécifiquement par la mission. En outre, les évaluations réalisées ponctuellement à l'initiative des ARS (présentées en 3.3) ne font l'objet d'aucune capitalisation à l'échelle nationale. La méthodologie d'évaluation devrait être fixée dès le déploiement de mesures nouvelles avec des objectifs mesurables et associés à un code de nomenclature précis, en définissant des méthodes d'évaluation plus automatisées et davantage tournées vers les mesures d'impact.

Par ailleurs, une présentation des actions financées par le FIR plus précise et détaillée permettrait d'éviter la perception externe d'un FIR « boite noire »[25]. Le rapport d'activité transmis annuellement au Parlement pourrait en être un support adapté. Néanmoins, considéré peu informatif car limité à des données de suivi financier et des exemples d'actions concrètes réalisées via le FIR, il n'emporte pas de dimension analytique (analyses dynamiques ou comparatives entre territoires), ni évaluative. La mission propose un format rénové de rapport, réalisable dès l'année 2026, à partir de l'exploitation des données de HAPI / STARS FIR, complétée d'éléments ponctuels d'évaluation, en fiche n°1.

Proposition n° 6 : Garantir une meilleure lisibilité et transparence du FIR :

- **par la qualité du renseignement des données dans l'outil STARS FIR ;**
- **par une révision du contenu du rapport annuel au Parlement et des rapports régionaux ;**
- **par un temps de discussion autour du rapport régional dans les instances de l'ARS (conseil d'administration, conseil régional santé et autonomie - CRSA et conseils territoriaux de santé - CTS).**

Il convient de souligner que les données d'ordre régional ne pourront pas toutes être déclinées au niveau départemental (pour des raisons techniques), ce qui peut constituer une revendication des élus territoriaux.

3. Les modalités du pilotage régional sont hétérogènes et manquent d'un cadre national

3.1. La centralisation du pilotage dans une entité rattachée à la direction générale de l'ARS, réalisée dans quatre ARS, facilite l'exploitation de la transversalité et de la fongibilité du FIR

Les dispositifs financés par le FIR portent sur l'ensemble des compétences des ARS, et impliquent ainsi toutes les directions de ces agences. La transversalité est créée selon différents modèles : si la structuration historique consistait à confier le pilotage à la direction en charge de l'offre de soins, principale consommatrice des crédits du FIR, éventuellement soutenue par la direction des affaires financières pour la contractualisation, quelques ARS ont structuré un pilotage plus transversal de l'enveloppe, selon une typologie détaillée en annexe V. **Les modèles « intégrés » placent le pilotage budgétaire des crédits au sein d'une cellule transversale, soit rattachée à la direction générale (quatre ARS), soit dépendant du secrétariat général (quatre ARS)**, sans que l'enveloppe soit préalablement répartie entre les directions métier. Les dix autres ARS décentralisent plus fortement la gestion des crédits, et le modèle de gestion du FIR confiée à une direction métier existe encore dans certaines, même si des « coordinateurs FIR » placés au sein du secrétariat général peuvent animer des instances de suivi inter-directions. **Si des comités infra-annuels de pilotage du FIR existent dans toutes les ARS, ceux-ci sont plus efficaces dans les organisations les plus centralisées, et lorsque la cellule de pilotage est directement rattachée à la direction générale**, les incitations d'optimisation et de réallocation étant plus fortes lorsque l'ensemble des crédits sont mutualisés, et les arbitrages directement pris en lien avec la direction générale. Les ARS qui ont développé ce modèle n'ont pas connu de difficultés internes à sa mise en place, qui apparait déployable quelle que soit la taille de l'agence, les régions l'ayant adopté étant de tailles très différentes.

[25] Expression fréquemment utilisée par les interlocuteurs rencontrés par la mission, notamment les parlementaires

La délégation départementale (DD) est primordiale pour l'accompagnement des acteurs locaux, notamment dans les territoires où l'écosystème est fragile ou émergent. Les DD sont largement mobilisées pour l'articulation avec les autres financeurs publics (contrats locaux de santé, actions de santé environnementale, maisons pluriprofessionnelles…) et le développement d'actions de démocratie sanitaire (au sein du conseil national de la refondation). Le périmètre des dispositifs délégués aux DD varie selon les régions. Leur degré de délégation est divers, qui va de la simple consultation de la DD et suivi des engagements (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Centre-Val de Loire), à l'affectation d'une enveloppe dédiée à la DD pour laquelle elle est ordonnatrice et budgétairement responsable (jusqu'à 30 M€ en Île-de-France et 22 M€ en Provence-Alpes-Côte d'Azur). L'élargissement du rôle des DD dans la gestion du FIR pourrait s'envisager sur un périmètre commun impulsé au niveau national ; cependant, le format des DD semble peu compatible avec leur positionnement comme centre de responsabilité budgétaire.

3.2. Les processus de programmation budgétaire, de sélection des projets et de suivi des engagements sont limités par des outils de gestion encore insuffisamment intégrés

Le FIR constitue le budget annexe des ARS, et ainsi doit faire l'objet d'un vote par son conseil d'administration. Si des budgets initiaux, et rectificatifs en cours d'année, sont effectivement élaborés dans chaque ARS**, le processus d'élaboration budgétaire du FIR pâtit du manque de vision transversale sur les projets, du calendrier tardif des notifications nationales, et de l'absence d'outil numérique permettant de le piloter dans une démarche de programmation**[26].

La construction budgétaire commence dans toutes les ARS par l'identification des mesures à reconduire, or, celles-ci ne font pas l'objet d'une définition stable et partagée. Quelques ARS ont, de leur propre initiative, initié des travaux méthodologiques pour identifier ces dépenses, sans qu'un modèle opérationnel n'émerge. Ce procédé obère aussi la capacité à identifier les dispositifs à mettre en extinction, et les marges d'efficience sur les actions à reconduire. Les ARS les plus avancées dans ces travaux estiment que 10 % de leurs projets doivent être réinterrogés chaque année. Les mesures nouvelles sont intégrées en cours d'année, après publication des arrêtés de dotation nationaux, et le lancement des dispositifs associés est donc réalisé après cette notification.

Le logiciel STARS FIR, déployé depuis 2025 mais encore inégalement mobilisé par les ARS, retrace le processus d'instruction, de validation et de conventionnement. Les projets à financer via le FIR sont instruits par les directions métier des ARS, via deux principaux vecteurs : le gré-à-gré avec le porteur, ou la mise en place d'une mise en concurrence (appel à projets ou appel à manifestation d'intérêt). Il n'y a cependant pas de formalisation systématique de critères de sélection, qui sont déterminés de manière *ad hoc*.

[26] STARS FIR ne permettant pas de réaliser la programmation du FIR.

La grande majorité des engagements pris sur le FIR doivent faire l'objet d'un conventionnement[27]. Les modèles des contrats sont divers, cependant la mise en place de STARS FIR s'est accompagnée de la structuration d'un modèle-type. Le développement des contrats pluriannuels (via le développement de CPOM), décrivant les montants indicatifs pour plusieurs exercices, permet de structurer le dialogue de gestion entre l'ARS et le bénéficiaire, tout en lui donnant la visibilité nécessaire pour conduire ses actions. L'engagement d'AE supérieurs aux CP pour une année donnée est réservé à des projets nécessitant une sécurisation pluriannuelle particulièrement marquée, ce que la mission estime être une bonne pratique budgétaire. La collecte d'un rapport d'activité et des états financiers en fin d'exercice n'apparait pas systématique dans toutes les ARS, de même que la vérification de la bonne tenue des engagements.

Ainsi, si la majorité des ARS assure un suivi infra-annuel du FIR, les pratiques de vérification de bonne tenue des engagements doivent être améliorées, afin que ce suivi puisse conduire, le cas échéant, à des réallocations en cours d'année et à des recouvrements d'indus, sur le modèle mis en œuvre par certaines ARS. **Les montants récupérés représentent entre 0,5 et 1,6 % des montants exécutés en 2024 dans ces ARS**[28]**, soit entre 28 et 94 M€ en 2024.** De manière générale, les outils de suivi infra-annuel consistent en une multiplication de tableaux de bord pilotés par chaque direction métier, au format et au contenu hétérogène. Un effort d'harmonisation est en cours, il est plus abouti dans les ARS qui ont centralisé la gestion du FIR.

Le déploiement et la clarification de l'usage de STARS FIR offrent aussi des perspectives d'amélioration du rendu-compte au sein de l'ARS, à l'égard de sa gouvernance et envers les représentants de l'État (ministères et représentation nationale). L'affectation de chaque projet financé à un axe du projet régional de santé (PRS), tel qu'il est possible de le faire dans STARS FIR, est une opportunité d'illustrer la manière dont les crédits sont mis au service de ce projet régional. Il permettrait de documenter les critères de sélection des projets à financer. De plus, une séquence du conseil d'administration de l'agence pourrait porter sur une discussion stratégique autour du FIR, à partir d'un rapport d'activité régional retraçant les projets financés par axes du PRS. Une telle démarche pourrait être déclinée à l'échelon des conseils territoriaux de santé[29].

3.3. Les évaluations des dispositifs du FIR sont embryonnaires et appellent la structuration d'une stratégie d'évaluation au sein de chaque ARS, dans une logique de subsidiarité avec l'échelon national

L'impact et l'efficacité des dispositifs financés via le FIR sont peu évalués. Les plus petites ARS ne font généralement pas d'évaluation d'impact au-delà de l'exploitation des rapports d'activité et du dialogue de gestion. Les autres réalisent des évaluations d'impact sur initiative ponctuelle des directions métiers ou des délégations départementales, et seule quelques-unes ont défini des abaques d'évaluation assorties d'un nombre minimal de dispositifs à évaluer par an et de critères de priorisation, comme par exemple une systématisation si le dispositif est expérimental.

---

[27] Dispositions prévues à l'article R.1435-30 du code de la santé publique, pour les montants supérieurs à 23 000 €

[28] Selon les données déclarées dans les questionnaires.

[29] Les conseils territoriaux de santé sont constitués par le directeur général de l'ARS à un échelon infra-régional (article L.1434-10 du code de la santé publique), notamment pour contribuer à l'élaboration du projet régional de la santé. Ces conseils territoriaux sont notamment composés des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, et de représentants des élus des collectivités territoriales.

Les ARS les plus avancées dans leur démarche d'évaluation des dispositifs du FIR l'ont mise en lien avec l'évaluation des politiques thématiques portées via leurs PRS. Ces démarches ne constituent cependant pas des stratégies globales : par exemple, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine signale le projet d'établir en 2026 une stratégie régionale d'évaluation portant sur les dispositifs du FIR. **Ce type d'initiative doit s'établir en subsidiarité avec la stratégie nationale d'évaluation des dispositifs obligatoires décrite en 2.2.2.**

Les évaluations, qu'elles soient internes ou externes[30], manquent de cadre méthodologique harmonisé, même si certaines ARS, comme celle de Normandie, commencent à structurer des équipes d'appui dédiées. Enfin, l'absence de capitalisation organisée des méthodes et des résultats limite la portée des évaluations réalisées, n'incitant pas à une amélioration collective des pratiques[31]. La création d'une instance d'échange au niveau national dédiée à la gestion du FIR pourrait utilement emporter un groupe de travail sur l'évaluation, déjà évoqué dans les principes de sécurisation du FIR établis en 2022 (cf. partie 2), et mobiliser les cellules d'intervention en région (CIRE) de Santé publique France (SpF).

Proposition n° 7 : Mettre en œuvre les bonnes pratiques de gestion identifiées à l'échelle régionale dans l'ensemble des ARS, dont celles d'ores et déjà identifiées par la mission.

4. Le FIR devrait prioritairement porter sur des dispositifs nécessitant une adaptation territoriale, avec un pilotage renforcé de leur efficacité et de leur efficience

Encadré 4 : Méthodologie de sélection des actions analysées

La mission a approfondi plusieurs analyses thématiques, en tenant compte des atypies identifiées dans l'annexe VI, parmi les missions pour lesquelles l'ARS dispose d'une latitude d'adaptation au niveau régional (cf. annexe III). La mission a également veillé à représenter la diversité des actions financées par le FIR : structures d'appui au pilotage (GRADeS et Promotion Santé), financement de missions d'intérêt général en établissement de santé (PDSES), coordination des soins et appui à la structuration des soins de ville (CPTS et DAC), réseaux de structures de santé publique (CeGIDD et CRCDC).

Ces actions représentent 27 % des dépenses du FIR en 2024. Les éléments d'analyse relatifs à la PDSES n'ayant pas pu être réalisés, faute de capacité à exploiter les données issues de la réforme en cours des schémas régionaux de santé, la mission a concentré ses analyses sur les autres missions. En effet, les enquêtes réalisées sur l'organisation des lignes de PDSES en 2023 et par la DGOS en 2025 n'ont pas été renseignées suivant une méthodologie homogène. Elles ne permettent pas d'identifier si la réforme en cours de la PDSES, qui engage une revalorisation des indemnités versées aux médecins pour la participation aux gardes, s'accompagne d'une rationalisation de l'organisation des lignes de garde pour assurer leur soutenabilité.

Source : Mission

[30] L'annexe V propose une doctrine d'emploi des prestataires externes en fonction de l'objet de l'évaluation.

[31] Par exemple plusieurs ARS ont chacune évalué les « dispositifs d'appui à la coordination » dans leur région, aboutissant à des constats similaires, mais aucune capitalisation transversale n'en a été faite.

4.1. Le périmètre du FIR doit être recentré au profit d'actions territoriales, en renforçant les capacités d'expérimentation et d'évaluation

4.1.1. Une partie des financements hospitaliers doit être transférée dans les missions de santé publique des établissements de santé

4.1.1.1. Les missions spécifiques hospitalières considérées comme matures ou ne nécessitant pas de régulation territoriale ne justifient pas un financement via un outil de territorialisation tel que le FIR

Les principaux bénéficiaires du FIR sont les établissements de santé, qui sont aussi financés par ailleurs et de manière ultra-majoritaire par le 2ème sous-objectif de l'ONDAM (ONDAM-ES). Les financements perçus via le FIR le sont au titre de missions spécifiques, qui ne relèvent pas de la logique de la tarification à l'activité (T2A) et se rapprochent des actions financées via les missions d'intérêt général (MIG). La porosité entre les MIG et le FIR a entrainé des transferts récurrents de financement entre les deux vecteurs (documentés en annexe I), sans que les critères d'inclusion au FIR soient clairement définis au-delà d'une capacité de « territorialisation immédiate ».

L'analyse d'impact du transfert de sept MIG[32] en 2022 montre qu'il n'a eu aucune conséquence sur le montant des financements, ni de modification des bénéficiaires ou de leur dotation : **les ARS se sont peu saisies de ces nouveaux dispositifs à leur discrétion** (cf. annexe VI). Ainsi, ces transferts n'ont pas participé à la simplification du financement des établissements de santé, mais ont contribué à réduire la cohérence et la lisibilité du FIR. En complément, les dispositifs hospitaliers déployés depuis plusieurs années concentrent la majorité des bénéficiaires dont le financement est renouvelé annuellement (cf. partie 1.3), ce qui indique l'absence de renforcement du pilotage régional à leur égard.

Le FIR apparait être le vecteur adéquat des financements hospitaliers lorsqu'il s'agit :

- d'un nouveau dispositif hospitalier, qui nécessite une démarche locale d'identification des acteurs pouvant porter le dispositif (par exemple les équipes mobiles de soins palliatifs). Celui-ci devra ensuite quitter le FIR une fois son déploiement effectué ;
- des centres de prévention et de soins des populations aux besoins spécifiques, dont le dimensionnement et l'implantation nécessite une adaptabilité territoriale ;
- d'un dispositif de permanence des soins, pour lequel l'intervention régionale est nécessaire pour garantir l'articulation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, ainsi que le développement de l'attractivité médicale locale.

Les autres dispositifs hospitaliers n'ont pas de plus-value à être financés par le FIR. La mission propose en annexe VI la liste des dispositifs, représentant un montant total de 813 M€ en 2024 qui selon les critères ci-dessus devraient être rebasculés à l'échelle nationale dans les financements de l'ONDAM-ES, soit en tant que mission spécifique, soit dans la nouvelle dotation sur objectifs de santé publique. Les dispositifs à transférer sont majoritairement des dépenses totalement dirigées par l'échelon national (cf. tableau 3), ce qui diminuera mécaniquement leur part dans le FIR.

[32] Centres d'appui pour la prévention des infections aux soins (Cpias) observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedit) ; consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC ; permanence d'accès aux soins de santé (Pass) ; précarité ; nutrition parentérale à domicile.

Tableau 3 : Montants et degré de liberté régional des dispositifs à basculer dans l'ONDAM-ES

	Total en 2024
Montant	813
Dont part des dépenses totalement à la main de l'ARS	*1 %*
Dont part des dépenses relevant d'un dispositif obligatoire avec dimensionnement par l'ARS	*52 %*
Dont part des dépenses totalement dirigées par le pilotage national	*47 %*

Source : Mission

A noter : les chiffrages de la mission se fondent sur l'exécuté tel que décrit dans la nomenclature FIR, or certains dispositifs sont renseignés différemment selon les régions, et nécessiteront des enquêtes ad hoc pour fiabiliser les montants en jeu.

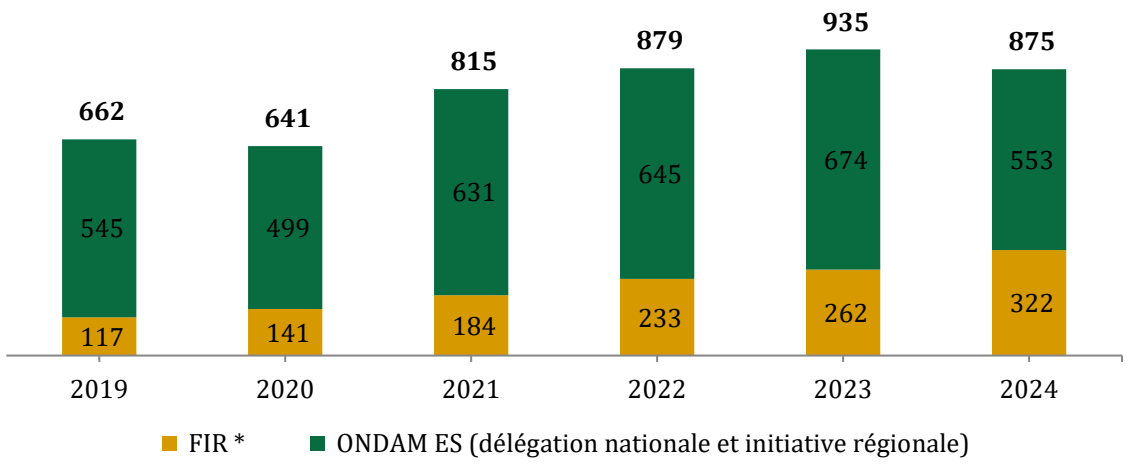
Proposition n° 8 : Réserver l'usage du FIR, lorsqu'il est mobilisé pour des financements hospitaliers, aux actions peu matures ou relevant d'une régulation territoriale.

4.1.1.2. Le financement massif et croissant d'aides à la trésorerie et à l'investissement via le FIR obère les capacités de suivi de la situation des établissements en difficulté et limite le financement d'actions expérimentales et locales, pour lesquelles la plus-value du FIR est la plus forte

Les aides en trésorerie et à la restructuration des établissements de santé s'élèvent à 1,2 Md€ en 2024, soit 21 % du FIR. Elles ont augmenté de 23 % depuis 2019, portées par la hausse des aides à l'investissement non imputées à des plans nationaux.

Le poids du FIR dans le total des aides en trésorerie versées aux établissements de santé est minoritaire (37 %) mais en constante augmentation (+19 p.p.) depuis 2019 (cf. graphique 7).

Graphique 7 : Aides en trésorerie aux établissements de santé (en M€) :



Source : Mission, d'après les données transmises par la DGOS et extraites de la base de données HAPI. Note méthodologique (*) : avant 2021, le montant des aides en trésorerie versées sur le FIR a été reconstitué dans la destination 4-10-1 car les aides en trésorerie versées avant 2021 étaient imputées aux destinations 4-2-4 et 4-2-5. Pour cela, la mission a établi la part des aides en trésorerie (4-10-1) dans la somme des trois destinations citées (4-2-4, 4-2-5 et 4-10-1) pour les années 2021 à 2024. Sur cette base, le taux de croissance annuel moyen entre la part en 2021 (57 %) et 2024 (78 %) a été fixé comme taux de croissance annuel moyen en 2019 et 2024 ce qui a permis de déduire la part et le volume des aides en trésorerie dans la somme des destinations 4-2-4 et 4-2-5 pour 2020 puis 2019.

Ces aides à la trésorerie ou à l'investissement sont financées sur les marges créées sur le FIR en cours d'année. Elles sont principalement déléguées en toute fin d'exercice[33], selon des processus d'arbitrage et de contractualisation propres à chaque ARS, malgré un récent renforcement de l'encadrement des aides à la trésorerie[34]. **Le portage massif de crédits d'aides à la trésorerie par le FIR appelle au renforcement du suivi national de l'efficience à l'hôpital** visant à maîtriser le montant total des aides à la trésorerie déléguées, tous vecteurs confondus, puis dans un second temps à réduire en premier lieu les aides mobilisées sur le FIR.

L'attribution d'aides à l'investissement via le FIR ne fait pas l'objet d'un suivi national autre qu'un suivi ex-post des versements annuels, et il n'y a pas de recensement des **engagements pluriannuels pris sur le FIR au titre de ces aides, que la mission a estimé au minimum à 1,4 Md€ pour la période 2026-2030**. L'échelon national n'a ainsi pas de vision globale sur la volumétrie des projets et engagements à réinterroger au niveau régional au regard de la situation actuelle des établissements, estimée pourtant nécessaire par deux récents rapports d'inspection[35]**.**

<u>Proposition n° 9</u> : Conduire la revue systématique des engagements pris au titre d'aides à l'investissement afin de stabiliser une nouvelle trajectoire nationale, et centraliser leur financement au sein du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMIS).

<u>Proposition n° 10</u> : Renforcer le suivi national de l'efficience à l'hôpital et la contractualisation régionale afin de réduire le montant total d'aides à la trésorerie déléguées tous vecteurs confondus, et mettre prioritairement en extinction celles passant par le FIR.

L'impact financier de l'extinction des aides à la trésorerie dans le FIR est estimé selon trois scénarios : une extinction totale (borne haute de - 322 M€), un retour au niveau de 2022 (borne basse de - 89 M€), et au niveau de 2019 (- 205 M€).

Les marges de manœuvre créées sur le FIR devront ainsi être mises au profit de la transformation de l'offre, les ARS mobilisant en effet actuellement des moyens résiduels pour repositionner des structures en difficulté.

---

[33] En 2024, 58 % des aides en trésorerie et 29 % des aides à l'investissement ont été versées au mois de décembre contre 17 % des crédits totaux du FIR.

[34] Par *l'instruction n° DGOS/FIP3/DSS/SD1A/2025/145 du 9 octobre 2025 relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé*, qui précise les modalités de pilotage de la démarche de performance et de redressement que les directeurs généraux d'ARS doivent mettre en œuvre en parallèle du versement d'aides en trésorerie

[35] *Propositions pour une stratégie de programmation des investissements hospitaliers*, 2024-046R, juin 2025 *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale*, 2025-030R, septembre 2025

4.1.2. Le FIR doit être conforté dans son rôle de financement d'expérimentations ou de crédits d'amorce, avec une procédure structurée d'évaluation et de sortie du financement

Pour certaines thématiques, l'échelon national a mobilisé le FIR pour financer des expérimentations, ou pour engager des « crédits d'amorçage » afin de faire émerger de nouvelles structures ou actions. Le FIR a ainsi été mobilisé à partir de 2014 pour accompagner les acteurs engagés dans l'expérimentation ETAPES, avant l'inscription de la télésurveillance dans le droit commun des prestations prises en charge par l'assurance maladie en 2023[36]. De même, le FIR peut financer un poste de coordinateur des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), avant leur financement par l'assurance maladie dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'analyse approfondie par la mission des actions financées par le FIR au titre des CPTS (cf. annexe VII) montre que les ARS limitent dans le temps ces financements d'amorce, mais que des financements sont mobilisés en parallèle sur des appels à projets thématiques. **Une articulation renforcée avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) devrait permettre d'écarter les risques de double financement** (par exemple 4 M€ sont mobilisés en faveur des CPTS pour des actions qui semblent financées par ailleurs par l'Assurance maladie).

<u>Proposition n° 11</u> : Systématiser les échanges de données qui concernent les structures cofinancées (CPTS, centres de santé, maisons de santé…) entre les DD d'ARS et les CPAM pour garantir la bonne articulation des sources de financement.

La création en 2018 d'un dispositif dit « article 51 », permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, associées à des modes de financement dérogatoires, s'est partiellement accompagnée d'une redéfinition du cadre d'intervention du FIR. Celui-ci peut être mobilisé pour appuyer le porteur d'une expérimentation d'ampleur régionale, sur l'ingénierie de projet et le reporting[37]. Aucune disposition n'interdit toutefois à l'ARS d'apporter un financement complémentaire au porteur de projet sur le FIR. De plus, les ARS peuvent continuer à financer certains acteurs, dont le projet a pourtant fait l'objet d'une évaluation défavorable à une généralisation au niveau national, ce qui peut interroger.

De façon moins fréquente, des actions financées sur le FIR dans une ou plusieurs régions peuvent être reprises, **afin d'engager des expérimentations au niveau national ou une généralisation en mobilisant d'autres vecteurs de financement**. Ainsi, la convention médicale de 2024[38] s'est-elle appuyée sur plusieurs initiatives territoriales pour définir un modèle économique des groupes d'amélioration des pratiques, ou des équipes de soins spécialisées. Une telle pratique montre tout l'intérêt du FIR parmi les différents vecteurs de financement de l'assurance maladie ; elle mériterait d'être développée et structurée.

<u>Proposition n° 12</u> : Mobiliser le FIR pour expérimenter des modèles susceptibles d'être repris dans le cadre conventionnel, en les conditionnant à une évaluation structurée par un référentiel national dès leur lancement.

---

[36] Article L.162-52 du code de la sécurité sociale

[37] Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018. Les ARS ont bénéficié d'une délégation de 5 M€ à ce titre en 2018.

[38] Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention médicale organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux conventionnés

4.1.3. Les dispositifs de prévention, très fragmentés et peu évalués, devraient s'inscrire dans une logique d'action fondée sur les preuves

Les actions de prévention et promotion de la santé (PPS) financent actuellement un nombre important d'acteurs pour des montants limités. Cet émiettement des dépenses, et la faible remise en cause dans le temps des actions financées[39], reflètent plusieurs limites que rencontrent actuellement les ARS dans l'engagement des actions de PPS[40] :

- une structuration des politiques de prévention au niveau national autour d'une cinquantaine de plans et feuilles de route thématiques, sans définition d'un socle de priorités, ni financement de la majorité des actions ;
- des orientations prioritaires souvent liées à la capacité d'action du tissu associatif local, ou des collectivités territoriales dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) ;
- un nombre limité d'équipes en capacité d'engager des évaluations fondées sur des données d'efficacité et d'efficience, associée à une divergence d'approche avec des structures qui développent une analyse du contexte d'intervention plutôt que la reproduction stricte de programmes dits « probants ».

Afin de renforcer l'impact des actions engagées, Santé publique France a développé un registre national (ReperPrev) ayant vocation à recenser les interventions efficaces et prometteuses dans le champ de la PPS. Depuis la relance de ReperPrev en 2024[41], 33 programmes, dits « programmes probants », sont recensés et classifiés suivant le niveau d'exigence de leur évaluation (de la description de l'intervention à la démonstration d'une efficacité et reproductibilité du programme).

L'ARS Nouvelle-Aquitaine s'est ainsi appuyée sur ces données d'évaluation nationales pour engager, depuis 2022, une refonte des actions de PPS et de leur financement par le FIR suivant quatre axes :

- la définition d'un nombre limité d'axes prioritaires au niveau régional (santé mentale, sport-santé, lutte contre les addictions, petite enfance) ;
- **l'arrêt progressif des interventions ne s'inscrivant pas dans les « programmes probants », et/ou des interventions mobilisant un très faible montant sur le FIR ;**
- la montée en puissance des interventions fondées sur des données d'efficacité, de façon prioritaire auprès des populations défavorisées (suivant le principe d'universalisme proportionné) ;
- le financement d'évaluations de certains programmes historiques, par le biais d'un appel à manifestation d'intérêt associé à un financement de 500 000 €, afin de pouvoir se prononcer sur leur extension ou la fin de leur financement.

[39] La mission prévention a 3 % de ses bénéficiaires dont le financement est renouvelé chaque année pour la même action pour un montant presque similaire, soit légèrement supérieur à l'ensemble du FIR.

[40] *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé,* IGAS 2024-027R, octobre 2024

[41] Après un lancement en 2018, l'actualisation du registre a été interrompue plusieurs fois, notamment du fait de la crise sanitaire.

Une telle refonte du pilotage des dépenses de prévention mériterait d'être généralisée et soutenue au niveau national, afin d'accroître leur lisibilité et leur efficacité. Cette réforme nécessiterait de s'accompagner de lignes directrices pour mobiliser spécifiquement le réseau des associations Promotion Santé et les contrats locaux de santé sur les actions fondées sur les preuves, par exemple le développement des compétences psychosociales des enfants[42] (cf. annexe VII). Les actions mises en place par l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont permis de repositionner en interne entre 1 et 3 % des crédits, ce qui représenterait au niveau national des réallocations comprises entre 5 et 17 M€.

Proposition n° 13 : Mobiliser les ARS sur une réorientation du financement de la prévention, en priorisant les actions qui ont fait la preuve de leur efficacité.

4.2. Plusieurs actions portées par le FIR illustrent la nécessité d'une animation nationale d'un dialogue de gestion qui aborderait à la fois l'efficacité et l'efficience des dispositifs

La mission a réalisé une analyse détaillée de l'ensemble des destinations du FIR, afin d'identifier celles pour lesquelles on pouvait constater une évolution marquée dans le temps, ou une forte hétérogénéité entre les régions. En complément, la mission a recueilli des données d'activité à la fois quantitatives[43] et qualitatives[44] auprès des ARS, sur un ensemble des actions qui présentaient des tendances atypiques.

Ces analyses[45] permettent de constater la forte hétérogénéité des moyens mobilisés au vu du niveau d'activité, entre des structures dont le périmètre d'action est pourtant comparable, soit pour l'appui au pilotage d'une politique publique (GRADeS[46], CRCDC[47]), soit pour l'accompagnement ou la coordination de parcours de patients (CeGIDD[48], DAC[49]).

---

[42] Instruction interministérielle N°DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/ 2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037

[43] Indicateurs d'activité harmonisés

[44] Conventions d'objectifs signées avec l'ARS et rapport d'activité

[45] Les données collectées n'ont pas permis d'apporter un éclairage documenté sur la réforme en cours de la PDSES, au vu de l'hétérogénéité des informations saisies sur les lignes de garde pré- et post-réforme.

[46] Les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) sont des groupements d'intérêt publics qui assurent l'expertise e-santé pour les territoires et accompagnement les professionnels de santé dans la transition numérique.

[47] Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sont des structures qui coordonnent les programmes de dépistage des cancers en accompagnant les populations concernées et en mobilisant les professionnels de santé.

[48] Les CeGIDD sont les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

[49] Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes.

Les indicateurs pourtant existants, qui permettraient d'appuyer les ARS dans leur dialogue de gestion avec ces structures, ne sont pas toujours colligés au niveau national[50]. L'absence de mobilisation d'une partie des administrations centrales dans cette fonction d'animation est d'autant plus dommageable que certains indicateurs portent sur l'efficacité des dispositifs mis en œuvre (par exemple pour les CRCDC, la part des personnes ayant un résultat positif pour un cancer relancée pour des examens diagnostiques complémentaires, et le délai suivant lequel ces examens sont réalisés). Un réinvestissement sur ces fonctions d'appui apparaît nécessaire, y compris en rénovant les indicateurs de pilotage des structures dont les missions ont été redéfinies (CRCDC). Elle mériterait de s'accompagner d'une évaluation relative à l'impact des dispositifs concernés, notamment pour ce qui concerne les dispositifs d'appui à la coordination et les dispositifs spécifiques régionaux.

Proposition n° 14 : Systématiser la définition et la collecte des données d'activité des dispositifs obligatoires du FIR, et établir une stratégie nationale d'évaluation fondée sur des méthodes robustes.

D'ores et déjà, une rénovation en profondeur du modèle économique et du pilotage de deux structures évaluées semblerait pertinente :

- les moyens consacrés aux programmes régionaux par les GRADeS pourraient être optimisés en mutualisant au niveau national certains dispositifs, qui sont actuellement développés de façon parallèle dans plusieurs régions. En outre, les prestations qu'ils mobilisent auprès de partenaires pourraient être valorisées, limitant leur dépendance aux financements par le FIR ;
- les CeGIDD pourraient évoluer vers un mode de financement direct par l'assurance maladie[51], reposant sur un forfait de financement par patient, suivant le modèle retenu pour les centres de santé et de médiation sexuelle créés en 2025.

Proposition n° 15 : Piloter le renforcement de l'efficience de dispositifs d'appui au pilotage (Promotion Santé et GRADeS), de structures de coordination (dispositifs d'appui à la coordination - DAC et CRCDC) et de centres de diagnostic et de dépistage (CeGIDD).

Les leviers d'efficience identifiés en annexe VII sont associés à une estimation forfaitaire des marges potentielles. Ces estimations forfaitaires, associées à une fourchette basse (16,1 M€) et une fourchette haute (30,5 M€), devront être affinées dans le cadre d'un dialogue de gestion spécifique avec chaque ARS compte tenu de l'hétérogénéité de leurs pratiques.

[50] Une exception récente peut être signalée pour ce qui concerne les DAC, la DGOS développe actuellement une plateforme de recueil des données d'activité qui devrait être opérationnelle en 2026, suite aux diverses évaluations réalisées spontanément par les ARS.

[51] Proposition déjà formulée dans le rapport « Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle », IGAS, 2023, et devant être sécurisée d'un point de vue juridique pour la part de bénéficiaires qui ne seraient pas assurés sociaux.

À Paris, le 19 février 2025

Les membres de la mission,

L'inspecteur général
des finances,

Vincent Lidsky

L'inspectrice générale des
affaires sociales

Agnès Basso-Fattori

L'inspectrice des finances,

Albane Miron de l'Espinay

L'inspectrice générale
des affaires sociales

Pascale Romenteau

L'inspecteur des finances adjoint,

Sacha Cohen

L'inspectrice des affaires
sociales

Hélène Monasse

L'inspecteur des finances,

Pierre Prady

ANNEXES, FICHES ET PIÈCE JOINTE

LISTE DES ANNEXES, DES FICHES ET DE LA PIÈCE JOINTE

ANNEXE I :	**HISTORIQUE ET CADRE D'INTERVENTION DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL**
ANNEXE II :	**MONTANTS ET RÉPARTITION RÉGIONALE DES DOTATIONS DU FIR**
ANNEXE III :	**EXÉCUTION DES CRÉDITS DU FIR**
ANNEXE IV :	**PILOTAGE NATIONAL DU FIR**
ANNEXE V :	**PILOTAGE RÉGIONAL DU FIR**
ANNEXE VI :	**PÉRIMÈTRE ET BÉNÉFICIAIRES DU FIR**
ANNEXE VII :	**ANALYSE DE LA PERFORMANCE D'UN ÉCHANTILLON DE DISPOSITIFS FINANCÉS PAR LE FIR**
ANNEXE VIII :	**LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
FICHE N°1 :	**NOUVEAU MODÈLE DU RAPPORT AU PARLEMENT**
FICHE N°2:	**PROCESSUS-CIBLE DE CONSTRUCTION ET D'EXÉCUTION DU FIR**
PIÈCE JOINTE :	**LETTRE DE MISSION**

ANNEXE I

Historique et cadre d'intervention du fonds d'intervention régional

SOMMAIRE

1. LE FIR A ÉTÉ CONSTITUÉ POUR OFFRIR UNE CAPACITÉ D'ACTION À LA MAIN DE L'ARS 2

1.1. Le FIR est issu du regroupement de fonds nationaux, dont les difficultés de pilotage étaient déjà soulignées 2

1.2. Les modalités de mobilisation du FIR ont été progressivement simplifiées 4

2. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES MISSIONS FINANCÉES PAR LE FIR, PRÉSENTE DÈS SA CRÉATION, PERDURE À CE JOUR 5

2.1. Les financements dédiés aux établissements de santé composent la grande majorité du FIR depuis sa création 5

2.2. L'ARS finance via le FIR un périmètre large de structures régionales 7

2.3. Le FIR coexiste avec de nouveaux leviers de financement d'innovations et de décloisonnement des interventions 8

2.4. Le FIR est mobilisé pour accompagner les situations d'urgence auxquelles sont confrontés les acteurs sanitaires et médico-sociaux, et de manière marquée depuis la crise Covid 9

2.5. Le FIR permet de financer des actions adaptées aux spécificités des Outre-Mer, principalement en prévention et au titre de la réserve sanitaire 11

Annexe I

Encadré 1 : Cadre général d'intervention du fonds d'intervention régional (FIR)

Les agences régionales de santé (ARS) sont dotées de plusieurs leviers de financement :

- un budget de fonctionnement cofinancé par l'assurance maladie et le programme 124 de l'Etat (186,5 M€ de l'assurance maladie et 630,2 M€ de l'Etat en 2024) ;
- deux budgets annexes, l'un relatif au fonds d'intervention régional (FIR), qui représente 5,3 Md€ en 2024, l'autre au plan d'aide à l'investissement des établissements et services médico-sociaux (PAI), qui représente 236 M€ en 2024 ;
- les ARS sont l'autorité de gestion pour les financements des établissements de santé relevant de la dotation annuelle de financement (DAF), intégrant le financement d'activités financées par dotation globale (soins médicaux et de réadaptation, psychiatrie des établissements de santé publics), ainsi que de missions ne relevant pas de la tarification à l'activité (objectifs de santé publique et missions spécifiques[1], financement de la recherche et de l'innovation, aides à l'investissement et soutien aux établissements les plus en difficulté), ce qui représente un montant global de 28,8 Md€ en 2024 ;
- la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) délègue aux ARS une dotation régionale limitative (DRL) pour le financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, à hauteur de 33 Md€ en 2024.

Créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année 2012, le cadre d'intervention du FIR est défini par les articles L.1435-8 à L.1435-11 du code de la santé publique.

Ce fonds finance, sur décision des directeurs généraux des ARS, des actions, des expérimentations, et le cas échéant des structures concourant à :

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

Le périmètre de chacune de ces missions est défini par voie réglementaire (articles R.1435-16 et suivants du code de la santé publique).

Les ressources du fonds s'appuient sur une dotation des régimes obligatoires de l'assurance maladie, dont le montant est fixé par arrêté ministériel, le cas échéant, par une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et par une dotation sur le budget de l'Etat. La répartition des crédits par région est également fixée par arrêté ministériel.

La gestion du FIR s'inscrit dans un budget annexe au budget principal de l'ARS ; sa construction s'inscrit *« dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de celles résultant du projet régional de santé »* (article R.1435-28).

Deux missions spécifiques sont identifiées au sein des ressources du FIR (article L.1435-9), et ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins suivant un mécanisme dit de « *fongibilité asymétrique* » :

- les crédits destinés au financement des actions de prévention et de promotion de la santé et de sécurité sanitaire ;
- les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie et au financement des prises en charge et accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

Depuis la LFSS 2018, certains crédits du FIR sont dits « sanctuarisés », c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être mobilisés sur d'autres usages que ceux pour lesquels ils ont été délégués (ex. expérimentation télémédecine, Ségur numérique…-cf. annexe II).

Source : Mission

1. Le FIR a été constitué pour offrir une capacité d'action à la main de l'ARS

1.1. Le FIR est issu du regroupement de fonds nationaux, dont les difficultés de pilotage étaient déjà soulignées

La création des agences régionales de santé (ARS), par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), a permis le regroupement de plusieurs acteurs institutionnels au niveau territorial[2], en maintenant dans un premier temps les différents leviers de financement qui préexistaient.

Les ARS se voient déléguer les modalités de financement des établissements de santé (dotations régionales liées à l'activité, objectifs de santé publique et missions spécifiques[3] , dotation annuelle de financement) et des établissements médico-sociaux (dotations régionales limitatives, plan d'aide à l'investissement). Certains de ces leviers de financement offrent des marges de manœuvre relativement limitées, notamment par la possibilité de redéploiement de crédits non consommés en fin d'exercice (dits « crédits non reconductibles »).

A titre complémentaire, la majorité des leviers de financement d'interventions dans le champ de compétences des nouvelles ARS relevaient de fonds nationaux, gérés par l'Assurance maladie. Ces dispositifs *ad hoc*, dont les objets sont listés à l'article R.251-1 du code de la sécurité sociale, répondent à plusieurs éléments de cadrage. Leur gestion est retracée au sein d'un budget qui doit être équilibré en recettes et en dépenses, des recettes leur étant affectées suivant des modalités définies par arrêté ministériel (par exemple, une fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie). Le cadrage budgétaire pluriannuel et les règles de gestion des fonds sont définis dans la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Celle-ci prévoit habituellement une approbation du budget initial des fonds nationaux et des budgets rectificatifs par le conseil de la CNAM, leur déclinaison par la notification d'une dotation limitative au niveau régional, et la transmission de tableaux de bord de suivi budgétaire aux services de l'État suivant un rythme trimestriel[4].

Suivant un rapport d'évaluation spécifiquement engagé en 2010 par les inspections générales pour accompagner la création des ARS[5], plusieurs fonds persistaient encore au niveau national :

- le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS et FNPEISA[6]) ;
- le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FQCS) ;
- le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

---

[1] Ex-missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC)

[2] Une partie des directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les missions régionales de santé (MRS) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

[3] Ex-missions d'intérêt général

[4] Voir notamment l'annexe 4 de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM sur la période 2023-2027

[5] *Rapport sur les fonds d'assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS et FMESPP)*, IGAS-IGF, juillet 2010

[6] Fonds relevant spécifiquement du champ de la mutualité sociale agricole (MSA).

Le maintien de ces fonds soulevait plusieurs difficultés, qui ont justifié la création d'un « fonds d'intervention régional » :

- une déconcentration affichée pour le volet régional des fonds, associée dans les faits à une très faible marge de manœuvre pour les directeurs généraux d'ARS, soit en raison du maintien d'un avis conforme au niveau des conseils nationaux pour le pilotage des fonds, soit en raison d'habitudes de travail (à titre d'exemple, l'ensemble des décisions relevant du FMESPP pour l'accompagnement sur le volet des ressources humaines et des aides à l'investissement étaient prises par l'administration centrale) ;
- le maintien de doublons liés à la coexistence de financement parallèles, par exemple pour les réseaux de santé (actuels dispositifs d'appui à la coordination -DAC), estimés à hauteur de 5 M€ dans l'étude d'impact présentée en PLFSS 2012 ;
- les très faibles marges de manœuvre effectives des crédits régionaux, au vu de l'empilement de dispositifs historiques, et de la multiplication de priorités définies au niveau national.

La création du fonds d'intervention régional (FIR), par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2012, vise, dès lors, à regrouper au sein d'une enveloppe globale l'ensemble de ces dépenses, sous la responsabilité des directeurs généraux des ARS, et à supprimer les instances nationales d'orientation des fonds. Le fonds d'intervention régional intègre par ailleurs une partie des dépenses de prévention relevant du programme 204, ainsi qu'un périmètre de missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) relevant de thématiques proches[7]. Bien que le regroupement ait permis de rationaliser les sources de financement et d'en accroître la flexibilité d'utilisation, il n'a pas pour autant surmonté certaines difficultés structurelles (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 2 : Les difficultés structurelles des fonds d'assurance maladie identifiées en 2010

Le rapport sur les fonds d'assurance maladie de 2010 identifiait des difficultés structurelles pour ces fonds, qui portaient sur les points suivants :

- l'empilement de dispositifs expérimentaux dans le champ de la prévention et de la qualité des soins, sans capacité de réaliser une évaluation associée à une analyse médico-économique solide qui permettrait de se prononcer sur la généralisation ou l'abandon du dispositif ;
- la nécessité de piloter certains dispositifs comme les ex-réseaux de santé (dispositifs d'appui à la coordination-DAC), afin d'assurer une couverture géographique cohérente, et un décloisonnement de dispositifs pour toutes les pathologies et publics ;
- la nécessaire visibilité sur les contraintes budgétaires associées à des engagements pluriannuels (la mission de 2010 recommande de retracer cet impact de façon extra-comptable) ;
- la nécessaire révision des critères de répartition entre régions. La répartition des fonds nationaux s'appuie historiquement sur des critères populationnels, sans les confronter aux besoins identifiés par les régions ou à une vision dynamique (vieillissement de la population et tensions prévisionnelles de l'offre de soins).

Source : Mission.

Enfin, la fusion des fonds préexistants est demeurée incomplète. Le FMESPP[8], le FNPEIS et le FNPEISA ont été maintenus sur leur volet national, sur un périmètre d'intervention plus restreint : opérations d'un montant supérieur à 50 M€ HT pour le FMESPP, prise en charge du ticket modérateur pour différents actes de prévention et pilotage des centres d'examens de santé[9] pour le FNPEIS et le FNPEISA.

[7] Permanence des soins en établissement de santé, permanence des soins ambulatoires, centres périnataux, éducation thérapeutique,

[8] Remplacé par le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) en 2021.

[9] Réseau de centres dont les personnels sont salariés par l'assurance maladie, réalisant des examens de prévention en santé destinés à des populations éloignées des soins.

Par ailleurs, la création du FIR n'a pas été associée à la redéfinition d'un modèle de répartition régionale, et la ventilation entre les régions a repris celle des fonds préexistants.

1.2. Les modalités de mobilisation du FIR ont été progressivement simplifiées

Dès sa création, en 2012, une instruction nationale[10] définit un nombre limité d'orientations prioritaires annuelles associées au FIR. Seule l'une d'entre elles, relative aux projets pilotes de télémédecine, fait référence à des montants spécifiques et à des objectifs chiffrés (5 M€ pour 9 projets pilotes). **L'instruction définissant les priorités annuelles s'est progressivement développée pour mentionner un nombre croissant de thématiques prioritaires jusqu'en 2022. Elle été remplacée par l'inscription de priorités régionales dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre les ARS et le secrétariat général des ministères sociaux.**

Par ailleurs, les crédits mobilisés par le FIR relevaient initialement de différents sous-objectifs de l'ONDAM. Dès la LFSS pour l'année 2014, **l'ensemble des dépenses engagées au titre du FIR sont regroupées au sein d'un sous-objectif spécifique** (7ème sous-objectif, puis 5ème sous-objectif à partir de la LFSS 2017). Cette vision agrégée a vocation à renforcer la lisibilité sur l'évolution des montants qui lui sont consacrés, mais présente encore certaines limites (cf. annexe III).

Enfin, les modalités de gestion opérationnelles du FIR sont simplifiées par l'article 56 de la LFSS pour 2015. L'évaluation de la mise en œuvre de ce nouveau fonds[11] a en effet souligné la complexité de gestion associée au choix initial de positionner les ARS comme ordonnateurs de l'ensemble des dépenses, mais de maintenir le paiement de plus de 90 % des dépenses par l'assurance maladie. La répartition des fonctions, présentée dans le tableau 1, représentait une complexité particulière, ce d'autant que plusieurs CPAM étaient mobilisées au titre de leurs compétences antérieures. De surcroît, une telle répartition des missions limitait la capacité de procéder à des reports de crédits, et limitait de fait la souplesse de gestion pour les agences régionales de santé.

Tableau 1 : Répartition des compétences du FIR avant 2016

Mission	Engagement	Liquidation	Paiement
PDSES	ARS	CPAM	CPAM
PDSA	ARS	ARS/CPAM	CPAM
Ex-FIQCS	ARS	ARS	CPAM
Ex-FMESPP	ARS	ARS	CPAM
Prévention, santé publique et sécurité sanitaire	ARS	ARS	ARS
MIG et AC	ARS	ARS	CPAM
GEM et MAIA	ARS	ARS	ARS

Source : mission d'après l'« Evaluation du dispositif relatif au fonds d'intervention régional et de son utilisation par les agences régionales de santé », IGAS, mars 2014

A compter du 1er janvier 2016, les ARS disposent de la responsabilité sur la gestion comptable et financière du FIR ainsi que sur l'ensemble des paiements associés, à l'exception de certains montants versés à titre individuel aux professionnels de santé, définis par voie conventionnelle entre l'ARS et les CPOM, notamment au titre de la permanence des soins. **Depuis 2016, les ARS assurent la gestion du FIR au sein d'un budget annexe à leur budget principal,**

[10] Circulaire N° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

[11] *Evaluation du dispositif relatif au fonds d'intervention régional et de son utilisation par les agences régionales de santé*, IGAS, mars 2014

permettant de suivre les recettes et dépenses associées, et de reporter une partie des crédits non consommés sur l'exercice suivant (plafonné à 5 % des autorisations d'engagement annuelles, 3 % depuis 2023).

Les marges de manœuvre des ARS sont complétées par la possibilité qui leur est ouverte de transférer une part de leur dotation annuelle de financement (DAF)[12] vers le FIR, et inversement, dans une limite déterminée par arrêté, et ne pouvant représenter plus de 1 % de chacune des dotations (article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale).

2. L'hétérogénéité des missions financées par le FIR, présente dès sa création, perdure à ce jour

Le regroupement de financements préexistants dans un fonds unique, et les différentes évolutions du périmètre du FIR depuis sa création conduisent à **une hétérogénéité importante de la nature des dépenses du FIR, entre des dépenses dites « de guichet » payées directement à des professionnels de santé ou à des structures au vu de données d'activité constatées, le financement de structures pérennes, l'incitation au développement de projets et d'expérimentations et au déploiement de mesures en situation d'urgence.**

2.1. Les financements dédiés aux établissements de santé composent la grande majorité du FIR depuis sa création

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé représentaient près de la moitié du FIR en 2012, et 80 % de l'enveloppe en 2013. Ce poids prépondérant s'explique par deux facteurs principaux (cf. tableau 2) :

- l'importance du financement associé à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES), qui représente 23 % du FIR en 2013 ;
- le transfert de 1,7 Md€ de MIGAC complémentaires (dont 1 Md€ d'aides à la contractualisation) en LFSS pour l'année 2013.

[12] Dotation forfaitaire rémunérant les activités de soins médicaux et de réadaptation et de psychiatrie notamment

Tableau 2 : Répartition des missions du FIR en 2013

Mission	Anciennes enveloppes	Montant budgété 2013 (M€)	Part du FIR 2013 (%)
Permanence des soins	PDSA	926	28 %
	PDSES		
Amélioration de la qualité et de la coordination des soins	FIQCS	626	19 %
	CAQOS transports (VSL)		
	MIG équipes mobiles de soins palliatifs		
	MIG soins palliatifs pédiatriques		
	MIG structures adolescents		
	MIG équipes de liaison en addictologie		
	MIG télésanté		
	MIG cancérologie		
	MIG équipes mobiles de gériatrie		
	MIG consultation mémoire		
Modernisation, Performance et amélioration des conditions de travail	FMESPP	1322	40 %
	Aides à la contractualisation		
Prévention et santé publique	Programme 204 Etat	359	11 %
	Fonds de prévention assurance maladie		
	MIG CDAG (actuels CeGIDD)		
	MIG ETP		
	MIG psy / assistants sociaux		
	MIG COREVIH		
Personnes âgées et handicapées	MAIA	85	3 %
	GEM		
	PAERPA		

Source : Mission, d'après l'« Evaluation du dispositif relatif au fonds d'intervention régional et de son utilisation par les agences régionales de santé », IGAS, mars 2014

Ces financements hospitaliers ont été complétés en 2022 par le transfert complémentaire de sept MIG[13] représentant 346 M€, puis de trois MIG supplémentaires en 2025[14] pour 27 M€.

L'élargissement du périmètre FIR entre 2013 et 2024 conduit à une évolution du poids de chaque thématique :

- Prévention / mission 1 : de 11 % à 18,4 % des dépenses entre 2013 et 2024 ;
- Coordination sanitaire et médico-sociale / mission 2 : de 19 % à 33 % ;
- Permanence des soins / mission 3 = de 28 % à 23,7 % ;
- FMESPP et aides à la contractualisation / mission 4 : de 40 % à 23,7 %.

En conséquence, les financements dédiés aux établissements de santé diminuent de 80 % à 61 % du FIR (cf. annexe II).

[13] Les MIG concernées sont la permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique (MIG U02), les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières (MIG U01), les observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) mentionnés à l'article R.1413-90 du code de la santé publique (MIG H01), les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) mentionnés à l'article R.1413-83 du code de la santé publique (MIG H03), les consultations post accident vasculaire cérébral (MIG P11 et V03), et la nutrition parentérale à domicile (MIG P06).

[14] Les centres régionaux de pathologie professionnelles et environnementales (CRPPE) (MIG F10), le transport bariatrique (MIG Q04), les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage (MIG F03).

Plusieurs objectifs cités par les administrations centrales et les ARS, parfois divergents, expliquent ces transferts successifs de MIGAC :

- en premier lieu, le levier budgétaire du FIR est mobilisé en complément des autres leviers à la main de l'ARS pour une politique publique donnée. A titre d'exemple, l'ARS établit le schéma régional de PDSES au sein du schéma régional de santé, qui détermine les lignes de garde et d'astreinte des établissements de santé servant de fondement à la rémunération de ces structures ;
- en deuxième lieu, la gestion de certaines missions sur une enveloppe budgétaire fermée peut avoir vocation à inciter l'ARS à mobiliser des leviers de régulation de dépenses dynamiques (PDSES, équipes mobiles, éducation thérapeutique du patient) ;
- en troisième lieu, la bascule d'un financement par dotation hospitalière vers le FIR peut s'accompagner d'une redéfinition du maillage territorial de certaines activités, et d'un élargissement des bénéficiaires à d'autres structures, par exemple de statut associatif ou des acteurs des soins de ville (cf. annexe V) ;
- enfin, l'élargissement du volume global du FIR peut, dans certaines conditions, permettre aux ARS de disposer de marges de manœuvre accrues pour réorienter des crédits vers certaines activités.

La portée de ces deux dernières motivations, rappelée par les circulaires d'orientations du FIR[15], est limitée par le degré d'encadrement maintenu, pour certaines missions, par les cahiers des charges nationaux, ainsi que par la mise à disposition des modélisations nationales auprès des bénéficiaires (cf. annexe II).

Enfin, le FIR peut aussi intervenir auprès des établissements de santé via des aides à l'investissement attribuées hors plans nationaux ou en complément de ceux-ci.

2.2. L'ARS finance via le FIR un périmètre large de structures régionales

Les transferts successifs de missions conduisent l'ARS à financer plusieurs types d'intervenants régionaux sur le FIR.

Tout d'abord, **le FIR finance ou cofinance des structures de prévention ou de soins intervenant auprès de populations ou sur des risques spécifiques** : centres de lutte antituberculose (CLAT), centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centres de vaccination, centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), permanence d'accès aux soins de santé (PASS), groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Une partie de ces dispositifs d'accès aux soins faisait l'objet d'un cofinancement historique, soit avec les collectivités territoriales, soit avec l'assurance maladie. Plusieurs réformes successives ont conduit à transférer l'intégralité des leviers de financement à l'ARS (sur le FIR), notamment dans l'objectif de simplifier le pilotage de ces structures :

- soit par recentralisation de missions auparavant cofinancées par des collectivités territoriales, organisée en LFSS 2015 pour les CeGIDD, en LFSS 2019 pour les CLAT, et en LFSS 2026 pour les centres de vaccination ;
- soit par une nouvelle répartition des missions entre les CRCDC et le réseau de l'assurance maladie pour l'organisation des dépistages organisés du cancer (LFSS 2023).

[15] Voir notamment l'extrait de la circulaire N° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : *« Même si les dépenses prises en charge par le FIR ne constituent plus des dépenses de MIG, vous pourrez néanmoins vous référer aux principes énoncés dans le guide relatif à la contractualisation des dotations finançant les MIG »*

A titre complémentaire, **le FIR finance des structures de coordination ou d'appui aux structures et professionnels, ou d'appui au pilotage pour les ARS** (structures dites « de seconde ligne »). Ces structures portent sur plusieurs volets, s'additionnant pour certaines au cours du temps :

- les observatoires régionaux de santé (ORS) et centres régionaux d'études, d'actions et d'information (CREAI) dans les champs sanitaire et médico-social ;
- les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) pour l'accompagnement au bon usage des produits de santé ;
- les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) ;
- les associations promotion santé (ex-instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé) dans le champ de la prévention et promotion en santé ;
- les comités de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (CoreVIH) dans le champ de la santé sexuelle ;
- les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes et dispositifs spécifiques régionaux (cancérologie et périnatalité), dans le champ des soins de ville.

Enfin, le FIR finance un tissu associatif au niveau régional, principalement pour engager des actions dans le champ de la prévention et dans une moindre mesure dans le secteur médico-social (cf. annexe III). Ces associations sont financées soit par le biais de conventions annuelles ou pluriannuelles, soit par le biais d'appels à manifestation d'intérêt sur des thématiques identifiées comme prioritaires par les ARS.

2.3. Le FIR coexiste avec de nouveaux leviers de financement d'innovations et de décloisonnement des interventions

Un des apports du FIR, repris des expérimentations financées sur le FIQCS, consiste en sa capacité à financer des coopérations entre soins de ville, structures hospitalières, secteurs social et médico-social de façon décloisonnée, soit par la rémunération d'actes partagés, soit en identifiant une fonction de coordination entre professionnels de santé.

De ce fait, **l'ARS peut financer des innovations et des expérimentations, qu'elles soient d'initiatives régionales** (ex. médico-bus en Occitanie pour permettre un accès aux soins de premier recours à certaines populations rencontrant des difficultés de transport en Lozère)**, ou pilotées par des instructions nationales** (ex. projets pilotes télémédecine à partir de 2012, fonds d'accompagnement à la transformation des établissements ou services d'aide par le travail (FATESAT) à partir de 2022).

Ce positionnement singulier du FIR évolue progressivement, sur deux volets distincts :

- la LFSS pour l'année 2017 prévoit la création d'un « fonds tabac » (progressivement élargi sur l'ensemble des addictions depuis 2022), dont un volet régional abonde le FIR de façon spécifique. Ce fonds permet le lancement et l'évaluation d'expérimentations au niveau national, et le suivi d'actions pilotées sur leur volet régional ;
- le dispositif d'expérimentation « article 51 » crée un dispositif parallèle de financement d'expérimentations territoriales (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 3 : Articulation du FIR avec les expérimentations « article 51 »

L'article 51 de la LFSS pour l'année 2018 prévoit le financement par l'assurance maladie, via le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), de nouvelles modalités d'organisation et de financement des prises en charge, sélectionnés et évalués suivant des modalités spécifiques au niveau national. Ce dispositif a permis l'accompagnement de 158 expérimentations depuis son lancement, dont 30 ont fait l'objet d'une évaluation favorable à une transposition dans le droit commun[16]. L'article 46 de la LFSS pour 2024 crée la notion de « parcours coordonnés renforcés » (article L.4012-1 du code de la santé publique), afin d'accompagner la part majoritaire des expérimentations qui financent des forfaits de parcours et des temps de coordination. Un arrêté ministériel détermine les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par la rémunération forfaitaire et son montant. Le forfait est versé à une structure responsable du parcours, qui coordonne les interventions des professionnels du parcours et assure la responsabilité des actions conduites à ce titre.

Le FIR peut être mobilisé pour accompagner une partie du financement des actions pendant la durée de l'expérimentation article 51. Certaines expérimentations article 51 peuvent être accompagnées par le FIR à l'issue d'une évaluation défavorable à leur généralisation, notamment sur le fondement d'une évaluation médico-économique défavorable.

En parallèle du déploiement progressif de ces parcours coordonnés renforcés, n'a pas été redéfini.

Source : Mission.

Enfin, le FIR peut également être mobilisé pour amorcer de nouveaux projets notamment dans le champ de l'offre de soins, en amont d'un financement dans le champ des conventions signées avec l'assurance maladie, notamment pour la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et de centres de santé, et pour le lancement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS, cf. annexe VI pour une analyse plus détaillée).

2.4. Le FIR est mobilisé pour accompagner les situations d'urgence auxquelles sont confrontés les acteurs sanitaires et médico-sociaux, et de manière marquée depuis la crise Covid

Dès sa création, le FIR est identifié comme un outil à la main de l'ARS, permettant d'accompagner les établissements de santé ou médico-sociaux qui rencontrent des difficultés de fonctionnement temporaires ou plus structurelles, au titre d'aides en trésorerie ou d'aides à la contractualisation.

Depuis la crise sanitaire liée à la COVID-19 sur la période 2020-2022, la capacité du FIR à intervenir dans des délais courts et sur des objets variés a été largement mobilisée, sur le fondement de sa participation aux *« actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles »* (article R.1435-16 du code de la santé publique). A ce titre, le FIR a été mobilisé sur de nombreux versants de la gestion de crise en 2020 (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Emploi des crédits consacrés à la gestion de crise sanitaire en 2020

Emploi des crédits	Autorisations d'engagement (M€)
Centres Covid et opérations de dépistage	38,0
PDSA et PDSES	30,7
Actions de contact tracing	28,0
Achat d'équipements de protection individuelle et de masques	25,6
Dispositifs exceptionnels d'indemnisation des professionnels de santé libéraux	16,6
Amélioration des systèmes d'information et de l'équipement	15,3

[16] Rapport au Parlement 2025 sur les expérimentations innovantes en santé

Emploi des crédits	Autorisations d'engagement (M€)
Renforts au Samu par les associations agréées de sécurité civile	11,3
Primes aux étudiants infirmiers et aides-soignants	11,0
Surcoûts liés au transport sanitaire	10,8
Dépenses spécifiques aux territoires ultra-marins	8,0
Dépenses liées aux transferts de patients	7,1
Dispositifs d'accompagnement des personnes vulnérables	6,7
Communication de crise	6,6
Opérations spécifiques à certains territoires (hors Outre-mer)	6,1
Dépenses de fonctionnement liées à la crise sanitaire	5,3
Achat de respirateurs	3,8
Autres dépenses	18,9
Total	**250**

Source : Mission d'après le rapport d'activité 2020 et les données issues du dialogue de gestion réalisé avec les ARS

A partir de 2021, ces financements font l'objet d'une identification spécifique dans les arrêtés de délégation de financement aux ARS. Plusieurs priorités nationales sont identifiées : campagne de vaccination COVID (financement des surcoûts liées aux centres de vaccination), stratégie « Tester-Alerter-Protéger », coordination des soins pour le COVID long. Les montants engagés sur les priorités nationales sont spécifiquement retracés dans la nomenclature du FIR (cf. tableau 4 infra).

Tableau 4 : Montant délégué et engagé par le FIR sur la gestion de crise sanitaire sur la période 2020-2022

Année	Montant délégué par arrêté (M€)	Montant engagé par le FIR (M€)
2020	367 M€[17]	250 M€[18]
2021	415 M€	421 M€
2022	207 M€	220 M€

Source : Mission, d'après les arrêtés fixant le montant des crédits FIR, rapports d'activité FIR

Depuis cette période, le FIR a été mobilisé pour intervenir dans des délais courts afin d'accompagner un secteur d'activité, en anticipation ou en complément d'autres leviers d'intervention au niveau national. Deux lignes spécifiques mobilisées sur le FIR en 2023 et 2024 (190 M€ et 90 M€) ont été mobilisées dans le champ des transports sanitaires, pour assurer une continuité avec les revalorisations tarifaires prévues dans les négociations conventionnelles avec l'assurance maladie (fin 2023 et début 2025). Dans le champ de l'autonomie, un « fonds d'urgence » spécifique est créé en 2024, prolongé en 2025, afin d'accompagner les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont la situation financière est critique. Les aides à la trésorerie mobilisées sur le FIR auprès des établissements de santé augmentent par ailleurs de façon tendancielle (cf. annexe V).

[17] Enveloppe non fléchée, estimée par différentiel entre l'arrêté de dotation initial et le dernier arrêté fixant le niveau de financement du FIR pour l'année 2020

[18] Engagements estimés à partir des données issues du dialogue de gestion entre le ministère et les ARS en 2020.

2.5. Le FIR permet de financer des actions adaptées aux spécificités des Outre-Mer, principalement en prévention et au titre de la réserve sanitaire

Les territoires ultra-marins conduisent plusieurs actions spécifiques liées à la situation épidémiologique des territoires (exposition de la population à certaines maladies contagieuses et à des maladies vectorielles[19], enjeux de santé-environnement : métaux lourds, chlordécone, sargasses), et aux difficultés relatives à l'organisation des soins (mobilisation de la réserve sanitaire, transports sanitaires adaptés au territoire). Les ARS accompagnent les suites de situations sanitaires exceptionnelles, comme les suites du cyclone Chido à Mayotte en décembre 2024.

L'impact de ces spécificités sur les coûts engagés par le FIR peut être retracé par plusieurs vecteurs. Certaines dépenses sont associées à des destinations spécifiques dans la nomenclature du FIR (vaccination, lutte anti-vectorielle, santé-environnement, situations sanitaires exceptionnelles). Les régions d'Outre-mer représentent 28 % des dépenses associées à ces missions, soit un montant très supérieur à leur poids sur l'enveloppe globale du FIR (5 %, cf. annexe II).

Le poids associé à certaines destinations correspond à l'ampleur des actions décrites par les équipes des ARS rencontrées par la mission (ex. campagnes de vaccination d'ampleur engagées par l'ARS à Mayotte contre l'hépatite A, la typhoïde, la grippe et le choléra[20]). Il convient de souligner que les montants très limités des dépenses engagées sur certaines destinations (ex. lutte antivectorielle en Martinique) peuvent conduire à penser que l'ensemble des dépenses liées à ces missions ne sont pas affectées de façon uniforme dans la nomenclature du FIR.

De plus, la destination « prévention des risques liés à l'environnement extérieur » (1-2-19) intègre, en Guadeloupe et en Martinique, les actions liées au plan chlordécone IV (2021-2027), notamment la mise en place d'un dispositif pour doser la chlordécone dans le sang (chlordéconémie).

[19] Zika, chikungunya, dengue

[20] Arrêté du 13 décembre 2023 relatif à l'organisation d'une campagne de vaccination contre le choléra, la typhoïde et les virus de la poliomyélite et de l'hépatite A à Mayotte

Tableau 5 : Dépenses engagées sur plusieurs destinations du FIR en Outre-Mer en 2024, et part des dépenses engagées au niveau national

Destination	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Mayotte	La Réunion	Total Outre-mer	% national
1-2-3 : vaccination (compétences sanitaires recentralisées)	0,2 M€	3,1 M€	0,6 M€	2 M€	0,2 M€	6,2 M€	26 %
1-2-4 : vaccinations (autres activités)	0,1 M€	0,4 M€	-	0,1 M€	-	0,6 M€	33 %
1-2-6 : dispositif de lutte anti-vectorielle	0,1 M€	7,8 M€	0,07 M€	0,1 M€	1,1 M€	9,2 M€	58 %
1-2-17 : prévention des risques liés à l'environnement (protection des eaux)	0,05 M€	0,7 M€	0,06 M€	0,05 M€	0,05 M€	0,9 M€	44 %
1-2-19 : prévention des risques liés à l'environnement (environnement extérieur)	1,2 M€	0,5 M€	2 M€	0,5 M€	0,2 M€	4,4 M€	25 %
1-4-1 : prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles	0,08 M€	0,01 M€	0,2 M€	1,8 M€	0,3 M€	2,4 M€	13 %
Total	**1,9 M€**	**12,5 M€**	**3 M€**	**4 ,6 M€**	**1,8 M€**	**23,8 M€**	**28 %**

Source : Mission, d'après la base de données HAPI.

De plus, les surcoûts associés à la mobilisation de la réserve sanitaire dans les territoires ultramarins peuvent être retracés par le biais des versements réalisés via le FIR auprès de Santé publique France, qui assure la gestion de cette mission au niveau national. En 2024, les régions d'Outre-mer représentent 94 % des montants mobilisés au titre de la réserve sanitaire, essentiellement à Mayotte et en Guyane (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 6 : Dépenses engagées au titre de la réserve sanitaire sur le FIR en 2024

Région	Montant 2024 (M€)	% total national
Bourgogne-Franche Comté	0,4	2 %
Guyane	7,4	35 %
Martinique	0,3	1 %
Mayotte	12	57 %
Pays de la Loire	0,8	4 %
Total	**20,9**	**100 %**

Source : Mission, d'après la base de données HAPI. Note : les régions qui n'apparaissent pas dans ce tableau n'ont aucune dépense au titre de la réserve sanitaire.

En miroir, les financements dédiés à la permanence des soins (mission n°3), sont plus faibles en Outre-mer que dans le reste du territoire : les DROM ne représentent que 2 % des dépenses de permanence des soins, contre 5 % de l'enveloppe FIR totale.

Lors d'échanges ciblés avec les ARS d'outre-mer, ces dernières ont mis en avant plusieurs autres dépenses spécifiques à leurs territoires, qui ne sont pas spécifiquement identifiées dans la nomenclature du FIR :

- pour la Guyane :
  - stratégie « métaux lourds » : dépistage de l'exposition des femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans au mercure et au plomb, non remboursé par l'assurance maladie en examens de ville (1,2 M€ en 2024) ;
  - transports sanitaires adaptés à l'atteinte de communes isolées, « pirogues sanitaires » (0,2 M€) ;
  - dans une moindre mesure, différents dispositifs : conventionnement temporaire avec l'université pour financer le recrutement de professeurs des universités pour l'universitarisation du centre hospitalier de Guyane (0,5 M€), rapatriement des corps des patients faisant l'objet d'une évacuation sanitaire vers l'hexagone (EVASAN) et décédés pendant leur période de soins (moins de 0,1 M€) ;
- pour Mayotte :
  - la mobilisation d'évacuations sanitaires (EVASAN), de façon prioritaire vers la Réunion (montant estimé à 6-8 M€ annuels) ;
  - l'engagement d'une mobilisation exceptionnelle de 7 M€ après le cyclone Chido (50 % liés à la gestion de crise, 50 % pour accompagner la relance d'actions au niveau local) ;
- pour la Réunion : la gestion de l'épidémie de chikungunya en 2025 (non retracée dans les actions ci-dessous au titre de 2024) représentent 4,7 M€ au titre de la lutte antivectorielle, et 4,99 M€ au titre de la campagne de vaccination ;
- pour la Martinique et la Guadeloupe, dans une moindre mesure, la contribution au plan d'action interministériel contre les sargasses (mesures d'exposition de la population, surveillance sanitaire, communication).

Les actions spécifiques aux régions ultramarines présentées ci-dessus peuvent être estimées à hauteur de 60 à 70 M€[21] suivant les années, soit 10 % de leur dotation globale (Cf. tableau 7).

Tableau 7 : Actions spécifiques aux régions ultramarines financées par le FIR en 2024

Action spécifique	Montant 2024 (M€)
Vaccination (hors chikungunya)	6
Lutte antivectorielle	9
Chlordécone	4
Situations sanitaires exceptionnelles autres	2
Réserve sanitaire	20
Dispositifs spécifiques en Guyane	2
Dispositifs spécifiques à Mayotte (EVASAN, Chido)	15
Total	**59**

Source : Mission, d'après la base de données HAPI.

[21] Fourchette liée aux variations et imprévus : à titre d'exemple, le coût associé à la gestion de l'épidémie de chikungunya à la Réunion représente 10 M€ en 2025, il n'est pas intégré dans le récapitulatif des coûts engagés en 2024

Encadré 2 : Le FIR pourrait accentuer son soutien à la transition écologique du secteur de la santé

L'empreinte carbone du système de santé est évaluée à environ 8 % des émissions nationales[22]. La transformation écologique du secteur sanitaire et médico-social fait partie des travaux initiés dans le cadre de la planification écologique nationale lancée en 2022, à travers une feuille de route ministérielle présentée en 2023. Les ARS participent à ces travaux et siègent au comité de pilotage de la planification écologique dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Budget d'intervention des ARS, le FIR est par conséquent un levier potentiel d'investissements territoriaux dans la transition écologique du secteur de la santé. Il souffre cependant d'un manque d'impulsion nationale sur le sujet qui rend marginal le montant des investissements concernés.

Deux types d'interventions cofinancées par le FIR intègrent les enjeux environnementaux :

- le projet régional santé environnement (PRSE), qui est une déclinaison du quatrième plan national santé environnement et qui est élaboré par l'ARS, le préfet de région et le conseil régional ;
- les aides à l'investissement des établissements sanitaires et médico-sociaux, qui intègrent pour partie un volet relatif à la transition énergétique des établissements.

Les montants mobilisés pour le PRSE représentent une très faible part du FIR (en moyenne 0,4 % des dotations régionales annuelles[23]). Les actions santé-environnement financées par le FIR sont en effet des dispositifs de faibles montants dédiés à la prévention des risques liés à l'environnement (protection des eaux ; habitat, milieux intérieurs ; environnement extérieur) et rattachés à la mission 1. Les dispositifs correspondent à des actions hétéroclites conduites de façon partenariale avec au moins une collectivité territoriale (cf. *Moyens et gouvernance de la politique de santé environnement*, rapport de l'Igas, 2022).

De manière assez similaire, les instructions nationales pour la mise en œuvre du Ségur de l'investissement[24] n'inscrivent pas les enjeux de transition écologique dans les priorités à prendre en compte et **les aides à l'investissement du FIR qui intègrent un volet relatif à la sobriété énergétique des établissements sont modiques.** Elles représentent par exemple 137 000 € en 2025 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, pourtant dotée de 600 M€ au titre du FIR. Le rapport de l'IGAS sur la transition énergétique des établissements de santé[25] signale ainsi que *« la transition écologique n'a pas non plus constitué en régions un critère déterminant dans la sélection des projets d'investissement par les ARS […]. En conséquence, selon un recensement effectué par la direction générale de l'offre de soins en 2023, le développement durable ne constituait l'un des objectifs prioritaires des projets d'investissement sanitaire que pour 93 projets sur 832 ».*

Certaines ARS s'auto-saisissent tout de même du sujet de la transition écologique du système de santé et utilisent le FIR pour financer des initiatives engagées au niveau régional. L'ARS d'Île-de-France a ainsi lancé un appel à projets visant à accompagner les établissements de santé franciliens dans la réduction de l'empreinte environnementale du parcours chirurgical, en particulier au bloc opératoire. Neuf projets ont été retenus parmi quinze présélectionnés, pour un montant de dotation de 200 000 €. Certaines ARS, dont celles des régions d'Île-de-France et d'Auvergne-Rhône-Alpes, cofinancent par ailleurs la présence d'un conseiller en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) afin d'accompagner les établissements dans l'amélioration de leur performance énergétique. Selon les ARS concernées, le dispositif des conseillers en transition écologique semble avoir démontré son efficacité. La couverture par ce dispositif des établissements de santé et médico-sociaux reste toutefois inégale sur le territoire.

Source : Mission.

---

[22] *Décarboner la santé pour soigner durablement*, rapport du Shift Project, avril 2023.

[23] Selon les données transmises par cinq ARS : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie.

[24] Les accords du Ségur de la santé, signés le 13 juillet 2020, ont donné lieu à un plan d'investissements de 19 Md€ afin d'améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants.

[25] *Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux*, rapport de l'Igas, avril 2024.

ANNEXE II

Montants et répartition régionale des dotations du FIR

SOMMAIRE

1. LA DOTATION DU FIR AUX ARS, QUI S'ÉLÈVE À 5,7 MD € EN 2025, PRÉSENTE UNE CROISSANCE PLUS DYNAMIQUE QUE L'ONDAM SUR LA PÉRIODE 2018-2025, SAUF EN 2024, CORRIGÉE DES EFFETS DE PÉRIMÈTRE....1

1.1. Le montant des dotations du FIR augmente en moyenne de 5,0 % chaque année depuis 2013 1

1.2. Les ressources du FIR, qui ont augmenté de 12 % entre 2022 et 2025, proviennent à plus de 90 % d'une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie....2

1.3. Financé par le cinquième sous objectif de l'ONDAM, la construction budgétaire du FIR repose sur la reconduction d'une base à laquelle s'ajoute un ensemble de mesures nouvelles 3

2. LA RÉPARTITION RÉGIONALE DU FIR REFLÈTE GLOBALEMENT CELLE DE LA POPULATION, MAIS LES ÉCARTS DE DOTATION PAR HABITANT SE SONT ACCENTUÉS DEPUIS 2019 6

2.1. En 2025, l'Île-de-France est la mieux dotée avec 16 % du total tandis que la Corse reçoit la part la plus faible, inférieure à 1 % de l'enveloppe totale, dans un contexte de stabilité de la répartition entre ARS depuis 2019 6

2.2. En 2025, l'écart de dotation régionale par habitant en France hexagonale atteint un quart de la dotation moyenne, laquelle est 2,2 fois inférieure à celle des ARS ultramarines....9

2.2.1. En 2025, l'écart de dotation entre l'ARS la plus et la moins dotée s'élevait à 18 € par habitant en France hexagonale, et la part relative de cet écart dans la dotation moyenne a sensiblement diminué depuis 2019, passant de 26 % à 23 % 9

2.2.2. La dotation par habitant est 2,2 fois plus importante, et augmente près de deux fois plus rapidement, dans les DROM et en Corse qu'en France hexagonale....10

2.3. La péréquation appliquée aux crédits du FIR ne concerne que 0,1 % de son enveloppe et n'est plus opérante depuis 2024 13

2.3.1. Le modèle de péréquation, développé en 2015, avait pour objectif d'équilibrer la répartition de l'enveloppe à horizon de dix ans, en fonction de la population régionale ajustée par trois indicateurs socio-démographiques....13

2.3.2. Les paramètres de la péréquation n'ont pas été mis à jour depuis 2014, ce qui entraine annuellement la reconduction des mêmes montants de crédits 14

3. UN MODÈLE DE PÉRÉQUATION APPLIQUÉ À L'ENSEMBLE DE L'ENVELOPPE ET DES ARS, BASÉ SUR DES INDICATEURS POPULATIONNELS ET DE SANTÉ PUBLIQUE DEVRAIT PERMETTRE DE RÉTABLIR L'ÉQUITÉ TERRITORIALE DANS LA RÉPARTITION DU FIR....14

3.1. Le modèle décrit propose de tenir compte d'indicateurs populationnels tout en assumant une bonification géographique des Outre-Mer et de la Corse 14

3.1.1. Les besoins de santé de la population sont directement liés à la précarité, au vieillissement, et à certaines particularités territoriales 14

3.1.2. Chaque année, les dotations régionales devront être ajustées par un indicateur synthétique afin de suivre les dynamiques territoriales..... 15
3.1.3. La mission propose que la montée en charge soit lissée sur dix ans..... 16
3.2. L'application du modèle de péréquation permettrait de réallouer, dès la première année 26,4 M€ entre les ARS sur la base d'indicateurs populationnels et de santé publique 16

1. La dotation du FIR aux ARS, qui s'élève à 5,7 Md € en 2025, présente une croissance plus dynamique que l'ONDAM sur la période 2018-2025, sauf en 2024, corrigée des effets de périmètre

1.1. Le montant des dotations du FIR augmente en moyenne de 5,0 % chaque année depuis 2013

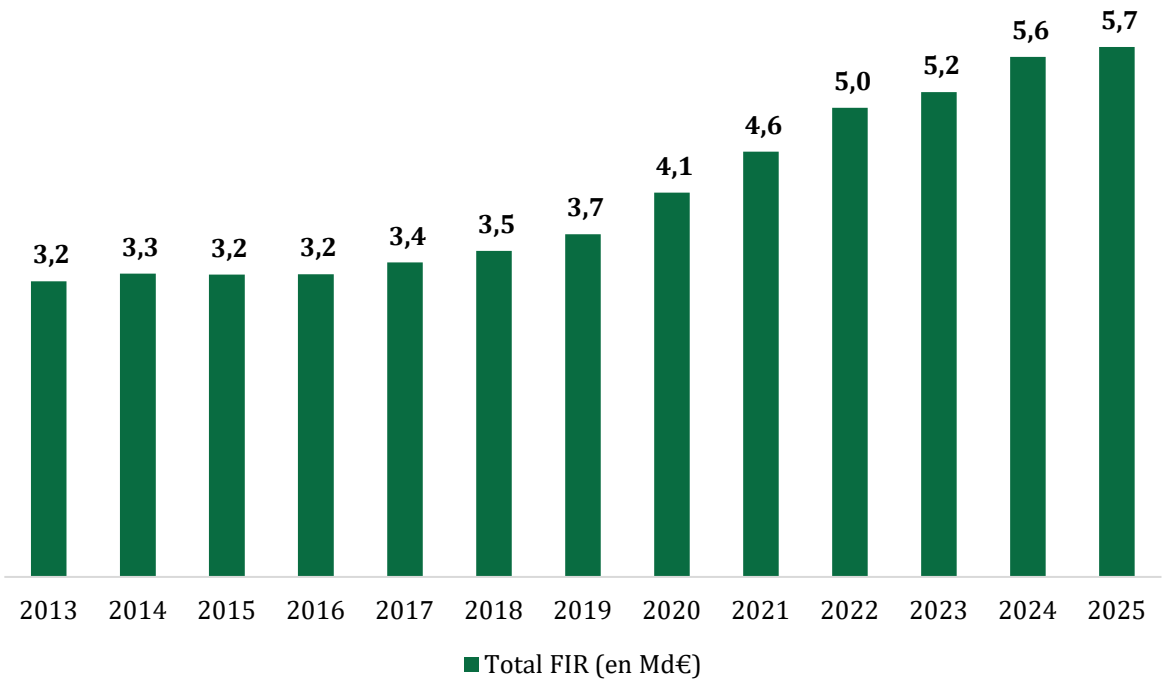
Le fond d'intervention régional (FIR), mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (CSP), est doté d'une enveloppe globale. Son montant est fixé annuellement, conformément aux dispositions de l'article R. 1435-25 du même code, par le ministre chargé des solidarités et de la santé.

Le montant des dotations du FIR a connu une hausse annuelle moyenne de + 5,0 % depuis 2013 pour atteindre 5,7 Md € en 2025 (Cf. graphique 1). L'augmentation du montant des dotations de l'enveloppe du FIR s'est faite en deux séquences et résulte à la fois d'augmentations à périmètre constant et d'élargissements de son champ :

- entre 2013 et 2019 le FIR a connu un taux de croissance annuel moyen de +2,3 % passant ainsi de 3,2 Md € à 3,7 Md € ;
- entre 2019 et 2025, le taux de croissance annuel moyen a presque triplé pour atteindre+ 6,3 % soit une dotation totale qui est passée de 3,7 Md € à 5,7 Md€ en 2025.

Le montant de dotation du FIR atteint un maximum en 2025 avec un total de 5,7 Md €.

Graphique 1 : Dotations du FIR entre 2012 et 2025 en Md €



Source : Mission d'après les derniers arrêtés de dotation du FIR par année considérée.

1.2. Les ressources du FIR, qui ont augmenté de 12 % entre 2022 et 2025, proviennent à plus de 90 % d'une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie

En vertu de l'article L. 1435-9 du CSP, les ressources du FIR sont constituées par :

- **une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé des solidarités et de la santé.** Le CSP précise que le montant de cette dotation prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être révisé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année ainsi que les transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale[1] ;
- d'une dotation de la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** ;
- le cas échéant, **toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires**.

Entre 2022 et 2025, les ressources du FIR ont augmenté de 12 % pour atteindre 5,7 Md € en 2025 (cf. tableau 1). En 2025, les ressources du FIR se décomposaient de la façon suivante :

- **une dotation de l'ONDAM de 5,4 Md €,** montant en hausse de 12 % sur la période 2022-2025 ;
- **une dotation de la CNSA représentant 188 M€**, montant en hausse de 9 % sur la même période, malgré de fortes variabilités sur la période ;
- **une dotation du fonds de lutte contre les addictions de 40 M€,** montant en hausse de 25 % sur la même période ;
- **une dotation de l'Etat de 64 M€ en 2024**, montant en hausse de 45 % depuis 2022 après une baisse de 11 M€ entre 2022 (44 M€) et 2023 (33 M€).

Tableau 1 : Ressources du FIR entre 2022 et 2025 (en M€)

Financeur	2022	2023	2024	2025
ONDAM	4 804	4 849	5 310	5 389
CNSA	173	281	177	188
Fonds de lutte contre les addictions	32	34	39	40
Etat	44	33	48	64
Total	**5 053**	**5 197**	**5 574**	**5 681**

Source : Mission d'après le rapport d'activité du FIR pour 2024 et le dernier arrêté FIR du 12 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. Note : en 2023, l'augmentation CNSA était ponctuelle et due à la mobilisation du FIR à hauteur de 100 M€ pour soutenir les établissements et services médico-sociaux du grand âge[2].

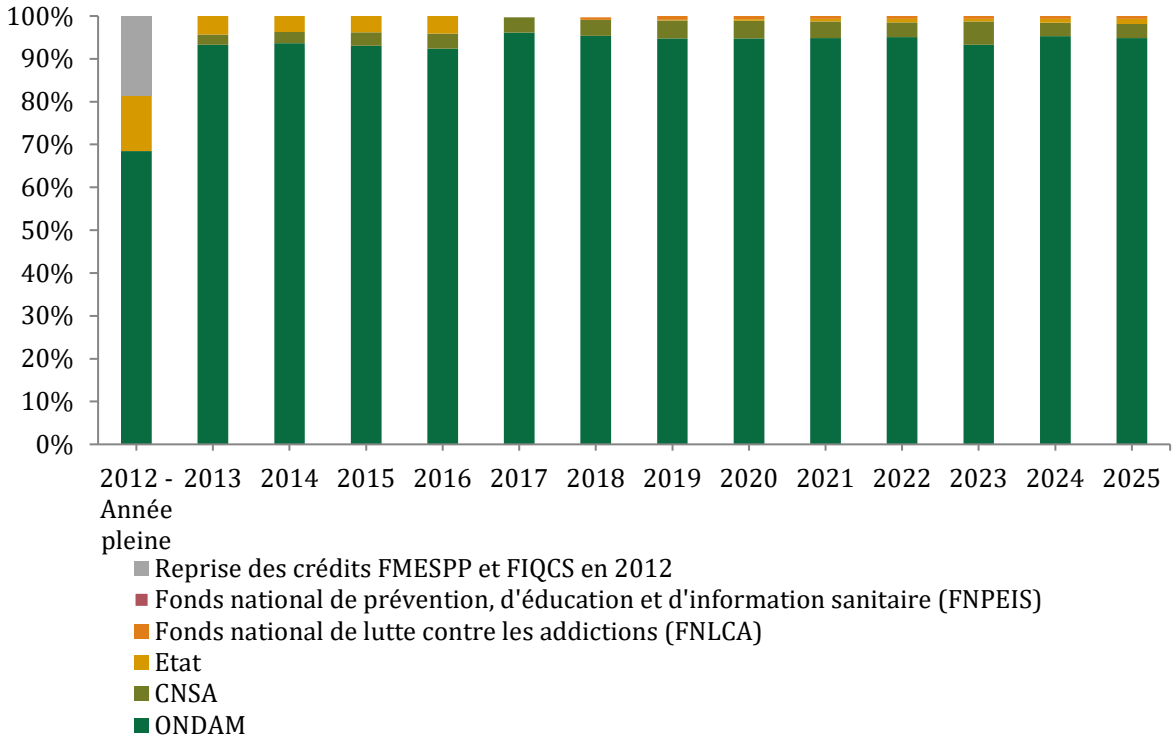
[1] Transferts de la dotation régionale de fonctionnement vers le FIR et inversement dans la limite de 1% de l'enveloppe initiale.

[2] Rapport d'activité FIR pour 2023, page 42.

La répartition des différents financeurs du FIR au sein de l'enveloppe totale est restée stable entre 2013 et 2025, la dotation de l'assurance maladie représentant plus de 90 % des ressources du FIR sur la période (Cf. Graphique 2). La part de l'ONDAM dans les ressources du FIR s'étale de 92 % en 2016 à 96 % en 2025. Le reste de la dotation, qui représente en moyenne 5 % est réparti, en série longue, entre les financeurs dans l'ordre suivant :

- la CNSA pour une part allant de 2 à 5 % ;
- le fonds de lutte contre les addictions (FLCA) pour une part annuelle d'environ 1 % ;
- l'État pour une part d'environ 1 % sur la période ;
- le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) pour moins d' 1 %, uniquement en 2017 et 2018.

Graphique 2 : Répartition des ressources du FIR par financeur entre 2012 et 2025



Source : Mission d'après direction du Budget et le dernier arrêté FIR du 12 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.
Légende : « FMESPP » : fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ; « FIQCS » : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

1.3. Financé par le cinquième sous objectif de l'ONDAM, la construction budgétaire du FIR repose sur la reconduction d'une base à laquelle s'ajoute un ensemble de mesures nouvelles

Le FIR fait partie du cinquième sous-objectif de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce sous-objectif intègre aussi les dépenses liées au soutien à l'investissement pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans le cadre du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

La construction budgétaire de l'enveloppe du FIR repose sur la reconduction pluriannuelle d'une base à laquelle s'ajoute un ensemble de mesures nouvelles et de mesures de périmètre (par exemple, le transfert de missions d'intérêt général (MIG)[3]**).**

D'une part, les mesures nouvelles correspondent aux politiques publiques que le ministère souhaite voir porter à l'échelle régionale par les ARS[4]. Ces mesures sont arbitrées au niveau national puis notifiées aux ARS par le biais de fiches mesures et d'un arrêté de délégation des crédits prévus pour les nouvelles mesures. Depuis 2022, les mesures nouvelles sont notifiées aux ARS, sous la forme de « blocs » thématiques. Ces blocs peuvent rassembler plusieurs mesures nouvelles. Le montant de dotation par ARS et par bloc est ventilé par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), sur proposition des directions d'administration centrale concernées (Cf annexe III).

Sauf exception validée par le conseil national de pilotage (CNP) suite à un arbitrage ministériel, les crédits de l'année N comprennent au moins les crédits reconductibles[5] de l'année N-1. Ainsi, lorsqu'une mesure nouvelle est notifiée par le CNP, si les crédits sont reconductibles, ils sont intégrés à la base de financement pour les années suivantes.

Depuis 2023, 81 mesures nouvelles ont été arbitrées pour un montant de 684 M€ (Cf. tableau 2). Dans le détail :

- 32 mesures nouvelles ont été ajoutées au FIR en 2023 pour un montant de 334 M€ ;
- 12 mesures en 2024 pour un montant de 65 M€ et ;
- 37 en 2025 pour un montant de 285 M€.

Un des grands principes du FIR est la fongibilité théorique de ses crédits (cf. annexe I). Cependant, en 2023, 60 % des crédits associés aux mesures nouvelles étaient dits « sanctuarisés », c'est-à-dire devant être fléchés spécifiquement sur la mesure**. En 2025, les mesures nouvelles notifiées aux ARS sont majoritairement fongibles (87 % des crédits).** Les crédits « sanctuarisés » ne sont jamais reconductibles. A titre d'exemple, en 2025 les mesures nouvelles ont, entre autres, porté sur :

- la revalorisation des astreintes de permanence des soins en établissements de santé pour un montant de 47 M€ ;
- le dépistage et la santé sexuelle pour un montant de 3,5 M€ ;
- des crédits pour la prise en charge en santé mentale pour 15,5 M€ ;
- des retours de mesures vers l'ONDAM pour une baisse du périmètre du FIR de 1,2 M€.

Toutes ces mesures sont reconductibles pour l'année suivante. Certaines mesures nouvelles sont compartimentées entre un compartiment reconductible et un compartiment non reconductible. C'est par exemple le cas de la mesure nouvelle relative aux conditions de travail dans les établissements de santé et médico-sociaux avec 15 M€ reconductibles et 3 M€ non reconductibles.

En 2025, 79 % de l'enveloppe dédiée aux mesures nouvelles est reconductible (soit 226 M€), une part en hausse par rapport à 2024 (7 % des crédits) et 2023 (33 % des crédits).

---

[3] Les missions d'intérêt général (MIG) représentent un sous-segment de l'ONDAM hospitalier (2ème sous-objectif de l'ONDAM). Elles recouvrent des activités des établissements de santé qui ne peuvent être financées à l'activité *« soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné ».*

[4] Les mesures nouvelles peuvent embarquer des « effets prix ». En effet, depuis 2021 des mesures nouvelles sont arbitrées en début d'année pour compenser les revalorisations salariales du Ségur et Ségur pour tous.

[5] C'est-à-dire qu'ils sont reconduits automatiquement, sans nouvelle évaluation, en raison de leur caractère pluriannuel.

En 2025, 99 % de l'enveloppe totale dédiée au FIR est reconductible.

Tableau 2 : Mesures nouvelles notifiées en début d'année aux ARS (en M€)

	2023	2024	2025
Total	**334**	**65**	**285**
Dont fongible	***135***	***12***	***248***
Dont reconductible	*111*	*5*	*226*
Dont non reconductible	*23*	*3*	*22*
Dont sanctuarisé	***199***	***52***	***38***
Dont reconductible	*0*	*0*	*0*
Dont non reconductible	*199*	*47*	*0*
Dont non défini	*0*	*5*	*38*
Nombre de mesures nouvelles	**32**	**12**	**37**

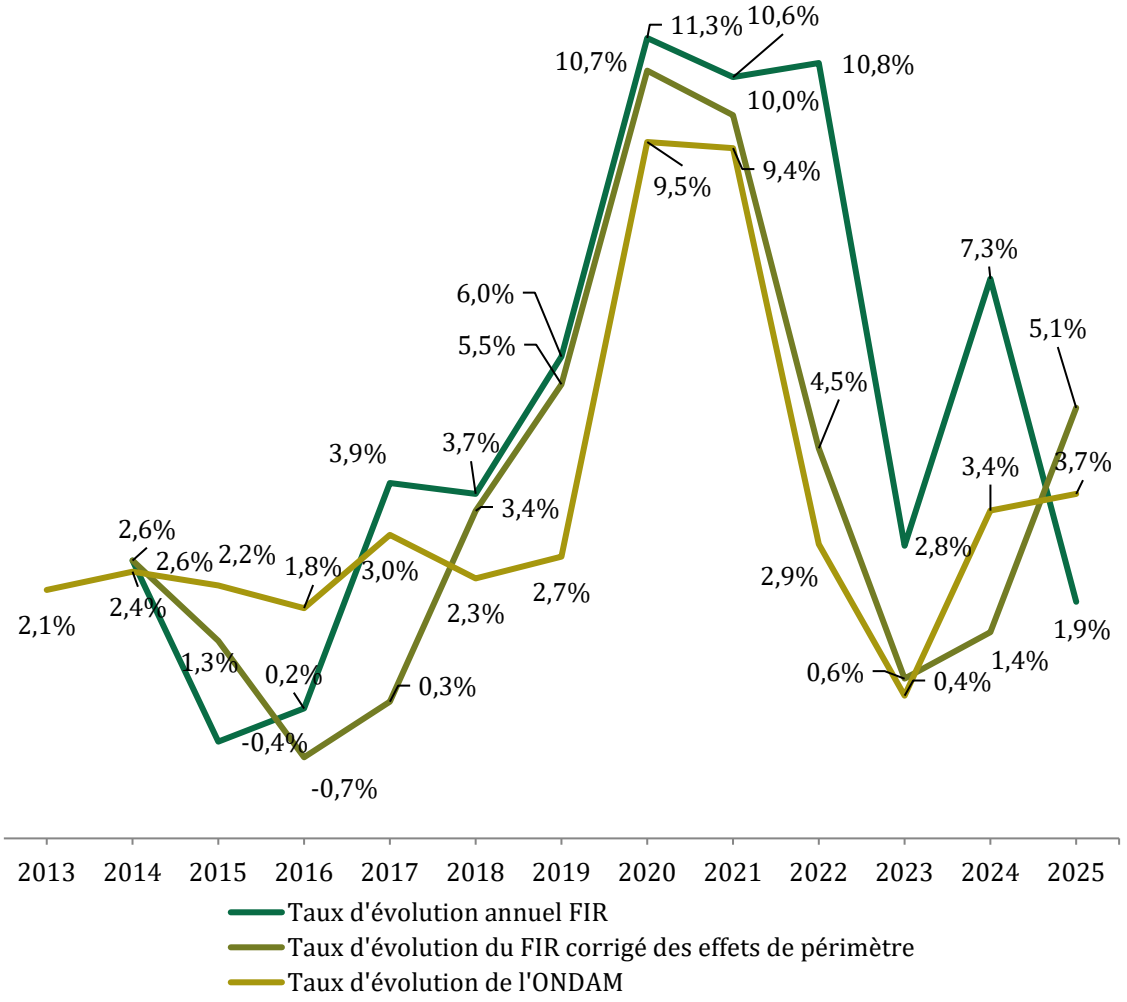
Source : Mission d'après les tableaux de préparation des arrêtés de répartition transmis par le SGMAS. Note : des effets d'arrondis peuvent expliquer que le montant total ne soit pas, à 1 M€ près égal à la somme des mesures nouvelles fongibles et sanctuarisées.

D'autre part, le niveau de dotation du FIR évolue selon des effets de périmètre liés aux changements de financeurs ou de source de financement de certains dispositifs en début d'année ou en cours de gestion. Ces mesures de périmètre ne correspondent pas à de nouvelles politiques publiques mais étendent ou restreignent le périmètre du FIR. À titre d'exemple, quatorze missions d'intérêt général (MIG) ont été transférés au sein du FIR en 2012 et 2013 pour un montant de 1,3 Md€ puis sept MIG ont ainsi été transférées vers le FIR en 2022 pour un montant total de 346 M€, conduisant à une augmentation de 9 % de la surface financière du FIR la même année.

En 2025, le taux de croissance du FIR corrigé des effets de périmètre (5,1 %) est supérieur de 1,4 p.p. à celui de l'ONDAM (3,7 %) et de 3,2 p.p. à celui du FIR (1,9 %) (Cf. graphique 2).

Entre 2018 et 2025, le taux d'évolution du FIR corrigé des effets de périmètre a été supérieur à celui de l'ONDAM, sauf pour l'année 2024 (+1,4 % contre +3,4 % pour l'ONDAM) (cf. graphique 2). L'écart moyen entre le taux de croissance du FIR corrigé des effets de périmètre et l'ONDAM est de 0,9 points de pourcentage (p.p.) sur la période. Dans le détail, entre 2016 et 2018 le taux de croissance de l'ONDAM est successivement passé sous celui du FIR puis sous celui du FIR corrigé des effets de périmètre. Cette tendance ne s'est pas inversée, sauf en 2024, avant de se rétablir en 2025. Par ailleurs, le taux de croissance de l'ONDAM (+3,7 %) est pour la première fois, depuis 2017, supérieur à celui du FIR (+3,0 %) en 2025.

Graphique 3 : Taux d'évolution annuel comparé entre le FIR, le FIR corrigé des effets de périmètre et l'ONDAM entre 2013 et 2025.



Source : Mission d'après correction des effets de périmètre par la Direction du Budget. Note : les mesures de périmètre prises en gestion sont intégrées à partir de 2019.

2. La répartition régionale du FIR reflète globalement celle de la population, mais les écarts de dotation par habitant se sont accentués depuis 2019

2.1. En 2025, l'Île-de-France est la mieux dotée avec 16 % du total tandis que la Corse reçoit la part la plus faible, inférieure à 1 % de l'enveloppe totale, dans un contexte de stabilité de la répartition entre ARS depuis 2019

L'article R. 1435-25 du CSP précise que chaque année, avant le 1er mars, l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 1435-10, fixe, après avis du CNP et des agences régionales de santé, le montant des crédits attribués à chaque ARS. Il précise pour chaque région le montant des crédits mentionnés aux a et b de l'article L. 1435-9. Cette enveloppe budgétaire, abondée par les arrêtés correctifs successifs pris en gestion est, par la suite, déléguée à chaque ARS.

L'Île-de-France dispose de l'ARS la au niveau de dotation le plus élevé, à hauteur de 913 M€ en 2025, soit 16 % de l'enveloppe totale (cf. tableau 3). L'Auvergne-Rhône-Alpes (593 M€) et les Hauts-de-France (516 M€) sont pourvus d'ARS dotés de plus de 500 M€ représentant respectivement 11 % et 9 % de l'enveloppe. Quatre régions comptent une ARS dont la dotation est supérieure à 400 M€ : la Nouvelle-Aquitaine (483 M€), le Grand Est (481 M€), l'Occitanie (464 M€) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (428 M€).

La répartition de l'enveloppe du FIR entre ARS en 2025 suit, au global, la répartition de la population la même année. En effet, la différence entre la part de la dotation d'une ARS dans le total des dotations en 2025 et sa part dans la population totale la même année n'excède pas plus d'un point de pourcentage (en valeur absolue), à l'exception de l'Île-de-France où cet écart est de deux points de pourcentage (16 % de l'enveloppe pour 18 % de la population en 2025).

La répartition de l'enveloppe du FIR entre 2019 et 2025 aboutit, de fait, à une segmentation des ARS en trois groupes, selon leurs niveaux respectifs de dotation :

- l'Île-de-France, dont l'enveloppe regroupe 16 % des crédits ;
- le Grand Est, les Hauts-de-France, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, la Provence-Alpes-Côte d'Azur dont les enveloppes représentent chacune entre 7 % et 11 % de l'enveloppe totale ;
- la Bourgogne-Franche-Comté, la Bretagne, le Centre Val de Loire, la Corse, la Normandie, les Pays de la Loire et les Outre-mer dont les enveloppes représentent chacune moins de 5 % du montant total alloué.

Le montant total de la dotation du FIR, retracé dans le dernier arrêté de dotation pour chaque année considérée, a augmenté de + 55 % entre 2019 et 2025 (Cf. tableau 3). Toutes les ARS ont vu leur dotation augmenter d'au moins 40 % sur la période et la moyenne des taux de croissance de la dotation par ARS est de 58 %. Dans le détail :

- la Guyane (+134 %), la Corse (+72 %) et les Hauts-de-France (+64 %) connaissent les hausses les plus importantes ;
- le Grand Est (+42 %), la Bourgogne-Franche-Comté (+47 %), la Normandie et l'Auvergne-Rhône-Alpes (+48 %) ont les taux de croissance les plus faibles.

Dans le même temps, la part de chaque ARS dans la dotation totale est restée globalement stable dans la mesure où aucune ARS n'a vu la part de sa dotation baisser ou augmenter de plus d'un pourcent du total. Ainsi ;

- Bourgogne-Franche-Comté perd 1 % sur la période ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur et Mayotte (créée en 2020) gagnent chacun un peu moins d'1 %.

Annexe II

Tableau 3 : Dotation du FIR par ARS entre 2019 et 2025.

En M€	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Evolution 2019-2025	Part de la dotation 2019	Part de la dotation 2 025	Part de la population en 2025
Auvergne-Rhône-Alpes	405	432	474	528	546	588	600	*+48 %*	*11 %*	*11 %*	*12 %*
Bourgogne-Franche-Comté	172	188	213	222	227	244	253	*+47 %*	*5 %*	*4 %*	*4 %*
Bretagne	169	195	208	219	237	254	260	*+54 %*	*5 %*	*5 %*	*5 %*
Centre-Val de Loire	137	149	172	183	190	205	208	*+52 %*	*4 %*	*4 %*	*4 %*
Corse	24	30	31	34	36	39	41	*+72 %*	*1 %*	*1 %*	*1 %*
Grand Est	342	391	396	429	445	478	486	*+42 %*	*9 %*	*9 %*	*8 %*
Guadeloupe	47	52	58	70	68	74	73	*+55 %*	*1 %*	*1 %*	*1 %*
Guyane	36	42	44	69	77	82	83	*+134 %*	*1 %*	*1 %*	*>1 %*
Hauts-de-France	319	357	400	458	482	517	522	*+64 %*	*9 %*	*9 %*	*9 %*
Île-de-France	583	682	791	840	827	906	920	*+58 %*	*16 %*	*16 %*	*18 %*
La Réunion	93	83	90	120	119	128	142	*+52 %*	*3 %*	*2 %*	*1 %*
Martinique	51	55	61	73	69	77	79	*+56 %*	*1 %*	*1 %*	*1 %*
Mayotte	-	29	33	31	29	40	45	*N.A.*	*>1 %*	*1 %*	*>1 %*
Normandie	183	200	217	236	255	263	271	*+48 %*	*5 %*	*5 %*	*5 %*
Nouvelle-Aquitaine	338	361	397	433	462	501	495	*+47 %*	*9 %*	*9 %*	*9 %*
Occitanie	308	351	398	423	442	461	470	*+53 %*	*8 %*	*8 %*	*9 %*
Pays de la Loire	194	224	249	275	287	296	299	*+54 %*	*5 %*	*5 %*	*6 %*
Provence-Alpes-Côte d'Azur	274	300	325	383	397	423	432	*+57 %*	*7 %*	*8 %*	*8 %*
TOTAL	**3 674**	**4 118**	**4 558**	**5 027**	**5 196**	**5 575**	**5 681**	***+55 %***	***100 %***	***100 %***	***100 %***

Source : Mission, d'après le dernier arrêté de dotation publié au journal officiel (JO) de la République française pour chaque année. Légende : « N.A. » : non applicable.

2.2. En 2025, l'écart de dotation régionale par habitant en France hexagonale atteint un quart de la dotation moyenne, laquelle est 2,2 fois inférieure à celle des ARS ultramarines

2.2.1. En 2025, l'écart de dotation entre l'ARS la plus et la moins dotée s'élevait à 18 € par habitant en France hexagonale, et la part relative de cet écart dans la dotation moyenne a sensiblement diminué depuis 2019, passant de 26 % à 23 %

En 2025, la dotation FIR est de 79 € par habitant en France hexagonale. Au niveau régional, la même année, les dotations du FIR varient de 73 € par habitant en Auvergne-Rhône-Alpes à 91 € par habitant en Bourgogne-Franche-Comté (Cf. tableau 4). Trois groupes d'agences se distinguent, selon leur niveau de dotation par habitant :

- **dotation supérieure à 86 € par habitant :** Bourgogne-Franche-Comté (91 € par habitant), Grand Est (88 € par habitant) et Hauts-de-France (87 € par habitant) ;
- **dotation autour de 80 € par habitant** : Provence-Alpes-Côte d'Azur (82 € par habitant), Normandie (81 € par habitant), Centre-Val de Loire (80 € par habitant), Nouvelle-Aquitaine (80 € par habitant) ;
- **dotation inférieure à 76 € par habitant** : Occitanie (76 € par habitant), Pays de la Loire (76 € par habitant), Bretagne (74 € par habitant), Île-de-France (74 € par habitant), Auvergne-Rhône-Alpes (73 € par habitant).

Tableau 4 : Dotation FIR par habitant en 2025 (hors Corse et DROM) en € par habitant

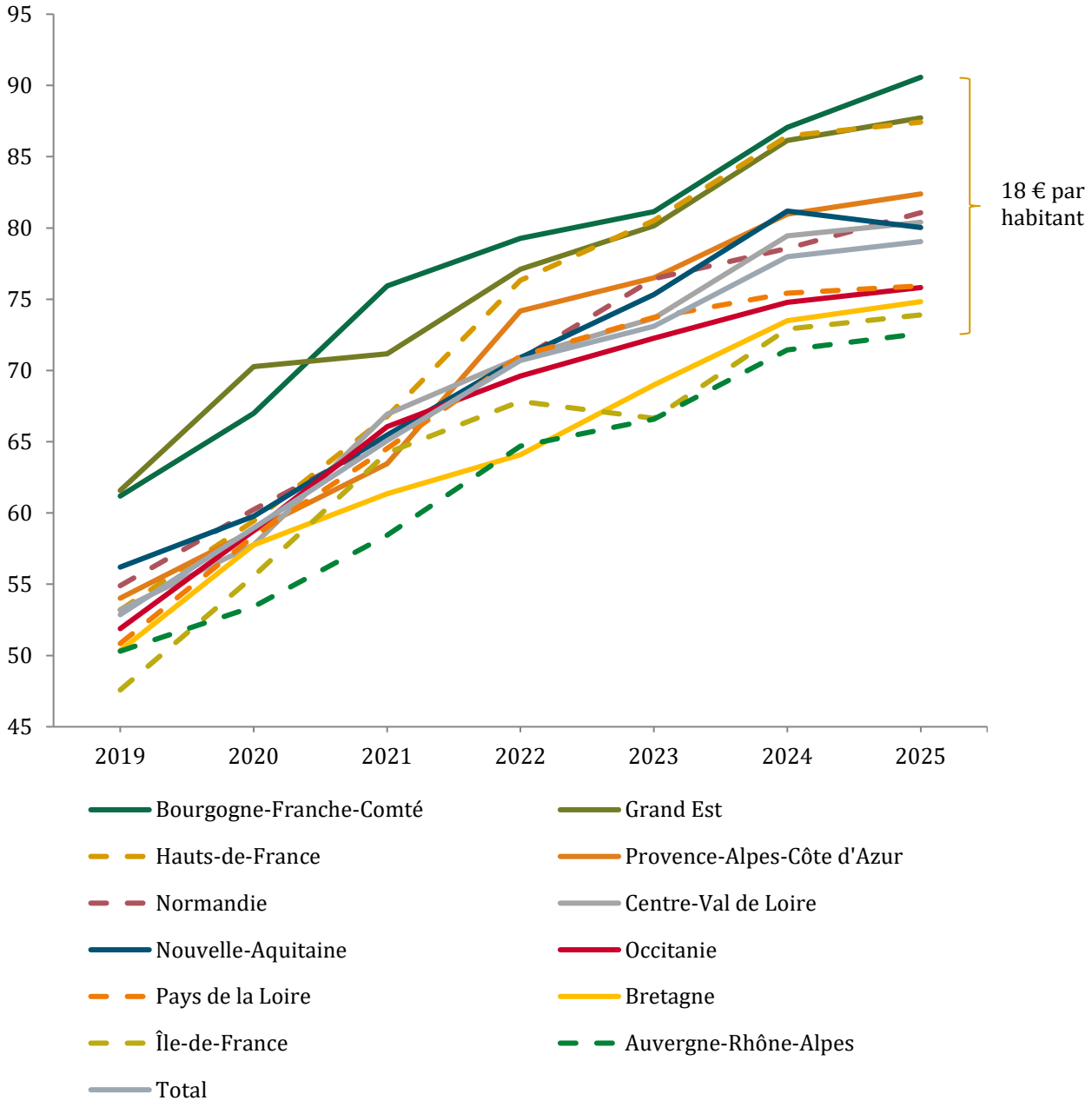
ARS	Dotation
Bourgogne-Franche-Comté	91
Grand Est	88
Hauts-de-France	87
Provence-Alpes-Côte d'Azur	82
Normandie	81
Centre-Val de Loire	80
Nouvelle-Aquitaine	80
Occitanie	76
Pays de la Loire	76
Bretagne	75
Île-de-France	74
Auvergne-Rhône-Alpes	73
Total France hexagonale	79

Source : Mission d'après les arrêtés de dotation du FIR et l'INSEE pour la population régionale par année.

Entre 2019 et 2025, la dotation FIR par habitant, en France hexagonale, a augmenté de +50 % passant de 53 € par habitant à 79 € par habitant. La hausse va de +42 % en Nouvelle Aquitaine à + 64 % dans les Hauts-de-France.

L'écart de dotation entre les ARS s'est, par ailleurs, creusé de 4 € par habitant entre 2019 et 2025, passant de 14 € par habitant (soit 26 % de la dotation moyenne) à 18 € par habitant (soit 23 % de la dotation moyenne) (Cf. Graphique 4) En 2019, l'Île-de-France était la région la moins bien dotée (48 € par habitant) et le Grand Est la mieux dotée (62 € par habitant). En 2025, la mieux dotée devient la Bourgogne-Franche-Comté (90 € par habitant) et la moins bien dotée est celle d'Auvergne Rhône Alpes (72 € par habitant).

Graphique 4 : Dotation du FIR, en € par habitant par ARS (hors DROM et Corse) entre 2019 et 2025



Source : Mission d'après les arrêtés de dotation du FIR et l'INSEE pour la population régionale par année.

2.2.2. La dotation par habitant est 2,2 fois plus importante, et augmente près de deux fois plus rapidement, dans les DROM et en Corse qu'en France hexagonale

La dotation FIR par habitant est en 2025, 2,2 fois plus importante en moyenne dans les Outre-Mer (DROM) et en Corse que dans le reste de la France hexagonale (Cf.). En effet, la dotation par habitant de la Corse et des Outre-Mer est de 178 € par habitant alors qu'elle est de 79 € par habitant, en France hexagonale. De fait, l'ARS non hexagonale la moins dotée est la Corse avec une dotation de 115 € par habitant, soit 1,3 fois la dotation de l'ARS hexagonale la mieux dotée (Bourgogne-Franche-Comté, 91 € par habitant).

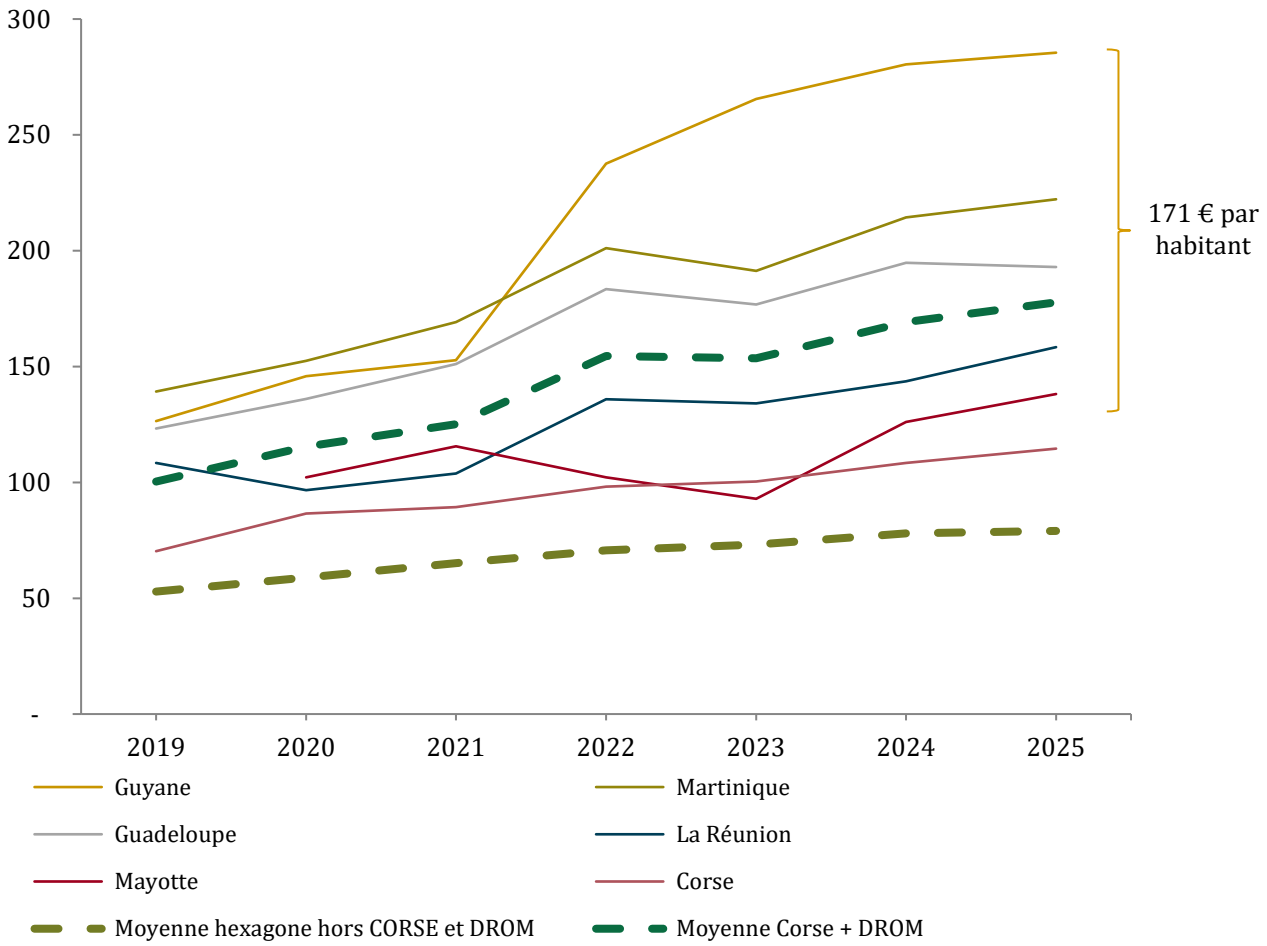
En 2025, l'écart de dotation entre l'ARS non hexagonale (Corse et DROM) la mieux et la moins bien dotée est de 171 € par habitant, allant de 115 € par habitant en Corse à 285 € par habitant en Guyane. Cet écart est près de 10 fois supérieur à l'écart entre ARS hexagonales. En effet, cette valeur mesurée sur l'écart entre l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes (73 € par habitant) et de Bourgogne-Franche-Comté (91 € par habitant) n'est que de 18 € par habitant en France hexagonale (*Cf.* Graphique 5).

Sur la période 2019-2025, l'écart de dotation FIR entre l'ARS non hexagonale la mieux et la moins bien dotée est passé de 69 € par habitant à 171 € par habitant, soit une hausse de +102 € par habitant (contre +4 € par habitant en France hexagonale). En 2019, l'ARS non hexagonale dotée la plus faiblement par habitant était la Corse (70 € par habitant) et la plus dotée était la Martinique (139 € par habitant).

Sur la période 2019-2025, la dotation par habitant a été plus dynamique hors hexagone, en ce qu'elle a augmenté de +77 % en moyenne passant de 100 à 178 € par habitant pour la Corse et les Outre-Mer contre +47 % dans l'hexagone (53 à 79 € par habitant) (Cf. Graphique 5). En effet, même si la population a augmenté plus vite en Corse et dans les DROM (+ 4 %) que dans l'hexagone (+ 2 %), l'augmentation de la dotation FIR a été beaucoup plus dynamique en ARS Corse et DROM (+ 84 %) que sur le reste du territoire (+ 51 %). Dans le détail des ARS, et par ordre décroissant de dotation par habitant :

- la Guyane voit sa dotation augmenter de 126 % passant de 126 à 285 € par habitant ;
- la Martinique voit sa dotation augmenter de 60 % passant de 139 à 222 € par habitant ;
- la Guadeloupe voit sa dotation augmenter de 57 % passant de 123 à 193 € par habitant ;
- La Réunion voit sa dotation augmenter de 46 % passant de 108 à 158 € par habitant ;
- Mayotte passe de 102 à 138 € par habitant entre 2020 (date de sa création) et 2025 ;
- la Corse voit sa dotation augmenter de 63 % passant de 70 à 115 € par habitant.

Graphique 5 : Dotation du FIR par ARS, en € par habitant entre 2019 et 2025



Source : Mission d'après les arrêtés de dotation du FIR et l'INSEE pour la population régionale par année. Légende : « DROM » : départements et régions d'Outre-mer. Note : la création de l'ARS de Mayotte date de 2020, cette dernière était précédemment commune avec l'ARS de Guyane.

La dotation par habitant en Corse et dans les Outre-Mer est en partie portée par une allocation plus favorable des mesures nouvelles à ces territoires (Cf. Tableau 5). En effet, les DROM et la Corse concentrent 13 % du montant total des mesures nouvelles allouées en 2025, pour 4 % des habitants, soit 14,5 € pour mille habitants contre 3,8 € pour mille habitants dans l'hexagone. Ceci s'explique par les mesures nouvelles spécifiques aux Outre-Mer dans le cadre du cyclone Chido ou de la lutte antivectorielle.

Tableau 5 : Répartition régionale des mesures nouvelles en 2025

	Outre-Mer et Corse	Hexagone
Mesures nouvelles en M€	38	248
Part du total des mesures nouvelles	*13 %*	*87 %*
Part de la population	*4 %*	*96 %*
Mesures nouvelles en M€ pour 1000 habitants	14,5	3,8

Source : Mission d'après les arrêtés de dotation du FIR, les tableaux de préparation des arrêtés transmis par la SGMAS et l'INSEE pour la population régionale par année.

La part de l'écart de dotation entre ARS hexagonales dans la moyenne de leur dotation baisse de trois p.p. entre 2019 et 2025 (passant de 26 % à 23 % de la moyenne). Toutefois, cet écart augmente de 4 € par habitant en volume sur la période (soit + 29 %) et la dotation moyenne en France hexagonale reste 2,2 fois moins importante que la dotation des ARS ultra-marines, en moyenne.

2.3. La péréquation appliquée aux crédits du FIR ne concerne que 0,1 % de son enveloppe et n'est plus opérante depuis 2024

2.3.1. Le modèle de péréquation, développé en 2015, avait pour objectif d'équilibrer la répartition de l'enveloppe à horizon de dix ans, en fonction de la population régionale ajustée par trois indicateurs socio-démographiques

La répartition régionale des crédits repose sur une reconduction de l'historique et un contingentement des mesures nouvelles par les directions d'administrations centrales concernées (Cf. 1.2 et Annexe III). **En complément, un ajustement entre les régions est réalisé[6] : selon le rapport annuel du FIR, la répartition des crédits entre ARS obéit à une double logique de péréquation, l'une s'appliquant depuis 2012 sur les crédits de « prévention », l'autre s'appliquant depuis 2015 sur 60 % de l'enveloppe**.

Les crédits qui servent à financer la prévention sont supposés faire l'objet d'une péréquation régionale créée en 2012. Cette dernière repose :

- d'une part, sur un indice populationnel pondéré par des facteurs de précarité et de mortalité prématurée évitable ;
- d'autre part, sur un indice qui tient compte du poids des dépenses structurelles de prévention pour chaque ARS.

Lors de ses investigations, la mission a pu constater que ce mécanisme de péréquation de l'enveloppe prévention n'était plus appliqué, depuis 2023 au moins, dans la construction de la dotation aux ARS.

Un second mécanisme de péréquation s'applique sur 60 % de l'enveloppe, depuis 2015 (hors Corse et Outre-mer[7]). Cette nouvelle péréquation repose sur la prise en compte de la population, ajustée de trois critères, dont les valeurs ont été fixées en 2014 :

- **la mortalité brute**, qui tient compte de la mortalité et de la structure d'âge ;
- **l'indice synthétique de précarité**, qui intègre la somme des bénéficiaires de minima sociaux, des chômeurs indemnisés et des chômeurs de moins de 25 ans ;
- **le taux d'affection de longue durée (ALD),** qui apporte des éléments sur le poids des maladies chroniques.

Un mécanisme limitatif encadre l'évolution annuelle de la dotation de chaque région de sorte que l'évolution de celle-ci ne puisse connaître une baisse supérieure à 1 % au titre de la péréquation. Ce second mécanisme de péréquation a été appliqué pour la dernière fois sur l'enveloppe de dotation aux ARS pour l'année 2024 car il avait pour objectif de rééquilibrer la répartition régionale à l'horizon 2025 et à s'arrêter à l'issue**. De fait, la mission a constaté que, plus aucun mécanisme de péréquation n'est opérant sur le FIR à la date de ses travaux.**

---

[6] Cet ajustement n'est prévu par aucune base réglementaire.

[7] Les départements d'outre-mer (DOM, ARS La Réunion, Mayotte, Guadeloupe, Guyane et Martinique) sont exclus du champ d'application de la péréquation, les trois critères retenus amenant à des perspectives d'évolution à la baisse considérées comme trop significatives pour ces territoires. La Corse a été retirée du dispositif de péréquation en 2017 pour la même raison. La mission propose par ailleurs de réintégrer les DROM et la Corse dans le modèle de péréquation (*Cf. 3.*)

2.3.2. Les paramètres de la péréquation n'ont pas été mis à jour depuis 2014, ce qui entraine annuellement la reconduction des mêmes montants de crédits

La péréquation ne concerne que 0,1 % des dotations aux ARS et ses paramètres ne sont plus mis à jour depuis 2014 (Cf. Tableau 6). En effet, les valeurs des indicateurs mobilisés pour calculer la péréquation n'ont pas été mises à jour depuis 2014, et correspondent donc à la situation des territoires en 2013. **La péréquation qui devait permettre de compenser ces écarts à minima en France hexagonale, n'a pas joué son rôle (Cf. 2.2).**

Les paramètres de la péréquation ne sont pas mis à jour depuis 2014. De ce fait, la péréquation repose uniquement sur l'addition et la soustraction de montants reconduits annuellement des mêmes ARS « perdantes » vers les mêmes ARS « gagnantes ». Ainsi, la péréquation ne plus en compte ni les dynamiques populationnelles, ni les dynamiques d'organisation et de permanence des soins, pas plus que les besoins différenciés des bénéficiaires entre les territoires.

Tableau 6 : Effets annuels de la péréquation entre 2021 et 2024 (en M€) :

ARS	Montant de la péréquation
Grand Est	-1,8
Île-de-France	-1,7
Auvergne-Rhône-Alpes	-1,6
Normandie	-0,8
Bourgogne-Franche-Comté	-0,4
Hauts-de-France	0
Nouvelle-Aquitaine	0,1
Centre-Val de Loire	0,8
Bretagne	1,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2
Occitanie	1,5
Pays de la Loire	1,7
Montant total re réparti	**6,4**

Source : Rapports d'activité du FIR pour les années 2023 et 2024.

3. Un modèle de péréquation appliqué à l'ensemble de l'enveloppe et des ARS, basé sur des indicateurs populationnels et de santé publique devrait permettre de rétablir l'équité territoriale dans la répartition du FIR

3.1. Le modèle décrit propose de tenir compte d'indicateurs populationnels tout en assumant une bonification géographique des Outre-Mer et de la Corse

3.1.1. Les besoins de santé de la population sont directement liés à la précarité, au vieillissement, et à certaines particularités territoriales

L'objectif est identique à celui défini en 2015 : accompagner la transition vers un FIR alloué sur la base de critères de population, de précarité et de santé publique.

Contrairement à 2015, la mission propose que la péréquation s'applique sur l'ensemble des crédits du FIR. Le modèle porte sur la France entière en incluant les départements et régions d'Outre-Mer. Les mêmes coefficients géographiques que ceux s'appliquant aux MIG doivent être appliqués pour prendre en compte les spécificités des territoires ultramarins (Cf. tableau 7).

Tableau 7 : Coefficients géographiques appliqués aux MIG

Région	2023	2024	2025
Guyane	29 %	31 %	33 %
Réunion	31 %	33 %	34 %
Mayotte	31 %	33 %	34 %
Guadeloupe	27 %	27 %	27 %
Martinique	27 %	27 %	27 %
Corse	11 %	11 %	11 %
Île-de-France	7 %	7 %	7 %

Source : Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Le modèle retenu s'appuie sur[8] :

- l'indice régional du taux de mortalité brute (données CépiDC, INSERM pour 2023) ;
- la part de la population de plus de 75 ans[9] dans la région (données INSEE pour 2025) ;
- le taux régional de pauvreté (données INSEE pour 2021) ;
- la population régionale (données INSEE pour 2025).

Pour les variables du modèle retenues dont les données ne sont pas disponibles pour l'année 2025, un nouveau taux a été calculé pour l'année 2025 sur de la base de la population par région en 2025.

3.1.2. Chaque année, les dotations régionales devront être ajustées par un indicateur synthétique afin de suivre les dynamiques territoriales

Pour chaque variable intégrée dans le modèle, est construit un indice. Ces indices sont calculés au regard de la valeur de référence qu'est la moyenne France métropolitaine, égale à 1.

L'indice global est ensuite obtenu par le produit des indices de chaque variable auxquels sont appliqués les poids suivants[10] :

- 20 % pour le taux de mortalité brute ;
- 15 % pour la part de personnes de plus 75 ans ;
- 10 % pour le taux de pauvreté.

Les paramètres précités permettent d'établir l'indice régionale **R*i* = (0,2*indice de mortalité de la région i)+ (0,15*indice de la part des plus de 75 ans dans la population de la région i)+ (0,1*indice de précarité de la région i)+ (0,55)**.

[8] Contrairement au modèle de 2014, les indicateurs retenus se basent sur des références publiques, actualisées régulièrement voire annuellement.

[9] Celui-ci est substitué à la part d'ALD qui était mobilisé dans le modèle de 2015 car il est plus facilement actualisable, et surtout plus stable dans le temps, car le périmètre des pathologies et situations éligibles au dispositif ALD est susceptible d'évoluer.

[10] Le poids relatif de chaque indicateur est indicatif et a été repris par la mission sur la base du mécanisme de péréquation pré existant. Ces paramètres peuvent être ajustés par la direction en charge du pilotage et de la construction de l'enveloppe budgétaire du FIR.

Les indices régionaux obtenus permettent de calculer une population de la région R*i* corrigée et de calculer la part de cette population dans la population totale des régions corrigées.

La multiplication de la part de la population corrigée de la région R*i* dans la population corrigée totale, par le montant total de la dotation de l'année N avant péréquation permet d'obtenir une dotation cible après péréquation.

Le coefficient géographique régional est alors appliqué à la dotation cible par région. Cela permet de calculer une nouvelle répartition des régions, en part de l'enveloppe théorique et donc d'établir, en multipliant cette part de R*i* par le montant de la dotation totale pour l'année N, une nouvelle répartition de l'enveloppe. **Cette nouvelle répartition est la cible à atteindre**.

La différence entre la cible à atteindre et la dotation de l'année N permet d'obtenir le montant des crédits à répartir dans le cadre de la péréquation, qui devra être appliquée chaque année afin de garantir le suivi des dynamiques territoriales.

3.1.3. La mission propose que la montée en charge soit lissée sur dix ans

Un mécanisme de lissage sur 10 ans est proposé afin d'éviter les évolutions trop brutales de dotation[11]. Contrairement au modèle de 2015, le lissage de la péréquation doit s'adapter à l'évolution de la cible, ainsi :

- la première année, la péréquation est égale à 1/10ème de la différence entre la cible et la dotation historique ;
- la deuxième année, la péréquation est égale à 1/9ème de la différence entre la cible (mise à jour avec l'indice actualisé et le nouveau montant de la dotation) et la dotation de l'année 2 avant péréquation ;
- la troisième année, la péréquation est égale à 1/8ème de la différence entre la cible (mise à jour avec l'indice actualisé et le nouveau montant de la dotation) et la dotation de l'année 3 avant péréquation ;
- …
- à partir de la dixième année, et pour toutes les suivantes, la péréquation est égale à la différence entre la cible actualisée et la dotation de l'année 10 (ou suivante) avant péréquation.

Le montant à ajouter ou soustraire à la dotation de chaque région pour la première année est ensuite calculé par la division de la différence entre la cible et la dotation en année N par le nombre d'année de lissage.

3.2. L'application du modèle de péréquation permettrait de réallouer, dès la première année 26,4 M€ entre les ARS sur la base d'indicateurs populationnels et de santé publique

Avec le modèle de péréquation proposé par la mission, l'équilibre entre les régions au regard des indicateurs suivis, serait atteint au bout de 10 ans afin de lisser les effets redistributifs (Cf. tableau 8).

[11] En 2015, il s'agissait qu'aucune région ne se voit appliquer une évolution globale sur la totalité du FIR de plus de 1% par an à la baisse

Dans le cas où le modèle serait adopté en l'état, neuf ARS verraient leurs dotations baisser et neuf ARS verraient leur dotation augmenter. Au total, le modèle permettrait de réallouer 26,4 M€ dès la première année où il s'appliquerait, des ARS les mieux dotées vers les moins bien dotées au regard des indicateurs populationnels et de santé publique retenus. En valeur absolue, le montant moyen des crédits à transférer serait de 3 M€ et le montant des crédits transférés la première année ne dépasserait pas 6 M€.

À la hausse, le montant maximal des crédits réalloués serait de 6 M€ pour l'Occitanie alors qu'à l'inverse, les ARS des Hauts-de-France, de la Martinique et de la Réunion verraient leur dotation baisser de 4 M€.

Le taux d'effort pour la première année, calculé comme la part du montant à transférer dans la dotation initiale, auquel devraient consentir les ARS avec l'application du modèle de péréquation serait de 2 % en moyenne. La première année, l'effort le plus important serait assumé par la Guyane (6 % de sa dotation initiale) alors que Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur verraient leur dotation évoluer d'un montant inférieur à 1 % de leur dotation initiale.

Les effets redistributifs étant majoritairement concentrés dans les DROM, le modèle peut être amendé en ajustant les coefficients géographiques, ou, de manière alternative, certains dispositifs spécifiques aux territoires ultramarins (présentés en annexe I) pourraient être exclus du champ de la péréquation. Le scenario proposé vise à avoir une vision exhaustive et d'être une base de travail pour le pilotage national du FIR et sa budgétisation future.

Tableau 8 : Nouveau modèle de péréquation

	Dotation 2025	Coefficient géographique	Nouvelle répartition	Montant total à transférer	Montant à transférer année 1	Part du montant à transférer dans la dotation 2025
Auvergne-Rhône-Alpes	600	1,00	650	50	5	1 %
Bourgogne-Franche-Comté	253	1,00	237	-16	-2	-1 %
Bretagne	260	1,00	286	26	3	1 %
Centre-Val de Loire	208	1,00	217	9	1	0 %
Corse	41	1,11	34	-7	-1	-2 %
Grand Est	486	1,00	452	-34	-3	-1 %
Guadeloupe	73	1,27	45	-29	-3	-4 %
Guyane	83	1,33	32	-51	-5	-6 %
Hauts-de-France	522	1,00	484	-38	-4	-1 %
Ile-de-France	920	1,07	970	50	5	1 %
La Réunion	142	1,34	97	-45	-4	-3 %
Martinique	79	1,27	41	-38	-4	-5 %
Mayotte	45	1,34	40	-5	-1	-1 %
Normandie	271	1,00	277	6	1	0 %
Nouvelle-Aquitaine	495	1,00	529	33	3	1 %
Occitanie	470	1,00	528	58	6	1 %
Pays de la Loire	299	1,00	311	12	1	0 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	432	1,00	451	19	2	0 %

Source : Mission.

ANNEXE III

Exécution des crédits du FIR

SOMMAIRE

1. PORTÉES PAR LA HAUSSE DES DÉPENSES DE CINQ SOUS-MISSIONS (+85 %), LES DÉPENSES DU FIR ONT AUGMENTÉ DE +56 % ENTRE 2019 ET 2024 1

1.1. Exécutés à hauteur de 5,7 Md € en 2024, les crédits du FIR sont répartis entre 38 sous-missions déclinées en 185 destinations de tailles très inégales 1

1.1.1. Les crédits du FIR financent cinq missions définies par la loi à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique 1

1.1.2. En 2024, le montant moyen alloué à une sous-mission était de 150 M€ et onze sous-missions représentaient, à elles seules, près de 85 % des dépenses du FIR 2

1.1.3. La moitié des destinations concentrent 95 % des crédits du FIR, et 70 destinations avaient en 2024, un montant moyen de dépenses inférieur à 85 000 € par ARS 4

1.2. Les dépenses du FIR sont passées de 3,7 Md € à 5,7 Md € entre 2019 et 2024 en raison de la progression rapide (+85 %) de cinq sous-missions, dont les aides en trésorerie et à l'investissement aux établissements 5

1.2.1. Les dépenses totales du FIR ont augmenté de 56 % entre 2019 et 2024, portées en premier lieu par la croissance des dépenses d'organisation et de qualité de l'offre (+ 83 %) 5

1.2.2. La croissance des dépenses du FIR est portée par cinq sous-missions qui progressent de 85 % entre 2019 et 2024 6

1.3. Dans l'ensemble, l'écart entre les autorisations d'engagement (AE) et les crédits de paiement (CP) est faible, et l'exécution est plus importante que la dotation en 2024 11

1.3.1. L'écart moyen entre AE et CP par ARS était de – 1M € en 2024 avec des disparités dans les pratiques observées 11

1.3.2. Entre 2019 et 2024, l'écart entre les AE, les CP et la dotation FIR a peu varié avec une exécution d'AE et CP plus importante que la dotation en 2024 12

1.3.3. En 2024, les ARS ont dépensé 140 M€ de plus sur leur FIR que le montant de leur dotation la même année 13

2. LES ARS RESPECTENT LA PROTECTION DES ENVELOPPES SPÉCIFIQUES SANS QUE CELA NE RESTREIGNE LEUR UTILISATION DE LA FONGIBILITÉ 14

2.1. La fongibilité des dépenses, largement mobilisée par les ARS, conduit à des disparités d'allocation des ressources entre les différentes missions et sous-missions 14

2.1.1. La mission « organisation et qualité des soins » est majoritaire dans toutes les ARS hexagonales qui n'allouent pas de la même manière les crédits du FIR à ses différentes missions 14

2.1.2. Les écarts constatés dans la répartition des dépenses par ARS, au niveau de la sous-mission, témoignent aussi de disparités dans l'allocation des ressources à cette maille 17

2.2. La fongibilité asymétrique applicable aux crédits médicosociaux et prévention permet effectivement de protéger ces crédits dans les dépenses des ARS 22

2.2.1. Toutes les ARS, sauf la Guadeloupe et la Martinique, respectent la protection des crédits alloués aux politiques de prévention et au secteur médicosocial et y consacrent même plus de crédits que le budget alloué.. 22

2.2.2. La part des dépenses du FIR consacrée à la prévention a augmenté d'un point de pourcentage entre 2019 et 2024 alors que celle du médico-social a baissé de deux points de pourcentage 24

2.3. Les ARS n'ont pas réussi à exécuter un niveau satisfaisant de crédits sanctuarisés en 2024, en raison de leur notification tardive par le national et de l'ajout de mesures nouvelles sanctuarisées en gestion 24

3. LES ARS ONT UNE LIBERTÉ PLEINE OU PARTIELLE SUR L'ENGAGEMENT DE 88 % DES CRÉDITS DU FIR 26

3.1. En 2024, 40 % des dépenses étaient totalement à la main des ARS, et 49 % étaient destinées à un dispositif obligatoire dont le dimensionnement était à la main des ARS 26

3.1.1. En 2024, 12 % des dépenses du FIR étaient totalement contraintes par des directives nationales, et cette part a doublé depuis 2019 27

3.1.2. La part des dépenses relevant de dispositifs dont le dimensionnement est à la main de l'ARS est majoritaire dans onze des douze ARS hexagonales (52 % en moyenne) 28

3.2. L'alimentation du FIR via la récupération d'indus, retracée dans les ressources propres du budget annexe, représente moins de 1 % des crédits 30

3.3. Les crédits du FIR financent des dépenses de fonctionnement à hauteur de 1 % et l'évolution à venir du champ des dépenses inscrites au budget annexe des ARS pousse à renforcer les contrôles de ces derniers 31

1. Portées par la hausse des dépenses de cinq sous-missions (+85 %), les dépenses du FIR ont augmenté de +56 % entre 2019 et 2024

1.1. Exécutés à hauteur de 5,7 Md € en 2024, les crédits du FIR sont répartis entre 38 sous-missions déclinées en 185 destinations de tailles très inégales

Encadré 1 : Précisions méthodologiques

Les dépenses analysées par la mission s'appuient sur les données issues du système d'information HAPI, qui centralise les informations relatives à l'ordonnancement des dépenses extraites du système STARS FIR, utilisé par les agences régionales de santé (ARS). Les montants présentés dans cette section, consacrés à l'analyse des dépenses, sont exprimés en crédits de paiement (CP).

La nomenclature FIR est construite et renseignée par les agents des ARS selon trois niveaux :

- mission, qui correspondent aux axes stratégiques du FIR[1] définies par la loi[2] ;
- sous-mission ;
- destination.

Cette nomenclature permet au secrétariat général du ministère des affaires sociales (SGMAS) de consolider les informations à l'échelle nationale et sert de base à la rédaction du rapport annuel d'activité du FIR.

Source : Mission.

1.1.1. Les crédits du FIR financent cinq missions définies par la loi à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique

Depuis 2015 et l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), les missions du FIR sont articulées autour de cinq axes stratégiques. Ces cinq axes correspondent aux cinq missions définies par la loi à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (CSP). En 2024, la répartition des crédits exécutés par mission était la suivante (Graphique 1) :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie, 18,4 % des dépenses pour un montant de 1,5 Md € (mission n° 1) ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire, mission la plus importante en part des dépenses avec 33,1 % des dépenses pour un montant de 1,9 M€ (mission n°2) ;

[1] 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 ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire ;

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

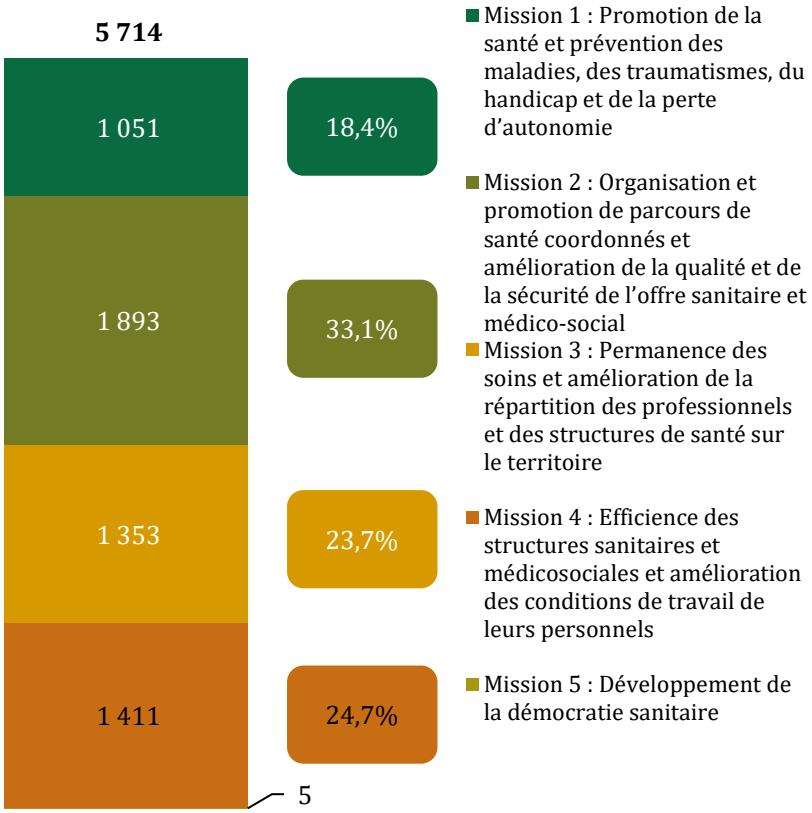
Mission 4 : efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

Mission 5 : développement de la démocratie sanitaire.

[2] Aux termes de l'article L. 1435 8 du code de la santé publique.

- la permanence des soins et la répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire, 23,7 % de la dépense pour un montant de 1,4 Md€ (mission n°3) ;
- l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels, 24,7 % de la dépense pour un montant de 1,4 Md€ (mission n°4) ;
- le développement de la démocratie sanitaire, 0,1 % de la dépense pour un montant de 5 M€ (mission n°5).

Graphique 1 : Répartition des crédits exécutés en 2024 en M€ par mission du FIR



Source : Mission, d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

1.1.2. En 2024, le montant moyen alloué à une sous-mission était de 150 M€ et onze sous-missions représentaient, à elles seules, près de 85 % des dépenses du FIR

En 2024, onze sous-missions sur les 38, avaient un montant d'exécution supérieur à 100 M €. Elles représentent un total de 4,8 Md € sur les 5,7 Md € exécutés cette même année, soit 84 % de l'exécution totale (Tableau 1). Le montant moyen de ces sous-missions était de 439 M€ contre 150 M€ en moyenne pour l'ensemble des sous-missions la même année.

Les sous-missions de plus de 100 M€ peuvent être réparties en trois groupes selon leur poids dans le total du FIR :

- **quatre sous-missions pèsent respectivement plus de 10 % du total et représentent ensemble, 58 % de la dépense totale du FIR**. Ces sous-missions sont :

- la sous-mission n° 3.3, permanence des soins en établissement de santé (17 %) ;
- la sous-mission n° 2.3, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire (15 %) ;
- la sous-mission n° 4.2, opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements (15 %) ;
- la sous-mission n° 1.2, promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux (11 %).

- quatre sous-missions représentent respectivement entre 4 % et 6 % du total du FIR ;
- trois sous-missions représentent respectivement entre 2 % et 3 % du total du FIR.

Tableau 1 : Exécution budgétaire des sous-missions représentant plus de 100 M€ dans le FIR en 2024 en (M€)

Sous-mission	Montant	Part du total des missions
3.3 Permanence des soins en établissement de santé	943,4	*17 %*
2.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	871,3	*15 %*
4.2 Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements	848,1	*15 %*
1.2 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux	615,4	*11 %*
2.8 Actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissements de santé	330,7	*6 %*
4.10 Autre – aide en trésorerie	321,7	*6 %*
2.7 Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes	241,9	*4 %*
1.3 Dépistage et diagnostic de maladies transmissibles	210,4	*4 %*
3.1 Rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins	194,1	*3 %*
2.4 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale	136,6	*2 %*
2.1 Développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice	114,4	*2 %*
Total FIR	**5 714,1**	***100 %***
Total sous-missions supérieures à 100 M€	**4 827,9**	***84 %***
Moyenne (ensemble des sous-missions)	*150,4*	*N.A.*
Moyenne (sous-missions supérieures à 100 M€)	*438,9*	*N.A.*

Source : Mission d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Légende : « N.A. » : non applicable.

À l'inverse, les dix sous-missions dont le montant d'exécution était le plus faible en 2024 représentaient 1,25 % des dépenses du FIR, soit un montant total de 71,6 M€ (Cf. tableau 2).

Tableau 2 : Exécution budgétaire des 10 sous-missions dont le montant est le plus faible en 2024 (M€)

Sous-mission	Montant	Part du total des missions
4.5 Efficience dans les structures sanitaires (hors RH)	19,9	0,35 %
1.99 Autres Mission 1	18,3	0,32 %
4.4 Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail	11,8	0,21 %

Sous-mission	Montant	Part du total des missions
4.6 Aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficience des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels	10,4	0,18 %
3.6 Ségur – accompagnement ouvertures temporaires de lits (à la demande)	4,4	0,08 %
5.1 Prise en compte des attentes et des besoins des usagers du système de santé, et formations des représentants de ces derniers	2,5	0,04 %
5.99 Autres mission 5	2,3	0,04 %
1.98 Autres Mission 1 enveloppe MS	1,8	0,03 %
3.98 Autres Mission 3 enveloppe MS	0,1	0,00 %
3.8 Elargissement du cadre de la biologie délocalisée	0,1	0,00 %
Total	**71,6**	**1,25 %**

Source : Mission d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Légende : « N.A. » : non applicable.

1.1.3. La moitié des destinations concentrent 95 % des crédits du FIR, et 70 destinations avaient en 2024, un montant moyen de dépenses inférieur à 85 000 € par ARS

En 2024, 91 destinations concentraient 95 % des crédits exécutés sur le FIR. À l'inverse, 70 destinations ne représentaient que moins de 2 % de la dépense totale, soit moins de 85 000 € par région et par destination, en moyenne (Cf. tableau 3). En effet, le FIR comprenait 185 destinations en 2024 parmi lesquelles :

- 91 comptaient pour plus de 10 M€ représentant chacune plus de 95 % des dépenses du FIR (par exemple les consultations mémoire, les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité, le soutien et partenariats (hors contrats locaux de santé)) ;
- 24 comptaient pour un montant compris entre 5 et 10 M€, soit un total de 3 % des dépenses du FIR (par exemple les actions d'éducation à la sexualité et les filières accident vasculaire cérébral) ;
- 70 comptaient pour moins de 5 M€, soit un total de 2 % des dépenses totales du FIR (comme la veille et surveillance sanitaire, le recueil de la parole des usagers et citoyens, la mesure « 400 médecins généralistes en zone sous dense »). Ces destinations sont principalement localisées dans la mission n° 2 pour 32 d'entre elles et dans la mission n° 1 pour 17 d'entre elles. **Elles étaient en moyenne dotées de 1,5 M€ soit une moyenne de 83 333 € par agence.**

Tableau 3 : Répartition des destinations financées par le FIR en 2024

Destination (CP, en M€)	Nombre de destinations	Part montant total du FIR
Supérieure à 10 M€	91	95 %
Comprise entre 5 M€ et 10 M€	24	3 %
Inférieure à 5 M€	70	2 %
Total	**185**	**100 %**

Source : Mission d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

1.2. Les dépenses du FIR sont passées de 3,7 Md € à 5,7 Md € entre 2019 et 2024 en raison de la progression rapide (+85 %) de cinq sous-missions, dont les aides en trésorerie et à l'investissement aux établissements

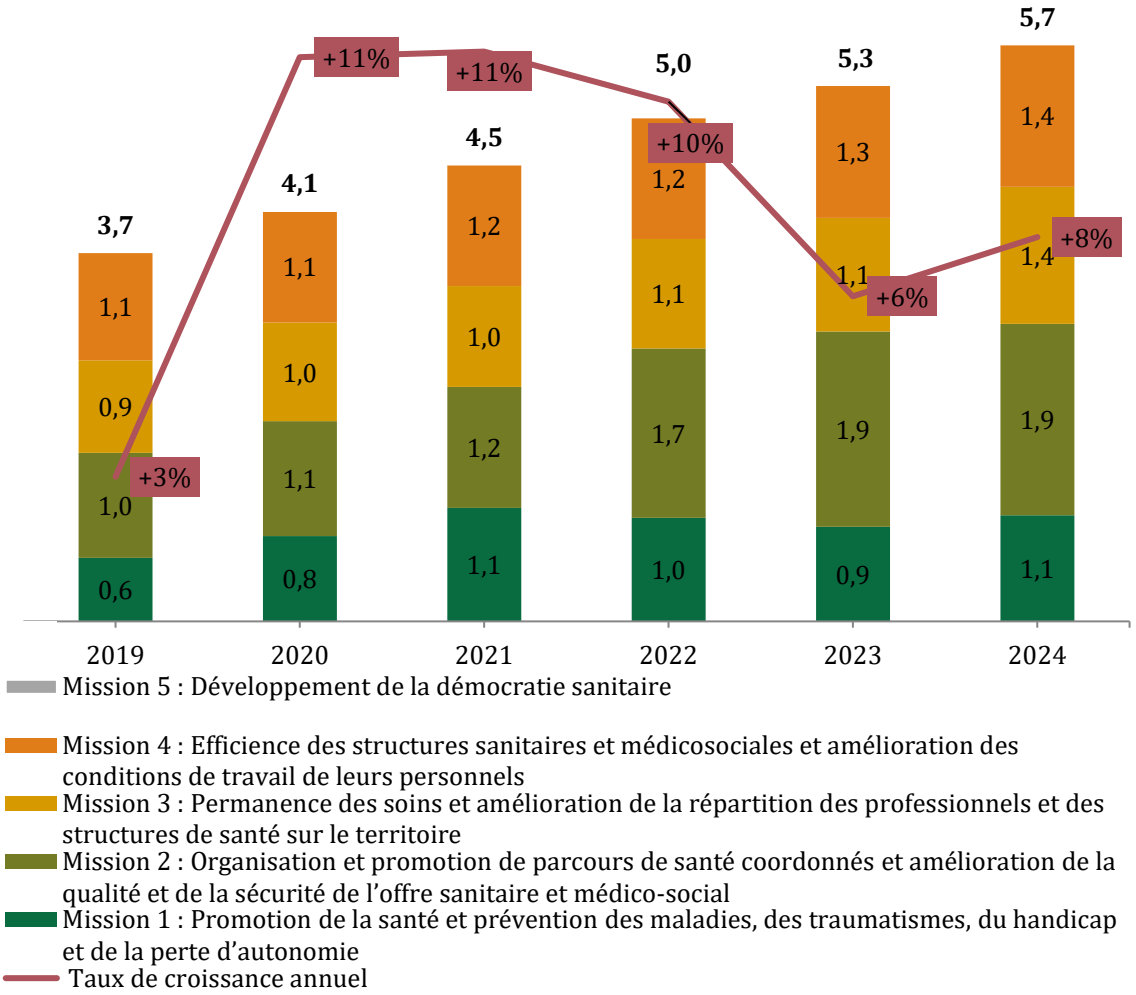
1.2.1. Les dépenses totales du FIR ont augmenté de 56 % entre 2019 et 2024, portées en premier lieu par la croissance des dépenses d'organisation et de qualité de l'offre (+ 83 %)

Les dépenses du FIR ont augmenté de 56 % en moyenne entre 2019 et 2024 passant de 3,7 Md € à 5,7 Md € sur la période (Cf. graphique 2). L'évolution de la dépense totale peut être analysée en trois séquences :

- la première, en 2019, avec une hausse limitée du FIR (+3 %) ;
- la deuxième, entre 2020 et 2022, avec une hausse du FIR comprise entre +10 % et + 11 % ;
- la dernière, entre 2023 et 2024, avec une hausse du FIR de +6 % en 2023 et + 8 % en 2024.

La mission n° 2 a connu la hausse la plus importante en volume (+ 0,9 Md €) et en pourcentage (+83 %) sur la période. En volume et en pourcentages, ce sont ensuite les missions n° 1 et 3 qui ont connu la plus forte hausse (+ 0,5 Md € chacune et respectivement + 67 % et + 48 %)) devant la mission n° 4 (+0,3 Md €, + 32 %).

Graphique 2: Crédits de paiement exécutés et taux de croissance annuel du FIR sur la période 2019-2024



Source : Mission, d'après les données d'exécution de HAPI.

1.2.2. La croissance des dépenses du FIR est portée par cinq sous-missions qui progressent de 85 % entre 2019 et 2024

Entre 2019 et 2024, la croissance des dépenses du FIR est portée par cinq sous-missions qui contribuent respectivement à plus de 5 % de sa croissance et ont une croissance totale de +85 % (Cf. Tableau 4) :

- 2.3, Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire avec une contribution de 10 % à la croissance ;
- 2.8, Actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissements de santé (contribution de 9 % à la croissance) ;
- 1.2, Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux (contribution de 7 % à la croissance) ;
- 3.3, Permanence des soins en établissement de santé (contribution de 7 % à la croissance) ;
- 2.7, Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes (contribution de 5 % à la croissance).

L'évolution, à la baisse, des dépenses de la sous-mission n° 4.2 (opérations de modernisation et de restructuration des établissements ou de leur groupement) peut s'expliquer par la création, en 2021, d'une ligne dédiée aux aides en trésorerie (n° 4.10). En effet, il existe une forte porosité entre ces deux lignes qui font, par ailleurs, l'objet de pratiques de remplissage hétérogènes entre les ARS. Les deux lignes ont donc été fusionnées dans cette analyse, en une sous-mission unique « opérations de modernisation (…) et aides à la trésorerie » (Cf. tableau 4).

Ainsi, les aides en trésorerie et à la restructuration des établissements de santé ont augmenté de + 23 % sur la période passant de 951 M€ à 1 170 M€ portées par la hausse des aides à l'investissement non imputées à des plans nationaux. En effet, cette hausse est portée en grande partie par les dépenses de la destination n° 4.2.8, aides à l'investissement hors plans nationaux qui passent de 0 à 571 M€ sur la période et les aides en trésorerie qui, depuis 2019, augmentent plus en volume (+ 322 M€) que ne baissent les opérations de modernisations (-103 M€). Dans le même temps, les autres dépenses de ces deux sous-missions passent de 951 M€ à 599 M€ (-37 %). Ces éléments peuvent être liés à des effets de périmètre ayant conduits, avant 2020, à imputer les aides à l'investissement dans d'autres lignes de la sous-mission n °4.2.

Les autres dépenses du FIR[3] augmentent plus modérément (+42 %) sur la période passant d'un total de 1 084 M€ à 1 542 M € entre 2019 et 2024.

Sur les 35 sous-missions reconstituées en séries longue sur la période 2019-2024 :

- 30 ont augmenté pour un total passant de 2 270 M€ en 2019 à 4 535 en 2024, soit une hausse de + 100 % ;
- 5 ont baissé pour un total passant de 1 387 M€ à 1 159 M€ sur la période, soit une baisse de – 16 %.

[3] Toutes les dépenses du FIR, mis à part les cinq sous-missions qui contribuent le plus à la croissance ainsi que les aides en trésorerie et à la restructuration des établissements de santé.

Tableau 4 : Dotation par sous-mission entre 2019 et 2024 (en M€) et contribution à la croissance totale des dépenses du FIR.

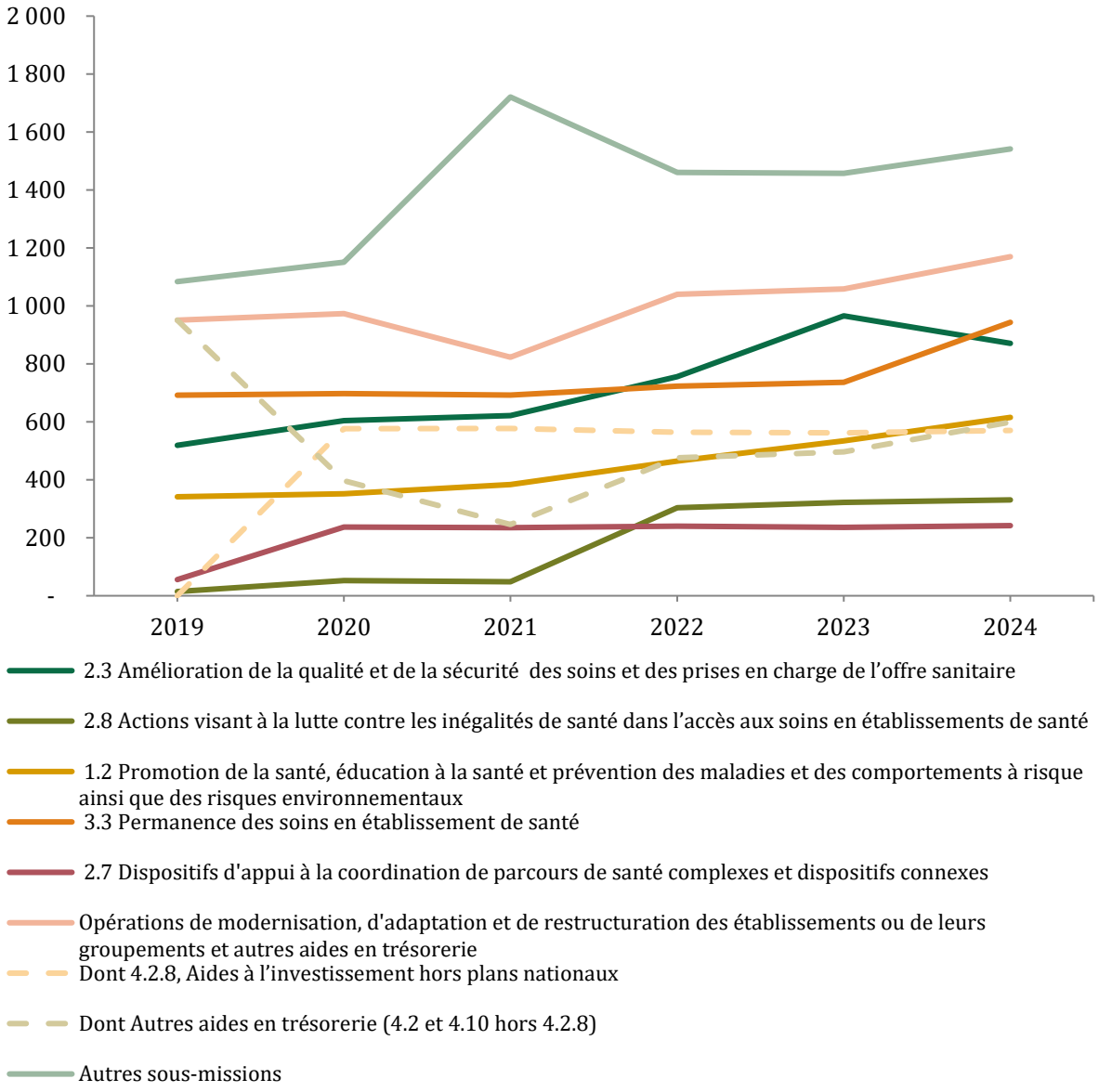
Sous-mission	2019	2024	Evolution 19-24	Contribution à la croissance
2.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	519	871	68 %	10 %
2.8 Actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissements de santé	15	331	2177 %	9 %
1.2 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux	341	615	80 %	7 %
3.3 Permanence des soins en établissement de santé	692	943	36 %	7 %
4.2. et 4.10. Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements et autres aides en trésorerie	951	1 170	23 %	6 %
2.7 Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes	56	242	334 %	5 %
1.3 Dépistage et diagnostic de maladies transmissibles	161	210	31 %	1 %
3.4 Appui à la meilleure répartition géographique des professionnels de santé	32	73	132 %	1 %
1.1 Pilotage régional et soutien	52	92	77 %	1 %
3.1 Rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins	155	194	25 %	1 %
4.7 Efficience des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels	10	46	361 %	1 %
4.98 Autres Mission 4 enveloppe MS	3	37	1012 %	1 %
4.3 Mutualisation des moyens des professionnels et structures sanitaires de la région	37	70	87 %	1 %
3.99 Autres Mission 3	24	47	96 %	1 %
1.4 Prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles	4	25	512 %	1 %
1.5 Prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie	68	88	29 %	1 %
1.99 Autres Mission 1	2	18	996 %	0 %
2.5 Actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	12	28	130 %	0 %
4.99 Autres Mission 4	13	25	89 %	0 %
4.1 Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	11	22	98 %	0 %
3.2 Amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde	14	24	69 %	0 %
4.5 Efficience dans les structures sanitaires (hors RH)	13	20	54 %	0 %
2.6 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en centres de proximité de la femme et du nouveau-né (anciens centres périnataux de proximité)	23	28	22 %	0 %
4.4 Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail	8	12	44 %	0 %
1.98 Autres Mission 1 enveloppe MS	1	2	256 %	0 %
5.1 Prise en compte des attentes et des besoins des usagers du système de santé, et formations des représentants de ces derniers	2	2	33 %	0 %

Annexe III

Sous-mission	2019	2024	Evolution 19-24	Contribution à la croissance
5.99 Autres mission 5	2	2	14 %	0 %
2.1 Développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice	125	114	-9 %	0 %
4.6 Aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficience des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels	24	10	-56 %	0 %
2.4 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale	161	137	-15 %	-1 %
2.2 Réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1	126	50	-61 %	-2 %
3.7 Service d'accès aux soins (SAS)	-	67	N.A.	N.A.
2.9 - *autres*	-	93	N.A.	N.A.
3.6 Ségur – accompagnement ouvertures temporaires de lits (à la demande)	-	4	N.A.	N.A.
Total	**3 658**	**5 714**	**+56 %**	

Source : Mission, d'après les données extraites de HAPI. Légende : « N.A. » : non applicable. Note : le calcul de la contribution à la croissance ne prend pas en compte les lignes pour lesquelles le montant était inexistant en 2019. Les sous-missions 4.2. et 4.10. sont groupées pour former un ensemble unique relatif aux aides à l'investissement et aux aides en trésorerie à destination des établissements de santé, notamment en raison de la porosité et des transferts existants entre ces deux sous-missions.

Graphique 3 : Evolution du montant des dépenses du FIR entre 2019 et 2024, ventilée par sous-missions (en M€)



Source : Mission, d'après les données système d'informations HAPI.

1.3. Dans l'ensemble, l'écart entre les autorisations d'engagement (AE) et les crédits de paiement (CP) est faible, et l'exécution est plus importante que la dotation en 2024

Encadré 2 : Sur la gestion en autorisation d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)

L'élaboration du budget du FIR ainsi que ses modalités d'adoption sont identiques et concomitantes aux processus budgétaires qui régissent le budget principal des ARS. Le FIR est géré selon les règles de la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP). Ainsi, le FIR est traduit dans le budget annexe des ARS qui est voté par le comité d'administration et transmis à la direction des finances, des achats et services (DFAS) du SGMAS pour vérification.

À l'instar du budget principal les dépenses du FIR sont présentées en AE/CP, et réparties par missions du FIR. Les recettes, qui sont composées de la dotation de l'année, des crédits reportés[4] et des montants recouvrés (en cas d'indus), sont, elles, globalisées. La trésorerie, gérée en CP, est égale à la différence entre les recettes et les CP consommés par l'ARS. Les dépenses sont comptabilisées en AE avec une mécanique de reports pluri annuel possible.

Source : Mission.

1.3.1. L'écart moyen entre AE et CP par ARS était de – 1M € en 2024 avec des disparités dans les pratiques observées

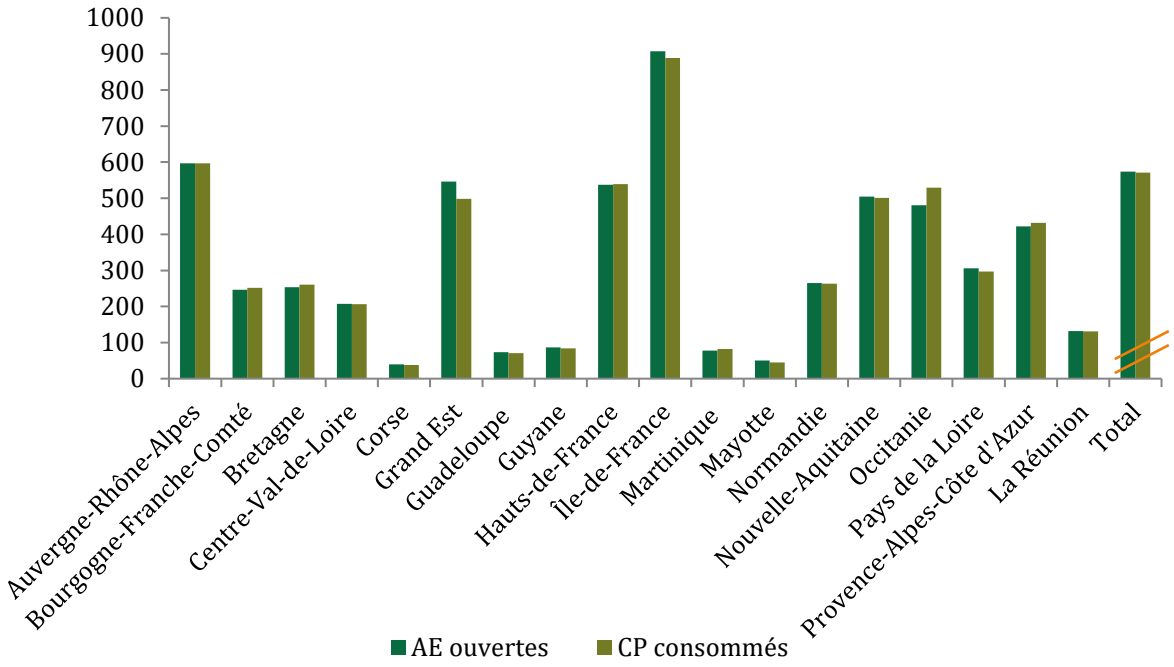
En 2024, l'écart moyen entre les autorisations d'engagement (AE) et les crédits de paiements (CP) étaient d'environ 1 M€ par ARS avec de fortes hétérogénéités de pratiques. Seules deux ARS avaient un écart entre AE et CP représentant plus de 10 % de leurs CP consommés. D'une part l'ARS de Mayotte (-13 %), d'autre part l'ARS Grand-Est (-10 %). Ces hétérogénéités s'expliquent par les différentes modalités de pilotage des crédits entre ARS (Cf. Annexe IV).

Au total sur l'année 2024, les ARS ont autorisé l'engagement de 5 734 M€ de crédits pour un total de crédits de paiements consommés de 5 714 M€, soit un écart de 19 M€ entre AE et CP (Cf. graphique 4). Dans le détail, les ARS ont eu, en 2024, des pratiques différenciées dans la gestion des AE et CP, à titre d'exemple, en 2024 :

- l'ARS Grand-Est a ouvert 48 M€ d'AE (546 M€) de plus que de CP consommés (498 M€) ;
- l'ARS Occitanie a ouvert 49 M€ d'AE (480 M€) de moins que de CP consommés (529 M€) ;
- l'ARS Auvergne Rhône Alpes a ouvert autant d'AE qu'elle a consommé de CP (597 M€).

[4] Règle de report précisée dans l'arrêté du 27 octobre 2023 fixant le taux plafond des reports de crédits du fonds d'intervention régional autorisés prévu à l'article D. 1435-36-1 du code de la santé publique.

Graphique 4 : Répartition des crédits exécutés en 2024 en CP et AE par ARS (en M€)



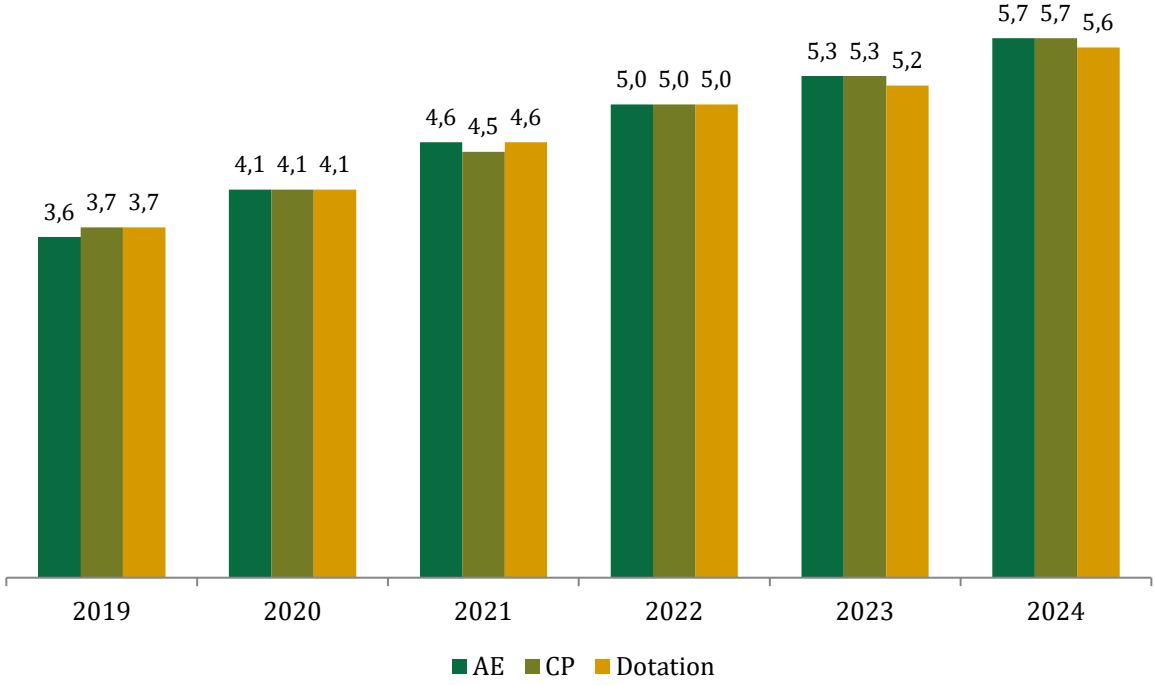
Source : Mission, d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

1.3.2. Entre 2019 et 2024, l'écart entre les AE, les CP et la dotation FIR a peu varié avec une exécution d'AE et CP plus importante que la dotation en 2024

En 2024, les ARS ont autorisé plus d'engagements et, exécuté plus de crédits de paiement que leur dotation (Cf. graphique 5). En effet, le montant total des AE ouverts et CP consommés s'élève à 5,7 Md € en 2024 alors que la dotation s'élevait à 5,6 Md €. Cet écart s'explique d'une part par l'utilisation de trésorerie constituée par les possibilités de report, ainsi que par le redéploiement d'indus récupérés et comptabilisés au budget annexe comme des ressources propres des ARS (Cf. Graphique 5).

Entre 2019 et 2024 l'écart entre AE, CP et dotation a peu varié. Si en 2020 (4,1 Md €) et en 2022 (5,0 Md €) les AE ont été égaux aux CP et au montant de la dotation, les AE étaient inférieur de 0,1 Md € aux CP en 2019, supérieurs de 0,1 Md€ aux CP en 2021. En 2023, AE et CP étaient égaux (5,3 Md €) et supérieurs de 0,1 Md € à la dotation.

Graphique 5 : Dotation et exécution du FIR par les ARS entre 2019 et 2024 (en Md€)



Source : Mission, d'après l'arrêté de dotation pour 2024 et les données d'exécution de HAPI.

1.3.3. En 2024, les ARS ont dépensé 140 M€ de plus sur leur FIR que le montant de leur dotation la même année

En 2024, le montant exécuté sur le FIR (5,7 Md €) a dépassé le montant total de sa dotation de 140 M €, soit 3 % du montant de la dotation initiale (Cf. tableau 5). Deux groupes d'ARS se distinguent selon qu'elles dépassent ou pas la dotation de leur FIR en exécution :

- trois ARS sur dix-huit n'ont pas dépensé l'ensemble de leur dotation FIR avec des écarts d'exécution allant de -2 % de leur dotation initiale pour l'Île de France à -5 % pour la Guadeloupe ;
- à l'inverse, quinze ARS sur dix-huit ont dépensé au moins leur dotation en 2024. Les écarts d'exécution vont de zéro en Nouvelle-Aquitaine à une sur exécution de 69 M€ pour l'Occitanie, soit 15 % de sa dotation initiale.

Tableau 5 : Répartition des crédits exécutés en 2024 en M€ par agence régionale de santé (ARS)

En M€	Total exécuté (CP)	Dotation 2024	Ecart entre les CP et la dotation	En part de la dotation pour2024
Ile-de-France	889	906	-17	-2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	597	588	9	2 %
Hauts-de-France	539	517	22	4 %
Occitanie	529	461	69	15 %
Nouvelle-Aquitaine	501	501	0	0 %
Grand Est	498	478	20	4 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	432	423	9	2 %
Pays de la Loire	297	296	2	1 %
Normandie	264	263	1	0 %

En M€	Total exécuté (CP)	Dotation 2024	Ecart entre les CP et la dotation	En part de la dotation pour2024
Bretagne	261	254	6	2 %
Bourgogne-Franche-Comté	252	244	8	3 %
Centre-Val de Loire	206	205	1	0 %
La Réunion	131	128	3	2 %
Guyane	84	82	2	2 %
Martinique	82	77	5	6 %
Guadeloupe	70	74	-4	-5 %
Mayotte	45	40	4	10 %
Corse	38	39	-1	-3 %
Total	**5 714**	**5 575**	**140**	**3 %**

Source : Mission, d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et Arrêté du 8 avril 2024 fixant pour l'année 2024 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale pour les dotations.

2. Les ARS respectent la protection des enveloppes spécifiques sans que cela ne restreigne leur utilisation de la fongibilité

2.1. La fongibilité des dépenses, largement mobilisée par les ARS, conduit à des disparités d'allocation des ressources entre les différentes missions et sous-missions

2.1.1. La mission « organisation et qualité des soins » est majoritaire dans toutes les ARS hexagonales qui n'allouent pas de la même manière les crédits du FIR à ses différentes missions

Les régions hexagonales n'allouent pas les crédits entre les différentes missions du FIR de la même manière mais la mission n° 2, organisation et promotion du parcours de santé coordonné et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-social, est la plus importante dans toutes ces ARS. L'ordre relatif des dépenses de chaque mission n'est pas le même dans toutes les régions de France hexagonale (Cf. graphique 6). La mission n° 3 (permanence des soins et répartition de l'offre) est la deuxième en part dans les dépenses totales dans sept ARS hexagonales et en Corse alors que la mission n° 4 (efficience des structures et amélioration des conditions) est plus importante dans les cinq autres (Hauts-de-France, Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Grand Est, Bretagne). La mission n° 1 (promotion et prévention) est la quatrième mission en part de l'enveloppe, sauf en Île-de-France et en Hauts-de-France où elle est troisième.

La répartition du FIR par mission en Outre-Mer répond à des logiques différentes et ne s'inscrit pas dans les mêmes tendances que les ARS hexagonales (Cf. graphique 6). La Corse a une répartition de ses dépenses qui s'approche de celle des régions de France hexagonale avec un poids de chaque mission dans ses dépenses totales proche des moyennes hexagonales observées.

En France hexagonale, l'intervalle mesuré par l'écart entre la part la plus importante d'une mission dans le total et la part la plus faible représente au moins 27 % de la moyenne de chaque mission et va jusqu'à 56 % pour la mission n° 4. Dans le détail :

- la part de la mission 1, promotion et prévention, dans le total des dépenses du FIR par ARS, va de 15 % (Grand Est) à 20 % (Hauts-de-France) avec une valeur extrême à Mayotte où représente 82 %[5]. Cet intervalle est de cinq points de pourcentage (p.p.), ce qui représente 30 % de la moyenne (17 %) ;
- la part de la mission n° 2, organisation et promotion du parcours de santé et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre, va de 28 % (Bretagne) à 37 % (Normandie), soit un intervalle de 9 p.p. qui représente 27 % de la moyenne (33 %) ;
- la part de la mission n° 3, permanence des soins et répartition de l'offre, va de 19 % (Hauts-de-France) à 29 % (Centre-Val de Loire), soit un intervalle de 10 p.p. qui représente 42 % de la moyenne (24 %) ;
- la part de la mission n° 4, efficience des structures et amélioration des conditions, va de 17 % (Île-de-France) à 31 % (Grand Est), soit un intervalle de quatorze p.p. qui représente 56 % de la moyenne (25 %).
- la part de la mission n° 5, développement de la démocratie sanitaire, est inférieure à 1 % dans l'ensemble des ARS.

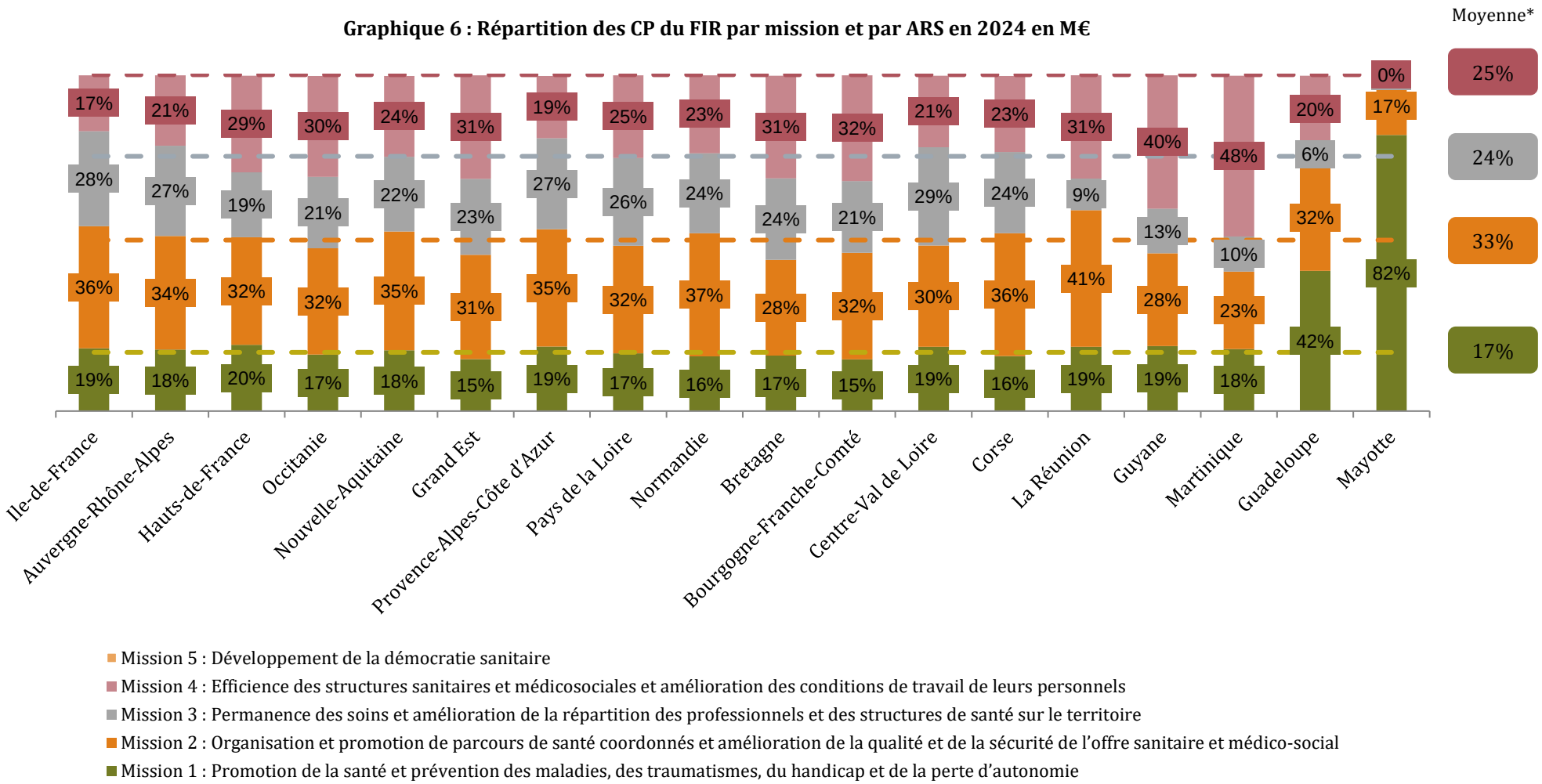
Dans les ARS d'Outre-mer, la répartition des missions est hétérogène et s'écarte des moyennes observées en France hexagonale (Cf. graphique 6). La mission n° 2 est la plus importante devant les missions n° 4 puis n° 1 à, La Réunion, en Guyane et en Martinique. À l'inverse, la mission n° 1 est largement majoritaire dans les dépenses des ARS de Guadeloupe (42 %) et de Mayotte (82 %), notamment en raison de l'importance des dispositifs de prévention des cancers, sur la nutrition, des centres de dépistage ou sur les risques environnementaux au niveau local. Par ailleurs, aucune dépense n'est rattachée à la mission n° 4 à Mayotte[6], ce qui pourrait expliquer l'importance de la mission n° 1.

[5] C'est au titre de la veille et de la sécuritaire sanitaire que cette mission est prépondérante à Mayotte.

[6] Le CH de Mayotte fonctionne sur un financement par dotation globale, donc les dotations qui s'appliquent sur la mission N°4 sont prises en compte dans le calcul de la dotation globale

Annexe III

Graphique 6 : Répartition des CP du FIR par mission et par ARS en 2024 en M€



- Mission 5 : Développement de la démocratie sanitaire
- Mission 4 : Efficience des structures sanitaires et médicosociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels
- Mission 3 : Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire
- 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-social
- Mission 1 : Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie

*Source : Missions d'après les données d'exécution extraites du système d'information HAPI et transmises par le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). *France hexagonale, hors Corse et DROM. Note : les lignes horizontales marquent la part moyenne de chaque mission dans le total des crédits exécutés par les ARS de France hexagonale, hors Corse et départements et régions d'Outre-Mer. La moyenne de la part de la mission 4 (25 %) dans le total des crédits exécutés par les ARS se lit graphiquement comme la différence, sur l'axe des ordonnées, entre la moyenne pour la mission 3 (ligne grise) et la mission 4 (ligne rose, au-dessus). Les régions sont classées par ordre croissant de dépenses dans l'hexagone puis viennent la Corse et les régions d'Outre-Mer.*

2.1.2. Les écarts constatés dans la répartition des dépenses par ARS, au niveau de la sous-mission, témoignent aussi de disparités dans l'allocation des ressources à cette maille

Encadré 3 : Méthodologie de la partie 2.1.2

L'ensemble des données présentées dans le 2.1.2 excluent les départements et régions d'Outre-Mer. En effet, la répartition des missions au sein de leurs FIR est atypique (Cf. 2.1.1) et biaise l'analyse déployée ci-dessous. L'analyse inclut les régions de France hexagonale et la Corse.

Les traitements ont été réalisés en calculant la part de chaque sous-mission dans le total des crédits exécutés sur le FIR par chaque agence en 2024. Ainsi, à titre d'exemple, la série de valeurs « 4.10. Autre-Aide en trésorerie » est composée de treize valeurs représentant la part des aides en trésorerie dans le budget des douze ARS hexagonale et de celle de la Corse.

Dans les deux sous parties suivantes, la mission a cherché à tester les disparités régionales entre ARS dans l'utilisation du FIR au niveau de la sous-mission en retenant successivement plusieurs critères. Pour cela, la mission a procédé à des analyses statistiques fondées sur deux critères :

- les sous-missions dont le coefficient de variation, défini comme le rapport de l'écart type sur la moyenne, est inférieur au premier quartile ou supérieur au troisième quartile des coefficients de variation de l'ensemble des sous-missions ;
- les sous-missions dont le montant dépasse 100 M€ et qui représentent 84 % de la dépense totale.

Chacune des parties suivantes déploie une analyse de dispersion par critère retenu.

Source : Mission

2.1.2.1. En 2024, le coefficient de variation moyen de la part de chaque sous-mission dans le total des ARS était de 94 % avec des valeurs allant de 7 % à 346 %

En 2024, toutes les sous-missions financées par le FIR avaient un coefficient de variation moyen de 94 %, allant de 7 % pour la sous-mission n° 2.3 jusqu'à 333 % pour la sous-mission n° 3.8 (dont le montant total est inférieur à 100 000 euros) (Cf. tableau 6). Les sous-missions ayant un coefficient de variation le plus faible (premier quartile) sont les suivantes :

- 1.1 pilotage régional et soutien ;
- 3.1 rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins ;
- 2.4 amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale ;
- 1.3 dépistage et diagnostic de maladies transmissibles ;
- 2.7 dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes ;
- 1.5 prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie ;
- 3.3 permanence des soins en établissement de santé ;
- 1.2 promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux ;
- 2.3 amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire.

Ainsi, les trois sous-missions ayant le coefficient de variation le plus faible représentent toutes des montants de dépenses supérieurs à 500 M€ :

- 3.3 Permanence des soins en établissement de santé (924,0 M€) ;
- 1.2 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux (549,4 M€) ;
- 2.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire (844,3 M€).

À l'inverse, les sous-missions ayant le coefficient de variations le plus élevé (premier quartile) sont les suivantes :

- 3.8 Elargissement du cadre de la biologie délocalisée ;
- 1.4 Prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- 4.5 Efficience dans les structures sanitaires (hors RH) ;
- 1.98 Autres Mission 1 enveloppe médicosociale (MS) ;
- 3.98 Autres Mission 3 enveloppe MS ;
- 4.7 Efficience des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels ;
- 1.99 Autres Mission 1 ;
- 4.6 Aides individuelles, prestations et compléments de rémunération pour favoriser l'efficience via des opérations de modernisation et d'adaptation.

La flexibilité du FIR s'exerce plus nettement sur les petits dispositifs. Parmi les missions ayant le coefficient de variation le plus élevé, la sous-mission n° 4.7 s'élève à 45,4 M€ devant la sous-mission n° 1.4 (22,1 M€) et la sous-mission 4.5 (19,1 M€). Les autres sous-missions ayant des montants dépensés, en 2024, inférieurs à 10 M€.

Tableau 6 : Sous-missions dont le coefficient de variation est contenu dans le premier et le dernier quartile de l'échantillon composé les coefficients de variation de la part de chaque sous-missions dans les crédits des ARS sur le FIR en 2024.

Sous-mission	Part dans les crédits FIR totaux de chaque région						Montant (en M€)
	Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Ecart type	Coefficient de variation [7]	
Dernier quartile							
3.8 Elargissement du cadre de la biologie délocalisée	0,00 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	333 %	0,1
1.4 Prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles	0,01 %	2,40 %	0,15 %	0,38 %	0,96 %	249 %	22,1
4.5 Efficience dans les structures sanitaires (hors RH)	0,00 %	3,10 %	0,01 %	0,35 %	0,85 %	245 %	19,1
1.98 Autres Mission 1 enveloppe médicosociale (MS)	0,00 %	0,26 %	0,00 %	0,04 %	0,09 %	236 %	1,5
3.6 Ségur – accompagnement ouvertures temporaires de lits (à la demande)	0,00 %	0,32 %	0,00 %	0,09 %	0,18 %	193 %	4,4
3.98 Autres Mission 3 enveloppe MS	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	186 %	0,1
4.7 Efficience des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail de leurs personnels	0,00 %	5,65 %	0,07 %	0,89 %	1,57 %	176 %	45,4
1.99 Autres Mission 1	0,00 %	0,05 %	0,00 %	0,02 %	0,02 %	155 %	0,8
4.6 Aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficience des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation	0,00 %	0,88 %	0,08 %	0,18 %	0,26 %	138 %	10,2
Premier quartile							
1.1 Pilotage régional et soutien	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %	40 %	69,5
3.1 Rémunérations forfaitaires des médecins pour la permanence des soins	2 %	4 %	2 %	2 %	1 %	38 %	130,3

[7] Ecart type divisé par moyenne.

Annexe III

Sous-mission	Part dans les crédits FIR totaux de chaque région						Montant (en M€)
	Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Ecart type	Coefficient de variation [7]	
2.4 Amélioration qualité et sécurité des soins et des prises en charge MS	2 %	7 %	3 %	4 %	1 %	33 %	188,9
1.3 Dépistage et diagnostic de maladies transmissibles	2 %	5 %	3 %	3 %	1 %	25 %	190,4
2.7 Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes	3 %	7 %	5 %	4 %	1 %	24 %	233,1
1.5 Prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie	1 %	2 %	2 %	2 %	0 %	23 %	84,3
3.3 Permanence des soins en établissement de santé	14 %	22 %	17 %	17 %	3 %	17 %	924,0
1.2 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux	9 %	13 %	10 %	10 %	1 %	13 %	549,4
2.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire	15 %	18 %	15 %	16 %	1 %	7 %	844,3

Source : Mission d'après les données du SI HAPI. Note de lecture : en 2024, la sous-mission « 2.3 . Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire » représentait entre 15 et 18 % des crédits exécutés par ARS, sur le FIR. L'écart type entre les régions était de 1 %, soit un coefficient de variation de 7 %.

2.1.2.2. De fortes disparités dans l'allocation des ressources entre les ARS sont observées sur les dépenses représentant plus de 100 M€, soit 84 % de l'enveloppe totale du FIR

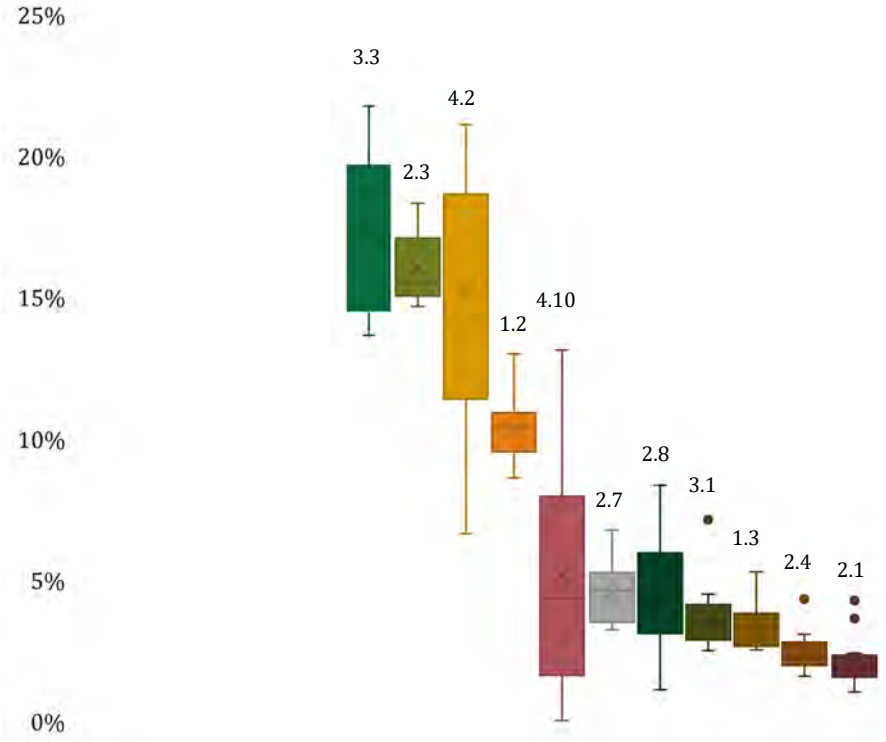
La part des sous-missions dans le total des dépenses des ARS en 2024 est hétérogène. Parmi les sous-missions qui comptabilisaient un montant total de plus de 100 M€ en 2024, se retrouvent les quatre premières missions en termes d'écart type[8] (Cf. graphique 7) :

- la sous-mission n° 4.2, opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements, avec un écart type de 7 % et un écart interquartile (11 p.p.) représentant 54 % de la moyenne ;
- la sous-mission n° 4.10, autre – aide en trésorerie avec un écart type de 4 % et un écart interquartile (6 p.p.) représentant 122 % de la moyenne ;
- la sous-mission n° 3.3, permanence des soins en établissement de santé avec un écart type de 3 % et un écart interquartile (5 p.p.) représentant 30 % de la moyenne ;
- la sous-mission n° 2.8, actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissements de santé avec un écart type de 2 % et un écart interquartile (3 p.p.) représentant 64 % de la moyenne ;

En outre, lors de ses investigations et déplacements, la mission a pu constater une hétérogénéité des pratiques de remplissage de l'outil HAPI la conduisant à identifier, au sein de la sous-mission n° 4.2, des aides en trésorerie non répertoriées dans la sous-mission n° 4.10.

[8] la cinquième est la sous-mission n° 4.7 (efficience des structures médico-sociales et améliorations des conditions de travail)

Graphique 7 : Dispersion de la part des sous-missions représentant plus de 100 M€ dans le budget des ARS en 2024 (par ordre de montant exécuté)



Source : Mission, d'après les données HAPI. Note : Les sous-missions représentées sont, dans l'ordre : 3.3 Permanence des soins en établissement de santé ; 2.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire ; 4.2 Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements ; 1.2 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux ; 4.10 Autre – aide en trésorerie ; 2.7 Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes et dispositifs connexes ; 2.8 Actions visant à la lutte contre les inégalités de santé dans l'accès aux soins en établissements de santé ; 3.1 Rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins ; 1.3 Dépistage et diagnostic de maladies transmissibles ; 2.4 Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale ; 2.1 Développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice.

2.2. La fongibilité asymétrique applicable aux crédits médicosociaux et prévention permet effectivement de protéger ces crédits dans les dépenses des ARS

2.2.1. Toutes les ARS, sauf la Guadeloupe et la Martinique, respectent la protection des crédits alloués aux politiques de prévention et au secteur médicosocial et y consacrent même plus de crédits que le budget alloué

Si les crédits du FIR sont régis par le principe de fongibilité, le législateur a introduit deux aménagements[9].

Des enveloppes dites « protégées » ont été mises en place pour les crédits « prévention » et « médico-social ». Ces crédits sont soumis à une fongibilité dite « asymétrique », c'est-à-dire que les ARS peuvent s'écarter des montants fixés qu'à l'unique condition de les augmenter. En effet, l'article L. 1435-9 du CSP prévoit deux exceptions au libre redéploiement des crédits FIR par les ARS en différenciant au sein de ses ressources :

[9] circulaire n° SG/Pôle Santé ARS/2021/54 du 12 février 2021.

- l'enveloppe protégée « *prévention* » dont les crédits sont destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire. Ces crédits ne peuvent être affectés à d'autres usages ;
- l'enveloppe protégée « *médico-social* » dont les crédits sont destinés au financement de la prévention du handicap et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Ces crédits ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

En 2024, les ARS ont, au global, respecté le principe de protection des crédits et de fongibilité asymétrique, voire le dépassent largement. Au total, les ARS ont dépensé 313 M€ de plus que leur dotation de 607 M€ sur l'enveloppe protégée pour la prévention et 104 M€ de plus que leur dotation de 197 M € sur l'enveloppe protégée pour le médico-social. Ainsi, si l'enveloppe protégée pour la prévention représente 11 % de l'enveloppe allouée aux ARS, les crédits dépensés représentent près de 16 % des crédits totaux en 2024. De même, les crédits protégés médico-social représentaient 4 % de la dotation et 5 % de la dépense finale des ARS.

Seules deux ARS n'ont pas affecté suffisamment de crédits à la prévention :

- l'ARS de Guadeloupe n'a dépensé que 12 M€ sur les 14 M€ prévus ;
- l'ARS de Martinique n'a dépensé que 14 M€ sur les 15 M€ prévus[10].

Tableau 7 : Respect par les ARS de la fongibilité asymétrique (en 2024)

	Prévention			Médico-social		
En M€	Dotation protégée	Exécution [11]	*Différence*	Dotation protégée	Exécution [12]	*Différence*
Auvergne-Rhône-Alpes	56	93	*37*	22	38	*16*
Bourgogne-Franche-Comté	24	34	*10*	10	12	*2*
Bretagne	25	43	*18*	11	10	*0*
Centre-Val de Loire	21	28	*7*	9	10	*1*
Corse	6	7	*0*	2	2	*0*
Grand Est	45	68	*23*	19	34	*16*
Guadeloupe	14	12	*-2*	3	3	*0*
Guyane	26	34	*8*	2	2	*0*
Hauts-de-France	51	72	*21*	14	17	*3*
Île-de-France	109	151	*42*	24	30	*6*
La Réunion	16	23	*7*	3	3	*0*
Martinique	15	14	*-1*	2	3	*1*
Mayotte	7	36	*29*	1	1	*0*
Normandie	26	37	*11*	11	17	*5*
Nouvelle-Aquitaine	46	79	*33*	22	36	*14*
Occitanie	49	75	*26*	19	52	*33*
Pays de la Loire	29	42	*13*	10	17	*7*

[10] Selon l'ARS de Martinique, l'écart est lié au report du marché de lutte antivectorielle, initialement prévu à 1 M€ en 2024 mais dont la mise en œuvre a été retardée en raison de contraintes avec le prestataire initialement sélectionné. Le marché a finalement été notifié en 2025.

[11] Hors crédits sanctuarisés

[12] Hors crédits sanctuarisés

	Prévention			Médico-social		
En M€	Dotation protégée	Exécution [11]	*Différence*	Dotation protégée	Exécution [12]	*Différence*
Provence-Alpes-Côte d'Azur	43	73	*30*	14	15	*1*
TOTAL	**607**	**920**	***+313***	**197**	**301**	***+104***
En part du total FIR	*11 %*	*16 %*		*4 %*	*5 %*	

Source : Mission, d'après l'arrêté de dotation pour 2024 et les données d'exécution de HAPI.

2.2.2. La part des dépenses du FIR consacrée à la prévention a augmenté d'un point de pourcentage entre 2019 et 2024 alors que celle du médico-social a baissé de deux points de pourcentage

Entre 2019 et 2024, la part de la prévention dans les dépenses du FIR a augmenté de 1 p.p. passant de 15 % à 16 % alors que la part des dépenses relatives au médico-social a baissé de 2 p.p. pour atteindre 5 % (Cf. tableau 8). Toutefois, ces tendances sur la part dans les dépenses s'inscrivent dans un contexte global d'augmentation, en volume, des deux enveloppes.

Les mesures nouvelles qui ont porté sur la prévention ont représenté 9 % des mesures nouvelles et ont augmenté l'enveloppe de dotation de 60 M€ entre 2023 et 2025 (37 M€ en 2025, 7 M€ en 2024 et 16 M€ en 2023) (Cf. Annexe II).

Les mesures nouvelles qui ont porté sur le médico-social ont représenté 10 % des mesures nouvelles et ont augmenté l'enveloppe de dotation de 70,3 M€ entre 2023 et 2025 (56,9 M€ en 2025, 3,9 M€ en 2024 et 9,5 M€ en 2023).

Tableau 8 : Evolution de la dotation et l'exécution des crédits protégés entre 2019 et 2024 (en M€)

Typologie de crédit	2019	2024
Prévention		
Dotation protégée	352	607
Exécution des crédits protégés	560	920
En part de l'exécuté total sur le FIR	*15 %*	*16 %*
Médico-social		
Dotation protégées	203	197
Exécution des crédits protégés	243	301
En part de l'exécuté total sur le FIR	*7 %*	*5 %*

Source : Mission d'après l'arrêté de dotation pour 2024 et les données d'exécution de HAPI. Légende : « N.D. » : non disponible.

2.3. Les ARS n'ont pas réussi à exécuter un niveau satisfaisant de crédits sanctuarisés en 2024, en raison de leur notification tardive par le national et de l'ajout de mesures nouvelles sanctuarisées en gestion

Au sein du FIR, des crédits peuvent être « sanctuarisés », par dispositif, afin d'assurer un financement dirigé et un déploiement uniforme sur l'ensemble du territoire. La sanctuarisation des crédits est appliquée au niveau de la destination dans la nomenclature du système d'information HAPI (À titre d'exemple, les dépenses relatives à la télémédecine ou aux appels à projet fonds d'accompagnement à la transformation des établissements ou services d'accompagnement par le travail (FATESAT)).

Dans l'ensemble, les ARS ne respectaient pas le principe de sanctuarisation des crédits en 2024, avec un total de crédits exécutés de 120 M€, montant inférieur de 155 M€ à la cible de 275 M€ fixée par l'arrêté de dotation pour l'année 2024 (Cf. tableau 9). Dans le détail, seules les ARS de Martinique et Guadeloupe ont respecté la sanctuarisation. A l'inverse, la Nouvelle-Aquitaine (-24 M€), l'Ile de France (-21 M€) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (-18 M€) sont les plus distantes à leur cible d'exécution de crédits sanctuarisés.

L'attribution tardive des dotations initiales sanctuarisées peut, en partie, expliquer les difficultés à consommer les crédits pour les ARS. En 2024, le premier arrêté de dotation FIR n'a été publié que le 8 avril 2024. Il prévoyait un montant de crédits sanctuarisés de 183 M€.

Par ailleurs, des mesures nouvelles sanctuarisées notifiées en cours de gestion peuvent aussi mettre plus de temps à être mises en œuvre. Toutefois, l'ajout de crédits sanctuarisés en cours de gestion ne peut expliquer entièrement la sous-consommation constatée dans la mesure où les ARS n'ont dépensé que 120 M€ de crédits sanctuarisés en 2024 sur les 183 M€ notifiés dès le premier arrêté.

Enfin, une partie de l'écart peut s'expliquer par le les problèmes d'imputation des dépenses sur la nomenclature FIR. La mission relève à ce titre, deux principales anomalies :

- Des dépenses imputées sur les mauvaises lignes, par exemple les 90 M€ pour les transporteurs sanitaires ont été imputés sur les lignes 2.3.27 et 2.3.28 (qui ne sont pas identifiées comme sanctuarisées) ;
- Des dépenses sanctuarisées fondues dans des lignes plus larges et qui n'ont pas fait l'objet d'une création de ligne spécifique, par exemple pour les 7 M€ du dispositif Asalée.

Tableau 9 : Respect par les ARS de la sanctuarisation des crédits (en 2024)

En M€	Dotation sanctuarisée	Exécution sanctuarisée	Différence
Auvergne-Rhône-Alpes	28	10	-18
Bourgogne-Franche-Comté	13	5	-7
Bretagne	15	9	-6
Centre-Val de Loire	13	5	-8
Corse	2	2	-1
Grand Est	21	7	-14
Guadeloupe	2	1	-2
Guyane	2	1	-2
Hauts-de-France	25	12	-13
Île-de-France	36	14	-21
La Réunion	4	2	-2
Martinique	2	2	-0
Mayotte	2	2	0
Normandie	13	5	-7
Nouvelle-Aquitaine	37	14	-24
Occitanie	25	13	-12
Pays de la Loire	16	8	-8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	18	9	-9
TOTAL	**275**	**120**	**-155**

Source : Mission, d'après l'arrêté de dotation pour 2024 et les données d'exécution de HAPI.

3. Les ARS ont une liberté pleine ou partielle sur l'engagement de 88 % des crédits du FIR

3.1. En 2024, 40 % des dépenses étaient totalement à la main des ARS, et 49 % étaient destinées à un dispositif obligatoire dont le dimensionnement était à la main des ARS

Encadré 4 : Méthodologie de catégorisation des dépenses au sein du FIR, selon le niveau de flexibilité d'allocation à la main du DG ARS

La mission propose une méthodologie d'identification des dépenses contraintes du FIR, à partir de la nomenclature du SI STARS/HAPI au niveau le plus fin (les « destinations »). Cette méthodologie s'appuie sur la prise de connaissance des travaux déjà réalisés en 2018 et 2024 sur le sujet par plusieurs ARS. Elle a vocation à proposer une méthode homogène au niveau national, que la mission a appliqué sur les dépenses engagées au cours des derniers exercices.

Le degré de contrainte s'appliquant sur chaque dispositif s'apprécie selon deux facteurs :

- **le caractère obligatoire du dispositif** : l'ARS est-elle tenue de le déployer ?
- **lorsque le dispositif est obligatoire, la possibilité ou non pour l'ARS de calibrer le dimensionnement du dispositif.**

Ainsi, la mission a fait la distinction entre les dispositifs pour lesquels il existe une obligation (selon un texte : une loi, un décret, une instruction) de déploiement pour chaque ARS et ceux pour lesquels il n'y en a pas. Parmi les dépenses obligatoires, la mission a distingué les dispositifs dont le dimensionnement (nombre de projets, de centres, de personnes prises en charge) relève de la décision de la direction de l'ARS, de ceux pour lesquels une instruction ou un cahier des charges national décrit de manière précise les moyens à engager (en volume et/ou en crédits).

Une tentative d'estimation de la contrainte de la dépense selon la durée de l'engagement a été réalisée par la mission, cependant, la majorité des dépenses du FIR concerne du financement de personnels ou de structures, et ainsi l'appréciation du caractère annuel ou pluriannuel de la dépense laisse une part importante à l'interprétation de sa pérennité.

Les dépenses sont ainsi ventilées dans trois catégories :

- les **dépenses totalement à la main de l'ARS :** comme les aides à l'investissement, aides en trésorerie, éducation thérapeutique du patient, promotion de la santé des populations en difficulté et lutte contre les inégalités de santé, groupes d'entraide mutuelle (GEM), assises santé mentale lits à la demande, formation des représentants des usagers, contrats de début d'exercice ;
- les **dépenses relevant de dispositifs obligatoires, mais dont le dimensionnement est à la main de l'ARS** : comme la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), équipes mobiles de soins palliatifs, dispositifs d'appui à la coordination, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), permanence d'accès aux soins en santé (PASS), services d'accès aux soins (SAS), filières accident vasculaire cérébral (AVC), équipes mobiles de gériatrie, équipe de liaison en addictologie. Ces dispositifs sont prévus par des instructions, circulaires ou règlements dans leurs principes d'existence mais le dimensionnement en nombre de « lignes » pour la PDSES par exemple relève bien d'une décision de l'ARS ;
- les **dépenses totalement dirigées** par des directives nationales : comme l'appui à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières, consultations mémoire, carences ambulancières, Ségur numérique, prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles, unités d'accueil pédiatriques « Enfants en danger » (UAPED). Sur ces dépenses, les ARS ne disposent pas de marges d'adaptation territoriale en termes de détermination du niveau minimal de financement.

La mission note que les dépenses sanctuarisées peuvent relever des deux dernières catégories dans la mesure où le dimensionnement est à la main des ARS, bien qu'un niveau minimal de financement soit fixé.

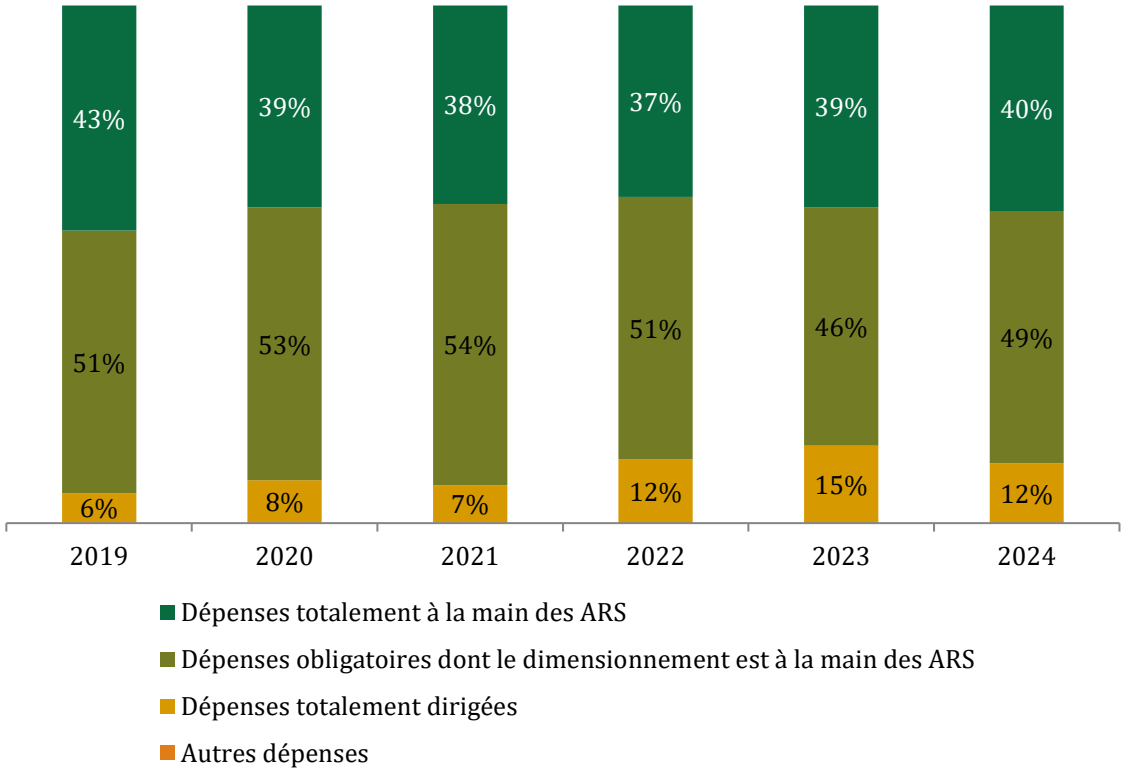
Source : Mission.

3.1.1. En 2024, 12 % des dépenses du FIR étaient totalement contraintes par des directives nationales, et cette part a doublé depuis 2019

En 2024, 40 % des crédits alloués aux ARS étaient totalement à la main de ces dernières (Cf. graphique 8). La même année, 49 % des crédits servaient à financer des dispositifs obligatoires dont le dimensionnement est à la main des ARS, et 12 % des dépenses étaient totalement contraintes par le pilotage national.

Après avoir connu une baisse de 6 p.p. entre 2019 et 2022 passant de 43 % à 37 %, la part des crédits sur lesquels les ARS ont une liberté totale a augmenté de 3 p.p. entre 2022 et 2024 pour atteindre 40 %. À l'inverse, la part des dépenses totalement contraintes a doublé sur la période 2019-2024, pour atteindre 12 % des crédits en 2024 avec un pic à 15 % en 2023.

Graphique 8 : Chronique de la répartition des crédits des ARS selon le degré de contrainte (entre 2019 et 2024)



Source : Mission d'après HAPI. Note : La catégorie « Autres dépenses » correspond aux lignes de HAPI renseignées sur la période 2019-2022 avec un code « BP », sans précision sur la destination. Ces dépenses représentent moins d'1 % des dépenses annuelles. Le détail de la méthodologie de classification des dépenses est présenté dans l'encadré 4. La mission a établi une correspondance entre les anciennes nomenclatures ayant disparues et la nomenclature de 2024 à laquelle elle a appliqué son filtre A, B ou C afin de reconstituer la série longue des dépenses. Les totaux supérieurs à 100 % sont liés à des effets d'arrondis.

3.1.2. La part des dépenses relevant de dispositifs dont le dimensionnement est à la main de l'ARS est majoritaire dans onze des douze ARS hexagonales (52 % en moyenne)

En 2024, les dépenses obligatoires dont le dimensionnement est à la main de l'ARS sont les plus importantes dans onze des douze ARS hexagonales (toutes sauf Hauts-de-France) et représentent, en moyenne[13], 52 % des dépenses de ces ARS. Les dépenses totalement à la main des ARS représentent quant à elles, 39 % des crédits exécutés par les ARS hexagonales. Les dépenses totalement contraintes pèsent en moyenne pour 11 % du total des dépenses, elles sont systématiquement inférieures à 15 % des dépenses des ARS.

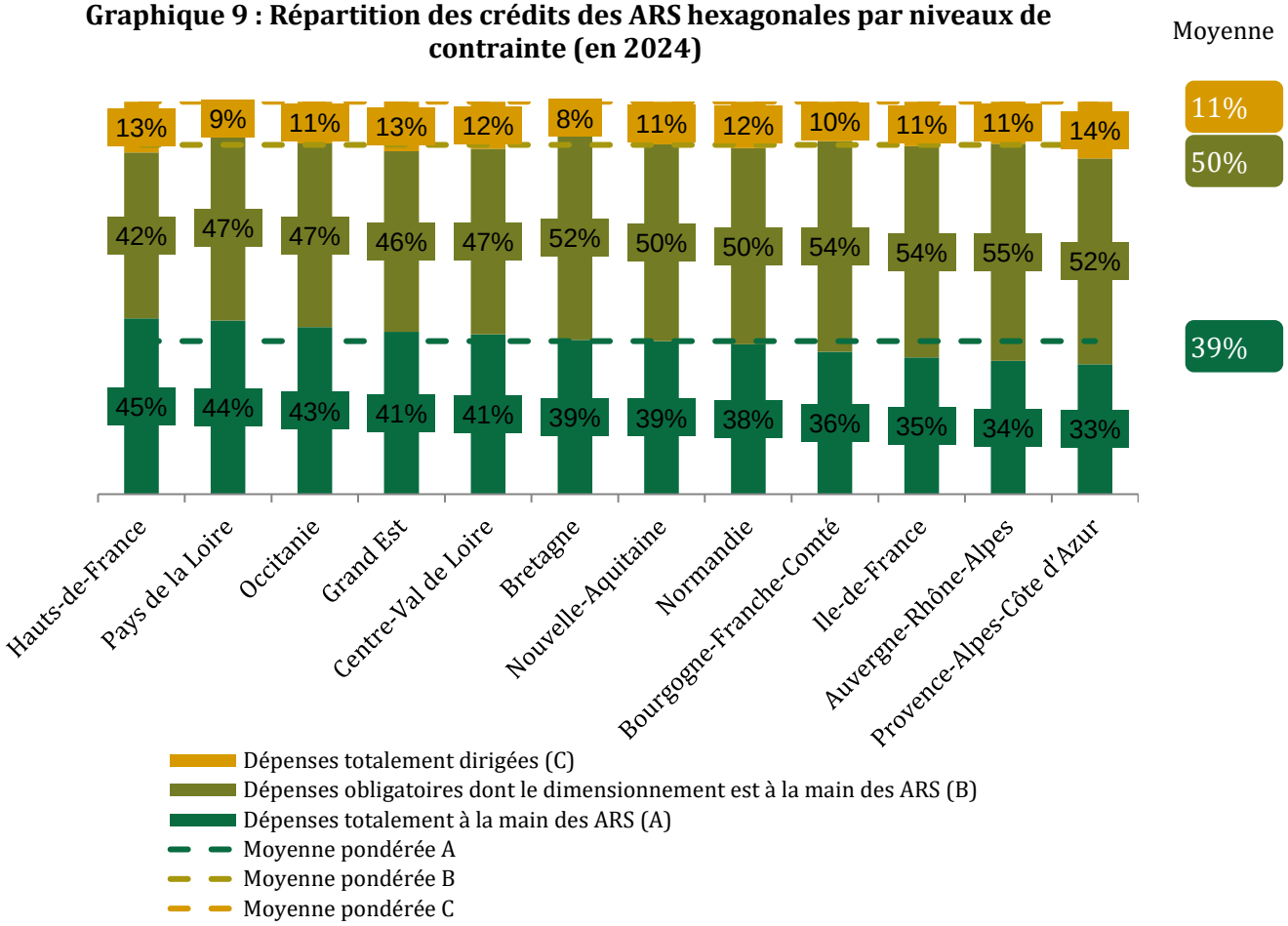
La même année, les ARS hexagonales n'ont pas toutes eu la même liberté sur les dépenses qu'elles ont engagées (Cf. graphique 9). Dans les faits, les ARS de Hauts-de-France (45 %) et Pays de la Loire (44 %) sont celles qui ont la part la plus importante de dépenses totalement à leur main. À l'inverse, les ARS de Provence Alpes Côte d'Azur (14 %) et Grand-Est (13 %) ont les taux de crédits totalement contraints les plus importants :

- la part des dépenses à la main des ARS va de 33 % (Provence Alpes Côte d'Azur) à 45 % (Hauts-de-France). Cet intervalle de douze p.p. représente 31 % de la moyenne (39 %) ;
- la part des dépenses obligatoires dont le dimensionnement est à la main des ARS va de 42 % (Hauts-de-France) à 55 % (Auvergne Rhône Alpes). Cet intervalle de treize p.p. représente 26 % de la moyenne (50 %) ;
- la part des dépenses totalement contraintes va de 8 % (Bretagne) à 14 % (Provence Alpes Côte d'Azur). Cet intervalle de six p.p. représente 55 % de la moyenne (11 %).

La gestion du FIR au niveau local est donc différentiée selon les régions car, en plus d'utiliser les marges de manœuvre prévues par la fongibilité (Cf. 2.1), elles n'ont pas toutes le même niveau de contrainte sur leurs enveloppes. Le poids des différentes dépenses dans le montant total des ARS peut résulter de pratiques du directeur général (DG), d'héritages historiques et de facteurs populationnels ou socio-économiques. De fait, la part des dépenses en contraintes dont le déploiement est la main des ARS, étant liée à l'intensité de déploiement d'un dispositif, décidée par le directeur général de l'ARS, elle influence directement le poids des dépenses totalement à la main du DG (Cf. encadré 4).

[13] Les moyennes calculées sont pondérées par le poids des dépenses de chaque ARS dans le total.

Graphique 9 : Répartition des crédits des ARS hexagonales par niveaux de contrainte (en 2024)



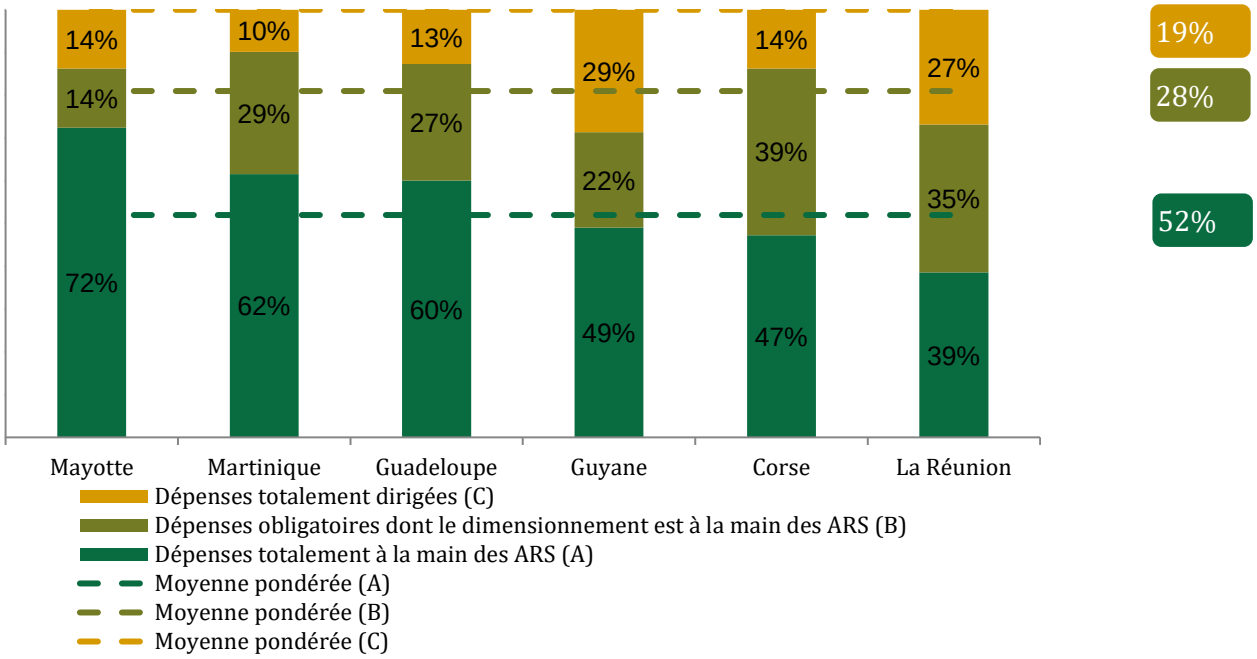
Source : Mission d'après HAPI. Note : la méthodologie de répartition des dépenses est précisée dans l'encadré n° 4.

Dans les ARS ultra marines et en Corse, la répartition des dépenses selon le degré de liberté est plus dispersée qu'en France hexagonale.

Les ARS de Guadeloupe (29 %) et de La Réunion (27 %) ont des taux de dépenses totalement dirigées supérieurs de 10 p.p. et 8 p.p. à la moyenne de 19 % pour les ARS de cet ensemble. Si cela entraine un faible dimensionnement des dispositifs dont le dimensionnement relève des ARS pour la Guyane (22 % des dépenses pour une moyenne de 28 %) ce fort taux de contrainte restreint davantage les crédits totalement à la main de l'ARS à La Réunion (39 % pour une moyenne de 52 %).

A l'inverse, les ARS de Mayotte (72 %) et de la Martinique (62 %) ont les parts les plus importantes de dépenses totalement à leur main en 2024, respectivement supérieures de 20 p.p. et 10 p.p. à la moyenne de 52 % des dépenses.

Graphique 10 : Répartition des crédits des ARS ultra marines et Corse par niveaux de contrainte (en 2024)



Source : Mission d'après HAPI.

3.2. L'alimentation du FIR via la récupération d'indus, retracée dans les ressources propres du budget annexe, représente moins de 1 % des crédits

Dans l'hypothèse où des versements indus[14] auraient été effectués par les ARS au profit d'opérateurs ou d'associations dans le cadre du déploiement d'une action, ces dernières disposent de la possibilité de procéder à leur récupération et à leur réaffectation. Cette pratique, conforme aux principes de bonne gestion publique, a été généralisée au sein de la majorité des ARS. Les agences n'ayant pas encore formalisé de dispositifs de récupération des indus sont désormais engagées dans leur mise en œuvre.

Sur le plan budgétaire, les montants récupérés sont inscrits en ressources propres, au sein des budgets annexes des ARS, conformément aux règles de comptabilité publique.

En 2024, les ressources propres des ARS ont représenté 40,6 M€ (Cf. tableau 10).

Dans les deux ARS visitées par la mission, les montants d'indus recouvrés représentaient 70 % des ressources propres en Occitanie et 84 % des ressources propres en Centre-Val de Loire (Cf. tableau 10). En Nouvelle-Aquitaine, les indus recouvrés en 2024 ont permis d'alimenter 67 % des ressources propres.

[14] L'indu est un cas particulier de gestion, visant à recouvrer un trop-versé qui ne peut être régularisé dans le cadre du processus de dépense.
Il s'applique dans le cas où :

- Une demande de paiement a été émise et payée pour une somme supérieure aux droits effectifs du créancier ;
- Et la régularisation des sommes indument perçues ne peut être déduit, sous forme d'avoir, d'une demande de paiement à venir sur le même engagement juridique, établi au bénéfice de ce créancier au cours de l'exercice ayant supporté le trop versé, sur la même imputation budgétaire.

Tableau 10 : Ressources propres des ARS (en M€)

2024	Ressources propres
Ile-de-France	1,7
Auvergne-Rhône-Alpes	2,2
Hauts-de-France	5,1
Occitanie	12,4
Nouvelle-Aquitaine	5,8
Grand Est	4,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,9
Pays de la Loire	0,7
Normandie	2,2
Bretagne	0,5
Bourgogne-Franche-Comté	0,4
Centre-Val de Loire	1,0
La Réunion	0,0
Guyane	0,6
Martinique	0,0
Guadeloupe	0,5
Mayotte	0,2
Corse	0,2
Total	**40,6**

Source : Mission, d'après les comptes financiers des ARS pour l'année 2024.

3.3. Les crédits du FIR financent des dépenses de fonctionnement à hauteur de 1 % et l'évolution à venir du champ des dépenses inscrites au budget annexe des ARS pousse à renforcer les contrôles de ces derniers

Le comité de pilotage (COPIL) national FIR du 17 décembre 2021 a validé un document fixant les lignes directrices en matière d'imputation des dépenses sur la section fonctionnement du budget FIR des ARS. À titre d'exemple, les dépenses de démocratie sanitaire (conseils territoriaux de santé ou conférences régionales de la santé et l'autonomie), les prestations de conseil extérieures ou les frais de formation de personnels autres que ceux de l'agence peuvent être inscrites en dépenses de fonctionnement au budget annexe par les ARS.

En 2024, toutes les ARS ont inscrit des dépenses du FIR dans les dépenses de fonctionnement de leur budget annexe, qui représentent en moyenne 1,0 % de leur budget (Cf. tableau 11)[15]**.** Toutefois, des disparités existent dans l'inscription des crédits en dépenses de fonctionnement. En effet :

- 13 ARS ont des dépenses de fonctionnement qui représentent moins d'1 % de leurs dépenses totales ;
- dans les Outre-Mer, des écarts importants existent entre les ARS qui dépensent moins de 3 % de leur FIR en fonctionnement (La Réunion, Martinique, Guadeloupe), et celles qui en dépensent plus de 10 % (Guyane, 11,6 % et Mayotte, 37,9 %).

L'importance des dépenses de fonctionnement en Guyane et à Mayotte s'explique par les spécificités de ces territoires et des missions de santé publique que ces deux agences doivent remplir. Il convient de souligner que ces deux ARS spécifiquement, prennent en charge, sur leur budget de fonctionnement, un ensemble de dépenses variées et parfois exceptionnelles. Celles-ci incluent notamment :

- le financement d'analyses d'échantillons, via des marchés publics ;
- le fonctionnement d'un département dédié à la statistique et aux études ;

- la constitution et la mobilisation de personnels de la réserve sanitaire destinée à pallier les carences en personnel de santé sur le territoire ;
- l'organisation d'évacuations sanitaires, qu'il s'agisse de transferts vers La Réunion depuis Mayotte ou de transports en pirogue en Guyane ;
- ainsi que des dépenses ponctuelles et imprévues comme l'acquisition de cercueils par l'ARS de Mayotte dans le cadre de la gestion de l'épidémie de choléra.

Tableau 11 : Dépenses inscrites dans les budgets annexes des ARS en 2024 (en M€)

ARS	Total	Dont intervention	Dont fonctionnement
Ile-de-France	904	99,6 %	0,4 %
Auvergne-Rhône-Alpes	645	99,7 %	0,3 %
Hauts-de-France	553	99,5 %	0,5 %
Occitanie	554	99,6 %	0,4 %
Nouvelle-Aquitaine	519	99,6 %	0,4 %
Grand Est	517	99,2 %	0,8 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	440	99,5 %	0,5 %
Pays de la Loire	12	100,0 %	0,0 %
Normandie	267	99,4 %	0,6 %
Bretagne	270	99,6 %	0,4 %
Bourgogne-Franche-Comté	258	99,1 %	0,9 %
Centre-Val de Loire	211	99,4 %	0,6 %
La Réunion	132	98,7 %	1,3 %
Guyane	84	88,4 %	11,6 %
Martinique	82	98,4 %	1,6 %
Guadeloupe	71	98,7 %	1,3 %
Mayotte	45	62,1 %	37,9 %
Corse	38	99,0 %	1,0 %

Source : Mission d'après les comptes financiers des ARS.

À la date de la mission, les ARS ne disposaient, dans le cadre de leurs budgets annexes, que de la faculté d'y inscrire des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'intervention. Un décret en Conseil d'Etat, actuellement en cours d'étude par la section sociale de ce dernier, devrait permettre d'ouvrir la possibilité aux ARS d'inscrire des dépenses de personnel et d'investissement dans leur budget annexe (Cf. encadré 5).

Encadré 5 : Projet de décret en Conseil d'Etat relatif au budget annexe des ARS.

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a soumis au Conseil d'Etat un projet de décret visant à ouvrir, aux ARS, la possibilité d'inscrire des dépenses de personnel et d'investissement dans leur budget annexe. Il s'agirait d'une transposition du droit commun qui devrait être validée par le Conseil d'Etat.

Le décret contient trois articles, présentés ci-dessous :

Article 1er

Le II de l'article R. 1432-55 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 3° Aux dépenses de personnel correspondant à la réalisation de missions de coordination ou d'expertise ;

« 4° Aux dépenses d'investissement. »

Article 2

Les dispositions du présent décret sont applicables à l'exercice comptable 2025.

Article 3

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et la ministre de l'action et des comptes publics sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Selon les informations transmises à la mission, ce décret devrait s'accompagner d'une note d'instruction du la ministre précisant que le champ des dépenses éligibles à ce nouveau cadre doit correspondre aux missions du FIR.

Source : Mission.

ANNEXE IV

Pilotage national du fonds d'intervention régional

SOMMAIRE

1. LE CADRE NATIONAL DE PILOTAGE ET D'ANIMATION DU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL (FIR) PRÉSENTE DES FRAGILITÉS 1

1.1. Le pilotage national du FIR, qui implique les directions du ministère des affaires sociales et de la santé, est coordonné par son secrétariat général 1

1.1.1. La définition des orientations stratégiques du FIR et de leur déclinaison est confiée au conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS) 1

1.1.2. Les directions « métier » du ministère définissent les actions financées via le FIR qui relèvent de leur périmètre, avec un degré de précision divers en fonction des dispositifs 3

1.2. Les outils et les méthodes du pilotage sont nombreux, mais leur degré d'adaptation au FIR est divers 3

1.2.1. Le FIR doit décliner le projet régional de santé (PRS), et ses modalités d'usage sont décrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) établi entre l'État et l'ARS 3

1.2.2. Les instances et modalités d'échange entre l'État et les ARS sont nombreuses, mais aucune n'aborde spécifiquement le FIR 5

1.3. Le niveau national s'est mobilisé sur l'outillage informatique des ARS, mais capitalise peu sur leurs pratiques pour promouvoir des outils communs et des mutualisations 6

1.3.1. L'échelon national n'anime pas la recherche de mutualisations et la capitalisation des bonnes pratiques 6

1.3.2. L'outillage des ARS s'est concentré sur la montée en qualité de la plateforme de financement « STARS FIR », et mériterait d'être élargi 6

1.4. Une évolution vers davantage de délégation des moyens a été engagée par le SGMAS à la demande des directeurs généraux d'ARS en 2022, mais la démarche reste à mi-chemin 8

1.4.1. Des évolutions ont été apportées pour donner suite à une demande de renforcement de la capacité de pilotage par les ARS 8

1.4.2. Fin 2025, ces principes de sécurisation sont à ce jour partiellement et imparfaitement déployés 9

2. LA MÉTHODE DE CONSTRUCTION DU FIR EST ENCORE PEU FAVORABLE À L'IDENTIFICATION DE MARGES D'EFFICIENCE ET NE GARANTIT PAS LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS TERRITORIAUX 11

2.1. La dotation supplémentaire du FIR créée par l'application du taux d'évolution de l'ONDAM est entièrement affectée au financement de mesures nouvelles sans réévaluation de la base existante 11

2.1.1. La méthode de construction du FIR repose sur une analyse et un arbitrage des seules mesures nouvelles (et le cas échéant de mesures de périmètre) demandées par les administrations centrales et sans remontées des ARS. 11

2.1.2. Les conditions de construction du FIR sont estimées insuffisamment claires et partagées par les administrations centrales 12

2.1.3. La méthode de construction du FIR demeure paradoxale, ne reposant pas directement sur un objectif d'affectation des moyens au service du PRS ni sur une doctrine d'usage définie 13

2.2. La notification des fonds alloués à chaque ARS est tardive, retardant voire insécurisant la mise en œuvre de certaines mesures 14
2.2.1. La notification des fonds alloués aux ARS est tardive 14
2.2.2. Ce dispositif ne favorise pas la sécurisation d'un cadre pluriannuel..... 15
2.3. Une nécessaire démarche prospective doit être intégrée dans la construction du FIR, en parallèle de la préparation des prochains projets régionaux de santé sur la période 2028-2033..... 16

3. LA SÉCURISATION FINANCIÈRE DU FIR DOIT ÊTRE RENFORCÉE SUR SES DIFFÉRENTS VOLETS : APPROBATION ET CONTRÔLE BUDGÉTAIRE, SUIVI, MAÎTRISE DES RISQUES, CONTRÔLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE..... 16

3.1 Le dispositif d'approbation et de contrôle du budget annexe par l'échelon national est limité à un contrôle budgétaire de conformité et cohérence..... 16
3.2. Le suivi de l'exécution budgétaire est limité, et complexifié par une nomenclature utilisée de façon hétérogène par les ARS..... 17
3.2.1. Le suivi opérationnel de l'utilisation des fonds est réalisé par le niveau national via deux vecteurs, qui ne communiquent pas nécessairement..... 17
3.2.2. Le cadre de précision et de mobilisation des règles budgétaires est insuffisant..... 18
3.3. Le dispositif de maitrise des risques est en construction, les actions de contrôle et de lutte contre la fraude relèvent actuellement d'initiatives régionales 19

4. L'ÉVALUATION DES ACTIONS FINANCÉES PAR LE FIR EST LIMITÉE ET HÉTÉROGÈNE, L'UTILISATION LACUNAIRE DES DONNÉES AU NIVEAU NATIONAL APPORTE UNE VISIBILITÉ INSUFFISANTE AUX POUVOIRS PUBLICS ET AUX ÉLUS 20

4.1. L'évaluation des dispositifs financés n'est pas organisée de manière à mesurer l'efficacité et l'efficience du service rendu de l'ensemble des actions financées sur le FIR, et de la pertinence de l'utilisation de ce vecteur de financement..... 20
4.1.1. Le suivi des données issues du logiciel de gestion du FIR n'est pas actuellement utilisé comme un outil d'appui à l'évaluation et au pilotage des mesures pour les administrations centrales..... 20
4.1.2. Les actions de suivi engagées par les administrations centrales portent peu sur l'impact des projets financés par le FIR..... 21
4.2. L'insuffisante exploitation des outils de reporting, ainsi que le défaut de coordination entre le pilotage national et les ARS aboutissent à une lisibilité insuffisante des actions financées par le FIR et du rendu compte adressé à la représentation nationale et aux citoyens..... 22

1. Le cadre national de pilotage et d'animation du fonds d'intervention régional (FIR) présente des fragilités

1.1. Le pilotage national du FIR, qui implique les directions du ministère des affaires sociales et de la santé, est coordonné par son secrétariat général

1.1.1. La définition des orientations stratégiques du FIR et de leur déclinaison est confiée au conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS)

Le conseil national de pilotage (CNP) des agences régionales de santé, prévu par l'article L.1435-10 du code de la santé publique (CSP), détermine les orientations nationales du fonds. Il est plus globalement chargé de veiller à la cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de :

- santé publique ;
- organisation de l'offre de soins ;
- prise en charge médico-sociale ;
- gestion du risque[1]

Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales qui concourent notamment à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, examine les instructions adressées aux ARS et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte.

Ce comité est présidé par le ministre en charge des affaires sociales et de la santé. Il est composé de l'État (représenté par les ministres et secrétaires d'État chargés des affaires sociales, de la santé et du budget), de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Font également partie de cette instance :

- le secrétaire général des ministères chargé des affaires sociales (qui en assure la présidence en cas d'absence du ministre) et le secrétaire général adjoint ;
- le directeur général de l'union nationale des caisses de l'assurance maladie (UNCAM) ;
- le directeur du budget ;
- le chef de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ;
- l'ensemble des directeurs du ministère des affaires sociales et de la santé[2].

Cette composition permet ainsi d'associer l'ensemble des parties au pilotage des ARS, et du FIR en particulier.

Conçu par les textes comme un lieu d'orientations et d'arbitrages stratégiques, ce comité a bénéficié dans les premières années de son fonctionnement, d'une réelle animation stratégique et d'une capacité d'arbitrage forte, sous le pilotage du secrétaire général du Ministère. Il se réunissait tous les 15 jours[3], les réunions donnant lieu à un compte-rendu. **Ce rôle stratégique s'est au fil du temps amoindri**. A compter de 2020, une part importante des CNP

[1] Amélioration de l'efficience du système de soins, pour garantir un accès aux soins à coût maitrisé

[2] Le directeur de la sécurité sociale (DSS), le directeur général de la santé et son adjoint (DGS), le directeur général de l'offre de soins (DGOS), le directeur général de la cohésion sociale (DGCS), le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le directeur des achats, des finances et des services (DFAS), le directeur des ressources humaines (DRH)

[3] Particulièrement les premières années 2012 et 2013

a été organisée de manière dématérialisée[4] sans établissement de compte-rendu, son rôle se recentrant sur une fonction d'instance consultative obligatoire avant la transmission d'instructions aux ARS. Aucun temps d'échange spécifique n'est consacré à la construction d'orientations partagées du FIR.

Plusieurs administrations centrales intervenant sur les thématiques du FIR, un rôle d'ensemblier a été confié depuis sa création au SGMAS, qui est par ailleurs chargé de l'animation et du pilotage des ARS. En son sein, deux acteurs clés se partagent ces missions, sous le pilotage du secrétariat général des Ministères sociaux :

- un « pôle ARS », doté de 11 ETP, chargé d'assurer le pilotage, la coordination, le suivi et l'animation des problématiques relatives aux ARS dont le FIR ;
- la direction des finances, des achats et des services (DFAS), qui approuve les budgets initiaux et rectificatifs (budget principal et budget annexe), et pilote la maitrise des risques financiers.

Enfin, la direction du numérique (DNUM) intervient s'agissant des systèmes d'information, et assure plus particulièrement la coordination des travaux relatifs à l'outil STARS FIR, qui vient remplacer l'ancien outil « Harmonisation Partage d'Information » HAPI (cf. partie 1.3.2).

Si le SGMAS exerce un rôle technique nécessaire, en colligeant les orientations des directions métier et en réalisant les suivis budgétaires, son rôle à l'égard des autres administrations et sa capacité d'animation des ARS semblent en revanche moins clairs. Actuellement, le SGMAS semble davantage chargé d'un rôle d'ensemblier technique que d'une fonction d'animation et d'arbitrage au sein du ministère, ou de « tête de réseau » pour les ARS.

Il assure les fonctions suivantes pour la construction et le suivi du FIR :

- coordination des propositions de nouveaux engagements sur le FIR (dites « mesures nouvelles ») au cabinet ;
- suivi des évolutions de périmètre du FIR, en raison des transferts de financement entre sous-objectifs de l'ONDAM (par exemple du financement des établissements de santé vers le FIR), ou encore de l'extinction d'une action financée par le FIR sur une durée limitée ;
- réponse aux interrogations des référents techniques du FIR au sein des ARS, sans y associer de comitologie spécifique.

La direction de la sécurité sociale (DSS) établit quant à elle les propositions d'évolution financière du FIR, dans le cadre de la construction globale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Elle interagit avec les directions métier pour élaborer cette construction, notamment concernant l'impact de certaines mesures sur l'évolution globale de l'ONDAM (par exemple, avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur l'impact global de la revalorisation des activités de permanence des soins en établissement de santé (PDSES)).

Ainsi, le rôle d'ensemblier endossé par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) est réalisé avec des moyens fragmentés et un positionnement ambigu par rapport à celui de la direction de la sécurité sociale (DSS).

[4] Une seule réunion du CNP, abordant d'autres points que les instructions, s'est tenue en présentiel en 2025, aucune en 2024. Elle n'a pas traité du FIR.

1.1.2. Les directions « métier » du ministère définissent les actions financées via le FIR qui relèvent de leur périmètre, avec un degré de précision divers en fonction des dispositifs

Les directions « métier » - direction générale de la santé (DGS), direction générale de l'offre de soins (DGOS) et direction générale de la cohésion sociale (DGCS) - conçoivent les actions devant être financées par le FIR et en déterminent le calibrage financier.

Qualifiées de « mesures nouvelles », ces actions doivent répondre à des objectifs de politiques publiques prioritaires. Les Directions concernées doivent documenter les besoins de financement, et justifier de la pertinence du vecteur de financement par le FIR au regard de leur contenu et objectifs de territorialisation. Les mesures nouvelles sont de nature et d'ampleur variables, comme par exemple la création d'unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger (UAPED), le déploiement d'équipes mobiles en soins palliatifs, ou les revalorisations salariales Ségur. Une fois priorisées et arbitrées par le cabinet des ministres en charge de la santé et des solidarités, ces mesures nouvelles font l'objet de directives aux ARS pour leur déploiement et de financements dédiés prévus dans le FIR.

Ces directions peuvent également être amenées à proposer des évolutions de périmètre (cf. partie 2).

Pour élaborer ces mesures, ces directions peuvent interagir en amont avec les ARS, dans des conditions qui demeurent toutefois inégales selon les thèmes ou structures. Ainsi, elles peuvent dans certains cas, échanger directement avec les directions métier des ARS (tant pour l'élaboration de ces mesures qu'au cours de leur mise en œuvre), tandis que dans d'autres cas, les ARS ne sont pas associées ou informées en amont de l'élaboration de mesures nouvelles et/ ou de leur portage par le FIR et des montants concernés ; voire les directions d'administration centrale informent les bénéficiaires de ces financements avant d'en informer les ARS (par exemple, concernant les maisons des adolescents en 2025).[5]

1.2. Les outils et les méthodes du pilotage sont nombreux, mais leur degré d'adaptation au FIR est divers

1.2.1. Le FIR doit décliner le projet régional de santé (PRS), et ses modalités d'usage sont décrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) établi entre l'État et l'ARS

Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens lient le ministère et les directeurs généraux des ARS sur la période 2024-2028[6]. Ces contrats intègrent des objectifs métiers, tenant compte des priorités définies dans le projet régional de santé. Un article générique présenté en encadré 1 précise les modalités d'utilisation du FIR, et leur évolution suivant le rythme de l'ONDAM sur la période.

[5] Les projets d'instructions aux ARS sont toutefois partagés entre administrations centrales et Ars au sein d'un Comité Permanent « COPER », instance préparatoire au CNP.

[6] Il s'agit de la quatrième génération de contrats pluriannuels depuis la création des ARS

Encadré 1 : Extrait de l'article 7 des CPOM relatif aux modalités d'allocation des ressources aux ARS

« Ressources allouées au titre du fonds d'intervention régional (FIR)

Les crédits relevant de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR sont répartis, au moment de leur attribution à l'ARS au titre du FIR, en trois catégories : « crédits reconductibles », « crédits non reconductibles » et « crédits sanctuarisés ».

Les crédits reconductibles et les crédits non reconductibles sont fongibles. Ils ne sont donc pas détaillés, dispositif par dispositif, dans l'arrêté ministériel fixant le montant des crédits attribués à l'ARS au titre du FIR. Cette fongibilité est asymétrique lorsque ces crédits relèvent des enveloppes définies au 4° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, respectivement dédiées à la prévention et au secteur médico-social.

Les crédits sanctuarisés ne sont pas fongibles, ni entre eux, ni avec les crédits reconductibles et non reconductibles. Ils sont détaillés, dispositif par dispositif, dans l'arrêté ministériel fixant le montant des crédits attribués à l'ARS au titre du FIR. Dans certains cas, notamment lorsqu'ils visent à couvrir une dépense dite de guichet, le montant des crédits attribués doit correspondre à terme aux dépenses effectivement constatées, ce qui peut entraîner une reprise des crédits non utilisés ou nécessiter une délégation complémentaire. Le recours à ce mode de gestion sanctuarisé de crédits attribués au titre du FIR doit rester une exception.

A la fin de l'année N-1, des crédits au titre du FIR de l'année N sont pré-notifiés à l'ARS. Cette pré-notification comprend au moins les crédits reconductibles de l'année N-1. Toute exception à cette règle doit faire l'objet d'une validation par le conseil national de pilotage des ARS.

Au cours de l'exercice 2024, ces règles de gestion seront étendues, ou le cas échéant adaptées, aux crédits attribués à l'ARS au titre du FIR par d'autres financeurs que l'Assurance maladie (l'Etat, la CNSA, le fonds de lutte contre les addictions etc.).

La construction de la progression pluriannuelle du FIR repose par défaut sur l'hypothèse que la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR évolue entre l'année N-1 et l'année N approximativement dans la même proportion que l'ensemble de l'ONDAM, sous réserve des arbitrages ministériels et interministériels, ainsi que de l'inscription des crédits en loi de financement de la sécurité sociale.

Lorsque sont envisagés des mouvements de périmètre structurels modifiant le volume du FIR de manière pérenne, une attention particulière est apportée à associer les ARS aussi tôt que possible à ce processus et à en planifier l'éventuelle trajectoire pluriannuelle.

Le cas échéant, des travaux associant les ARS pourront être menés pour envisager la suite à donner au mécanisme de péréquation inter-régional qui arrive à son terme en 2024.

Le rendu compte par les ARS de leur politique d'allocation des crédits fongibles qu'elles se voient attribuer au titre du FIR sera progressivement outillé, formalisé et renforcé, notamment par :

-la définition et la mise en œuvre d'une stratégie d'évaluation des actions financées par le FIR, en lien avec -les travaux relatifs au dispositif de maîtrise des risques des processus financiers ;

-l'approfondissement du contenu des dialogues de gestion ;

une plus grande valorisation de l'usage du FIR, à partir des différents supports d'ores et déjà existants. »

Source : quatrième génération des CPOM entre l'État et les ARS.

Les priorités du FIR reflètent celles du PRS pour chaque ARS, même si les modalités de construction et le degré d'adéquation sont divers selon les agences (cf. annexe V).

Le SGMAS conduit un dialogue stratégique annuel avec chaque ARS, permettant particulièrement d'assurer un suivi des engagements du CPOM et de la réalisation des objectifs assignés. Ce dialogue stratégique évoque peu le FIR[7], tandis que les moyens de fonctionnement de l'ARS sont largement évoqués. Aucun élément ne met en regard les objectifs métier qui sont fixés dans le CPOM et les orientations stratégiques définies pour l'utilisation du FIR.

1.2.2. Les instances et modalités d'échange entre l'État et les ARS sont nombreuses, mais aucune n'aborde spécifiquement le FIR

Les échanges collectifs sont nourris entre les ARS et les directions d'administration centrales du ministère, à la fois dans le cadre d'échanges bilatéraux spécifiques, et au sein d'instances régulières :

- au niveau stratégique, via la réunion du collège des directeurs généraux d'ARS, qui rassemble ces derniers, le SGMAS et les directions du ministère une fois tous les deux mois, au premier semestre de l'année, puis une fois par mois de septembre à décembre. Le collège vise à discuter des problématiques et orientations stratégiques les concernant les ARS. C'est notamment à partir de septembre que sont davantage abordées dans cette instance les problématiques relatives aux trajectoires budgétaires prévisionnelles et mesures nouvelles et de périmètre, avec un niveau de granularité divers ;
- au niveau opérationnel, via les comités techniques spécialisés (CTS), qui assurent l'instruction de thématiques métiers et liées aux politiques d'interventions[8].

Aucune instance stratégique n'est dédiée au FIR, permettant de partager les problématiques rencontrées par les ARS dans son pilotage, ni de capitaliser sur les enseignements et pratiques régionales. Il peut certes être ponctuellement évoqué dans les différentes instances précitées, par incidente d'une politique traitée ; mais il demeure essentiellement traité sous un angle technique, par le biais d'échanges avec les référents FIR des ARS animés par le SGMAS, à la régularité et à la portée toutefois limités[9].

Un dialogue de gestion entre le SGMAS et chaque ARS se tenait annuellement. Régi par une instruction en permettant la préparation (trame du dialogue, données financières attendues) associant les directions centrales concernées avec le SGMAS, ce dialogue de gestion, dont les modalités ont évolué au fil du temps, permettait avec chaque ARS :

- d'aborder les caractéristiques du FIR régional, la stratégie d'allocation des ressources, les orientations retenues pour sa gestion, ainsi que le suivi d'exécution et les projections de fin d'exercice ;
- d'échanger sur une sélection de dispositifs financés via le FIR, identifiés par le niveau national (par exemple télémédecine, projets financés dans le cadre Conseil National de la Refondation...) ou par l'ARS (par exemple aides en trésorerie des établissements, PDSES, revalorisations Ségur, etc.) ;

---

[7] En 2025, pour la première fois, les ARS d'Occitanie et d'Auvergne-Rhône-Alpes ont pu évoquer la déclinaison de leur budget annexe lors de ce dialogue stratégique

[8] Comités techniques spécialisés **:** santé publique, offre de soins, ressources humaines en santé, médico-social, secrétariat général, numérique, communication

[9] Animation essentiellement assurée par des échanges via un groupe Teams, avec un point à mi-année et des échanges au fil de l'eau, portant principalement sur les modalités de mise en œuvre et le suivi d'exécution du FIR. S'agissant de la portée des échanges, s'ils sont certainement utiles s'agissant du suivi d'exécution ou de la facilitation de la compréhension de règles de gestion, rien ne montre qu'ils se traduisent par un réel dialogue de gestion ni ne conduisent à des évolutions du pilotage du FIR ou de ses priorités.

- de dresser, dans les années suivants la crise sanitaire, un bilan des impacts de la COVID (surcoûts, décalages de projets, etc.) .

Interrompu en 2021, en raison de la crise sanitaire, puis repris en 2022, le dialogue de gestion ne s'est pas tenu en 2024 et 2025, faute de temps disponible pour l'organiser (au dire du SGMAS). Cette absence de dialogue individualisé et systématisé par région ne permet pas d'interroger les ARS sur leurs modalités de pilotage et de gestion du FIR et sur leurs choix stratégiques ; ni de garantir la bonne prise en compte des problématiques ou spécificités propres à chaque région. **A défaut d'instance de dialogue de gestion, les points spécifiques au FIR ont pu être abordés lors du dialogue stratégique (1.2.1) sur demande de quelques DG d'ARS, sans que cela ait été systématisé pour toutes**. **Cette démarche semble pourtant très utile et pourrait être généralisée.**

Les informations transmises aux ARS enfin demeurent limitées. Le SharePoint mis en place par le ministère pour partager les textes, les calendriers et la documentation des campagnes budgétaires sanitaires et du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) n'étant pas alimenté s'agissant du FIR[10] (à l'inverse de ce qui est réalisé par la DGOS dès publication des circulaires budgétaires pour les autres vecteurs de financement).

1.3. Le niveau national s'est mobilisé sur l'outillage informatique des ARS, mais capitalise peu sur leurs pratiques pour promouvoir des outils communs et des mutualisations

1.3.1. L'échelon national n'anime pas la recherche de mutualisations et la capitalisation des bonnes pratiques

Il n'existe pas de de réelle coordination ou animation destinées à la capitalisation des bonnes pratiques, à l'impulsion d'organisations ou de modalités favorisant la performance du FIR (par exemple organisation centralisée ou non du pilotage du FIR en ARS, organisation des dispositifs de contrôle ; question de la décentralisation des délégations du FIR à l'égard des directions départementales, …). **Le collège des DG ou les CTS constituent des lieux d'échanges utiles, mais centrés sur des thématiques « métiers »** et pas sur les méthodes de gestion**.**

L'échelon national n'exerce pas non plus de rôle de facilitation de la généralisation d'outils ou méthodes développées par une ARS auprès des autres. A titre d'exemple, les démarches de parangonnage réalisés par certaines ARS pour ce qui concerne le pilotage budgétaire n'ont pas été partagées par le SGMAS. Des démarches intéressantes initiées par certaines ARS (estimation du niveau de dépenses contraintes sur le FIR, travail de modélisation de certaines dépenses du FIR comme la mission d'intérêt général (MIG) précarité en Île-de-France) n'ont pas fait l'objet de capitalisation au niveau national.

1.3.2. L'outillage des ARS s'est concentré sur la montée en qualité de la plateforme de financement « STARS FIR », et mériterait d'être élargi

L'échelon national a consacré un temps important d'animation et d'accompagnement à l'évolution de l'outil HAPI, qui permettait l'inscription des demandes de financement, vers l'outil STARS FIR. Celui-ci présente des fonctionnalités avancées permettant de sécuriser l'instruction, la contractualisation et le suivi des projets financés (cf. encadré 2), qui offrent des perspectives intéressantes une fois totalement déployées (cf. annexe V).

[10] Quoiqu'un onglet spécifique au FIR y ait bien été prévu.

Encadré 2 : Présentation de l'outil STARS FIR

L'outil STARS FIR reprend les fonctionnalités couvertes par Hapi, mais apporte une gestion beaucoup plus intégrée des financements en région, en permettant une gestion « de bout en bout » des financements, depuis leur demande, directement réalisée sur l'outil via un portail par les demandeurs, jusqu'à leur instruction, conventionnement et suivi. Il est dédié à la gestion du FIR.

Le déploiement de cet outil constitue un apport certain pour l'instruction et la gestion des dossiers des bénéficiaires du FIR, et permet d'intégrer de nouvelles fonctionnalités comme le décompte prospectif des engagements financiers, ainsi que le suivi des dépenses par axes stratégiques du FIR, par territoire, ou par type de public.

Il ne comporte en revanche que peu de dispositions dédiées au pilotage.

Cet outil est récent et encore en cours d'appropriation par les ARS ; la plénitude son usage demeure encore inégale.

Source : Mission

L'outillage des ARS reste cependant perfectible, notamment pour ce qui concerne l'interfaçage de STARS FIR avec les autres outils utilisés par les ARS pour la gestion du FIR :

- l'outil PEP pour la gestion comptable dans le cadre du système d'information budgétaire et comptable (SIBC) ;
- des requêtes via l'Infocentre à fins de pilotage.

Ainsi, il n'existe pas d'outillage national mis à disposition des ARS en matière de programmation et de pilotage du FIR, qui permette de programmer, suivre et gérer le budget annuellement et de manière pluriannuelle. L'outil ne permet pas le traitement des transferts de crédits entre budget initial (BI) et budgets rectificatifs (BR) ni la gestion différenciée des autorisations d'engagement (AE) et des crédits de paiement (CP).

Ceci induit des opérations manuelles chronophages, avec une programmation et une prévision déconnectées des outils de gestion, une multiplication de tableaux Excel, et d'élaboration manuelle de synthèses pour les comités internes d'arbitrage et de suivi des crédits du FIR.

L'interface entre les outils STARS FIR et PEP est asymétrique : STARS FIR peut envoyer des données vers PEP mais l'inverse n'est pas possible. Cela nécessite d'importer les données de paiement « à la main » dans STARS FIR pour que celui-ci puisse afficher les paiements effectués aux opérateurs. Par ailleurs, lorsqu'un dossier engagé dans STARS FIR et interfacé dans PEP est rejeté par l'agent comptable, en raison d'anomalie, il reste engagé dans STARS FIR car cette information n'est pas communicable par PEP.

Si certaines ARS sont associées à la construction et aux évolutions de l'outil, leur accompagnement pour s'approprier et généraliser l'utilisation de toutes ses fonctionnalités est à renforcer. Les rôles respectifs des acteurs nationaux dans la diffusion des consignes d'usage demeurent peu clairs entre DNUM et pôle ARS du SGMAS, avec pour résultante une absence d'édition de consignes de remplissage de l'outil et d'utilisation de la nomenclature FIR, ce qui entraine des pratiques différenciées en fonction des régions qui rendent certaines exploitations délicates.

Le développement des fonctionnalités nécessaires doit se poursuivre - une feuille de route d'évolutions à intégrer est pilotée par la DNUM.

Enfin, le pilotage national n'exploite pas toute la richesse des données qui remontent via STARS FIR, et précédemment HAPI. Son approche demeure davantage tournée vers le suivi de la consommation des enveloppes et de leur respect que vers une exploitation des données à des fins de pilotage. Alors même que de nombreuses données existaient déjà dans HAPI (exhaustif concernant les dépenses, qui peuvent être ventilées en AE/CP par destination), et de nouvelles dans STARS FIR, elles sont peu utilisées (sauf de manière descriptive dans le rapport d'activité annuel).

Il n'existe par exemple pas d'analyse comparée de l'usage du FIR selon les ARS, ni de questionnement des ARS sur d'éventuelles atypies constatées (une éventuelle sur-représentation d'aides en trésorerie par exemple).

1.4. Une évolution vers davantage de délégation des moyens a été engagée par le SGMAS à la demande des directeurs généraux d'ARS en 2022, mais la démarche reste à mi-chemin

1.4.1. Des évolutions ont été apportées pour donner suite à une demande de renforcement de la capacité de pilotage par les ARS

Le collège des directeurs généraux d'ARS a saisi le secrétaire général du ministère en décembre 2022 sur la gestion du FIR, exprimant ses attentes d'évolution autour de trois enjeux :

- redonner du sens aux principes de fongibilité et de pilotage par les objectifs des budgets FIR au sein des ARS, en appelant notamment à une clarification de la définition, du périmètre et des règles de gestion de crédits sanctuarisés ;
- renforcer la capacité de pilotage annuel et pluriannuel par les ARS de leur budget FIR, particulièrement en renforçant la visibilité des ARS sur ce budget, en sécurisant en pluriannuel une dotation « socle » régionale, en définissant une trajectoire pluriannuelle du périmètre d'évolution du FIR, et en revoyant la règle de plafonnement des reports d'un exercice sur l'autre ;
- rendre effectives les contreparties en matière d'évaluation et de rendu-compte, en déployant de véritables programmes pluriannuels d'évaluation des actions financées par le FIR et en exploitant et valorisant les rendus-comptes.

À partir de ces orientations, les actions suivantes ont été engagées par le SGMAS :

- le format d'instruction définissant les priorités annuelles, retenu jusqu'en 2022, est remplacé par l'inscription de priorités régionales dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), associées à des précisions sur le FIR visant à donner de la lisibilité, notamment sur les éléments suivants :
  - la répartition des crédits en en trois catégories : « crédits reconductibles », « crédits non reconductibles » et « crédits sanctuarisés » ;
  - la fongibilité asymétrique des crédits reconductibles et des crédits non reconductibles (quoique ceux-ci apparaissent de manière distincte dans l'arrêté ministériel) ;
  - la non-fongibilité des crédits sanctuarisés, et le principe de couverture de la dépense « au réel » lorsqu'ils concernent une dépense dite de guichet (pouvant donc entraîner une reprise des crédits non utilisés ou nécessiter une délégation complémentaire, ainsi que le caractère devant demeurer exceptionnel du recours à ce mode de gestion sanctuarisé) ;
  - le principe de notification en fin d'année N, des crédits au titre du FIR de l'année N+1 comprenant au moins les crédits reconductibles de l'année N. Toute exception à cette règle doit faire l'objet d'une validation par le CNP, avec un projet d'extension de ces règles aux crédits attribués à l'ARS au titre du FIR par d'autres financeurs que l'assurance maladie (l'État, la CNSA, le fonds de lutte contre les addictions, …) ;
  - le calendrier de publication des arrêtés ministériels successifs est théoriquement construit pour être compatible avec les échéances des ARS ;

- le détail des crédits liés aux mesures nouvelles (répartition) ne figure plus dans l'arrêté ministériel fixant le montant des crédits attribués à l'ARS ;
- le principe d'une construction de la progression pluriannuelle du FIR, entre l'année N et l'année N+1, à périmètre constant, dans la même proportion que l'ensemble de l'ONDAM, est arrêté ;
- le principe d'une association en amont des ARS est acté en cas de mouvements de périmètre structurels modifiant le volume du FIR de manière pérenne.

Ces principes se retrouvent en partie dans certaines modalités de pilotage applicables à d'autres fonds, même si aucun n'est directement comparable au FIR (cf. encadré 3).

1.4.2. Fin 2025, ces principes de sécurisation sont à ce jour partiellement et imparfaitement déployés

Le contenu des arrêtés de dotation est conforme à ces orientations. La trajectoire d'évolution du FIR a bien été a minima égale à celle de l'ONDAM, à l'exception de l'année 2024 où elle a été inférieure.[11]

Cependant, les calendriers de publication des arrêtés ne sont pas respectés[12], le financement des mesures nouvelles n'est pas systématique. L'outillage des ARS souffre toujours d'une mise en œuvre partielle, les outils de pilotage demeurent peu accompagnés par l'échelon national, ou peu développés. Les dialogues de gestion dédiés au FIR ne se tiennent plus depuis 2024, et les travaux de valorisation du FIR, notamment au travers des rapports régionaux et du rapport au Parlement, n'ont à ce jour pas encore abouti.

Enfin, il n'existe pas de réelle stratégie d'évaluation des actions financées par le FIR, ni de réelle politique de maitrise des risques sur le FIR (cf. partie 3).

Encadré 3: Comparatif du pilotage de différents fonds

Les modalités de pilotage de la DSIL du FIE et du FNAS de la CNAF[13] ont été examinées et comparées à celles du FIR.

La DSIL est destinée au financement d'investissements publics locaux (transition énergétique, bâtiments scolaires, numérique…) dans les communes/EPCI, et notamment dans les territoires ruraux. Elle fait l'objet d'une instruction ministérielle annuelle aux Préfets, et d'une allocation d'enveloppe régionale par l'Etat, répartie par le préfet de région aux départements, selon des critères définis au niveau national. Elle permet de réaliser des engagements pluriannuels à partir d'appels à projets et de conventions, décidés par arrêté préfectoral.

Le FIE vise à recentrer l'intervention de l'État en faveur des publics les plus éloignés du marché du travail, en intégrant dans ce fonds : la gestion globale des contrats aidés et des dispositifs d'insertion par l'activité économique (IAE), les Entreprises adaptées (EA) et les Groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ). Il est coordonné par le Ministère du Travail (DGEFP), et piloté localement par les DREETS et DDETS sous l'autorité du préfet. Il est régi par une circulaire annuelle définissant ses priorités, et décliné en enveloppes régionales, selon les critères et priorités définis dans les instructions ministérielles.

Le FNAS de la CNAF assure le financement des services aux familles (crèches, centres sociaux, aide à domicile…). Son pilotage national est assuré par la gouvernance de la CNAF (Conseil d'administration). Il fait l'objet d'une contractualisation avec l'Etat dans le cadre d'une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pluriannuelle, déclinée en contrats locaux pluriannuels avec chaque Caf. Celles-ci s'appuient sur des conventions territoriales globales (CTG) pluriannuelles conclues avec les

[11] Pour les autres années, la trajectoire d'évolution du FIR a même été supérieure à celle de l'ONDAM – Cf annexe II

[12] Pour mémoire, publication en avril 2024 et juin 2025 des arrêtés concernés pour chacun de ces deux exercices

[13] Dotations de soutien à l'investissement local (DSIL), Fonds d'Inclusion dans l'Emploi (FIE), Fonds National d'Action Sociale (FNAS) de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF),

collectivités locales, et des conventions avec les bénéficiaires. Une partie de l'enveloppe allouée est fléchée par la CNAF et une partie libre d'affectation par chaque CAF.

Le cadre de gouvernance national est différent selon les fonds.

Tandis qu'un cadre structuré et organisé existe pour le FNAS avec un rôle décisionnel fort du Conseil d'administration de la CNAF, il est structuré mais plus limité pour le FIR, via le Conseil National de Pilotage, et absent pour le FIE et la DSIL qui sont directement définis par voie d'instruction par les ministères concernés, sans gouvernance nationale dédiée[14].

Le degré d'autonomie locale dans l'affectation des fonds est plus ou moins fort.

Les CAF comme les ARS détiennent une autonomie d'affectation d'une partie des fonds (dotations d'actions sociale des Caf, fonds du FIR à la main des DG d'Ars), tandis que l'attribution des fonds du FIE et de la DSIL fait l'objet d'un cadrage national plus fort par l'échelon national, dans lequel doivent s'inscrire les décisions prises par les Préfets pour le FIE et la DSIL (néanmoins, une marge de manœuvre locale existe pour le choix des projets dans le respect de ce cadre ; avec mobilisation d'une fongibilité dont les proportions sont plus ou moins fortes selon les fonds).

Le cadre temporel d'allocation des fonds est annuel pour le FIR comme pour la DSIL mais des engagements pluriannuels sont possibles.

Le FNAS est géré dans un cadre pluriannuel, déterminant les dotations annuelles sur 5 ans, avec une capacité d'engagement pluriannuel. S'agissant du FIE, l'audit de l'IGAS de 2023 appelle à expérimenter des conventionnements pluriannuels.

Le pilotage budgétaire est différent

Les différences de provenance des fonds (sécurité sociale en majorité pour le FNAS et le FIR, Etat pour le FIE et la DSIL) conduisent à des circuits d'élaboration différents. L'outillage dédié au pilotage budgétaire est plus développé pour le FNAS que pour le FIR. Le calendrier de notification des fonds par l'échelon national demeure tardif pour le FIR et le FIE, tandis que le cadre pluriannuel du FNAS évite cette difficulté.

Le pilotage de ces Fonds reste affecté d'une capacité limitée d'animation territoriale et de prise en compte des besoins territoriaux par l'échelon national

La connaissance des besoins territoriaux demeure insuffisante, et l'adaptation à ces besoins est dès lors inégale, notamment traduite par une répartition de l'enveloppe nationale en tenant imparfaitement compte.

L'animation territoriale réalisée par l'échelon national existe, avec des modalités d'association des acteurs territoriaux et une intensité inégales.

Le FNAS est le plus animé- mais demeure limité dans sa capacité de capitalisation notamment. **L'évaluation des actions financées par ces Fonds demeure limitée.**

Si un suivi des financements existe pour chacun des fonds, dans une granularité variable, l'évaluation des actions financées et particulièrement de la mesure de leur impact demeure très limitée.

Ainsi, si le FIR et le FNAS partagent une réactivité et une adaptabilité plus forte, l'hétérogénéité des projets et bénéficiaires qu'ils financent, les limites du cadre de pilotage et de suivi, offrent une visibilité moins forte de leurs objets de financement, de même que le risque d'abonnement des bénéficiaires est plus fort, notamment en raison de leur autonomie et du caractère pluriannuel des engagements et de la fongibilité des fonds. Le FIE et la DSIL font l'objet de cadrage et de pilotage plus précis, mais s'inscrivent dans un cadre plus lourd, moins souple et réactif.

Aucun des fonds examinés ne présente de cadre de pilotage résolvant parfaitement les limites constatées pour celui du FIR ou complètement reproductible.

Source : Mission, à partir des documents suivants : Circulaire aux Préfets des Ministères de la transition écologique et de la Cohésion des territoires, de la ruralité et de la ville du 31 mai 2024 relative aux Dotations de soutien à l'investissement local (DSIL) ; Audit IGAS 2023 relatif au Fonds d'inclusion dans l'emploi (FIE) ; Circulaire DGEFP du 24 mai 2025 relative au FIE ; Revue de dépenses IGAS-IGF sur le FNAS 2023.

[14] Il existe en revanche une gouvernance locale, particulièrement pour le FIE, associant préfet, DRETS, DDETS, France travail, …

2. La méthode de construction du FIR est encore peu favorable à l'identification de marges d'efficience et ne garantit pas la prise en compte des besoins territoriaux

2.1. La dotation supplémentaire du FIR créée par l'application du taux d'évolution de l'ONDAM est entièrement affectée au financement de mesures nouvelles sans réévaluation de la base existante

2.1.1. La méthode de construction du FIR repose sur une analyse et un arbitrage des seules mesures nouvelles (et le cas échéant de mesures de périmètre) demandées par les administrations centrales et sans remontées des ARS.

Pour l'établissement de la dotation de l'année, les administrations centrales émettent en N-1 leurs demandes de mesures nouvelles ou d'évolutions de périmètre au regard des politiques de santé poursuivies pour l'année N. La DSS produit en mai-juin de l'année N-1 une note relative à la trajectoire de l'ONDAM. Elle effectue différentes simulations financières afin de déterminer le taux d'évolution du FIR (théoriquement aligné, depuis 2022, sur celui de l'ONDAM).

Sur cette base, **le SGMAS collige les différentes demandes des directions métier, les confronte au « disponible financier » tenant à la fois compte de l'évolution liée à la trajectoire de l'ONDAM prévue par la DSS, et de l'extinction de certaines mesures non reconductibles (le cas échéant).** Après échanges avec les directions, le SGMAS propose au cabinet du ministre des arbitrages relatifs aux mesures nouvelles et le cas échéant à certaines mesures de périmètre[15]. Généralement délivrés en juillet de N-1, ces arbitrages permettent de présenter des tendances aux ARS en septembre-octobre de N-1.

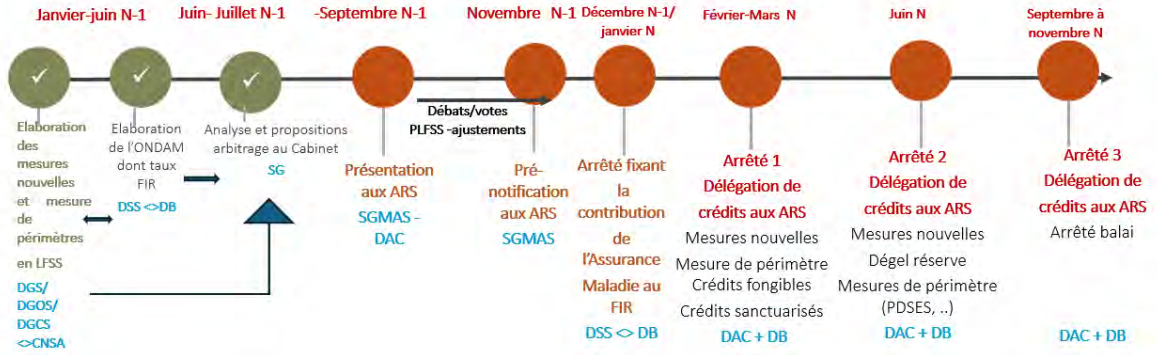
L'arrêté fixant la contribution de l'assurance maladie est pris en début d'année N, permettant ensuite au SGMAS de préparer l'arrêté déléguant les crédits du FIR début mars.[16] La totalité de l'enveloppe nationale n'est pas ventilée entre ARS, une somme étant gelée pour mise en réserve (30 M€ les années précédentes, doublée en 2025).

Un deuxième arrêté ventilant ces crédits est généralement pris en cours d'année N (juillet), voire un dernier en fin d'année.

[15] Les évolutions de périmètre visent à faire financer par le FIR des mesures existantes et financées par d'autres dispositifs (particulièrement les anciennes missions d'intérêt général et d'appui à la coordination – MIGAC) ou à l'inverse à transférer vers d'autres vecteurs de financement des mesures financées par le FIR (par exemple certains transferts du FIR vers le compartiment objectif de santé publique (OSP) dans le cadre de la réforme des établissement « Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) ». Ces mesures de périmètre sont proposées en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), mais peuvent intervenir également en cours d'année.

[16] L'article R. 1435-25 du CSP précise que chaque année, avant le 1er mars, l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 1435-10, fixe, après avis du conseil national de pilotage (CNP) des agences régionales de santé, le montant des crédits attribués à chaque ARS. Il précise pour chaque région le montant des crédits mentionnés aux a et b de l'article L. 1435-9. Cette enveloppe budgétaire est par la suite, déléguée à chaque agence régionale de santé (ARS).

Figure 1 : Processus de construction du FIR



Source : mission

Le calendrier ainsi décrit (cf. figure 1) est celui prévu par les textes ; dans les faits, il est fréquemment retardé (dates réelles de publication mentionnées en partie 2.2).

2.1.2. Les conditions de construction du FIR sont estimées insuffisamment claires et partagées par les administrations centrales

Les échanges entre administrations centrales sur la construction du FIR portent principalement sur les mesures nouvelles, sans que la base du FIR soit réinterrogée. Malgré l'intérêt des travaux conduits par le SGMAS pour regrouper les discussions par blocs thématiques, les échanges restent concentrés sur des montants limités par rapport à l'enveloppe globale du FIR (285 M€, soit 5 % de la dotation du FIR, en 2025).

Les règles de priorisation des mesures proposées au cabinet ne sont pas clairement établies ; de même que les motifs d'arbitrage ne sont pas toujours exprimés et partagés, malgré les attentes de lisibilité et partage par les administrations centrales. Des mesures nouvelles peuvent faire l'objet d'orientations stratégiques priorisées par les directions concernées (DGS, DGOS notamment) et relayées par le CNP, sans pour autant être adossées aux financements correspondants à due concurrence dans le FIR.

Par ailleurs, plusieurs éléments peuvent nuire à la lisibilité de l'ensemble du cycle budgétaire :

- l'absence de définition claire et partagée des notions de « mesure nouvelle », « crédits non reconductibles » et « montants disponibles » sur le FIR ;
- les motivations du financement de certaines mesures par le FIR plutôt que par un autre vecteur (ONDAM établissements de santé par exemple) ne sont pas toujours évidentes ; des clarifications restent à opérer, notamment pour bien articuler le compartiment de l'objectif de santé publique sur l'ONDAM ES et le FIR, ainsi que l'OGD (pour le médico-social) et le FIR ;
- l'absence de suivi coordonné et retracé dans des documents budgétaires (notamment dans l'annexe 5 du PLFSS de l'année suivante) des mesures de périmètre opérées en cours de gestion ;
- les sous-jacents des arbitrages (montants prévisionnels identifiés pour chaque mesure nouvelle notamment) ne sont pas communiqués aux ARS, ce qui peut nuire à leur propre pilotage. En effet, certaines directions peuvent communiquer aux référents métier des ARS des informations dans une temporalité et une profondeur qui peuvent être différentes de celles communiquées par le SGMAS aux référents FIR des ARS, sans que les directions générales des agences aient nécessairement reçu en amont les informations utiles.

2.1.3. La méthode de construction du FIR demeure paradoxale, ne reposant pas directement sur un objectif d'affectation des moyens au service du PRS ni sur une doctrine d'usage définie

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent les limites actuelles pour garantir un usage du FIR systématiquement corrélé aux orientations des PRS - les mesures nouvelles nationales n'étant pas toutes directement en lien avec les PRS.

La construction du FIR ne repose pas sur une association en amont des ARS à la détermination des orientations prioritaires, celles-ci reprenant pour l'essentiel la reconduction de bases historiques. Les besoins territoriaux ne sont ainsi que peu pris en compte dans l'élaboration de l'enveloppe nationale (à l'exception des Outre-mer et de la Corse).

La construction du FIR originel, résultant de l'agrégation de précédents financements dispersés, n'a intrinsèquement pas été bâtie en intégrant la dimension territoriale. Compte tenu des déséquilibres qui pouvaient alors être constatés, un mécanisme de péréquation a été mis en œuvre, visant à compenser progressivement ces écarts avec une extinction du mécanisme prévue en 2025 (cf. annexe II). La dotation du FIR cible par région est ainsi obtenue en appliquant ce modèle.

Les mesures nouvelles introduites dans le FIR ne tiennent que rarement compte des problématiques territoriales (quelques contre-exemples peuvent être soulignés en matière de lutte antivectorielle dans les régions ultramarines). Ainsi, un même objectif quantifié de déploiement peut être demandé à une petite, comme à une très grande région, faisant abstraction des problématiques d'accessibilité et du nombre de bénéficiaires à couvrir[17]. Les modalités actuelles de fixation des objectifs par les directions métier, trop centrées sur des cibles quantitatives et des modalités détaillées, gagneraient à être recentrées sur des objectifs stratégiques de déploiement des politiques publiques, laissant les ARS définir les besoins précis et quantifiés sur le terrain. Le dimensionnement des fonds associés n'est par conséquence pas non plus corrélé aux besoins territoriaux.

S'il a été construit comme un outil à vocation territoriale, à la main des ARS, le FIR a en fait largement été mobilisé depuis sa création comme vecteur de différentes politiques nationales fléchées (notamment avec l'intégration des MIGAC - cf annexe I). Aucune doctrine d'usage d'ensemble n'a été définie, permettant de déterminer le mode de financement en fonction de critères prédéfinis.

Ainsi, tandis que la perception globale du FIR par les acteurs externes est celle d'un budget régional totalement à la main des ARS, la réalité de leurs marges de manœuvre est plus limitée,

Les travaux réalisés par la mission montrent ainsi que la part contrainte du FIR est de 12 % des dépenses, et que pour 48 % des dépenses, un dispositif obligatoire défini nationalement doit être mis en œuvre (même si dans ces cas les ARS ont une marge de manœuvre sur le dimensionnement et modalités de déploiement) – annexe 2.

Ces constats ne sont pas nouveaux, et figuraient déjà dans les rapports de l'IGAS (2013) – qui évoquait l'absence d'une doctrine d'emploi du FIR et la nécessité d'en stabiliser le périmètre - ou encore de la Cour des comptes (2018) sur le FIR, sans trouver d'évolution notable depuis.

[17] Par exemple, l'objectif de création d'une maison des femmes par région est très insuffisant pour couvrir les besoins de grandes régions, mais son financement n'est assuré dans l'enveloppe notifiée qu'à cette hauteur, conduisant l'ARS à dégager des fonds si elle entend réellement couvrir le besoin et aller au-delà de l'objectif assigné.

2.2. La notification des fonds alloués à chaque ARS est tardive, retardant voire insécurisant la mise en œuvre de certaines mesures

2.2.1. La notification des fonds alloués aux ARS est tardive

Le calendrier de notification des fonds constitue l'un des sujets de difficultés les plus récurrents pour optimiser le pilotage budgétaire des ARS. Les ARS établissent leur budget initial de N en fin d'année N-1 sur la base d'un montant estimé, et pré-notifié par le SGMAS correspondant globalement aux fonds reconductibles notifiés en année N-1, et le soumettent à leur conseil d'administration et à la conférence régionale de la solidarité et de l'autonomie (CRSA). Elles en informent le CNP, via le SGMAS.

Obligatoire pour un établissement public, ce procédé est par ailleurs indispensable à l'engagement des fonds en début d'année N et au respect des engagements contractuels pris par les ARS. Pour autant, il présente des limites :

- les ARS adoptent un budget initial en fin d'année N-1 sans connaitre leur enveloppe totale de l'année N (l'arrêté ventilant le FIR entre ARS pour N n'étant publié qu'au cours du premier trimestre N au mieux). Le SGMAS leur adresse en fin d'année N-1 une pré-notification plus ou moins formelle leur permettant d'avoir une base de référence pour cette construction, qui ne porte à ce stade que sur les crédits reconductibles de N-1. Si ce procédé permet de planifier l'engagement des fonds sur la base de ce montant provisoire dès le début de l'année N, il doit ensuite être révisé pour les fonder sur l'enveloppe réelle, limitant ainsi l'optimisation des pratiques budgétaires et la réalisation des actions ;
- l'arrêté ventilant l'enveloppe du FIR entre régions est théoriquement publié avant mars N+1, mais, en réalité, cette notification est plus tardive depuis deux ans. Ainsi, pour l'exercice 2025, il l'a été le 23 juin 2025[18]. Cette pratique ne tient pas compte des contraintes pesant sur les ARS en termes de gouvernance, ces dernières devant soumettre au vote de leur conseil d'administration un premier budget rectificatif intégrant les fonds prévus dans l'arrêté, notamment les crédits reportés. Le décalage de publication de l'arrêté affecte d'autant la capacité d'engagement des ARS sur la totalité de l'enveloppe. Ce premier arrêté ne délègue en outre pas toujours la totalité des crédits relatifs aux mesures pérennes (le complément intervient alors via un ou des arrêtés ultérieurs en cours d'année), ce qui peut mettre en difficulté les agences pour allouer aux opérateurs ces financements (comme ce fut par exemple le cas pour les crédits sanctuarisés pour la revalorisation des personnels des centres de soins infirmiers relevant de la branche d'aide à domicile « CSI BAD ») ;
- un ou plusieurs autres arrêtés peuvent être publiés en cours d'année, notamment pour intégrer des mesures nouvelles qui ne l'auraient pas été auparavant, ou notifier des fonds dégelés de la réserve. Dans ce cas, les ARS procèdent à l'établissement d'un nouveau budget rectificatif qui devra être soumis à leur instance[19]. Ces différentes publications ne sont pas non plus nécessairement synchronisées avec le calendrier de tenue des instances des ARS et ne facilitent pas leur pilotage ;

[18] Dates de publication des arrêtés initiaux des 5 dernières années : 18 février 2021 ; 17 février 2022 ; 27 février 2023 ; 08 avril 2024 ; 23 juin 2025 (à noter l'exercice 2025 particulier marqué par un fonctionnement en services votés en début d'année et un PLFSS et PLF votés début 2025).

[19] Certaines ARS élaborent un BR après chacun des deux premiers arrêtés, d'autres globalisent en un seul BR, voté tardivement (juillet à septembre).

- un dernier arrêté est publié en fin d'année, en général en novembre, parfois plus tard (le 12 décembre pour l'exercice 2025). Compte tenu de ce calendrier, il est fréquemment impossible d'utiliser les fonds qu'il prévoit sur l'année de notification. Selon sa date de parution, les fonds concernés sont soit intégrés au budget initial de l'année suivante (si l'arrêté est publié avant la tenue du dernier conseil d'administration de l'année), soit intégrés au premier budget rectificatif. Les fonds ainsi notifiés mais *de facto* non consommables sur l'exercice de notification représentaient 12 M€ au niveau national pour 2025.

Ce mécanisme peut générer des disjonctions temporelles importantes, en désynchronisant la temporalité d'une orientation politique de sa mise en œuvre (par exemple, concernant le fonds d'accompagnement de la transformation des établissements et services d'accompagnement par le travail (FATESAT), l'engagement de l'action a été demandé en début 2025 mais le retard de délégation du FIR - crédits notifiés le 15 décembre - n'a permis de l'engager que tardivement dans l'année). Il peut également conduire à des pratiques d'annulation de crédits importantes par les ARS en fin d'année, afin d'afficher un taux d'exécution optimisé, mais qui ne reflète pas la réalité ; les crédits annulés étant alors mis en réserve pour l'année suivante.

Cette succession d'arrêtés et leur caractère de publication parfois tardif, constituent une réelle complexité pour les ARS pour optimiser leur pilotage budgétaire. Si elles anticipent pour engager un maximum de crédits en début d'année sur la base du budget initial, ce calendrier tardif soulève des difficultés :

- pour l'information de la gouvernance, qui vote des budgets qui ne reflètent pas la réalité des crédits disponibles ;
- pour les mesures nouvelles, qui ne sont pas déployées en année N
- pour les crédits sanctuarisés, dont les reports peuvent être utilisés dans le cadre de la fongibilité à d'autres actions.

Les ARS expriment ainsi la nécessité de disposer d'une information avant l'adoption de leur budget, et du premier arrêté début mars et du deuxième avant juillet pour sécuriser la tenue de leurs instances et le bon pilotage de leur budget.

2.2.2. Ce dispositif ne favorise pas la sécurisation d'un cadre pluriannuel

La nature des engagements pris par les ARS induit, dans de nombreux cas, qu'ils soient pluriannuels, particulièrement concernant des actions dont l'essentiel des financements porte sur des emplois pérennes (centres de vaccination, Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic - CeGIDD…), ou encore pour des investissements. Le cadre juridique du FIR prévoit explicitement de tels engagements pluriannuels[20], encadré par le fonctionnement en AE/CP, mais les ARS ne disposent d'une sécurisation que relative de leur capacité à disposer des fonds engagés pour les années suivantes.

L'article 7 des CPOM signés entre le ministère et les ARS prévoit une évolution du FIR dans la même proportion que l'ONDAM, *« sous réserve des arbitrages ministériels et interministériels, ainsi que de l'inscription des crédits en LFSS ».* En complément des ambiguïtés associées à cet engagement contractuel, les ARS doivent tenir compte de la possibilité de devoir engager des mesures nouvelles sans financement suffisant, par redéploiement sur le FIR[21].

---

[20] Article R1435-29 du CSP :
Les décisions de financement mentionnées à l'article L. 1435-8 déterminent chaque année le montant des sommes à verser au bénéficiaire, y compris lorsque le financement est prévu sur une base pluriannuelle dont la durée maximale ne peut excéder cinq ans.

[21] L'allocation de l'enveloppe étant globalisée par blocs et les sous-jacents des mesures nouvelles non communiquées aux ARS, elles peuvent constater lors de leur déploiement un écart entre le coût de la mesure et le budget disponible.

Aussi, le risque n'est-il pas absent d'une enveloppe FIR plus réduite, ne permettant plus d'honorer certains engagements pluriannuels. Ceci conduirait à une mise en péril de certaines politiques et actions sur les territoires, mais potentiellement aussi à exposition à un risque contentieux en cas de rupture de contrat[22]. Ou alors les ARS privilégieraient le maintien de leurs engagements contractuels, et dès lors ne mettraient pas ou partiellement en œuvre les mesures nouvelles demandées par l'Etat, faute de moyens. En tout état de cause, cela soulève a minima un manque de visibilité pour les établissements de santé notamment.

L'exercice 2026 sera marqué par un taux d'évolution du FIR de 4,6 % (tandis que l'ONDAM progresse de 3,1 %). Cette évolution intègre 100 M€ pour les Outre-mer, et 75 M€ pour le déploiement des France santé.

2.3. Une nécessaire démarche prospective doit être intégrée dans la construction du FIR, en parallèle de la préparation des prochains projets régionaux de santé sur la période 2028-2033

Chaque ARS établit un projet régional de santé (PRS), en co-construction avec les acteurs de la santé et les citoyens du territoire. Le PRS est un document stratégique qui définit la stratégie régionale de santé et s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'agence sur cinq ans, ainsi que les mesures pour les atteindre. Les PRS en vigueur portent sur la période 2023 – 2028.

Tandis que les réflexions et orientations stratégiques sont fondées sur une temporalité à 5 ans minimum (PRS), la structuration du FIR n'est pas corrélée à ces évolutions structurelles, et évolue chaque année au fil de l'eau et au gré des mesures nouvelles, sans qu'une réflexion prospective ne soit conduite sur les évolutions de long terme à y apporter. Ainsi, il n'y a pas à ce stade de réflexion prospective permettant d'identifier les financements nouveaux à envisager (par exemple liés au vieillissement de la population et à la volumétrie de personnes âgées de plus de 85 ans d'ici 2040), ou ceux des financements actuels à faire évoluer, dans une approche territorialisée, pour anticiper ces évolutions., L'engagement de travaux en ce sens permettrait d'identifier les objectifs à poursuivre, les marges de manœuvre à dégager, et permettrait un partage entre ARS sur ces grandes évolutions et anticipations nécessaires.

3. La sécurisation financière du FIR doit être renforcée sur ses différents volets : approbation et contrôle budgétaire, suivi, maîtrise des risques, contrôle et lutte contre la fraude

3.1 Le dispositif d'approbation et de contrôle du budget annexe par l'échelon national est limité à un contrôle budgétaire de conformité et cohérence

Chacun des budgets des ARS (initiaux et rectificatifs), dont le budget annexe, est soumis au vote de leur conseil d'administration. Les orientations stratégiques annuelles du FIR de chaque ARS sont soumises à la consultation obligatoire de sa Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). L'article R.1435-28 du code de la santé publique prévoit que ce budget est transmis pour information au conseil national de pilotage des ARS. Il n'est ainsi pas prévu par les textes de dispositif d'approbation national formel des budgets annexes.

[22] Même si ce risque est contenu dans la mesure où les CPOM contractualisés avec les bénéficiaires de fonds du FIR peuvent mentionner des limites ou ajustements aux engagements pluriannuels

Le CNP est chargé du contrôle et du suivi du fonds, ainsi que de l'élaboration des instructions budgétaires et comptables nécessaires (article R1435-35 du même code).

Dans les faits, les budgets des ARS sont transmis au CNP via le SGMAS, au sein duquel la DFAS vérifie, s'agissant des budgets annexes, si les recettes inscrites correspondent bien à l'arrêté FIR, ainsi que le niveau de reports (qui ne peuvent pas dépasser 3 % des autorisations d'engagement). Le pôle ARS vérifie quant à lui le respect des règles de fongibilité prévues par les textes entre la dotation annuelle de financement et le FIR[23].

Le FIR est par ailleurs soumis au contrôle économique et financier de l'Etat, dans les conditions fixées par le décret n° 55-733 du 26 mai 1955 (article R.1435-36 du code de la santé publique). Si le principe existe depuis son origine, les modalités du contrôle ont évolué, cette compétence étant exercée par le contrôle budgétaire comptable ministériel – CBCM- et non plus par le contrôle général économique et financier - CGEFI - depuis 2022[24]. Le CBCM estime toutefois sa lisibilité et son action sur l'exercice du FIR limités. Les contrôleurs budgétaires régionaux (CBR) sont en effet destinataires des budgets tels que présentés et votés en conseil d'administration des ARS, mais le CBCM n'a pas de compétence de coordination et de consolidation des contrôles locaux sur le FIR – cette compétence étant confiée au CNP. Le CBCM ne siège pas au CNP, et son action nationale reste donc limitée aux échanges réguliers qu'il entretient avec le SGMAS.

Le dispositif d'approbation des budgets annexes est donc essentiellement limité à un contrôle de conformité du respect de l'enveloppe notifiée et des principes de fongibilité entre et intra- budgets. Il n'existe pas, en revanche, de vérification de la pertinence des dépenses qui serait pourtant utile (cf. annexe VI). Le suivi des crédits sanctuarisés demeure également limité.

3.2. Le suivi de l'exécution budgétaire est limité, et complexifié par une nomenclature utilisée de façon hétérogène par les ARS

3.2.1. Le suivi opérationnel de l'utilisation des fonds est réalisé par le niveau national via deux vecteurs, qui ne communiquent pas nécessairement

Le SGMAS assure d'une part un suivi budgétaire (suivi des engagements, de l'exécution) via les outils HAPI puis STARS FIR-, au travers de la nomenclature détaillée du FIR. Des requêtes Infocentre complètent également ce suivi, qui reste très centré sur un suivi d'exécution et peu sur l'analyse qualitative des dépenses (notamment de leur pertinence d'une part- cf annexe VI, et de la mesure de leur impact d'autre part).

Par ailleurs, ce suivi national est réalisé au travers de la nomenclature du FIR, qui est utilisée de façon hétérogène suivant les ARS (cf. plusieurs exemples dans les annexes V et VI). Le recours à la nomenclature est estimé inadapté par certaines ARS qui lui reprochent son caractère obsolète, l'empilement de lignes sans priorisation, difficile à utiliser notamment pour la mission 1 du FIR (qui croise les thématiques, publics, natures de dépenses), avec une adaptation progressive et parfois insuffisante ; et plus fondamentalement, son absence de corrélation avec les axes clé du PRS. A ce titre, certaines ARS utilisent préférentiellement les axes du PRS pour la construction de leur budget annexe, à des fins de pilotage (cf. annexe V).

[23] Les ARS ont la possibilité de transférer une part de leur dotation annuelle de financement (DAF) vers le FIR, et inversement, dans une limite déterminée par arrêté, et ne pouvant représenter plus de 1 % de chacune des dotations (article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale).

[24] Arrêté du 12 avril 2022.

Si cette pratique n'empêche pas le suivi de l'exécution budgétaire, chaque action financée étant codifiée et pouvant donc être reventilée en suivi au travers d'une table de correspondance, il n'en demeure pas moins que le recours national à une nomenclature du FIR touffue et datée (et en cours de révision au regard de son obsolescence partielle) ne permet pas de façon évidente et suffisante de faire de lien entre les dépenses engagées et les politiques conduites, donc de rendre compte des dispositifs financés par le FIR ni d'en évaluer la pertinence. L'introduction en complément d'une présentation par axe du PRS et par type de bénéficiaire pour la discussion entre SGMAS et ARS serait utile à cet effet, supposant de redéfinir la construction du FIR.

3.2.2. Le cadre de précision et de mobilisation des règles budgétaires est insuffisant

Il n'existe pas au niveau national de réel guide budgétaire détaillant la gestion du FIR. Les constats réalisés par la récente mission d'audit de l'IGAS sur la maitrise des risques financiers des ARS (dont le FIR) [25] montrent que seule existe une note interne de gestion du FIR datant de 2022. Les règles déclinant très opérationnellement les principes législatifs ou règlementaires du FIR sont ainsi insuffisamment précisées, laissant les ARS dans le flou sur les pratiques à adopter ou les éléments à remonter (par exemple règles de mise en réserve, remontée des dépenses dites « incertaines »).

S'agissant des reports, leur niveau est précisé (3 %), mais les modalités de leur affectation à d'autres usages par recours à la fongibilité ne sont pas tracées, et la corrélation avec l'atteinte des objectifs de politique publique qui étaient poursuivis n'est pas non plus systématiquement réalisée. Ainsi, les crédits affectés à une action spécifique pourraient être utilisés les années suivantes pour d'autres missions, sans que les objectifs de l'action à laquelle ils étaient dédiés soient nécessairement atteints.

Enfin, si un suivi des actions et politiques est réalisé par les directions d'administration centrale « métier » [26], il n'est toutefois pas systématiquement prévu de mise en commun du suivi budgétaire et du suivi métier, permettant d'apprécier l'exécution budgétaire par politiques publiques ou actions prioritaires.

[25] « Audit des dispositifs de maitrise des risques déployés dans les ARS pour sécuriser la chaîne financière dans le nouveau cadre de responsabilité des gestionnaires publics » - IGAS -rapport 2025-060

[26] Via l'exploitation du reporting réalisé par les ARS auprès des référents métiers pour chaque plan d'action, ou en comité technique de la santé publique (CTSP) auprès des directeurs de la santé publique, ou encore par des enquêtes auprès des ARS – cf. partie 4),

3.3. Le dispositif de maitrise des risques est en construction, les actions de contrôle et de lutte contre la fraude relèvent actuellement d'initiatives régionales

Un dispositif de maîtrise des risques se construit progressivement, piloté par la DFAS du SGMAS, mais n'a pas encore atteint un niveau de maturité permettant une réelle sécurisation des risques

La DFAS diffuse une instruction annuelle de maîtrise des risques portant sur l'ensemble des engagements et financements qui passent par les ARS (par exemple : « ma démarche santé », ou encore mesures du fonds pour l'innovation du système de santé - FISS), intégrant le contrôle interne financier et la maîtrise des risques métier, en lien étroit avec le pôle santé ARS (couvrant également les thématiques de fraude, d'atteinte à la probité, de déontologie). Ce dispositif de maitrise des risques est en cours d'approfondissement, depuis fin 2024, par un travail partenarial avec des ARS volontaires, notamment pour harmoniser les outils. Il capitalise les apports du Plan National de Relance et de Résilience (PNNR), qui conduit à développer une culture de gestion du risque.

Les ARS sont tenues de faire valider leur plan de maitrise des risques par leur conseil d'administration. Les pratiques ne sont toutefois pas homogènes, tant dans le contenu présenté, que dans le principe même de présentation au conseil d'administration. Un travail d'harmonisation est en cours via un groupe national.

Différents travaux sont plus globalement en œuvre au niveau national, associant les ARS, portant notamment sur une carte des processus correspondant aux métiers des ARS, sur une bibliothèque de risques et sur une maquette d'une carte des risques et un plan d'actions. A ce stade, s'agissant spécifiquement du FIR, cette démarche demeure encore très limitée dans son contenu et ses effets.

Il n'existe pas de lignes directrices fortes dédiées à la maitrise des risques du FIR (contrairement au plan d'aide à l'investissement- PAI), ni de capitalisation de bonnes pratiques. Au regard de l'hétérogénéité des organisations, pratiques et outils régionaux[27], une impulsion et un encadrement des pratiques relatives au FIR par le niveau national pourraient utilement être développés, et intégrés dans les travaux plus largement menés en matière de maîtrise des risques.

Par ailleurs, **il n'existe pas, concernant le FIR, de politique nationale de contrôle et de lutte contre la fraude formalisée**, reposant sur des axes directeurs et des cibles de contrôle, laissant chaque ARS agir selon appréciation.

Différentes ARS ont développé et professionnalisé une pratique d'évaluation des actions financées par le FIR qui les conduit, en cas d'exécution partielle ou d'inexécution du contrat ou des conditions de la subvention, à ne pas verser les reliquats prévus, et à émettre des titres de recettes pour récupérer tout ou partie des fonds déjà versés (cf. annexe V). Quoique prévue par l'article R1435-33 du code de la santé publique [28], cette bonne pratique ne fait l'objet d'aucune instruction par le niveau national visant à en garantir l'exécution optimale, ni de suivi (une hétérogénéité de pratiques régionales demeure – cf. annexe V).

---

[27] Certaines ARS disposant d'un comité des risques dédié, d'autres abordant ces questions au sein de leur CODIR ou ne les abordant que rarement en dehors de l'agence comptable – cf. annexe 4 pilotage régional.

[28] Article R1435-33 :_En cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat mentionné à l'article R. 1435-30, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Il n'existe enfin pas non plus de politique nationale formalisée de lutte contre la fraude, alors que rien n'en garantit l'inexistence (il est à noter que certaines ARS ont lancé des audits ou contrôle de leur propre initiative).

4. L'évaluation des actions financées par le FIR est limitée et hétérogène, l'utilisation lacunaire des données au niveau national apporte une visibilité insuffisante aux pouvoirs publics et aux élus

4.1. L'évaluation des dispositifs n'est pas organisée de manière à mesurer l'efficacité et l'efficience du service rendu de l'ensemble des actions financées sur le FIR, ni de la pertinence de l'utilisation de ce vecteur de financement

4.1.1. Le suivi des données issues du logiciel de gestion du FIR n'est pas actuellement utilisé comme un outil d'appui à l'évaluation et au pilotage des mesures pour les administrations centrales

Outre les suivis traditionnels réalisés (suivi des objectifs, exploitation du reporting métier des ARS, suivi budgétaire), **les évaluations des politiques et actions financées par le FIR prennent pour la plupart la forme d'analyses quantitatives d'extractions de données issues de HAPI puis de STARS FIR, ou d'enquêtes émises auprès des ARS par les directions centrales « métier » pour disposer de données plus qualitatives.**

Or l'évaluation à partir de l'exploitation d'extractions informatiques présente des limites, si elle ne s'accompagne pas d'une animation auprès des ARS pour homogénéiser le renseignement des données dans STARS FIR. Les modalités d'utilisation de la nomenclature étant hétérogènes suivant les ARS pour un certain nombre de missions (cf. annexes VI et VII pour quelques exemples), il est difficile à ce stade de consolider des données permettant de suivre l'ensemble des dépenses consacrées, par exemple, à des opérateurs comme les GRADeS ou les associations Promotion Santé.

En l'absence d'une telle animation méthodologique, **les administrations centrales ne sont actuellement pas outillées pour animer des échanges avec les ARS afin d'identifier les raisons qui expliquent le niveau de consommation associée à une mesure nouvelle**. A titre d'exemple, il est difficile d'interpréter le niveau de consommation consacré à la vaccination HPV en 2023 (13 M€ sur le FIR) par rapport au montant arbitré pour la mesure nouvelle (21 M€).

La sous-consommation pourrait traduire un report de la mise en œuvre de l'action, des modalités de renseignement hétérogènes suivant les ARS entre plusieurs lignes, ou *a* contrario une mise en œuvre de l'action moins coûteuse qu'initialement prévue. Il serait donc nécessaire d'organiser plus systématiquement des retours d'expériences, pour pouvoir réajuster ou repréciser les objectifs de politiques publiques et les modalités d'évaluation des mesures nouvelles lorsque nécessaire.

Si, au terme du délai accordé par l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires au respect des engagements n'ont pas été prises sans justification valable, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sous réserve des dispositions de l'article L. 1435-3-1 et du II, modifier ou résilier le contrat. Il peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où un objectif de santé publique n'est pas atteint (par exemple taux de vaccination suite à une campagne spécifique ayant bénéficié de fonds sanctuarisés en année N), il n'est pas certain que le budget alloué et sous-consommé en N soit encore disponible en N+1 pour la prolonger, les fonds ayant pu être alloués à d'autres actions par recours à la fongibilité dans le cadre des reports.

4.1.2. Les actions de suivi engagées par les administrations centrales portent peu sur l'impact des projets financés par le FIR

Les principes d'action définis entre le SGMAS et les ARS en 2022 prévoyaient de définir et mettre en œuvre une stratégie d'évaluation des actions financées par le FIR, en lien avec les travaux relatifs au dispositif de maîtrise des risques des processus financiers. Force est de constater qu'aucun document de ce type n'a été formalisé au niveau du ministère, afin de prioriser l'évaluation des actions à enjeux financées par le FIR.

A ce stade, les actions engagées par le ministère sont centrées autour d'enquêtes lancées par les directions d'administration centrale auprès des ARS[29], qui présentent des limites à une réelle évaluation du service rendu. Ainsi, ces enquêtes ne permettent que peu de mesurer l'impact des dépenses engagées en termes d'atteinte d'objectifs de santé publique ou d'organisation des soins, pas plus qu'elles n'interrogent la pertinence du recours au FIR plutôt qu'à un autre vecteur.

Les enquêtes sont descriptives, visant à mesurer le nombre d'actions réalisées, les moyens du FIR qui y sont consacrés, et, en termes de résultats, une approche quantitative est privilégiée (nombre d'établissements ouverts, nombre et typologies de publics visés, …). A titre d'exemple, l'enquête réalisée pour l'exercice 2023 sur les projets financés par le fonds de lutte contre les addictions, dont le déploiement de « lieux de santé sans tabac », comporte 32 questions, dont une seule porte sur une analyse qualitative et déclarative.[30] Les autres questions interrogent les ARS par exemple sur les montants consacrés, le nombre d'établissements existants, ouverts…. Celle relative aux actions de prévention et de promotion en santé mentale réalisée en 2022 montre une approche similaire (nombre et nature des actions menées, nombre de bénéficiaires, origine et montant des fonds consacrés, …).

Certaines actions récemment engagées par la DGOS ont vocation à harmoniser des remontées d'informations sur des données d'activité et de qualité de politiques publiques parfois anciennes, exercice préalable à l'engagement d'une évaluation de ces dispositifs. Un tel exercice est en cours pour ce qui concerne les dispositifs d'appui à la coordination (DAC, ex-réseaux de santé) et la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), avec certaines limites (cf. annexe VI). Dans certains cas, ces évaluations se heurtent à l'absence d'inducteurs ou critères identifiés en amont du lancement de l'action, notamment pour des expérimentations ou projets-pilotes, complexifiant l'analyse de son impact.

Plus globalement, la faible connaissance des initiatives territoriales par l'échelon national (renvoyant notamment au manque de capitalisation des pratiques précédemment évoqué) ne permet pas de définir des priorités. **A défaut de dispositifs robustes d'évaluation ; des démarches de capitalisation des évaluations réalisées au niveau régional, des pratiques évaluées comme efficientes par les ARS, ou encore des expérimentations pertinentes déployées sur l'initiative des ARS pourraient constituer des outils utiles, au moins pour certains dispositifs, pour conforter des orientations nationales garantissant le service rendu par l'usage du FIR.**

---

[29] 12 enquêtes en 2023, 9 en 2024, 8 en 2025

[30] Question n°27 : « Sur l'ensemble des projets financés depuis 2018, un ou deux projets ont-ils des résultats que vous souhaitez promouvoir (selon les résultats de l'évaluation du projet) ? »

4.2. L'insuffisante exploitation des outils de reporting, ainsi que le défaut de coordination entre le pilotage national et les ARS aboutissent à une lisibilité insuffisante des actions financées par le FIR et du rendu compte adressé à la représentation nationale et aux citoyens.

L'article L.1435-10 du code de la santé publique prévoit qu'un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, soit adressé au Parlement, avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan doit présenter les éléments suivants :

- l'évolution du montant des dotations régionales affectées au fonds et des critères de répartition employés, notamment au regard de l'objectif de péréquation entre régions;
- les financements alloués aux différentes actions, expérimentations et structures et les objectifs ainsi atteints, par région et au niveau national ;
- les démarches d'évaluation mises en œuvre pour améliorer l'allocation des financements par l'intermédiaire du fonds, notamment s'agissant des expérimentations.

Si un rapport annuel est bien établi par le SGMAS et transmis au Parlement chaque année, son contenu ne permet pas de donner une lisibilité suffisante aux actions financées par le FIR. L'analyse montre une adéquation imparfaite aux attendus prévus par les textes, essentiellement concernant les démarches d'évaluation. **Si les grandes données chiffrées, globales et grandes missions y figurent, le rapport est néanmoins davantage une collection d'exemples d'actions** qu'un document permettant à un lecteur externe aux ARS ou au ministère d'appréhender pleinement l'utilisation du FIR, la pertinence de ses dépenses, et sa contribution réelle au service rendu au regard des objectifs de politique publique poursuivis.

Plus globalement, le contenu du rapport ne semble pas répondre suffisamment au besoin de lisibilité sur le FIR des parlementaires (voire des élus locaux), au regard des questions, critiques voire propositions qu'ils émettent, en ce qui concerne ses priorités, son efficience et sa répartition territoriale (ainsi une attente forte demeure de mieux connaitre l'utilisation du FIR à la maille départementale).

Par exemple, le récent rapport de la commission d'enquête du Sénat relatif à *« l'agencification : une méthodologie repensée pour une action publique renforcée* » du 1er juillet 2025 mentionne des situations d'incompréhension des critères de financement[31]. Ce rapport relate l'expression de nombreux maires qui jugent les ARS et leur action trop éloignée des communes. Il propose que le FIR soit piloté directement par le ministère et les préfets (dans une dimension départementale) ce qui « simplifierait son utilisation », avec un transfert de la part de l'assurance maladie vers un programme ou un fonds dédié dont les préfets disposeraient, et une reprise par l'Etat de la totalité des coûts de fonctionnement des services de santé déconcentrés. Il estime qu'assorties d'indicateurs de pilotage, ces mesures permettraient « un gain net pour les finances publiques ou une réallocation vers l'offre de soins ».

[31] Extrait du rapport : « parmi de nombreux exemples, Véronique Pouzadoux, vice-présidente de l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité, a dénoncé « *des situations ubuesques : une maison de santé peut très bien être soutenue par de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), mais pas par l'ARS* ».

L'insuffisante lisibilité des actions financées par le FIR et de leur impact aboutissent à une perception de « boite noire », conduisant dans certains cas à des amendements lors du débat parlementaire qui traduisent une interrogation sur sa pertinence et son efficience.[32] **Le FIR gagnerait donc à être présenté dans un rapport au cadre redéfini, utilisé comme un véritable outil montrant, dans une recherche de transparence accrue, son utilisation, son utilité sur les territoires, ainsi que la pertinence des actions financées.**

Ce rapport pourrait utilement prendre appui sur les rapports annuels des ARS, à condition d'en redéfinir le format.

En effet, tandis que le FIR a par nature une vocation de territorialisation, l'élaboration du rapport en rendant compte est essentiellement construite à partir d'extractions de STARS FIR sans réelle association des ARS. Il emprunte naturellement des exemples aux rapports régionaux que les ARS élaborent[33]**.** Il s'agit pour autant davantage d'une captation d'illustrations que d'une exploitation du rapport d'utilisation du Fonds que réalisent les ARS, ce qui serait en tout état de cause difficile, en l'absence de format type des rapports régionaux. Les données remontées par l'intermédiaire de ces rapports sont très hétérogènes et difficilement exploitables aux fins de consolidation. Des travaux de redéfinition d'une maquette type ont été engagés par le SGMAS avec l'appui d'une directrice d'ARS, mais n'ont pas encore abouti.

La mission propose une trame type du rapport annuel au Parlement qui pourra également être utile à la connaissance et à la capitalisation par le SGMAS des expérimentations, innovations et bonnes pratiques développées par les ARS.

[32] Par exemple, un récent amendement parlementaire en Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale (octobre 2025) propose de « fixer le montant du Fonds d'intervention régional (FIR) à 3,1 milliards d'euros pour l'exercice 2026, soit une diminution de moitié de son montant ».

[33] L'élaboration d'un rapport annuel relatif aux actions financées par le fonds dans la région est prévu par l'article R1435-34 du code de la santé publique.

ANNEXE V

Pilotage régional du fonds d'intervention régional

Annexe V

SOMMAIRE

BONNES PRATIQUES IDENTIFIEES PAR LA MISSION 3

1. LE PILOTAGE DU FIR EST DIVERSEMENT ORGANISÉ AU SEIN DES ARS..... 4

1.1. La centralisation de la gestion du FIR avec allocation dynamique entre directions métier est le modèle émergent 4

1.2. L'ensemble des ARS ont défini un processus budgétaire annuel, mais ne disposent pas d'outils de programmation et de pilotage pluriannuels performants 7

1.2.1. La procédure budgétaire annuelle organisée par les ARS permet de prioriser les engagements, mais souffre d'un manque d'articulation formalisé avec le calendrier d'arbitrage national 7

1.2.2. La programmation et le pilotage des engagements pluriannuels des ARS s'appuient sur des outils locaux 9

1.3. Les délégations départementales sont sollicitées pour leur expertise et leur connaissance approfondie des acteurs locaux, mais la gestion des crédits du FIR est généralement assumée par le siège de l'ARS 10

2. LES MODALITÉS DE SÉLECTION DES PROJETS SONT ASSEZ HOMOGÈNES ET METTENT EN LUMIÈRE LA PLASTICITÉ DU FIR POUR LE FINANCEMENT D'UN CERTAIN NOMBRE D'ACTIONS 12

2.1. Le processus d'instruction, sécurisé par STARS FIR, mobilise les autres acteurs locaux pour limiter les risques de doublons, mais les critères de sélection apparaissent peu transparents 12

2.2. Le conventionnement avec les bénéficiaires est généralisé et la pratique du dialogue de gestion avec les bénéficiaires se diffuse 14

2.3. Dans l'ensemble des ARS, la souplesse du FIR offre la possibilité de financer des projets innovants, des initiatives favorisant la coordination entre les acteurs de santé, ainsi que des actions non prévues initialement au cours de l'année 15

3. LE RENFORCEMENT DU REPORTING INTERNE ET DE L'ÉVALUATION DES ACTIONS FINANCÉES PAR LE FIR EST NÉCESSAIRE POUR ORGANISER DES ÉCHANGES TERRITORIAUX STRATÉGIQUES AUTOUR DE CET OUTIL 16

3.1. Le déploiement de STARS FIR offre des perspectives prometteuses de renforcement du rendu compte et de développement d'échanges stratégiques avec les acteurs locaux 16

3.1.1. En l'absence d'outil intégré de reporting, les ARS ont développé des fichiers internes de suivi au format parfois hétérogène au sein de la même agence 16

3.1.2. Un rapport d'activité régional du FIR, au format hétérogène, est transmis annuellement au conseil d'administration de l'ARS, et pourrait appuyer une séquence d'échange stratégique systématique sur le FIR au sein de cette instance 18

3.2. L'évaluation des actions financées via le FIR est réalisée en opportunité par les ARS, sans cadre méthodologique ni stratégique 21

Encadré 1 : Sources et méthodologie

Pour nourrir sa réflexion sur le pilotage régional du fonds d'intervention régional (FIR), la mission a lancé une enquête auprès de l'ensemble des agences régionales de santé[1] (ARS) : 100 % des ARS y ont répondu. Qu'elles en soient, toutes, sincèrement remerciées.

La mission a par ailleurs fait deux déplacements, l'un en Occitanie, l'autre en Centre-Val-de-Loire.

Elle a également pu échanger avec chacune des ARS ultra-marines et de la Corse.

Elle a enfin pu s'entretenir, sur des points spécifiques, avec les ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes, d'Ile de France, de Grand-Est et de Nouvelle Aquitaine.

Les « bonnes pratiques » identifiées ci-dessous sont directement issues des réponses à ce questionnaire ou de ces échanges.

[1] Cf questionnaire en annexe

BONNES PRATIQUES IDENTIFIEES PAR LA MISSION

Bonne pratique n° 1 : Inciter les ARS à orienter leur organisation vers une gestion « centralisée / intégrée » du FIR.

Bonne pratique n° 2 : envisager la fixation d'un seuil pour encadrer les délégations, sur le modèle de ce qui est fait pour la partie fonctionnement du FIR.

Bonne pratique n° 3 : prévoir une enveloppe de précaution en début d'année, spécifiquement consacrée à l'anticipation de crises sanitaires, dans les territoires ultramarins

Bonne pratique n° 4 : organiser, au niveau du SGMAS, la mutualisation des réflexions des ARS en termes d'organisation et de fonctionnement et les inciter à retenir les plus efficientes. (Cf. annexe IV).

Bonne pratique n° 5 : systématiser l'usage de STARS-FIR pour le dépôt et l'instruction de l'ensemble des projets.

Bonne pratique n° 6 : : généraliser les dialogues de gestion poussés, autorisant, le cas échéant, le recouvrement des indus pour les actions prévues, financées et non réalisées.

Bonne pratique n° 7 : dans chaque ARS, faire correspondre une des nomenclatures « à façon » de STARS FIR aux axes du PRS.

Bonne pratique n° 8 : Ajouter dans les tableaux de pilotage budgétaire infra-annuel une présentation par axe stratégique pour vérifier l'alignement du FIR avec les priorités régionales, qui seront à terme intégrées dans l'infocentre d'allocation des ressources.

Bonne pratique n° 9 : prévoir une séance présentant la stratégie du FIR sur l'exercice en cours et le suivant lors des instances locales de l'agence (conseil d'administration, conseil régional santé autonomie, conseil territorial de santé.

Bonne pratique n° 10 : présenter la répartition des crédits du FIR par axe stratégique du projet régional de santé dans le rapport régional annuel du FIR.

Bonne pratique n° 11 : systématiser la collecte et l'examen des rapports d'activité et des bilans financiers des projets financés

Bonne pratique n° 12 : faire réaliser des audits par un opérateur externe pour les bénéficiaires qui soulèvent des questions de qualité de service.

Bonne pratique n° 13 : systématiser la reprise des indus en cas de non ou sous-réalisation de l'action prévue par contrat.

Bonne pratique n° 14 : structurer une cellule interne à l'ARS d'appui à l'évaluation des dispositifs

Bonne pratique n° 15 : établir une stratégie régionale d'évaluation des dispositifs du FIR qui ne font pas l'objet d'une obligation de déploiement national

1. Le pilotage du FIR est diversement organisé au sein des ARS

Compte tenu de leur création relativement récente (à l'aune de l'organisation générale du ministère chargé des affaires sociales), en 2010[2], par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (dite « Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) », de leur statut juridique particulier (des établissements publics administratifs donc « autonomes et spécialisés ») et des personnalités venues d'horizon très divers que l'on a nommées à leur tête, il n'est pas étonnant que l'organisation des ARS puisse être assez différente, indépendamment de la taille de la région, de la population couverte ou du contexte sanitaire local[3].Tel est notamment le cas s'agissant de la gestion du FIR.

Ces différences concernent tant l'organisation (plus ou moins « centralisée »), que la sélection et le suivi des projets financés, ou encore leur évaluation.

1.1. La centralisation de la gestion du FIR avec allocation dynamique entre directions métier est le modèle émergent

L'ensemble des ARS sont généralement organisées suivant les lignes directrices suivantes :

- une direction générale (DG), appuyée, le cas échéant, par une direction de la stratégie ;
- un secrétariat général encadrant les fonctions dites « support » (finances, ressources humaines, logistique) ;
- des directions « métiers » généralement organisées autour de quatre pôles : une « direction de l'offre de soins », compétente à la fois sur les établissements de santé et les soins de ville[4], une direction « autonomie », une direction « santé publique » et une direction « veille et sécurité sanitaire » qui intègre ou non les questions de santé environnement. Cette organisation peut varier ; certaines ARS choisissant de regrouper l'offre de soins et l'autonomie[5], d'autres de mettre spécifiquement en valeur l'innovation ou la coordination des parcours[6].
- une ou plusieurs directions départementales (DD), à l'exception des régions d'outre-mer. Le nombre de DD est directement lié à la taille et superficie de la région (ainsi, 2 départements en Corse, mais 13 en Occitanie).

Les ARS se répartissent suivant deux extrêmes pour ce qui concerne le pilotage du FIR :

- **l'un confiant des enveloppes financières aux diverses directions métiers (et à l'une d'entre elles, la gestion) ;**
- **l'autre centralisé au niveau de la direction générale ou dans une direction qui lui est directement rattachée.**

Le premier extrême (gestion par les directions métiers) correspond à deux types d'organisation :

- dans certaines ARS, la coordination du FIR est assurée par le secrétariat général ou par la direction des finances, à partir d'une enveloppe prédéfinie des enveloppes entre les directions métiers (modèle n°3) ;

[2] Ces nouvelles structures prenant alors la suite des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), elles-mêmes créées en 1996) sur un champ désormais élargi à l'ensemble du secteur sanitaire (activité libérale comprise) et médico-social.

[3] Comment comparer les besoins et les ressources des ARS ultra-marines, par exemple, avec ceux de Grand-Est ou de l'Ile de France ?

[4] Exceptions à signaler : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Bretagne

[5] Occitanie, Pays de la Loire, Bourgogne-Franche Comté, Martinique, Guadeloupe

[6] Ile de France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie

- d'autres ARS confient la coordination de la gestion du FIR à une des directions métier, et procèdent à une répartition des enveloppes entre les directions en début d'exercice (modèle n°4). Ce modèle se rencontre, par exemple, en régions Bourgogne-Franche-Comté et Nouvelle-Aquitaine. La direction générale y a fait le choix de confier la gestion du FIR à la direction en charge des soins et de l'hospitalisation, de très loin la plus grosse consommatrice de crédits relevant du FIR. Dans ce type de modèle, l'articulation avec les autres directions se fait via une comitologie particulière, sous la présidence de la direction générale.

A l'autre extrémité du spectre, une direction unique est en charge de la performance et du pilotage budgétaire. Cette direction consolide les données budgétaires, suit les engagements annuels et pluriannuels, et assure la cohérence globale des arbitrages, en relation avec les priorités du projet régional de santé (PRS). Elle conduit par ailleurs la coordination avec les directions métiers. Elle est aussi le principal contact du ministère (secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)) sur le FIR tout comme sur l'outil de gestion STARS FIR (Cf. annexe IV). Cette organisation intégrée peut s'incarner suivant deux modalités :

- dans plusieurs ARS (Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Normandie, Corse), une direction autonome est directement rattachée à la direction générale. Cette direction « de la stratégie », « de la performance » ou « de l'allocation des ressources » organise la coordination avec les directions métiers (modèle n°1) ;
- d'autres ARS ont retenu un modèle plus traditionnel (Centre-Val de Loire, Grand Est), en confiant la gestion du FIR à la direction des affaires financières, elle-même rattachée au secrétariat général.

Ces deux modèles d'organisation centralisée sont encore minoritaires parmi les ARS (Cf. tableau ci-dessous). Toutefois, les quelques ARS qui ont récemment changé leur organisation financière, l'ont fait pour se rapprocher de ce modèle centralisé (Centre-Val de Loire notamment).

Le tableau ci-dessous représente, sur une échelle de 1 à 4, le niveau de centralisation du FIR dans chacune des ARS. Le groupe 1 rassemble les ARS à l'organisation la plus intégrée ; le groupe 4 celles où la gestion du FIR est confiée à une direction métier et fonctionne sur la base d'enveloppes fermées :

- le groupe 1 rassemble notamment les régions dans lesquelles le pilotage du FIR a été confié à une direction « de la stratégie /du pilotage » ;
- le groupe 2 rassemble celles où le pilotage est centralisé mais confié à la direction financière (au sein d'un secrétariat général, ou pas) ;
- le groupe 3 réunit les régions dans lesquelles le coordinateur FIR est rattaché à un secrétariat général (ou à la DAF) mais où il existe des enveloppes (fermées) par directions métiers prédéterminées ;
- le groupe 4 liste les régions dans lesquelles le FIR fait l'objet d'enveloppes confiées aux directions métiers *ex ante*, la gestion étant confiée à l'une d'entre elles (il n'existe ainsi pas de coordination au niveau de la DG).

On y voit notamment que **le choix d'une organisation centralisée (ou pas) n'est pas directement lié à la taille de la région et de l'établissement**. Il existe cependant un seuil pour une gestion efficiente du FIR, estimé à 3 ou 4 agents. Ceci plaide pour une gestion intégrée dans une seule direction. Nationalement, une centaine d'ETP s'occupent du FIR, sur un total de 8.200 ETP.

Tableau 1 : Niveau de centralisation de la gestion du FIR

	1	2	3	4
	Auvergne-Rhône-Alpes	Centre-Val de Loire	Hauts de France	La Réunion
	Corse	Grand-Est	Occitanie	Nouvelle Aquitaine
	Ile de France	Pays de la Loire	Guadeloupe	Provence-Alpes-Côte d'Azur
	Normandie	Martinique	Mayotte	Bretagne
		Bourgogne - Franche Comté		Guyane
Moyenne du taux de ressources propres	0,4 %	1,7 % (porté par 5,7 % en Pays de la Loire)	1,1 % (dont 2,2 % en Occitanie)	0,5 %
Moyenne de la part de bénéficiaires abonnés	2,5 %	1,4 %	2 %	2,3 %

Source : Mission

Les deux modèles d'organisation intégrée (groupe 1 et groupe 2) présentent plusieurs avantages pour le pilotage du FIR. Les ARS y voient l'opportunité de professionnaliser la gestion (tant sur les règles budgétaires applicables que sur la pleine utilisation de STARS FIR), et de faciliter la synthèse avec leurs priorités stratégiques. L'allocation et le suivi des ressources par une direction tierce permet d'éviter un prisme trop fortement axé sur certaines missions (par exemple, le financement des établissements de santé dans la direction de l'offre de soins) et de faire jouer à plein la fongibilité (et flexibilité) propre au FIR.

Bonne pratique n° 1 : Inciter les ARS à orienter leur organisation vers une gestion « centralisée / intégrée » du FIR.

L'organisation de l'ordonnancement ne suit pas tout à fait celle du pilotage du FIR. Globalement, le sujet est nettement plus « décentralisé ». Ainsi, les correspondants FIR au sein des directions métiers (notamment quand elles sont érigées en centre de responsabilité budgétaire), voire certaines DD, ont la pleine charge de ce process.

Parfois, une limite financière est posée, définie par un acte de la direction générale organisant sa délégation. Ces cas sont en fait minoritaires (et concernent, assez logiquement, des montants assez élevés, allant de 100k€ à 1 M€ suivant la taille de la région concernée). L'appréciation du seuil doit être fixée en fonction de la situation régionale, en tenant compte de la volumétrie des dossiers qui remontent à la signature du ou de la DG. L'ARS Centre-Val de Loire a ainsi, récemment, substantiellement relevé la limite précédemment posée.

Bonne pratique n° 2 : envisager la fixation d'un seuil pour encadrer les délégations, sur le modèle de ce qui est fait pour la partie fonctionnement du FIR.

Il existe cependant des réflexions, dans certaines ARS, pour centraliser et « professionnaliser » cette activité. Rares sont cependant celles qui ont franchi le pas, même si, dans les organisations les plus centralisées, l'ordonnancement est réalisé sous la « supervision » du référent FIR.

1.2. L'ensemble des ARS ont défini un processus budgétaire annuel, mais ne disposent pas d'outils de programmation et de pilotage pluriannuels performants

1.2.1. La procédure budgétaire annuelle organisée par les ARS permet de prioriser les engagements, mais souffre d'un manque d'articulation formalisé avec le calendrier d'arbitrage national

En leur qualité d'établissement public, les ARS doivent faire voter leur budget initial[7] par leur instance délibérante, avant le début de l'année N (Cf. encadré 2 concernant le rôle des instances de gouvernance de l'ARS). A ce titre, l'ensemble des ARS ont défini un calendrier budgétaire assez homogène, les seules différences concernant leur articulation avec les retards[8] et incertitudes de délégation de dotation de l'échelon national (Cf. annexe IV).

Encadré 2 : Dispositions juridiques sur la gouvernance de l'ARS et l'examen de son budget

Les textes encadrant la gouvernance régionale de l'ARS donnent un rôle exclusif à son directeur général pour le pilotage et la gestion du FIR.

Les dispositions législatives donnent compétence au directeur général de l'ARS pour préparer et exécuter le budget de l'agence (dont son budget annexe), et pour arrêter son compte financier (article L.1432-2 du code de la santé publique). Les mêmes dispositions prévoient que *« le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité ».* Contrairement aux dispositions qui peuvent s'appliquer pour certains établissements publics administratifs, le directeur général de l'ARS peut donc prendre des engagements financiers sans approbation par son conseil d'administration en-deçà d'un certain montant.

Présidé par le préfet de région (article L.1432-3), le conseil d'administration de l'ARS est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils d'administration des CPAM, de représentants des collectivités territoriales, de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que d'une personnalité qualifiée.

Son rôle est limité[9] : il approuve le budget et le budget annexe de l'ARS, sur proposition de son directeur général, ainsi que son compte financier. Le directeur général de l'ARS rend compte au moins deux fois par an au conseil d'administration, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. A ce titre, le directeur général transmet un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des ressources du FIR, ainsi qu'un rapport sur les actions financées au titre du FIR.

Aucune disposition ne prévoit de consultation relative à l'exécution du FIR auprès de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Cette instance, mentionnée à l'article L.1432-4 du code de la santé publique, intègre notamment des représentants des collectivités territoriales, des usagers et des associations, institutions et professionnels de santé intervenant dans les politiques financées par l'ARS.

Source : Mission

Un temps de préparation budgétaire est initié à l'automne de l'année N-1. Dans nombre d'ARS, notamment celles ayant une gestion intégrée, un processus de centralisation des demandes et besoins exprimés par les directions métiers est organisé en N-1 (T4). Les arbitrages sont alors rendus par la direction générale qui alimente le projet de budget soumis à l'instance délibérante.

[7] Le FIR constitue le budget annexe des ARS.

[8] 2 ou 3 arrêtés annuels, dont le premier est publié en février (au mieux) et le dernier entre novembre et décembre

[9] Certaines dispositions du code de la santé publique le qualifient d'ailleurs encore de « conseil de surveillance », qualification retenue jusqu'à l'article 119 de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale

C'est dans le cadre de la préparation budgétaire que les ARS tentent, généralement par le biais d'une comitologie spécifique, d'aligner les priorités budgétaires sur celles du PRS, en réunissant les acteurs (directions métiers notamment), en charge des politiques.

C'est aussi dans ce cadre, qu'une réflexion est menée sur les engagements pluriannuels (conventions déjà signées), leur éventuelle extinction etc. Globalement, la plupart des ARS pensent toutefois qu'elles peuvent trouver la marge de manœuvre nécessaire, en gestion, pour répondre à ces obligations et engagements.

Les pratiques de gestion sont variables suivant les ARS en début d'exercice, pour engager les dépenses en l'absence de notification formelle de la dotation régionale.

- certaines ARS commencent à décliner leur programmation dès le début de l'année, sur la base des crédits votés (ou d'une « pré-notification » du SGMAS (un simple mail reçu parfois) ou encore d'une enveloppe de crédits dits « reconductibles » (en paiement par douzième, le cas échéant) ;
- d'autres attendent formellement la notification du premier arrêté FIR.

On note cependant que la plupart des ARS attendent la première notification pour lancer les consultations sur les nouveaux projets (AMI/AAP).

Il convient de souligner qu'au vu des incertitudes liées à la situation spécifique de leur territoire (cf. annexe I), la majorité des ARS ultramarines n'engagent pas la totalité des crédits en début d'année, réservant une enveloppe de précaution spécifique à la gestion de situations de crises sanitaires diverses (par exemple, l'épidémie de chikungunya en 2025 à la Réunion).

Bonne pratique n° 3 : prévoir une enveloppe de précaution en début d'année, spécifiquement consacrée à l'anticipation de crises sanitaires, dans les territoires ultramarins

S'agissant du calendrier, on remarque, par ailleurs, de façon générale, une tendance à décaler les lourdes mesures d'aides à la trésorerie (et aides à la contractualisation) en fin de gestion. Au vu du niveau de dépenses constatées (Cf. annexe VI) en fin d'exercice, et de l'aveu même de certains directeurs généraux d'ARS, il s'agit d'optimiser le niveau d'exécution de la dépense, en mobilisant les marges de manœuvre créées en cours de gestion.

La majorité des ARS assurent un suivi infra-annuel du FIR qui leur permet, le cas échéant, de réallouer certains crédits, optimisant ainsi l'allocation des crédits. A titre d'exemple, l'ARS Ile-de-France tient un comité de pilotage mensuel consacré au FIR, qui permet d'engager les projets identifiés comme prioritaires, et de se prononcer sur d'éventuelles réallocations.

Le nombre de séances du conseil d'administration étant généralement limité au minimum réglementaire (2 par an), ces réallocations ne sont pas immédiatement inscrites dans un budget rectificatif ; de même, l'absence d'articulation entre les arrêtés de délégation complémentaire de crédits en cours d'année, et les séances des conseils d'administration, retarde l'inscription de ces nouvelles ressources dans le budget annexe de l'ARS, et ainsi l'engagement des dépenses associées (c'est notamment le cas pour ce qui concerne les « crédits sanctuarisés »).

Tableau 2 : Processus budgétaire et engagement de la dépense

Période de l'année	Type de budget	Base budgétaire (ressources)	Engagement de la dépense
Dernier CA année N-1	Budget initial	Pré-notification AM, correspondant à 90 % des crédits AM reconductibles de l'année N-1 Reports de l'année N-1	Financements hospitaliers (au 1/12ème) et structures, dispositifs pluriannuels Identification des engagements pluriannuels à réinterroger, des engagements annuels arrivés à terme Certaines ARS lancent quelques consultations sur les projets

Période de l'année	Type de budget	Base budgétaire (ressources)	Engagement de la dépense
Premier arrêté FIR	Budget rectificatif	Dotation FIR de l'année : base, mesures nouvelles et mesures de périmètre en LFSS	Lancement des consultations (AAP, AMI), identification des marges
En cours d'exercice	Budget rectificatif	-	Identification des sous-consommations, réallocation dynamique des crédits Recouvrement des indus
Dernier arrêté FIR[10]	Budget rectificatif (si possible)	Dotation FIR finale et ressources propres (indus)	Identification de la marge, décision d'affectation aux : - mesures exceptionnelles (aides à trésorerie, aides à la contractualisation) - reports pour l'année suivante

Source : Mission. Note : les budgets rectificatifs interviennent parfois plusieurs mois après la parution de l'arrêté de dotation dont la date de publication est imprévisible.

1.2.2. La programmation et le pilotage des engagements pluriannuels des ARS s'appuient sur des outils locaux

En leur qualité d'établissement public, les ARS sont soumises aux dispositions du décret relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP), qui permet de distinguer un plafond d'autorisation d'engagement (AE) pour un exercice (l'engagement pouvant être associé à des paiements qui interviendront dans les exercices ultérieurs), du plafond de crédits de paiement (CP) pouvant être ordonnancées ou payées pendant l'exercice[11]. Cependant, un grand nombre d'ARS semblent, de fait, gérer les dépenses engagées sur le FIR en mobilisant généralement un raisonnement annuel (« AE = CP », cf. annexe II).

La plupart des agences estiment que la gestion en mode annuel ne constitue pas une vraie difficulté dès lors qu'elles trouvent, sur leur budget annuel, la marge de manœuvre suffisante (10 % environ du budget annuel) pour honorer leurs engagements et conclure de nouvelles conventions, pour l'année en cours. Elles appuient cette pratique sur un principe de prudence, en l'absence de visibilité sur le niveau de dotation régional à moyen terme, et en l'absence d'outils de pilotage performants leur permettant d'assurer un suivi consolidé de ces engagements.

En effet, il semble que le nouvel outil de gestion STARS FIR, présenté en annexe IV, même dans sa version la plus récente, ne permette pas aisément ce suivi. Ainsi, **même les ARS les plus avancées sur ce sujet, par exemple, dotées de la capacité de tirer tout le bénéfice d'une gestion en AE/CP, suivent les conventions pluriannuelles de façon parallèle à STARS FIR** (en Corse, par exemple). C'est même parfois **toute la programmation budgétaire qui est ainsi construite hors l'outil**, estimé trop peu « performant » sur le sujet (en Grand Est, par exemple). Dans le cadre de ses investigations, la mission a pu constater que l'ensemble des régions n'était pas en capacité de consolider son niveau d'engagements pris sur la période 2026-2030 au titre des investissements hospitaliers (cf. annexe VI), question pourtant déterminante pour identifier le niveau de contrainte qui s'exercera sur les prochains exercices du FIR.

[10], Parmi les différentes difficultés de gestion liées au calendrier de publication des arrêtés (Cf. annexe III), a été signalée à la mission une pratique consistant à « constater » (agence comptable) l'arrivée de fonds sur le compte de l'ARS, prêts à être mobilisés hors la validation d'un budget rectificatif par le conseil d'administration

[11] Article 180 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique

De plus, **STARS FIR ne joue pas actuellement de fonction d'outil numérique harmonisé pour la planification du FIR** ; chaque ARS a donc mis en place ses principaux tableaux, et certaines (Centre-Val de Loire, Corse) ont établi une nomenclature interne, afin d'identifier le degré de contrainte sur la dépense (caractère pluriannuel ou non, sanctuarisé ou non…Cf. encadré 3 ci-dessous). De fait, les ARS ont, pour la majorité d'entre elles, souvent du mal à documenter le degré de contrainte qui pèse sur elles pour l'exercice à venir, même si le développement de la contractualisation pluriannuelle (cf. partie 2) contenant des montants indicatifs, doit faciliter le recensement des restes à engager et des charges futures.

Encadré 3 : Exemples de codification des dépenses

L'ARS de Corse a établi une typologie sur 8 modalités pour caractériser les actions financées, dont les libellés sont :

- mesure reconduite
- mesure nouvelle
- mesure nouvelle reconductible
- mesure nouvelle non reconductible
- mesure en douzième existante
- mesure nouvelle en douzième
- financement par récupération
- reliquat fin d'année

En Centre-Val de Loire, la typologie porte sur le caractère reconductible, évitable de la dépense, ou sa perspective de baisse (avec sa temporalité et le pourcentage de baisse envisagé).

Source : Mission

1.3. Les délégations départementales sont sollicitées pour leur expertise et leur connaissance approfondie des acteurs locaux, mais la gestion des crédits du FIR est généralement assumée par le siège de l'ARS

On peut, schématiquement, rassembler en trois groupes les directions départementales, selon leur niveau de participation à la gestion du FIR et au suivi des mesures qu'elles financent (niveau de décentralisation, cf. tableau ci-dessous).

- groupe 1 : la DD est simplement consultée, en opportunité, sur certains dossiers. Elle peut également remonter des propositions de dossiers (« droit de tirage » sur certaines thématiques, dans une enveloppe prédéfinie) et réaliser le contrôle de service fait ;
- groupe 2 : la DD a la charge de l'instruction de certains dossiers (avant transmission au siège) sur certaines thématiques et/ou dispositifs désignés par l'ARS. Le siège de l'ARS n'assure pas la décision de financement d'une action ou le contrôle du service fait, mais consolide la gestion des crédits engagés sur le FIR ;
- groupe 3 : la DD est pleinement responsable de certains dossiers en tant que centre de responsabilité budgétaire (CRB), de l'instruction au suivi, et traite notamment du conventionnement et de l'engagement des crédits.

Tableau 3 : Mobilisation des délégations départementales dans la gestion du FIR

	Région	Rôle de la DD	Thématiques	Montant
Groupe 1	Nouvelle-Aquitaine	Remontée de projets au siège sur certaines thématiques	Premiers recours, santé publique et environnementale	Sans objet
	Occitanie	Remontée de projets au siège et suivi des engagements	CLS, PDSA, soins de premiers recours, médico-social, actions cofinancées avec les conseils départementaux	Sans objet
	Centre-Val de Loire	Participent à l'instruction et font remonter des projets	CLS, premier recours, structures de prévention territorialisées	Sans objet
Groupe 2	Bourgogne-France Comté	Fonds d'intervention territorial : décision de financement, dialogue de gestion et contrôle de service fait	CNR, CLS, MSP, CPTS, PTSM, plan de mobilisation RH	2,6 M€
	Bretagne	Décision de financement et contrôle de service fait	CLS et CNR	50 000 € CLS 1,4 M€ CNR
	Auvergne-Rhône Alpes	Instruction des dossiers Répartition de l'enveloppe	CLS, MSP, prévention, GEM CNR	2,5 M€ CNR
	Normandie	Remontée de projets Décision de financement à partir de 2026	CLS, actions de prévention territorialisées	4,1 M€ en 2026
Groupe 3	Grand Est		MSP, aides à l'installation, CPTS, MMG, centres de santé, CNR, actions en quartier politique de la ville	11 M€ (21 M€ en 2026)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur		CNR et Marseille en Grand	21,6 M€
	Ile-de-France	Pour l'ensemble de ces régions, la DD est CRB sur le périmètre de l'enveloppe qui lui est attribuée (plafonnée)	Prévention territorialisée, structures d'exercice coordonné, CNR	30 M€ en 2025
	Pays de la Loire		CLS, CLSM, CNR, CTS, MDA, prévention, PTSM, situations individuelles complexes	8 M€ en 2026
	Hauts-de-France		Thématiques territoriales	250 000 €

Source : Mission

Le modèle qui conduit à donner pleine responsabilité (et financements *ad hoc*) aux DD sur certains sujets est engagé dans 5 régions, pour certaines depuis moins de trois ans. Les enveloppes associées sont limitées, et représentent moins de 70 M€ en 2026 (soit 1 % du FIR). Les actions engagées s'accompagnent d'un reporting infra-annuel auprès de l'ARS siège, voire dans certains cas (ARS Ile-de-France) par une validation au niveau du directeur général de l'ARS du budget prévisionnel des délégations départementales.

De plus, il convient de souligner que deux des trois régions qui n'ont actuellement pas délégué de compétences aux DD (Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine) ont indiqué avoir engagé des travaux de réflexion interne sur le sujet en 2025. **L'ARS Auvergne-Rhône Alpes, qui avait décidé de recentraliser la gestion du FIR au niveau de son siège avant 2022, expérimente depuis 2024 une délégation de la répartition des crédits CNR (2,5 M€) à ses DD.**

Sans que la liste soit exhaustive, on peut, sur la base des exemples rencontrés en région, établir une « typologie » des actions directement gérées par les directions départementales :

- actions liées à l'animation territoriale (relation avec les collectivités) : contrats locaux de santé, notamment ;
- actions liées à la démocratie sanitaire : suites du conseil national de la refondation (CNR), lancé en 2022, par exemple ;
- actions liées au projet territorial de santé mentale (parce que territorialisé) ;
- accès aux soins primaires : fonctionnement d'exercices coordonnées (maisons de santé pluriprofessionnelles - MSP, par exemple).

Certaines ARS signalent toutefois des maturités hétérogènes de certains territoires dans leur capacité à répondre aux projets (hétérogénéité des acteurs départementaux, au sein de la même région). Dans ce cas, un arbitrage du niveau régional est systématique pour tout projet.

Partout, les DD sont de petite taille (une vingtaine de personnes, tout au plus), bien positionnées pour entretenir des relations nourries avec les porteurs de projets locaux, mais beaucoup moins bien armées pour garantir l'efficience de gestion d'une enveloppe financière.

Sur les questions d'organisation, on peut regretter qu'il n'y ait pas, de manière générale et organisée par le niveau national, d'échanges sur les pratiques entre ARS. Certes, des initiatives ponctuelles de comparaison existent : ainsi, en 2023, les ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire ont commandé / réalisé des benchmarks de leur organisation et de leurs pratiques de pilotage interne avec 4 autres ARS.

Bonne pratique n° 4 : organiser, au niveau du SGMAS, la mutualisation des réflexions des ARS en termes d'organisation et de fonctionnement et les inciter à retenir les plus efficientes. (Cf. annexe IV).

2. Les modalités de sélection des projets sont assez homogènes et mettent en lumière la plasticité du FIR pour le financement d'un certain nombre d'actions

2.1. Le processus d'instruction, sécurisé par STARS FIR, mobilise les autres acteurs locaux pour limiter les risques de doublons, mais les critères de sélection apparaissent peu transparents

Dans la perspective de mettre en œuvre leur PRS, et compte tenu de la contrainte budgétaire qui pèse sur cette volonté, chacune des ARS a mis en œuvre un processus de sélection et de priorisation des projets à financer.

Il ne sera traité ici que des nouveaux projets ; la remise en question ou, *a contrario*, la poursuite des conventions déjà conclues, est traitée *infra*, notamment dans les développements relatifs à l'évaluation des projets menés.

Deux voies sont ainsi privilégiées pour les nouveaux projets : la sollicitation directe (appel à projet, appel à candidatures ou appel à manifestation d'intérêt), ou la détection de projets spécialement intéressants, notamment par les directions départementales. En complément, dans certains cas, l'ARS peut solliciter des opérateurs pour leur expertise ou leur capacité de déploiement rapide d'un dispositif, faute d'interlocuteur identifié (cas de figure cité par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes avec Promotion Santé, ou par l'ARS Centre-Val de Loire avec le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS) et l'Observatoire régional de la santé (ORS).

Plus marginalement, certains projets sont directement apportés par le porteur de projet qui sollicite l'ARS. De telles pratiques semblent être le cas dans le cadre de partenariats institutionnels déjà structurés (exemple cité par l'ARS Occitanie « culture santé »).

Certaines régions soulignent leur mobilisation pour ne pas systématiser le mécanisme d'appel à candidatures (Ile-de-France, Centre-Val de Loire), au vu de la charge administrative associée à ces procédures. Elles soulignent l'intérêt de ces formats pour identifier les meilleurs porteurs ou projets de dispositifs spécifiquement ciblés, et/ou faire émerger des solutions nouvelles.

Ainsi, chaque année, chacune des ARS lance, dès le premier arrêté FIR publié, les appels à projets (quelle qu'en soit la forme) permettant la mise en œuvre des priorités du PRS. Certaines ARS ont mis en place une comitologie spécifique de programmation, permettant de prioriser le lancement d'appels à projets (ex. Grand Est, Ile-de-France, Bourgogne-Franche-Comté).

Plusieurs types d'appels à projets peuvent être distingués :

- des appels à projets liés au déploiement de priorités nationales, souvent prévus dans les instructions de cadrage (par exemple, pour l'aide à la transformation des établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) ;
- des appels à projet permettant d'appuyer une priorité du PRS, à l'échelon de la région (exemple : culture, santé et médico-social en Normandie) ou sur certains territoires (exemples : prévention des jeunes de 0 à 16 ans en Meurthe-et-Moselle, santé mentale en Essonne) ;
- les appels à projets multithématiques semblent moins nombreux, ils sont avant tout mobilisés pour identifier de nouveaux projets (par exemple à l'appui des nouveaux projets régionaux santé environnement ou du volet régional du fonds de lutte contre les addictions).

Les modalités d'instruction des dossiers et d'arbitrage sur les candidatures sélectionnées sont plus ou moins formalisées suivant les régions :

- **l'ensemble des ARS ont mis en place des modalités d'instruction par deux personnes**, associant **l'examen de la qualité du projet et de sa soutenabilité budgétaire** ;
- certaines régions peuvent mettre en place des comités *ad hoc* (Occitanie) ou un double niveau d'instruction avant de soumettre les propositions au niveau de la direction (ex. Centre-Val de Loire) ;
- d'autres font le choix de centraliser la prise de décision au sein d'un comité de pilotage spécifique, au-delà d'un seuil de dépenses (100 000 € pour Grand Est, 20 000 € ou 100 000 € suivant les sujets en Hauts-de-France, choix limité à l'offre de soins pour Centre-Val de Loire).

Dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, certaines régions (Nouvelle-Aquitaine, Ile-de-France, Hauts-de-France, Normandie) publient **un guide d'accompagnement des porteurs de projets sur certains volets des dossiers déposés** (motifs d'exclusion de certains types de projets comme les actions conduites de façon ponctuelle, modèle de démarche évaluative et modèle économique).

Sur un plan matériel, la dernière version de STARS FIR permet d'envisager une sécurisation du processus, grâce à une logique de *workflow*. Les projets peuvent en effet y être directement déposés par le prestataire lui-même. Ce dernier module est l'une des avancées majeures de l'outil dont se sont saisies la plupart des ARS. Les dossiers peuvent en effet y être instruits, puis cheminer dans le processus de validation, jusqu'à leur validation finale par la direction générale de l'ARS. Dans cette dernière version de STARS FIR, toute la chaine de décision de l'ARS peut intervenir (DD, Directions métiers, référents FIR, Direction générale), chacun pour ce qui le concerne. Des structures externes, co-financeurs par exemple, qui seront en charge de l'évaluation, peuvent disposer d'un accès en instruction.

Si toutes les ARS n'ont pas encore franchi le pas, ou si certaines dépenses y échappent encore (une bonne partie des aides en trésorerie ou en investissement, par exemple), il serait judicieux de les y inciter fortement.

S'agissant de la détection des opérateurs, plusieurs DG d'ARS n'ont pas manqué de souligner le rôle premier des DD sur cet axe. Elles leur reconnaissent une bonne connaissance du « terrain » mais aussi un rôle premier dans l'identification des potentiels « doublons », grâce à leur lien de proximité avec les porteurs et les financeurs locaux.

La question de la coordination avec d'autres co-financeurs potentiels (que sont, principalement, la CPAM ou les collectivités locales) est d'importance, en effet, la difficulté venant notamment des dispositifs cofinancés (AAP notamment), dans lequel chacun applique ses règles et mode de conventionnement, distincts de celui de l'ARS. STARS FIR autorise, en effet, la désignation d'autres institutions instructrices que les DD savent bien identifier.

Bonne pratique n° 5 : systématiser l'usage de STARS-FIR pour le dépôt et l'instruction de l'ensemble des projets.

2.2. Le conventionnement avec les bénéficiaires est généralisé et la pratique du dialogue de gestion avec les bénéficiaires se diffuse.

Dès lors qu'ils sont associés à un engagement financier sur le FIR, les projets retenus font très généralement l'objet d'un conventionnement avec l'ARS. L'obligation de conventionnement avec les bénéficiaires, mentionnée à l'article R.1435-30 du code de la santé publique, s'applique aux subventions dont le montant annuel est supérieur à 23 000 €. D'après les échanges conduits avec certaines ARS, la pratique de fixer la dotation en-dessous de ce montant ne semble pas appropriée par l'ensemble des interlocuteurs. Une ambiguïté persiste au demeurant, car STARS FIR produit automatiquement un modèle de convention, quel que soit le montant associé au projet.

La majorité des ARS soulignent l'intérêt de privilégier des conventions pluriannuelles, dans les cas de figure suivants :

- mobilisation d'acteurs reconnus et dont l'action est structurante pour l'ARS (ex. GRADeS, Promotion Santé, ORS) ;
- actions reconduites dans le temps du fait du cadre juridique associé (cf. annexe III), notamment pour les missions assurées par des établissements de santé ;
- acteurs nécessitant une visibilité pluriannuelle pour accompagner la montée en charge d'une nouvelle action ;
- action conduite sur plusieurs années, associée à une évaluation.

L'ensemble des ARS soulignent l'intérêt des conventions pluriannuelles, pour sécuriser l'engagement des opérateurs territoriaux, et pour réduire la charge administrative associée à l'instruction des dossiers. Cet enjeu est particulièrement important, au vu du nombre de projets financés par les ARS chaque année (cf. tableau 4) :

Tableau 4: Nombre de projets financés par le FIR en 2025 dans un échantillon d'ARS

ARS	Nombre de projets financés
Nouvelle-Aquitaine	2300
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1400
Auvergne-Rhône Alpes	3200
Grand Est	3000
Normandie	2200

Source : mission

A cet égard, plusieurs régions soulignent que les conventions pluriannuelles sont mobilisées en première instance (Occitanie), ou de façon majoritaire (comme en Centre-Val de Loire, où 63 % des projets financés en 2025 font l'objet d'une convention pluriannuelle).

Une région (Pays de la Loire) souligne toutefois la forte diminution du recours aux conventions pluriannuelles, liées aux incertitudes sur la capacité à financer l'ensemble des actions. De plus, **la quasi-totalité des ARS indiquent retenir le format d'une convention pluriannuelle associée à une clause de révision annuelle du niveau de dotation, afin de sécuriser la capacité de financement des actions.**

Bien que les projets s'inscrivent, majoritairement, dans une échéance pluriannuelle, un quart des ARS ne fonctionnent que sur la base de conventionnement annuel, par crainte de ne pas être en mesure de financer le projet en N+1, et en raison d'une pratique trop souvent répandue de fonctionnement en AE=CP (cf. 1.2.2).

La plupart des conventions signées font l'objet d'un suivi rapproché, dans le cadre d'un dialogue de gestion mené entre l'ARS et le porteur de projet ; les budgets sont analysés et la tenue des engagements vérifiés. Localement, la capacité à réinterroger le projet et à challenger ses porteurs peut être spécialement forte (Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, par exemple)

Plusieurs ARS se sont ainsi engagées dans un mécanisme qui peut conduire à interrompre certains projets, voire à recouvrer des indus (Bourgogne-Franche-Comté, par exemple). Dans ces régions, les sommes recouvrées peuvent être importantes, aussitôt réaffectées à d'autres objets (Cf. annexe III).

Bonne pratique n° 6 : généraliser les dialogues de gestion poussés, autorisant, le cas échéant, le recouvrement des indus pour les actions prévues, financées et non réalisées.

Le déploiement du contrôle interne dans les établissements et services relevant du ministère des affaires sociales est piloté par la DFAS. La mise en œuvre effective dans les ARS est d'autant plus développée qu'une personne ou service en est en charge, ce qui est plus particulièrement vrai dans le cas d'une organisation centralisée.

2.3. Dans l'ensemble des ARS, la souplesse du FIR offre la possibilité de financer des projets innovants, des initiatives favorisant la coordination entre les acteurs de santé, ainsi que des actions non prévues initialement au cours de l'année

Les utilisateurs et observateurs rencontrés par la mission reconnaissent au FIR deux caractéristiques majeures : plasticité et réactivité (à la différence d'autres fonds, financés par l'Etat, par exemple).

À la différence des enveloppes sanitaires ou, des principes de tarification de l'activité médico-sociale (la CPAM assurant les paiements selon un calendrier très strict), les crédits du FIR sont disponibles dès le démarrage de la campagne budgétaire, donnant au DG d'ARS la capacité de répondre à toute situation d'urgence (fonds nécessaires mobilisables immédiatement).

Le FIR est ainsi capable de financer des actions à engager d'urgence, sans que des crédits aient été préalablement prévus pour ce faire, ou **des actions faisant intervenir des acteurs ne relevant pas d'un cadre administratif pré-défini** (suivant le principe des autorisations d'activité dans le champ sanitaire ou médico-social), sur des sujets expérimentaux.

La typologie d'actions suivantes peut être ainsi détaillée, sans prétention d'exhaustivité (Cf. également l'annexe I, pour les actions spécifiques aux régions ultra-marines) :

- les crédits doivent être disponibles très rapidement (actions non initialement prévues)
  - accueil de réfugiés ukrainiens ;
  - audit de sécurité à la suite d'une attaque d'un GRADeS ;
  - achat de cercueils plombés pour lutter contre le choléra à Mayotte ;
  - interventions dans le cas de feux de forêts (Nouvelle Aquitaine)
  - COVID…
- les porteurs de projets ne sont pas de ceux qui peuvent être financés par l'ONDAM
  - projet d'universitarisation de territoires (chef de cliniques dans des maisons de santé pluridisciplinaires) ;
- le projet est expérimental et correspond aux besoins spécifiques d'un territoire
  - déploiement de Médicobus dans l'Orne
  - soins de télémédecine estivaux pour des sites avec afflux d'estivants ;
  - expérimentation de microstructures en addictologie ;
  - expérimentation d'un dispositif d'accompagnement d'usagers multiples des urgences (CHRU de Nancy) ;
  - mise en place d'une infirmière coordinatrice pour l'endométriose, de référents directives anticipées (Nouvelle-Aquitaine).

3. Le renforcement du reporting interne et de l'évaluation des actions financées par le FIR est nécessaire pour organiser des échanges territoriaux stratégiques autour de cet outil

3.1. Le déploiement de STARS FIR offre des perspectives prometteuses de renforcement du rendu compte et de développement d'échanges stratégiques avec les acteurs locaux

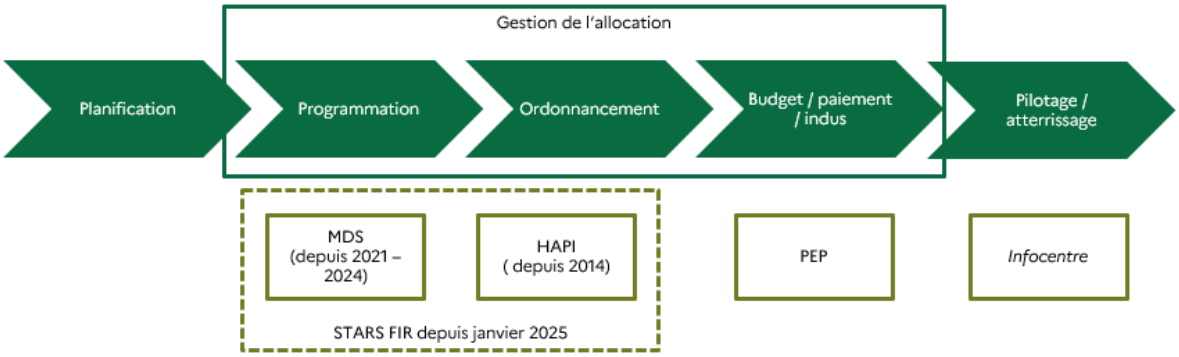
3.1.1. En l'absence d'outil intégré de reporting, les ARS ont développé des fichiers internes de suivi au format parfois hétérogène au sein de la même agence

Les ARS ont toutes développé des pratiques de reporting financier infra-annuel des crédits du FIR. Le reporting a pour visée de suivre les montants arbitrés, le taux d'engagement et de consommation des crédits en cours d'année, ainsi que le nombre de projets reconductibles ou nouveaux, et de permettre le redéploiement de certaines enveloppes en cours d'exercice. En Bourgogne-Franche-Comté par exemple, ce reporting intègre aussi des indicateurs de gestion décrivant sa performance (suivi de la contractualisation, délai pour générer la convention, temps de visa des CRB, délai de réponse des porteurs, délai de paiement). Ces éléments sont partagés au sein de la comitologie financière interne à l'ARS, qui est aussi le lieu de signalement des évènements marquants.

Cependant, les capacités de suivi analytique du FIR au-delà des enjeux purement financiers apparaissent plus limitées. Les analyses stratégiques par mission du FIR ou par axe du PRS en cours d'exercice sont rares, et sont peu mobilisées dans les décisions d'allocations prises pour l'année en cours. Elles sont plus fréquemment réalisées annuellement dans le cadre de la constitution du rapport régional du FIR une fois l'exercice clôt. De manière générale, **les outils de suivi infra-annuel consistent en une multiplication de tableaux de bord pilotés par chaque direction métier, au format et au contenu hétérogène.** Un effort d'harmonisation intra-ARS est en cours, qui est plus abouti dans les ARS qui ont centralisé la gestion du FIR. A titre d'exemple, le fichier unique développé par la Corse intègre à la fois le budget FIR, les besoins identifiés, le suivi de l'exécution des AE et des CP, l'historique sur les cinq dernières années et le prévisionnel, qui est partagé en « COPIL FIR ». En Normandie, le pilotage infra annuel du fonds est réalisé via un fichier retraçant l'ensemble des projets financés par le fonds, indiquant pour chaque projet la direction porteuse et l'axe stratégique sur lequel il porte. Ce fichier assure le suivi du fonds par orientation stratégique à partir de tableaux de restitution établis à chaque étape de construction budgétaire (budget initial, budget rectificatif) et pour le compte financier.

En effet, à la date de la mission il n'existe pas d'outil intégré recensant l'intégralité des projets du FIR, contenant toutes les informations et leurs caractéristiques, de leur programmation à leur aboutissement. La nouvelle plateforme STARS FIR doit cependant permettre de répondre à un certain nombre de besoins. Après une phase de test dans des ARS pilotes, STARS FIR se déploie progressivement dans toutes les ARS. Cet outil fusionne et ajoute des fonctionnalités à « Ma démarche santé » (MDS) pour la partie programmation, qui était obligatoire depuis 2023, et à HAPI pour la partie d'ordonnancement de la dépense, qui existait depuis 2014 (cf. figure 1).

Figure 1: Outillage informatique pour la gestion du FIR



Source : Mission d'après une figure de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

STARS FIR centralise le dépôt et l'instruction des projets. En phase de programmation, il permet la traçabilité des avis des directions métiers, des délégations départementales et des comités internes (comme les « COPIL » ou « COSTRAT » FIR) et externes (jurys d'appel à projets) de sélection. Les co-financeurs (comme les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités - DREETS et les CPAM) peuvent avoir accès aux dossiers en cours d'instruction, ce qui leur permet de donner un avis et d'éviter les doublons. En phase d'ordonnancement et de suivi, STARS FIR donne accès au suivi en temps réel des engagements, des paiements et du taux d'exécution par ligne budgétaire. La gestion des paiements et du recouvrement est ensuite traitée dans le logiciel PEP.

En complément, STARS FIR affecte chaque projet à une ligne de la nomenclature FIR, et permet de les classer selon deux autres nomenclatures, dont la définition est à la main de chaque ARS :

- la première correspond généralement aux axes du PRS de la région. Dans certaines ARS, cette donnée était déjà remplie dans MDS ;
- la seconde est une nomenclature thématique (personnes âgées, santé des femmes, handicap…) ou correspondant à la direction métier qui a la charge du dossier.

Cependant, à la date de la mission, l'exhaustivité des projets dans STARS FIR n'est pas encore complète dans toutes les ARS. Par exemple, l'ARS de Mayotte utilisera STARS FIR d'ici 2027, et l'ARS Occitanie ne l'utilise pas pour les aides à l'investissement et les aides en trésorerie. **Après montée en charge complète de STARS FIR, le rendu compte par axe thématique ou stratégique du FIR sera automatisable par toutes les ARS.** Pour être totalement opérationnelle à des fins de reporting, l'interface entre STARS FIR et PEP doit être finalisée. A la date de la mission en effet, STARS FIR peut envoyer des données vers PEP, mais l'inverse n'est pas possible. Ainsi, la reprise des indus n'est pas intégrée dans STARS FIR (cf. annexe III).

Enfin, la direction du numérique (DNUM) du SGMAS met aussi à disposition un infocentre « allocation des ressources », qui doit permettre de restituer des tableaux de bord de pilotage mais qui ne serait pas utilisé par les ARS.

Bonne pratique n° 7 : dans chaque ARS, faire correspondre une des nomenclatures « à façon » de STARS FIR aux axes du PRS.

Bonne pratique n° 8 : Ajouter dans les tableaux de pilotage budgétaire infra-annuel une présentation par axe stratégique pour vérifier l'alignement du FIR avec les priorités régionales, qui seront à terme intégrées dans l'infocentre d'allocation des ressources.

3.1.2. Un rapport d'activité régional du FIR, au format hétérogène, est transmis annuellement au conseil d'administration de l'ARS, et pourrait appuyer une séquence d'échange stratégique systématique sur le FIR au sein de cette instance

Le conseil d'administration (CA) de l'ARS, qui compte une trentaine de membres (Cf. encadré 5), dont les représentants des caisses locales de sécurité sociale et des collectivités territoriales (conseil régional, conseils départementaux et municipaux), se réunit deux à trois fois par an, selon les ARS.

L'usage du FIR peut faire l'objet d'une présentation à cette instance, sur le modèle de l'initiative de l'ARS de Mayotte qui consacre une séquence aux échanges stratégiques sur le FIR avant de tenir les débats budgétaires sur son budget principal et son budget annexe, et éventuellement en conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA), comme par exemple en Centre-Val de Loire.

Cette pratique gagnerait à être dupliquée au niveau départemental, via les conseils territoriaux de santé (CTS), constitués par la direction générale de l'ARS sur chacun de ses territoires, qui apparaissent être une bonne instance pour partager des informations sur l'usage du FIR, afin de renforcer sa connaissance par l'ensemble des acteurs locaux (cf. encadré 4).

Encadré 4 : Composition des conseils territoriaux de santé

Les conseils territoriaux de santé (CTS), définis à l'article R. 1434-33 du code de la santé publique, sont composés de cinq collèges distincts. Le premier collège rassemble les professionnels et offreurs de services de santé, avec jusqu'à 28 représentants issus des établissements de santé, des secteurs médico-sociaux, de la prévention, des professionnels libéraux, des internes en médecine, des modes d'exercice coordonné, de l'hospitalisation à domicile et de l'ordre des médecins. Le deuxième collège est dédié aux usagers et associations d'usagers, comptant jusqu'à 10 membres représentant les associations agréées et les personnes handicapées ou âgées. Le troisième collège regroupe les collectivités territoriales et leurs groupements (régions, départements, intercommunalités, communes), avec jusqu'à 7 membres. Le quatrième collège inclut les représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale, avec jusqu'à 3 membres. Enfin, deux personnalités qualifiées complètent cette composition, désignées par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Source : Mission.

La structuration d'un dialogue sur le FIR au sein de ses instances devrait faciliter l'application de la disposition de la circulaire du Premier ministre relative à la déconcentration de 2025[12] qui établit que *« le préfet rendra un avis sur […] les projets soumis à la décision du directeur général de l'ARS ayant une incidence significative sur le schéma régional de santé (préfet de région, éventuellement en lien avec les préfets de département concernés) »*, dont les modalités de déclinaison opérationnelle dans les territoires ne sont pas encore matures.

Bonne pratique n° 9 : prévoir une séance présentant la stratégie du FIR sur l'exercice en cours et le suivant lors des instances locales de l'agence (conseil d'administration, conseil régional santé autonomie, conseil territorial de santé.

Bonne pratique n° 10 : présenter la répartition des crédits du FIR par axe stratégique du projet régional de santé dans le rapport régional annuel du FIR.

[12] Circulaire du Premier ministre du 5 septembre 2025 relative à la « réforme de l'action territoriale de l'Etat et relance de la déconcentration ».

Annexe V

Encadré 5 : Composition du conseil d'administration d'une ARS

I.- Outre le représentant de l'Etat dans la région qui le préside, le conseil d'administration comprend les membres suivants qui ont voix délibérative :

1° Trois représentants de l'Etat :

a) Le recteur de région académique ou son représentant ;

b) Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou, le cas échéant, le directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou leur représentant ;

c) Un préfet de département ou un chef des services déconcentrés de l'Etat désigné par le préfet de région ou son représentant ;

Pour la région Ile-de-France, à ces trois représentants s'ajoute le préfet de police ou son représentant ;

2° Neuf membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort :

a) Cinq membres des conseils des organismes locaux d'assurance maladie relevant du régime général désignés par les représentants nationaux des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel ;

b) Trois membres des conseils des organismes locaux d'assurance maladie relevant du régime général désignés par les représentants nationaux des organisations d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel ;

c) Le président de la caisse régionale de mutualité sociale agricole ou le président d'une des caisses situées dans le ressort de l'agence régionale de santé, désigné par l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole ou, à défaut, conjointement par les présidents des caisses de mutualité sociale agricole du ressort de l'agence ;

3° Huit représentants des collectivités territoriales du ressort géographique de l'agence, dont :

a) Le président du conseil régional ;

b) Trois présidents de conseil départemental désignés par l'association des départements de France ;

c) Quatre maires ou présidents d'un groupement de collectivités désignés par l'association des maires de France ;

[…]

4° Trois représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le collège de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie réunissant les associations œuvrant dans les domaines de compétences de l'agence régionale de santé :

a) Un représentant d'une association de patients œuvrant dans le domaine de la qualité des soins et de la prise en charge des malades et agréée au niveau national ou régional en application de l'article L. 1114-1 du présent code ;

b) Un représentant d'une association œuvrant en faveur des personnes handicapées ;

c) Un représentant d'une association œuvrant en faveur des personnes âgées ;

5° Quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'agence, désignées par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

[…]

IV.- Siègent avec voix consultative au conseil d'administration :

1° Deux représentants du personnel élus par leurs pairs au sein du comité d'agence prévu à l'article L. 1432-10 du code de la santé publique ; chaque représentant du personnel dispose d'un suppléant qui est désigné dans les mêmes conditions que celui-ci et qui ne peut siéger qu'en cas d'absence ou d'empêchement du titulaire ;

2° Le directeur général, celui-ci peut se faire assister des personnes de son choix.

Source : Article D1432-15 du code de la santé publique.

Enfin, le reporting global au niveau national se limite à l'accès (en temps réel) à STARS FIR par le SGMAS, et à la communication d'un rapport d'activité régional annuel (dont le format n'est pas harmonisé). Il n'y a pas de reporting régional global infra-annuel, le FIR n'ayant pas fait l'objet d'un dialogue de gestion spécifique entre le pilotage national et chaque ARS depuis 2023 (cf. annexe IV).

3.2. L'évaluation des actions financées via le FIR est réalisée en opportunité par les ARS, sans cadre méthodologique ni stratégique

La diversité des dispositifs financés par le FIR implique des modalités distinctes d'évaluation. Les évaluations peuvent avoir plusieurs objectifs : (i) contrôle du niveau d'activité et de l'usage des fonds, (ii) étude d'impact, (iii) efficacité et efficience, et être réalisées à plusieurs niveaux (i) convention/projet, (ii) structure, (iii) dispositif, (iv) thématique.

Des éléments de bilan (rapport d'activité, bilan financier de l'action, attestation d'exécution) sont demandés par les ARS pour l'ensemble des conventions établies, en complément des dialogues de gestion menés avec les bénéficiaires. Leur exploitation pour apprécier la réalité de l'activité financée n'est pas systématisée dans toutes les régions : certaines agences ont établi des critères de priorisation des conventions à évaluer (ex : Corse, Auvergne-Rhône-Alpes), ou font de l'échantillonnage (ex : Provence-Alpes-Côte d'Azur). Les critères de priorisation évoqués sont divers : là où les gains de performance seront les plus forts, ou à la fin d'une convention pluriannuelle. Les pièces collectées sont cependant déclaratives, et peu de pièces justificatives sont demandées.

L'évaluation du niveau d'activité et de la consommation des financements par les bénéficiaires est facilitée par le module « bilan d'exécution » de STARS-FIR, et permet d'envisager une systématisation du contrôle. Elle s'inscrit dans la démarche de suivi des actions financées, décrite dans la partie précédente.

Bonne pratique n° 11 : systématiser la collecte et l'examen des rapports d'activité et des bilans financiers des projets financés

Ces évaluations sont en grande partie réalisées en interne. Ponctuellement, certaines ARS font appel à des cabinets extérieurs en cas notamment de soupçon de mauvais usage des fonds ou de faible qualité de service (des cas ont par exemple été cités en Occitanie et en Martinique). Ces évaluations de premier niveau n'entrainent cependant pas de recouvrement systématique en cas de non-respect des engagements : le non-renouvellement de convention pour l'année suivante ou une modulation à la baisse des financements sont aussi pratiqués (cf. 2.2).

Bonne pratique n° 12 : faire réaliser des audits par un opérateur externe pour les bénéficiaires qui soulèvent des questions de qualité de service.

Bonne pratique n° 13 : systématiser la reprise des indus en cas de non ou sous-réalisation de l'action prévue par contrat.

Les évaluations s'intéressant à l'impact, à l'efficacité et à l'efficience des dispositifs relèvent de pratiques distinctes entre les ARS. Trois groupes se distinguent :

- les ARS qui ne font pas d'évaluation d'impact au-delà de l'exploitation des rapports d'activité et du dialogue de gestion, qui sont généralement de petites ARS (ARS ultramarines, Bretagne, Corse, mais aussi Provence-Alpes-Côte d'Azur) ;
- celles qui font de l'évaluation d'impact sur initiative ponctuelle des directions métiers ou des délégations départementales ;

- celles qui ont défini des abaques d'évaluation (nombre de dispositifs à évaluer par an) et des critères de priorisation (systématisation si le dispositif est expérimental en Hauts-de-France), qui peuvent être établis dans une démarche d'évaluation de leur projet régional de santé. Ces démarches ne constituent cependant pas des stratégies globales : seule l'ARS de Nouvelle-Aquitaine signale le projet d'établir en 2026 une stratégie régionale d'évaluation portant sur les dispositifs du FIR.

Les crédits du FIR doivent être mis au service du déploiement du projet régional de santé. Neuf ARS ont signalé à la mission leurs démarches d'évaluation de leur projet régional de santé (PRS). Celles-ci peuvent prendre plusieurs formes, comme l'évaluation successive des axes de leur PRS dans leur globalité, ou via l'évaluation de quelques dispositifs par an (quel que soit la source de leur financement). L'objectif est de déterminer l'impact du PRS sur le bénéficiaire final (patient, usager, citoyen).

Les évaluations d'impact, d'efficacité ou d'efficience sont réalisées en interne par les agents de l'ARS ou par des prestataires :

- des marchés publics d'évaluation peuvent être financés sur le budget de fonctionnement du FIR. Cependant, au moins cinq ARS, qui sont de taille très diverse, ne font aucun recours à des prestataires externes pour conduire des évaluations ;
- l'intensité du recours à des prestataires externes ne dépend pas de la taille de l'ARS. En 2024, les ARS qui ont réalisé des évaluations externes ont consacré entre 50 000 € et 500 000 €, correspondant systématiquement à moins de 1 % de leur FIR ;
- lorsqu'elles sont réalisées en interne, les évaluations sont réalisées par les agents de la direction métier ou de la délégation départementale sans encadrement particulier : seule l'ARS de Normandie signale avoir constitué une équipe dédiée à l'appui aux démarches évaluatives, placée au sein de la direction de la stratégie, et projette de développer en 2026 un référentiel méthodologique d'évaluation partagé.

L'évaluation des PRS peut être confiée à des équipes de recherche afin de garantir la robustesse de la méthode : par exemple, en Île-de-France, l'évaluation du PRS précédent avait été confié à la chaire santé de Sciences Po Paris, et l'ARS Hauts-de-France a mobilisé les universités lilloises pour l'évaluation du PRS en cours. Aucune ARS n'a précisé quels sont ses critères de choix entre une évaluation d'impact interne ou par recours à un prestataire. Les ARS qui mobilisent des prestataires externes estiment un cout unitaire situé entre 20 000 et 100 000 € par évaluation.

Considérant le montant total des actions du FIR, **le financement d'évaluations externes via le budget de fonctionnement du FIR pourrait être plus développé**, sous réserve de l'établissement **d'une stratégie régionale d'évaluation se concentrant plus particulièrement sur les dispositifs qui ne font pas l'objet d'une obligation de déploiement (**correspondant aux dépenses sur lesquelles la direction de l'ARS a entièrement la main, selon la définition établie dans l'annexe III), et **portée par une cellule d'appui interne à l'ARS** pour garantir un cadre et des méthodes communes d'évaluation, selon l'ébauche de catégorisation présentée en tableau 5. Certains prestataires externes peuvent par ailleurs être déjà financés par le FIR, sous forme de subvention (ORS, centres régionaux d'études d'actions et d'informations – CREAI, cf. annexe VII). Dans les territoires ultramarins cependant, le nombre d'entreprises ou acteurs de l'évaluation est limité, ainsi le développement d'activité d'évaluation d'impact passe par une internalisation plus forte des évaluations ou par une mutualisation inter-ARS[13].

Bonne pratique n° 14 : structurer une cellule interne à l'ARS d'appui à l'évaluation des dispositifs

Bonne pratique n° 15 : établir une stratégie régionale d'évaluation des dispositifs du FIR qui ne font pas l'objet d'une obligation de déploiement national

[13] Les ARS de Guadeloupe, Martinique et Guyane ont une réflexion en cours pour mutualiser leurs démarches évaluatives.

L'évaluation de l'impact et de l'efficacité des dispositifs du FIR dont le déploiement est rendu obligatoire par un texte (cf. annexe III) devrait être encadrée par le pilotage national, afin de définir un référentiel commun d'évaluation précisant sa méthode et sa fréquence (cf. annexe IV).

Il n'y a pas de culture partagée de l'évaluation entre les ARS[14], qui n'ont pas d'échanges sur leurs pratiques (critères de priorisation, stratégie, méthodologie), ni sur leurs résultats : par exemple, un dispositif évalué négativement dans une région ne fait pas l'objet d'une remontée au niveau national, ou d'un échange inter-ARS pour signaler le résultat et inciter les autres à conduire l'évaluation du dispositif dans leur territoire : les évaluations réalisées sur les dispositifs d'appui coordonnés (DAC) sont un exemple d'absence de mutualisation et de coordination entre ARS[15]. La structuration de cellules d'appui à l'évaluation dans chaque ARS pourrait s'accompagner de la création d'une instance d'échange inter-ARS.

L'hétérogénéité des méthodes et des supports d'évaluation ne permet pas de quantifier l'action évaluative des ARS, et seuls des exemples ont pu être cités à la mission. En conséquence, il n'y pas de référentiel des évaluations permettant de capitaliser sur leurs résultats, d'assurer leur diffusion et d'estimer leur impact. Un abaque de structuration de l'évaluation régionale en fonction de l'échelle de l'évaluation et de ses objectifs est proposé au tableau 5.

[14] Ni impulsées par l'administration centrale, hors cas particuliers (par exemple, par la DGS s'agissant des DAC)

[15] Au moins six régions ont conduit une évaluation d'un ou plusieurs DAC de leur territoire depuis 2023, de nature hétérogène, portant par exemple sur la conformité de l'usage de la subvention en Occitanie et en Martinique., la structuration d'un modèle d'analyse et de performance en Auvergne-Rhône-Alpes, et une analyse médico-économique en Bourgogne-Franche-Comté.

Tableau 5 : Typologie des évaluations des actions portées par le FIR

Echelle de l'évaluation	Objectifs	Moyens	Acteur	Exemple	Critères de priorisation
Convention	Vérification du niveau d'activité	Rapport d'activité, dialogue de gestion, étude de pièces justificatives	Interne ARS		Systématique, à minima annuelle
	Evaluation de l'impact et/ou de l'efficacité du projet	Indicateurs d'activité, enquête	Interne ARS ou prestataire externe		Lorsque le montant le justifie / systématique s'il s'agit d'une expérimentation ou d'un projet innovant
Structure portant plusieurs actions financées via le FIR	Vérification de l'emploi des financements pour les différentes actions	Dialogue de gestion	Interne ARS		Systématique, à minima annuelle
	Sécurisation du pilotage et identification de marges de rationalisation.	Audit comptable et fonctionnel	Prestataire externe	Évaluation d'un groupement de coopération sanitaire portant des DAC, des réseaux et des équipes mobiles.	A articuler avec les inspections des structures
Dispositif	Redimensionnement du dispositif, identification des redondances et/ou transfert à de nouveaux acteurs.	Parangonnage régional des acteurs portant le dispositif	Interne ARS ou prestataire externe[16]	Evaluation des DAC, des centres anti-tuberculose. Révision du modèle économique pour les équipes mobiles de soins palliatifs et des consultations mémoire	En fonction de l'enjeu financier
	Développement d'un modèle médico-économique	Indicateurs financiers et d'activité			S'il s'agit d'une expérimentation dans le FIR
Thématique	Impact sur le bénéficiaire final (patient, citoyen)	Evaluation de l'efficacité / efficience	Prestataire externe (universitaire ou non) et/ou ORS ou CREAI	Evaluation de quelques axes du PRS.	

Source : Mission

[16] Sous l'égide de l'administration centrale, le cas échéant, pour les structures que l'on retrouve sur l'ensemble du territoire

PIECE JOINTE

Questionnaire adressé aux ARS

Mission FIR - questionnaire sur le pilotage régional du FIR

Ce questionnaire vous est adressé dans le cadre de la mission IGAS-IGF sur le pilotage et la gestion du FIR. Son objectif est de mieux comprendre les modalités d'organisation de votre ARS pour mobiliser, piloter, et contrôler les ressources du FIR au regard des priorités du projet régional de santé et de la coordination avec les autres financeurs à l'échelle locale.
Ce questionnaire a été élaboré par la mission et transmis au préalable aux ARS référentes « offre de soins »[17] pour s'assurer de sa pertinence.
La première partie de ce document décrit la liste des documents à communiquer à la mission.
La seconde est une liste de questions pour lesquelles une réponse littérale et synthétique est attendue directement dans ce document. Pour faciliter le déroulement du questionnaire, vous pouvez regrouper les réponses aux différentes questions indiquées dans chaque section.
Si nécessaire, des réunions par visioconférence peuvent être organisées directement avec la mission pour apporter certains compléments de réponse, notamment pour les parties 7 et 8 du questionnaire.
Les délais de la mission étant contraints, nous vous remercions d'adresser vos réponses avant le 9 décembre 2025.

A/ Transmission de documents relatifs au FIR

- les procédures d'élaboration du budget, les règles de gestion concernant : les AE/CP, les engagements pluriannuels et les reports de crédits ;
- les outils de pilotage interne, dont les initiatives de développement d'outils informatiques ad hoc ;
- les documents de procédures internes relatives à la gestion du FIR ;
- les délégations de signature pour l'engagement de la dépense (dont directions métier, et délégations départementales) et l'organigramme de l'ARS ;
- les documents de benchmark éventuels que vous auriez financés au cours des dernières années pour ce qui concerne le pilotage du FIR.

B/ Questionnaire

1) Organisation institutionnelle de l'ARS siège

- Le pilotage du FIR est-il regroupé au sein d'une seule entité ?
    - si oui, au sein de quelle entité ? Quel dimensionnement de l'équipe dédiée ? Quelles compétences de cette direction vs. directions métier ? Combien d'ETP sont dédiés dans chaque direction métier
    - si oui, comment est organisée la relation avec des référents thématiques au sein des directions métier ?
    - si non, quelle organisation est mise en place pour préparer, puis rendre les principaux arbitrages ? (comité de pilotage ou de gestion dédié, autre…)

2) Territorialisation du FIR

- Une enveloppe est-elle confiée au niveau départemental ?
    - si oui, suivant quels critères et pour quel montant ? (enveloppe globale à la main du DD, plafond d'engagement, fléchage sur certains dispositifs)
    - si oui, quelles sont les modalités de reporting des DD vers l'ARS siège ?
- Sur les opérations engagées par l'ARS siège, les DD rendent-elles un avis sur la conclusion de certains engagements par les directions métier ?

[17] Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France.

- Les DD assurent-elles le suivi de l'exécution de certains engagements ? Si oui, lesquels ?
- Un ou plusieurs référents FIR sont-ils identifiés dans les DD ?

3) Préparation du budget de l'année N+1

- La préparation interne à l'ARS peut-elle conduire à exprimer des besoins de financement spécifiques auprès du niveau national ?
- Quelles sont les modalités d'élaboration du budget prévisionnel, notamment au regard des priorités du PRS ?
    - comment identifiez-vous les engagements pluriannuels ?
    - comment les facteurs de progression tendancielle des dépenses sont-ils pris en compte?
    - identifiez-vous les dispositifs financés de manière récurrente ? Comment ?
    - réalisez-vous un suivi des dispositifs qui arrivent à leur terme ?
    - comment calibrez-vous les mesures nouvelles ?
- Quelles sont les modalités et le calendrier d'arbitrage du budget prévisionnel (avant la notification annuelle au niveau national) ?
    - établissez-vous des enveloppes par direction métier / le cas échéant par DD ?
    - réalisez-vous une mise en réserve de certaines lignes en début d'année ? de quelle ampleur ? est-elle différente selon les lignes ?
    - quel est votre calendrier d'engagement des mesures nouvelles, notamment pour les appels à projets / appels à manifestation d'intérêt ?
- L'ARS opère-t-elle une estimation de la budgétisation annuelle de financement de projets « à sa main » ?
- Comprenez-vous les modalités de calcul du mécanisme de péréquation, et vous semblent-elles justifiées ? Quels critères pourraient être pris en compte ?

4) Modalités de sélection des projets

- De quelle façon l'ARS organise-t-elle la sélection des bénéficiaires de projets financés par le FIR ?
- Comment les bénéficiaires transmettent-ils leurs demandes de financement ? Qui les reçoit ? Disposez-vous d'éléments de volumétrie ?
- Comment les demandes de financement sont-elles examinées et qui décide de l'attribution des aides ? Pour quels montants ?
- Y a-t-il un comité de sélection ? Les procédures de sélection sont-elles formalisées ? Si oui, pouvez-vous nous transmettre la composition et des documents retraçant ces décisions ?
- L'ARS signe-t-elle des CPOM avec certains bénéficiaires ? Suivant quels critères, par rapport à un financement sur une durée d'un an ?
- Comment s'opère la coordination avec les autres co-financeurs locaux (caisses d'assurance maladie, collectivités territoriales) : dossiers d'examen des demandes partagés, instances de coordination régulières… ?

5) Suivi de l'exécution du budget / dialogue de gestion avec les opérateurs

- Quelles modalités de suivi de l'exécution du budget : comité ad hoc ? si oui, quelle composition et fréquence de réunion ?
- Quels leviers utilisez-vous pour optimiser le taux d'exécution du FIR et le niveau de trésorerie de l'ARS ?

- Quels sont vos dispositifs de pilotage et de régulation des dépenses de guichet (comme la PDSES) ?
- Quelles orientations sont définies pour le dialogue de gestion avec les opérateurs :
    - Choix concernant le caractère annuel ou pluriannuel du financement
    - Calendrier de versement des dotations
    - Régularité des échanges
    - Contrôle des cofinancements et du niveau de trésorerie
    - Contrôle de l'effectivité des actions engagées
      Le cas échéant, cas de dénonciation de contrats / reversement des fonds en cas de non-respect des engagements

6) Evaluation des actions engagées

- Des évaluations ont-elles été engagées au niveau régional pour certaines actions financées ? Si oui :
    - Quels sont les critères de priorisation de ces évaluations ?
    - Quels acteurs sont mobilisés pour réaliser ces évaluations ? Les évaluations sont-elles réalisées en interne par l'ARS, ou confiées à des acteurs extérieurs ?
    - Quel est le budget associé à ces évaluations ?
    - Quelles évaluations ont conduit à redimensionner, arrêter ou amplifier un dispositif ?
    - Pouvez-vous nous transmettre le compte rendu de certaines de ces évaluations ?
- Si non, quels sont les obstacles au lancement d'évaluations ?

7) Dialogue de gestion et reporting vers le niveau national

- Quelles modalités de reporting sont mises en œuvre pour piloter le FIR ?
- Quels points font l'objet d'échanges spécifiques dans le cadre du suivi du FIR ?
- Quels points pourraient être allégés ? développés ?
- Echangez-vous avec les autres ARS sur la gestion du FIR ? Partagez-vous des « bonnes pratiques » ?

8) Questions ouvertes

- Quels sont les aspects opérationnels qui n'auraient pas été évoqués dans les questions précédentes (calendrier d'information / délégation de crédits, outils informatiques…) et qu'il vous semble important de mentionner ?

- Quelles sont les bonnes pratiques mises en œuvre par votre ARS, qui n'auraient pas été évoquées dans les questions précédentes, et qu'il vous semble important de citer ?

- Pourriez-vous nous présenter quelques exemples de dispositifs dont la mise en œuvre a été facilitée par la souplesse de gestion du FIR (expérimentation, intervention en urgence…) versus les modalités plus traditionnelles de financement ?

ANNEXE VI

Périmètre et bénéficiaires du FIR

SOMMAIRE

1. BIEN QUE COHÉRENTES AVEC LES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ, LES DÉPENSES DU FIR SONT CARACTÉRISÉES PAR DES PHÉNOMÈNES D'ABONNEMENTS ET DES ATYPIES 1

1.1. Les dépenses contribuant à la croissance de l'enveloppe relèvent en majorité de la permanence des soins en établissements de santé 1

1.2. Les pratiques différentes selon les ARS en matière d'allocation des ressources et d'utilisation de la nomenclature FIR obèrent la capacité de cette dernière à être un outil de pilotage de la dépense 3

1.2.1. 57 % des destinations dont le remplissage a été discontinu entre 2019 et 2025 portent sur des dispositifs pourtant obligatoires, illustrant l'insuffisance du suivi de leur déploiement et de leur reporting ... 3

1.2.2. Les ARS utilisent globalement leurs crédits de manière hétérogène à la maille de la destination, sans que ces écarts ne s'expliquent systématiquement 5

1.3. Des phénomènes d'abonnements au FIR bloquent près de 5 % des crédits de l'enveloppe du FIR en 2024 10

1.3.1. En 2024, près de 5 % de l'enveloppe était attribuée aux mêmes bénéficiaires au titre de la même destination et pour un montant quasiment stable depuis au moins six ans, et 18 % depuis au moins trois ans 10

1.3.2. 66 % des abonnés identifiés exercent une activité hospitalière en 2024 ... 11

1.3.3. Les phénomènes d'abonnements sont légèrement supérieurs à la moyenne pour les actions de prévention financées par le FIR 13

2. LES DESTINATIONS DU FIR SE RÉPARTISSENT PRINCIPALEMENT ENTRE, D'UNE PART, DES DISPOSITIFS STRICTEMENT HOSPITALIERS ET, D'AUTRE PART, DES ACTIONS PORTÉES PAR DES BÉNÉFICIAIRES AUX PROFILS TRÈS VARIÉS 15

2.1. Les bénéficiaires du FIR sont pour l'essentiel de grandes structures (1 000 salariés ou plus) exerçant une activité hospitalière, et 5 à 7 % du FIR est versé à des collectivités territoriales 15

2.2. Certaines destinations ne financent que des activités hospitalières au sens de la nomenclature NAF 16

2.3. Les types de bénéficiaires par destination peuvent aussi varier fortement et certaines anomalies questionnent la pertinence de l'usage du FIR pour les financer 18

2.3.1. En 2024, une destination du FIR finançait en moyenne, des bénéficiaires qui avaient 8 activités NAF distinctes 18

2.3.2. L'hétérogénéité, entre ARS, des types de bénéficiaires par destination répond à des spécificités locales 19

2.4. Entre 2019 et 2024, le FIR s'est ouvert à de nouveaux bénéficiaires dans le contexte de la crise sanitaire 21

3. LE FIR DOIT ÊTRE RECENTRÉ SUR LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS, LA PRÉVENTION ET LA COOPÉRATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET MÉDICOSOCIAUX 23

3.1. Le périmètre du FIR doit être clarifié pour financer des actions sur lesquelles l'ARS dispose de marges d'action territoriales dont l'impact est évalué ou qui correspondent à des expérimentations 23

3.1.1. Dans l'ensemble, le transfert de missions d'intérêt général vers le FIR n'a pas eu d'effet significatif sur les montants accordés et leurs bénéficiaires23

3.1.2. Les missions uniquement hospitalières considérées comme matures ou ne nécessitant pas de régulation territoriale ne justifient pas un financement via le FIR 26

3.2. Variables d'ajustement et de soutien nécessaires aux établissements, les aides en trésorerie et à l'investissement ne font l'objet d'aucune doctrine d'usage unifiée et leur pilotage est scindé entre l'échelle régionale et nationale 28

3.2.1. Le montant total de aides en trésorerie et à l'investissement, repose plus sur les marges de manœuvre que dégagent les ARS sur le FIR que sur une expression de besoins réelle qui obère un pilotage efficient..... 28

3.2.2. En 2024, le FIR portait 322 M€ d'aides en trésorerie aux établissements de santé soit 37 % des aides versées par les crédits d'assurance maladie, part en augmentation constante depuis 2019 (+ 19 p.p.)..... 29

3.2.3. Le FIR porte des aides à l'investissement en complément ou hors des plans nationaux, qui engagent les ARS pour les exercices à venir 32

1. Bien que cohérentes avec les objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé, les dépenses du FIR sont caractérisées par des phénomènes d'abonnements et des atypies

1.1. Les dépenses contribuant à la croissance de l'enveloppe relèvent en majorité de la permanence des soins en établissements de santé

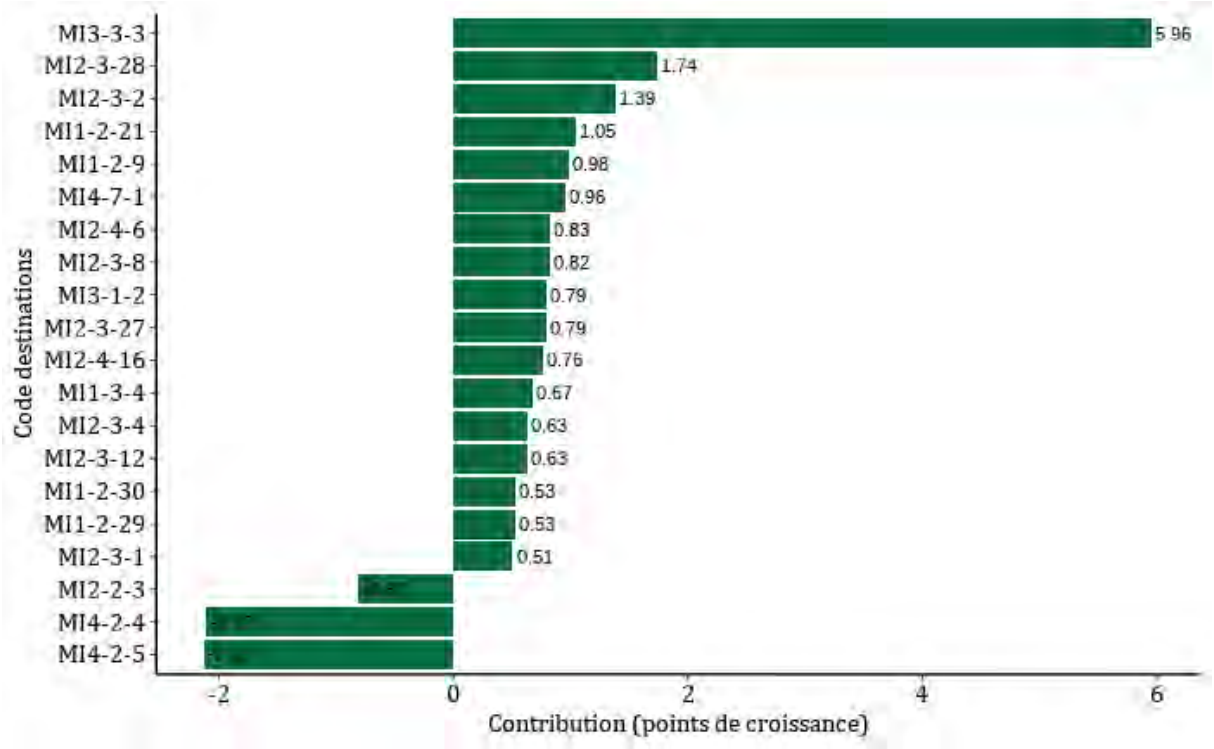
À la maille de la destination, la croissance du FIR entre 2019 et 2024 est en majorité portée par les dépenses liées à la permanence des soins en établissements de santé (destination MI3-3-3). La destination contribue pour plus de cinq points à la croissance des dépenses du FIR sur la période (cf. graphique 1) et elle représentait un peu moins de 1 Md€ de dépenses en 2024, soit presque un cinquième des dépenses totales du FIR (cf. annexe VII).

La contribution de la destination MI3-3-3 à la croissance du FIR est cohérente avec les priorités en matière de politique publique de santé. Elle est en effet liée aux objectifs de santé publique identifiés comme prioritaires dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, et notamment à son axe 2 intitulé « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » et à son premier volet « Lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès au système de santé ». Ces objectifs sont toujours présents dans la stratégie nationale de santé 2023-2033 soumise à la consultation du public par le ministère de la santé en septembre 2023.

L'aide financière pour les transporteurs sanitaires, au titre de la garde ambulancière (MI2-3-28), fait également partie des destinations contribuant significativement à la croissance des dépenses, aux côtés des dépenses pour les équipes mobiles de soins palliatifs (MI2-3-2) et des actions en faveur de la promotion de la santé des populations en difficulté et de la lutte contre les inégalités de santé (MI1-2-21).

À l'inverse, la réduction des fonds alloués aux actions de modernisation et de restructuration (MI4-2-4) des établissements hospitaliers et aux aides à la contractualisation (MI4-2-5) pour ces mêmes établissements a participé à ralentir la croissance de l'enveloppe du FIR. Toutefois, ces réductions peuvent être imputables à une évolution de la nomenclature. En effet, la création, en 2021, d'une destination spécifique aux aides en trésorerie aux établissements (MI4-10-1) a permis une meilleure identification du montant de ces aides qui étaient jusqu'ici portées par les destinations MI4-2-4 et MI4-2-5.

Graphique 1 : Contribution des destinations à la croissance totale des dépenses (2019–2024)



Source : Mission, d'après données de la base HAPI. Note : Les libellés des codes de la nomenclature par destination du FIR sont détaillés en pièce-jointe n° 2.

1.2. Les pratiques différentes selon les ARS en matière d'allocation des ressources et d'utilisation de la nomenclature FIR obèrent la capacité de cette dernière à être un outil de pilotage de la dépense

Encadré 1 : Méthodologie de détection des dynamiques de dépenses atypiques

Prise au niveau de la destination, une dynamique de dépense de FIR peut être considérée comme atypique entre 2019 et 2024 si :

- **les montants de dépenses dans cette destination sont discontinus**, c'est-à-dire parfois nuls pour certaines ARS et/ou pour certaines années ;
- **les montants de dépenses des différentes ARS dans cette destination sont globalement volatiles**, c'est-à-dire varient sensiblement dans le temps ;
- **les montants de dépenses d'une ARS, ou d'un petit nombre d'ARS, dans cette destination présentent des dynamiques de dépenses significativement différentes de la moyenne des ARS**.

La mission définit les destinations discontinues comme les destinations pour lesquelles moins de cinq ARS présentent un nombre d'années avec une dépense de FIR supérieure au nombre d'années sans dépense de FIR, **à partir de la première année de remplissage de la destination par l'ARS entre 2019 et 2024.**

L'indicateur de volatilité des dépenses de FIR entre 2019 et 2024 est l'écart-type du log-variation annuel. Pour chaque destination et chaque ARS, le logarithme du montant des dépenses en année *n* est divisé par le logarithme du montant des dépenses en année *n-1.* L'écart-type de ce ratio est ensuite calculé, afin de mesurer l'ampleur des variations interannuelles de dépenses de FIR au titre d'une destination pour une ARS.

La moyenne des écart-types de log-variation des ARS par destination permet d'identifier les destinations dans lesquelles les dépenses sont globalement volatiles.

Le z-score des écart-types de log-variation est calculé pour chaque ARS et permet d'identifier, au sein d'une destination, les ARS qui présentent des dynamiques sensiblement plus volatiles que le reste des ARS. Le z-score indique de combien d'écarts-types une valeur donnée est au-dessus ou en dessous de la moyenne.

Le z-score du taux de croissance annuel moyen (TCAM) d'une ARS permet d'identifier, pour une destination, les ARS qui ont connu une variation des dépenses entre 2019 et 2024 sensiblement plus forte ou moins forte que les autres ARS.

Source : IGF pôle science des données

1.2.1. 57 % des destinations dont le remplissage a été discontinu entre 2019 et 2025 portent sur des dispositifs pourtant obligatoires, illustrant l'insuffisance du suivi de leur déploiement et de leur *reporting*

La mission définit les destinations discontinues comme les destinations pour lesquelles moins de cinq ARS présentent un nombre d'années avec une dépense de FIR supérieur au nombre d'années sans dépense de FIR, entre 2019 et 2024.

Entre 2019 et 2024, les 30 destinations identifiées comme discontinues par la mission ont représenté un total de 266 M€. Elles sont réparties selon le niveau de liberté de l'ARS sur la dépense (cf. tableau 1 et annexe III) :

- 34 % des dépenses étaient totalement à la main des ARS ;
- 9 % des dépenses étaient obligatoires mais leur dimensionnement de la mesure relevait de la décision du directeur général (DG) d'ARS ;
- 57 % des dépenses étaient dirigées sur des dispositifs obligatoires.

Un tel niveau de dépenses discontinues pour une majorité d'ARS sur des dispositifs obligatoires illustre un manque de suivi concernant le *reporting* permis par les indicateurs du FIR, une instabilité de la nomenclature qui brouille la lisibilité des dispositifs et une incapacité de la nomenclature à incarner ou identifier les politiques publiques portées par une destination. **De plus, le pilotage national du FIR n'a manifestement pas suivi le déploiement de ces mesures totalement dirigées, sur des dispositifs obligatoires.**

Tableau 1 : Destinations dont le montant annuel alloué est identifié comme discontinu par la mission sur la période 2019-2024

Destination	Montant total de FIR 2019-2024 (en M€)	Liberté sur la dépense
MI4-5-3 : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (gpmc) actions d'accompagnement	87,8	C
MI1-2-5 : infections associées aux soins et événements indésirables associés aux soins	54,5	A
MI1-2-7 : vaccination scolaire hpv	23,6	C
MI2-3-10 : indemnités substitution sis	16,0	C
MI2-4-17 : généralisation du forfait hébergement temporaire en sortie d'hôpital	15,0	C
MI2-3-13 : postes d'assistants spécialistes - plan cancer	10,5	A
MI1-2-24 : projets pilotes accompagnement des patients	6,7	B
MI4-2-3 : accords de bonnes pratiques hospitalières	6,6	A
MI2-3-17 : pnsp : retour d'expérience dont pec (conciliation médicamenteuse)	5,7	B
MI4-6-6 : actions de reconversion professionnelle	5,3	C
MI2-3-24 : expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (irct)	4,8	B
MI1-3-5 : tuberculose: financement des autres activités	4,6	A
MI4-2-9 : promotion des biosimilaires	3,7	B
MI3-4-8 : praticiens territoriaux médicaux de remplacement (ptmr)	3,4	A
MI4-6-3 : cellule d'accompagnement social (clasmo)	3,0	C
MI2-4-15 : si suivi des décisions d'orientation des cdaph en esms	3,0	A
MI1-2-38 : actions de promotion de la contraception	1,9	A
MI2-3-20 : pnsp : revue de morbi-mortalité pluriprofessionnelles ville-hôpital et réduction des événements indésirables graves	1,8	B
MI2-1-4 : coordination des parcours de soins en cancérologie - volet libéraux	1,7	A
MI1-2-25 : expérimentation jeune en souffrance psychique	1,6	A
MI2-3-22 : prise en charge des infections ostéo-articulaires (dont rcp)	1,4	A
MI2-3-25 : expérimentations relatives aux hébergements pour patients	0,9	B
MI2-1-3 : télémédecine - expérimentations article 36 lfss 2014-forfaits structures (protégé)	0,7	C

Destination	Montant total de FIR 2019-2024 (en M€)	Liberté sur la dépense
MI2-8-99 : autres	0,6	A
MI4-6-5 : remboursement de différentiel de rémunération	0,5	C
MI3-7-2 : sas - conventions de mandats	0,4	B
MI4-5-1 : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (gpmc) achats logiciel	0,2	B
MI2-1-9 : expérimentation douleur chronique	0,2	A
MI3-98-1 : autres mission 3 enveloppe médico-social	0,2	A
MI3-8-1 : elargissement du cadre de la biologie délocalisée	0,1	A
Total	**266**	
Dont, dépenses totalement à la main des ARS	*90*	*34 %*
Dont, dépenses obligatoires dont le dimensionnement est la main des ARS	*24*	*9 %*
Dont, dépenses totalement dirigées	*152*	*57 %*

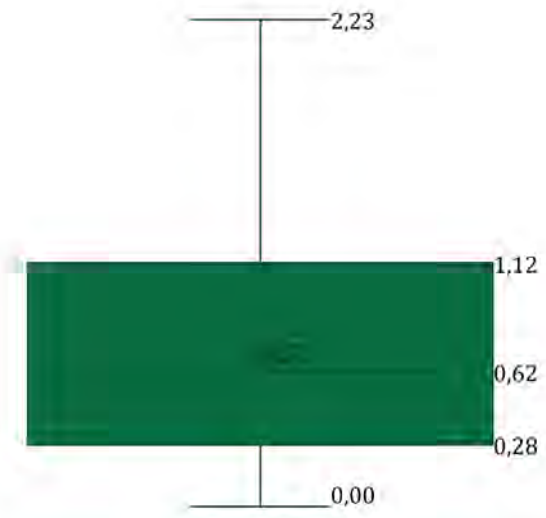
Source : Mission, d'après la base de données HAPI. Note de lecture : « A » : dépenses totalement à la main des ARS ; « B » : dépenses obligatoires dont le dimensionnement relève du DG d'ARS ; « C » : dépenses totalement dirigées.

1.2.2. Les ARS utilisent souvent leurs crédits de manière hétérogène à la maille de la destination, sans que ces écarts ne s'expliquent systématiquement

1.2.2.1. L'indice de volatilité indique de fortes variations interannuelles qui sont attendues pour certaines destinations les plus volatiles, notamment les dépenses « autres »

Entre 2019 et 2024, la volatilité, mesurée par l'écart-type du log-variation des dépenses de FIR par ARS et par destination (cf. encadré 1), était en moyenne de 0,721. **Cet écart illustre une forte volatilité des variations interannuelles des dépenses du FIR par destination entre les ARS (cf. graphique 2).** Le maximum est atteint par la destination regroupée au niveau de la sous-mission n° 1-4 (2,230). L'écart interquartile est de 0,832, ce qui est plus important que la moyenne et illustre une forte volatilité des destinations entre les ARS. *La liste complète des destinations classées par indicateur de volatilité est jointe au présent rapport (cf. pièce jointe n° 1).*

Graphique 2 : Dispersion des indices de volatilité moyens par destination



Source : Mission, d'après les calculs du PSD.

Les cinq destinations pour lesquelles l'indice de volatilité est le plus important sur la période 2019-2024 sont (cf. tableau 2) :

- la sous-mission qui rassemble les dispositifs COVID (1-4), créée en 2021 et dont les dispositifs se sont largement éteints entre 2022 et 2023 (montants divisés par 10 entre 2022 et 2024) ;
- deux destinations dites « autres » pour lesquelles aucune consigne de remplissage n'est formalisée au niveau national (1-99-1 et 4-6-1) ;
- la destination 2-1-14, parcours global post traitement aigu d'un cancer pour laquelle la volatilité semble anormale ;
- la destination 3-4-11 concernant le contrat de début d'exercice qui existe depuis 2021 mais dont le déploiement dépend largement de la démographie médicale et notamment, de la présence ou non de territoires où cette dernière est fragile[1].

Tableau 2 : Les cinq destinations pour lesquelles l'indice de volatilité est le plus élevé sur la période

Destination	Indice de volatilité	Montant cumulé 2019-2024
MI1-4 : Prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles (sous-mission)	2,230	908
MI1-99-1 : autres mission 1 hors médico-social	1,900	47
MI4-6-1 : autres dispositifs de ressources humaines	1,738	67
MI2-1-14 : parcours global post traitement aigu d'un cancer	1,697	13
MI3-4-11 : contrat de début d'exercice	1,644	7

Source : Mission, d'après les données HAPI. Calculs : PSD.

[1] La Cour des comptes, dans un rapport de 2025 sur les aides à l'installation des médecins libéraux, recommande de supprimer les contrats de début d'exercice qu'elle juge inefficaces.

1.2.2.2. Des ARS ont des dépenses par destination particulièrement volatiles par rapport à la moyenne des ARS pour la même destination

Il est possible d'identifier les ARS particulièrement atypiques au sein d'une destination grâce à l'indicateur de z-score. Le z-score de l'indicateur de volatilité est calculé par destination pour chaque ARS (cf. encadré 1*). Parmi l'ensemble des couples ARS-destination, la mission a retenu les destinations pour lesquelles au moins une ARS présente un z-score du log-variation situé dans le 1 % des valeurs absolues les plus élevées*[2]*.*

Ces destinations sont au nombre de 13, pour un montant cumulé sur la période 2019-2024 de 53,5 M€ et leur z-score sont tous supérieurs à 2,74 (cf. tableau 3). Par exemple, la destination 1-3-1 apparait comme atypique dans la mesure où le z-score du log-variation de l'ARS de Bretagne pour cette destination est dans le top 1 % des valeurs absolues les plus élevées (cf. graphique 3).

Les 13 destinations identifiées sont celles pour lesquelles les dépenses de certaines ARS sont particulièrement volatiles, relativement à la moyenne des ARS pour ces mêmes destinations.

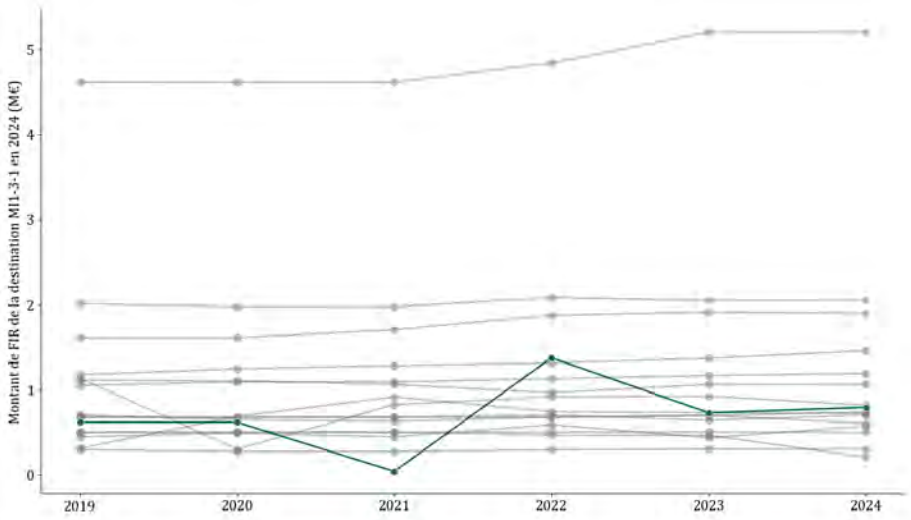
Tableau 3 : Top 1 % des z-score de l'indice de volatilité les plus élevés en valeur absolue

Libellé 2024 destination	ARS	Valeur absolue du z-score de l'indice de volatilité	Montant de FIR cumulé 2019-2024 en M€
MI1-3-1 : corevih	Bretagne	3,46	4,2
MI3-4-3 : exercices regroupés en maisons de santé pluri-professionnelles	Bourgogne-Franche-Comté	3,34	0,2
MI2-1-12 : communautés professionnelles territoriales de santé (cpts)	Centre-Val de Loire	3,24	0,5
MI1-2-23 : lutte contre les traumatismes et les violences	Centre-Val de Loire	3,23	0,6
MI1-1-5 : pôles régionaux de compétence (prc)	Normandie	3,12	0,5
MI4-1-1 : frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,12	8,7
MI2-3-12 : carences ambulancières	Centre-Val de Loire	3,10	13,2
MI1-2-1 : dépistage néonatal de la surdité	Bretagne	3,03	0,4
MI1-2-30 : actions de lutte contre les addictions (fonds de lutte contre les addictions)	Bourgogne-Franche-Comté	2,90	9,7
MI2-3-15 : unités consultations dédiées pour personnes en situation de handicap	Grand Est	2,88	0,4
MI1-1-7 : omedit	Nouvelle-Aquitaine	2,85	5,1
MI3-6-1 : ségur - accompagnement ouvertures temporaires de lits (à la demande)	Pays de la Loire	2,76	5,8
MI1-2-27 : centres régionaux de dépistage néonatal	Occitanie	2,74	4,3
Total	**N.A.**	**N.A.**	**53,5**

Source : Mission, d'après les données de la base HAPI et les calculs du pôle sciences des données de l'IGF. Note : le montant FIR de la dernière colonne correspond à l'exécuté par l'ARS de la deuxième colonne du tableau.

[2] Hors DROM et Corse.

Graphique 3 : Montants de FIR pour la destination 1-3-1 par ARS (grises) et pour la Bretagne (en vert)



Source : Mission et PSD. Note : l'ARS de Bretagne présente le z-score de l'indice de volatilité le plus élevé parmi tous les couples ARS-destination.

1.2.2.3. Des ARS présentent des dynamiques d'évolutions temporelles significativement différentes de celles des autres ARS pour la même destination

Le z-score de l'indicateur du taux de croissance annuel moyen (TCAM) est calculé par destination pour chaque ARS (cf. encadré 1). Parmi l'ensemble des couples ARS-destination, la mission a retenu les destinations pour lesquelles au moins une ARS présente un z-score du TCAM situé dans le 1 % des valeurs absolues les plus élevées[3].

Ces destinations, au nombre de 10, représentent un montant cumulé de 455,8 M€ sur la période 2019-2024 et leurs z-score en termes de TCAM sont tous supérieurs à 2,72 (cf. tableau 4). Les destinations identifiées par cet indicateur sont celles pour lesquelles un ARS présente un TCAM, significativement différent, en valeur absolue, de la moyenne des TCAM des autres ARS pour cette même destination. Par exemple, la destination 3-2-1 apparait comme atypique dans la mesure où le z-score du TCAM de l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur pour cette destination est le plus élevé, toutes destinations et ARS confondues. En effet, les dépenses de FIR de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur connaissent une hausse particulièrement marquée entre 2019 et 2024 dans cette destination, relativement aux autres ARS (cf. graphique 4).

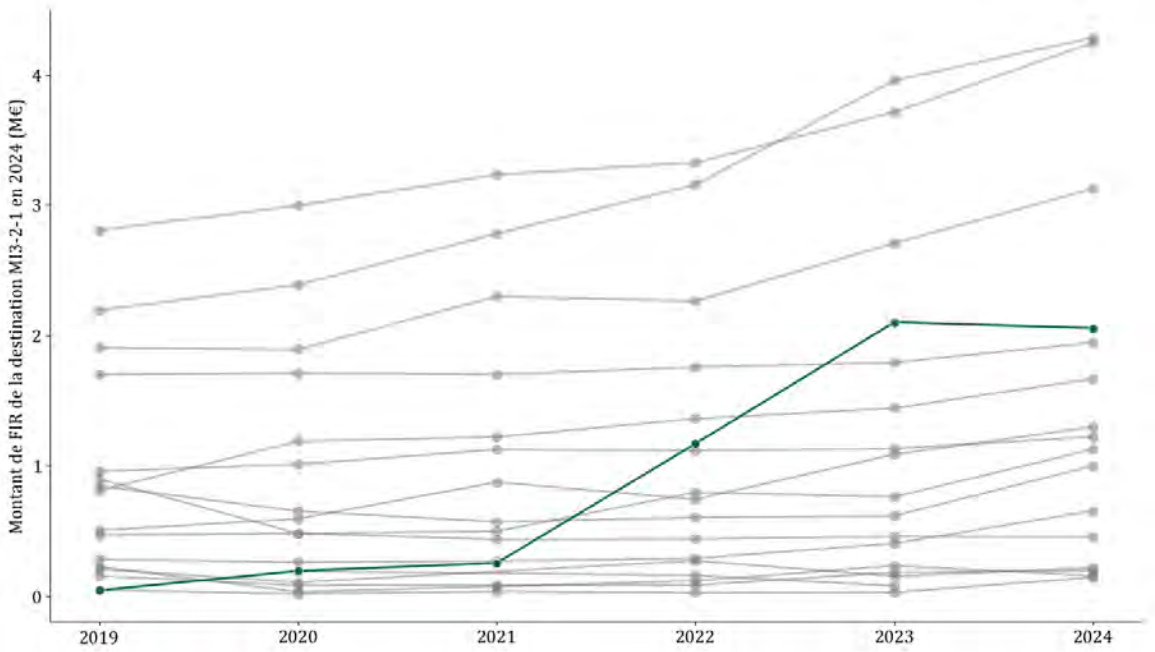
[3] Hors DROM et Corse.

Tableau 4 : Top 1 % des z-score de TCAM les plus élevés en valeur absolue

Libellé 2024 destination	ARS	TCAM (%)	z-score TCAM	Valeur absolue z-score TCAM	Montant de FIR cumulé 2019-2024 en M€
MI3-2-1 : permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde	Provence-Alpes-Côte d'Azur	113,11	3,58	3,58	5,8
MI1-2-22 : périnatalité et petite enfance	Bretagne	225,14	3,31	3,31	4,4
MI4-2-7 : amélioration de l'offre	Auvergne-Rhône-Alpes	-51,44	-3,02	3,02	2,9
MI4-2-5 : autres aides à la contractualisation	Auvergne-Rhône-Alpes	-63,84	-2,96	2,96	92,2
MI4-2-8 : aides à l'investissement hors plans nationaux	Grand Est	-29,96	-2,93	2,93	329,7
MI1-1-4 : évaluation, expertises, études et recherches	Centre-Val de Loire	81,99	2,89	2,89	3,8
MI1-2-27 : centres régionaux de dépistage néonatal	Occitanie	-27,30	-2,83	2,83	4,3
MI1-2-6 : dispositif de lutte anti-vectorielle	Île-de-France	315,61	2,82	2,82	2,2
MI2-1-1 : télémédecine	Occitanie	55,49	2,76	2,76	4,6
MI2-2-2 : dispositifs spécifiques régionaux - périnatalité	Auvergne-Rhône-Alpes	44,57	2,72	2,72	5,9
Total	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**	**455,8**

Source : Mission, d'après les données HAPI et les calculs du pôle sciences des données de l'IGF. Note : le montant FIR de la dernière colonne correspond à l'exécuté par l'ARS de la deuxième colonne du tableau.

Graphique 4 : Montant de FIR pour la destination 3-2-1 pour l'ensemble des ARS (courbes grises) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (courbe verte)



Source : Mission, d'après les données HAPI. Note : l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur présente le z-score de TCAM le plus élevé parmi tous les couples ARS-destination.

1.3. Des phénomènes d'abonnements au FIR sur trois ans bloquent près de 18 % des crédits de l'enveloppe en 2024

1.3.1. En 2024, près de 5 % de l'enveloppe était attribuée aux mêmes bénéficiaires au titre de la même destination et pour un montant quasiment stable depuis au moins six ans, et 18 % depuis au moins trois ans

Encadré 2 : Définition d'un bénéficiaire abonné

Un bénéficiaire *« abonné »*[4] est défini comme un bénéficiaire ayant touché chaque année entre 2019 et 2024 la même dotation pour au moins une même destination. Afin de prendre en compte les possibles modulations de dotation[5], un bénéficiaire est considéré abonné si le montant perçu est compris entre -7 % et 7 % de la valeur de la dotation de l'année précédente, 7 % étant le taux de croissance annuel moyen des dépenses du FIR. La mission a mené une série de tests de sensibilité afin de considérer différentes hypothèses pour la définition d'un abonnement selon l'évolution de la dotation (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Phénomènes d'abonnements au FIR sur une période de six ans (2019-2024)

Variation de la dotation annuelle	Part des abonnés parmi les bénéficiaires (% des bénéficiaires sur l'ensemble de la période)	Part des dépenses d'abonnements (% des dépenses totales en 2024)
À l'euro près	0,9 %	1,4 %
±5 %	1,7 %	3,3 %
±7 %	**2,3 %**	**4,6 %**
±10 %	3,4 %	8,6 %
±15 %	3,9 %	11,7 %

Source : Mission, d'après les données de la base HAPI.

Source : Mission.

Afin de caractériser la rigidité de l'enveloppe, la mission a cherché à identifier s'il existait des phénomènes de reconduction systématique des financements (ou « abonnement ») parmi les bénéficiaires qui contraignent une partie des dépenses lors de la reconduction annuelle du FIR.

Les phénomènes d'abonnements concernent 2,3 % des bénéficiaires du FIR sur une période de 6 ans (2019-2024), et les bénéficiaires abonnés percevaient 4,6 % de l'enveloppe en 2024 (cf. encadré 2). De fait, une part non négligeable du FIR est « bloquée » chaque année : environ 5 % de l'enveloppe est ainsi destinée aux mêmes bénéficiaires pour une même destination et un montant quasiment égal depuis au moins six ans.

Parmi ces abonnés, environ 40 % perçoivent chaque année la même dotation à l'euro près.

Par ailleurs, 9,6 % des bénéficiaires sont abonnés[6] sur trois exercices consécutifs (2022-2024). Cela correspond à 18,5 % des dépenses du FIR en 2024.

[4] L'utilisation de la notion d'*« abonnement »* a une vocation descriptive. Elle ne porte pas d'appréciation normative sur le phénomène et n'a pas pour objectif d'être utilisée en tant que terminologie officielle.

[5] En cas de non atteinte des objectifs fixés dans la convention, certaines ARS font soit de la reprise d'indus pour l'année en cours, soit de la modulation à la baisse de la dotation de l'année suivante (cf. annexe IV).

[6] En retenant un abonnement à ±7 % de variation annuelle de la dotation.

1.3.2. 66 % des abonnés identifiés exercent une activité hospitalière en 2024

Un quart des abonnés sur la période 2019-2024 sont bénéficiaires de la mission 2 du FIR (« Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale »). Précisément, la plupart des phénomènes d'abonnements[7] sont concentrés dans les destinations suivantes :

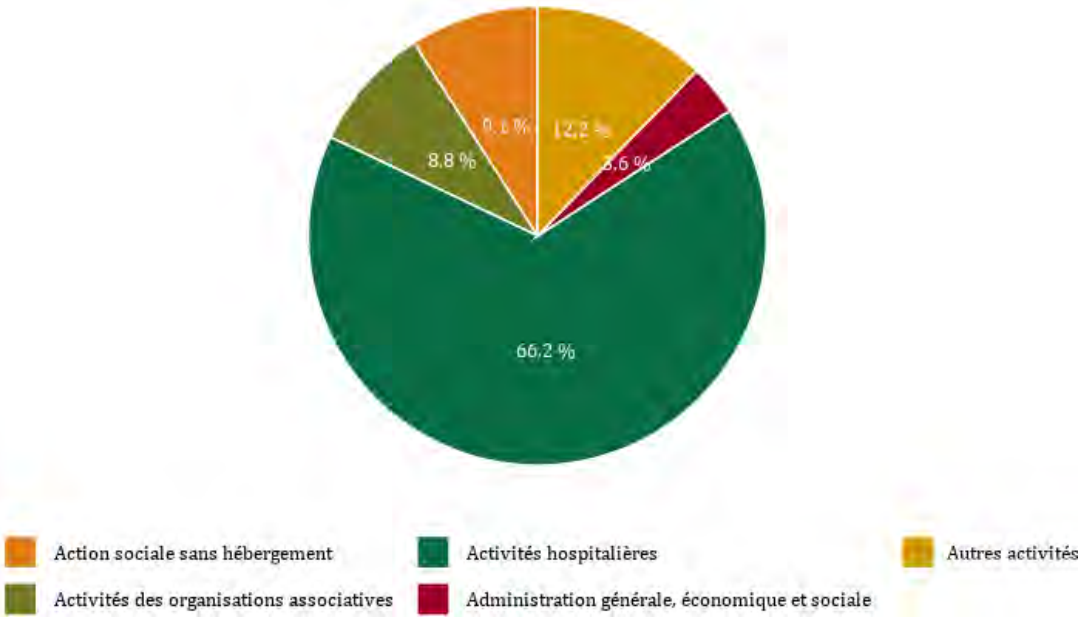
- « Pratique de soins en cancérologie » (MI2-3-5) avec 15,1 % des abonnés ;
- « Permanence des soins en établissements publics » (MI3-3-3) avec 7,6 % des abonnés ;
- « Promotion de la santé des populations en difficulté et lutte contre les inégalités de santé » (MI1-2-21) avec 7,2 % des abonnés ;
- « Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer » (MI2-3-7) avec 5,5 % des abonnés ;
- « Équipes mobiles de soins palliatifs » (MI2-3-2) avec 5,1 % des abonnés.

Les autres abonnés sont répartis en petit nombre dans un ensemble de destinations différentes. Les destinations concernées par les phénomènes d'abonnement (principalement au sein de la mission 2) portent sur des dispositifs pour lesquels les enjeux de pluri annualité ne paraissent pas immédiats : si le financement pluriannuel de certains dispositifs peut se justifier, il ne dispense pas d'une ré-interrogation périodique et d'un suivi renforcé par l'ARS. Ces phénomènes d'abonnement sont soit liés à des structures pérennes soit à l'absence de remise en cause de certains financements ce qui relève plus d'un défaut de pilotage par l'ARS que d'un besoin accru de stabilité.

De fait, 66 % des abonnés exercent une activité hospitalière selon leur code d'activité principale exercée issu de la base Sirene (cf. graphique 5). Une part significative des abonnés provient également des organisations associatives, des activités d'action sociale sans hébergement et des administrations publiques (collectivités, établissements publics, groupements d'intérêt public, etc.).

[7] Selon la définition retenue d'une variation annuelle de la dotation à ±7 % pour la période 2019-2024.

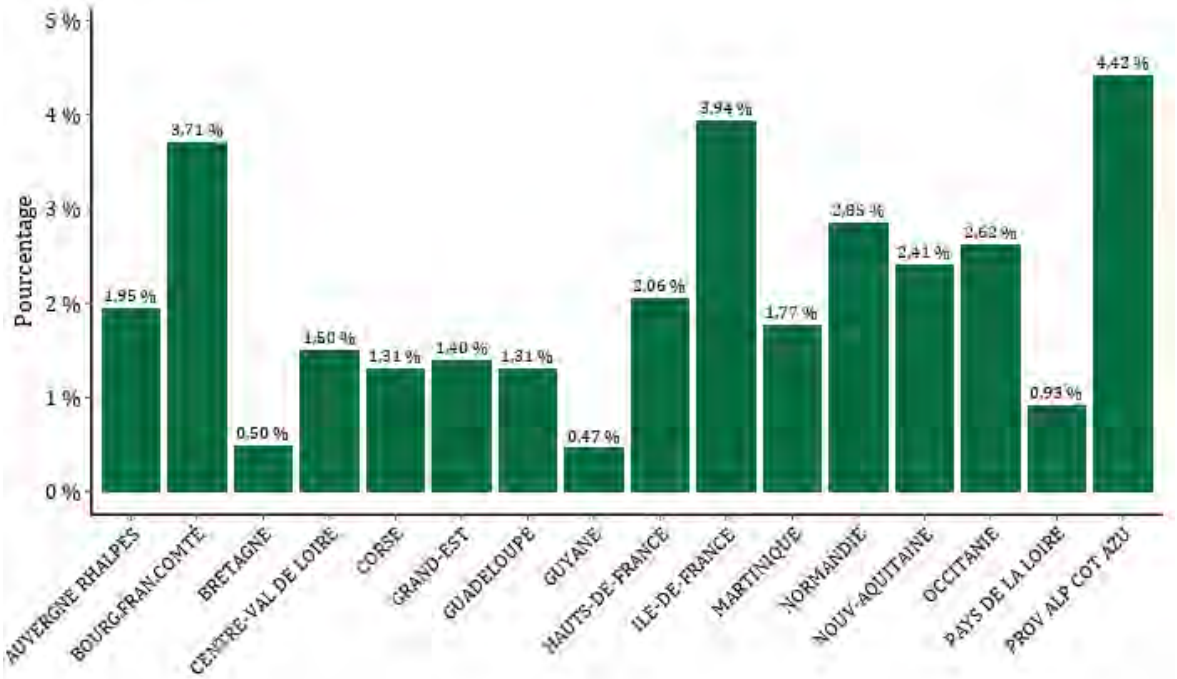
Graphique 5 : Répartition des abonnés selon leur nomenclature NAF (2024)



Source : Mission, d'après les données de la base HAPI et de la base Sirene. Légende : NAF : « Nomenclature d'activités française ».

Les phénomènes d'abonnements sont plus importants dans certaines régions, dont la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Île-de-France et la Bourgogne-Franche-Comté (cf. graphique 6). En ramenant le nombre d'abonnés au nombre de bénéficiaires par région, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte en effet 4,4 % des phénomènes d'abonnements. À l'inverse, certaines régions, dont la Bretagne ou les Pays de la Loire, semblent moins concernées, et la part de bénéficiaires abonnés y est marginale.

Graphique 6 : Part des phénomènes d'abonnement par région



Source : Mission, d'après les données de la base HAPI.

1.3.3. Les phénomènes d'abonnements sont légèrement supérieurs à la moyenne pour les actions de prévention financées par le FIR

Certains interlocuteurs de la mission ont mis en avant la récurrence des phénomènes d'abonnements parmi les bénéficiaires des actions de prévention de promotion de la santé, financées par la mission 1 du FIR « Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ».

En réalité, les « abonnés » depuis au moins six ans[8] représentaient en 2024 2,9 % des bénéficiaires de la mission 1 (cf. tableau 6), soit légèrement plus que la moyenne des abonnements pour le FIR (2,3 %).

La part des dépenses de la mission 1 contraintes par des abonnés est de 5,7 % en 2024, soit un point de pourcentage de plus que la moyenne du FIR (4,6 %). Les abonnés de la mission 1 bénéficient ainsi de montants de dotations plus élevés que la moyenne des abonnés.

Certaines destinations de la mission 1 semblent concentrer une part des phénomènes d'abonnements significativement plus élevée que la moyenne :

- « Prévention des autres maladies chroniques » (MI1-2-16) ;
- « Education thérapeutique du patient » (MI1-2-2), où le nombre d'abonnements est faible mais leurs montants de dotation sont particulièrement élevés ;
- « Vaccinations : mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées » (MI1-2-3) ;
- « Prévention d'autres maladies liées aux vieillissement » (MI1-2-8) ;
- « Consultations mémoire » (MI1-5-2).

L'éducation thérapeutique du patient, la vaccination et les consultations mémoires sont des financements pérennes de structures hospitalières spécialisées, ce qui explique en partie l'existence de tels phénomènes d'abonnements.

[8] Et selon la définition des phénomènes d'abonnements retenue par la mission et présentée *supra*.

Tableau 6 : Taux d'abonnements parmi les abonnés pour les destinations de la mission 1

Code de la destination	Destination	Taux d'abonnement	Part des dépenses bloquées par les abonnés
MI1-1-1	Pilotage de la santé publique	1,9 %	3,3 %
MI1-1-2	Soutien et partenariat	5,6 %	4,1 %
MI1-2-10	Cancers : financement des autres activités	2,4 %	1,1 %
MI1-2-12	Promotion de la santé mentale	2,6 %	1,7 %
MI1-2-14	Promotion de la nutrition santé	1,9 %	1,2 %
MI1-2-15	Lutte contre l'obésité	0,5 %	0,1 %
MI1-2-16	Prévention des autres maladies chroniques	8,1 %	5,1 %
MI1-2-17	Protection des eaux	1,1 %	3,2 %
MI1-2-18	Prévention des risques liés à l'environnement (milieux intérieurs)	2,0 %	1,3 %
MI1-2-19	Prévention des risques liés à l'environnement (environnement extérieur)	0,6 %	0,4 %
MI1-2-2	Education thérapeutique du patient	1,2 %	18,4 %
MI1-2-21	Promotion de la santé des populations en difficulté et lutte contre les inégalités de santé	4,6 %	3,7 %
MI1-2-22	Périnatalité et petite enfance	1,5 %	0,6 %
MI1-2-23	Lutte contre les traumatismes et les violences	0,8 %	0,2 %
MI1-2-28	Actions de prévention à destination des enfants et des jeunes	2,3 %	1,9 %
MI1-2-29	Actions de lutte contre les addictions	3,0 %	2,1 %
MI1-2-3	Vaccinations : mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées	6,4 %	4,9 %
MI1-2-4	Vaccinations : financement des autres activités	0,5 %	0,4 %
MI1-2-8	Prévention d'autres maladies liées aux vieillissement	9,4 %	13,3 %
MI1-3-3	SIDA, IST et hépatites	1,8 %	2,1 %
MI1-3-4	Tuberculose	2,8 %	2,2 %
MI1-3-7	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	2,0 %	5,6 %
MI1-5-2	Consultations mémoires	7,6 %	11,2 %
MI1-5-3	Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	1,1 %	1,4 %
MI1-99-1	Autres Mission 1	0,6 %	0,2 %
TOTAL		**2,9 %**	**5,7 %**

Source : Mission, d'après base de données HAPI. Note : Sont représentées dans ce tableau uniquement les destinations pour lesquelles le nombre total de bénéficiaires est supérieur à 100 (25 destinations sur les 30 de la mission 1).

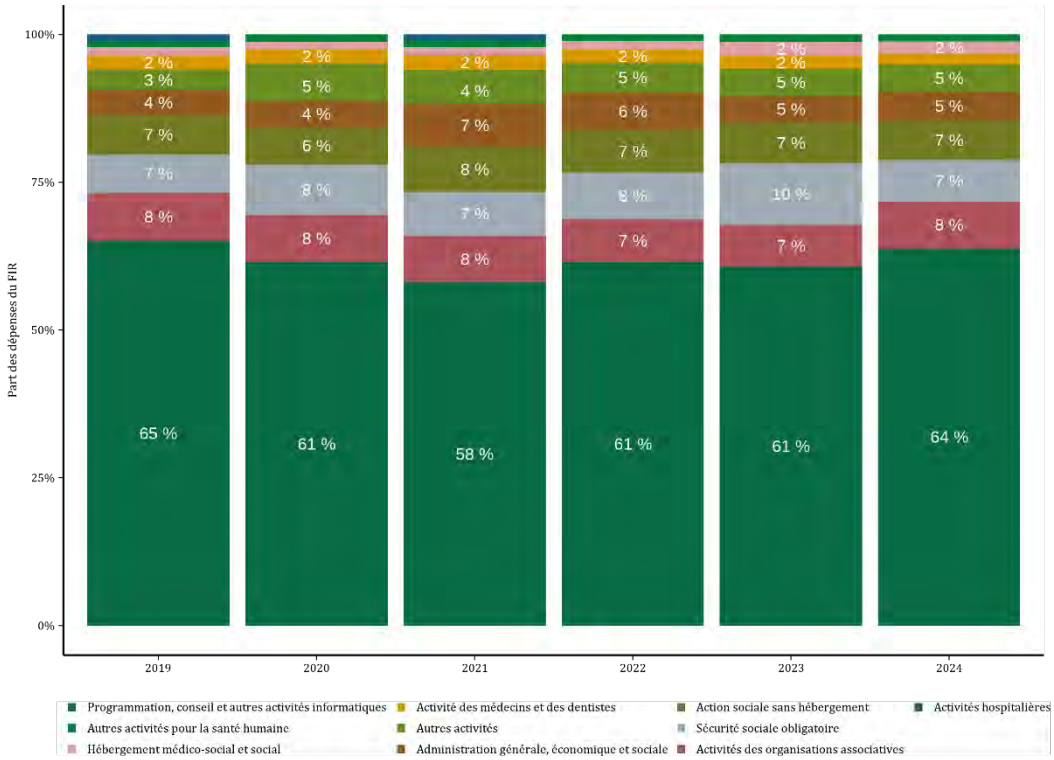
2. Les destinations du FIR se répartissent principalement entre, d'une part, des dispositifs strictement hospitaliers et, d'autre part, des actions portées par des bénéficiaires aux profils très variés

2.1. Les bénéficiaires du FIR sont pour l'essentiel de grandes structures (1 000 salariés ou plus) exerçant une activité hospitalière, et 5 à 7 % du FIR est versé à des collectivités territoriales

En 2024, près de deux tiers des dépenses du FIR allait à des établissements exerçant une activité hospitalière (cf. graphique 7). Cette proportion est relativement stable dans le temps. Le FIR finance par ailleurs, dans des proportions similaires entre elles (environ 7 à 8 % des dépenses), des activités d'organisations associatives, de sécurité sociale obligatoire (en l'occurrence les paiements des professionnels de santé au titre de la permanence des soins qui transitent par les caisses primaires d'assurance maladie), d'action sociale sans hébergement et « d'administration générale, économique et sociale » (qui correspondent aux financements alloués aux collectivités territoriales).

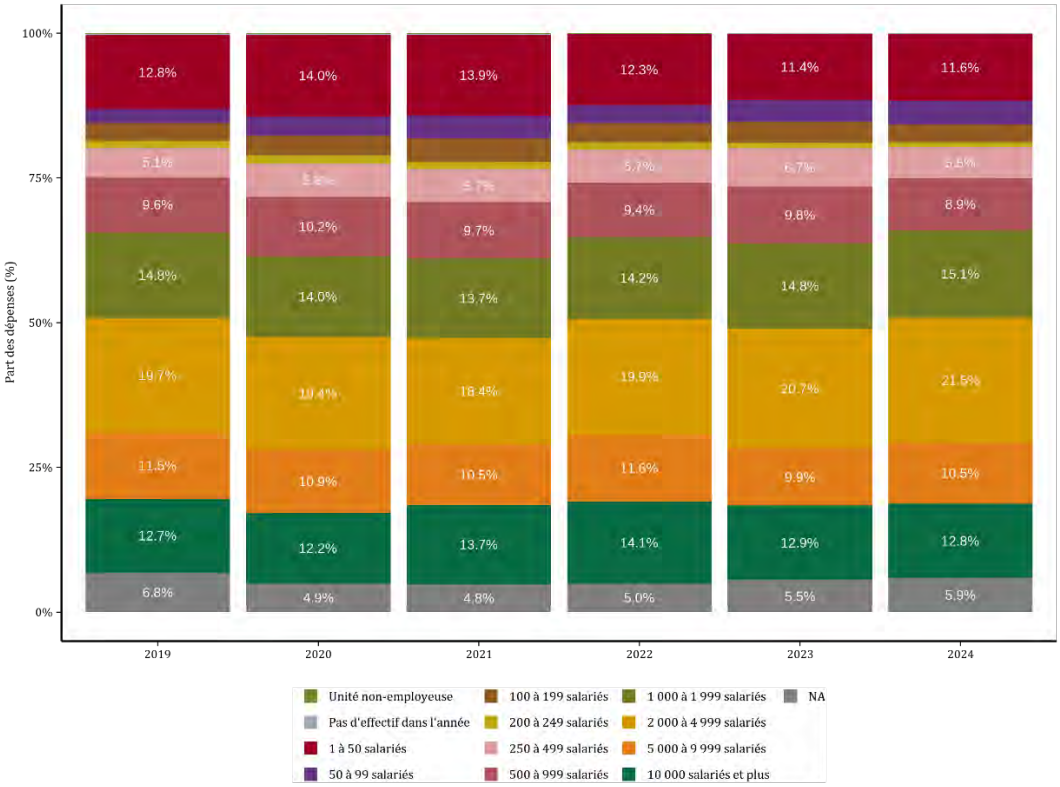
De plus, 60 % des dépenses du FIR vont à des structures de 1 000 employés ou plus, et plus de 10 % vont à des établissements de plus de 10 000 salariés (cf. graphique 8). Là encore, la répartition des dépenses du FIR selon la taille des bénéficiaires est stable dans le temps. La part des dépenses finançant des petites structures ayant des effectifs de moins de 50 salariés est légèrement supérieure à 10 %.

Graphique 7 : Répartition des dépenses du FIR selon l'activité NAF des bénéficiaires



Source : Mission, d'après données de la base HAPI et de la base Sirene. Note : Les autres activités rassemblent la nomenclature NAF « autres sections », les activités qui représentent moins de 1 % des dépenses et les valeurs manquantes.

Graphique 8 : Répartition des dépenses du FIR selon les effectifs de la structure bénéficiaire



Source : Mission, d'après données de la base HAPI et de la base Sirene. Légende : « N.A. » : non applicable.

2.2. Certaines destinations ne financent que des activités hospitalières au sens de la nomenclature NAF

Les types de bénéficiaires varient logiquement selon les destinations financées par le FIR. Afin d'interroger la pertinence des dépenses du fonds, la mission a cherché à identifier les caractéristiques des bénéficiaires – à commencer par leur activité NAF – à la maille de la destination.

En 2024, seize destinations du FIR ne financent qu'un seul type d'établissement, exerçant dans une large majorité des cas une activité hospitalière (cf. tableau 7). Douze de ces destinations ne financent que des bénéficiaires ayant pour nomenclature NAF une activité hospitalière. L'attribution de ces missions à un seul type d'établissement s'explique, pour plusieurs destinations, par la nature des actions financées qui correspondent à des activités spécifiquement hospitalières (ouverture temporaire de lits, assistants spécialistes – Plan cancer, indemnités de départs et reconversions), voire à des activités hospitalières de recours spécialisé (dépistage néonatal, nutrition parentérale à domicile). Toutes les destinations pour lesquelles le nombre de paiements est inférieur à cinq portent sur des dispositifs expérimentaux ou relèvent d'anomalies de remplissage (codes de nomenclature anciens à ne plus utiliser)

Le montant cumulé des dépenses de ces douze destinations n'allant qu'à des bénéficiaires exerçant une activité hospitalière est de 67 M€ en 2024.

Tableau 7 : Destinations du FIR ne finançant qu'un seul type d'établissement en 2024

Code de la destination	Destination	Activité NAF	Nombre de paiements	Montant cumulé de la dépense
MI2-3-10	Indemnités substitution SIS	Services de prérogative publique	62	8,3 M€
MI3-6-1	Ségur – accompagnement ouvertures temporaires de lits	Activités hospitalières	46	4,4 M€
MI1-2-27	Centres régionaux de dépistage néonatal	Activités hospitalières	26	13,8 M€
MI1-3-1	COREVIH	Activités hospitalières	25	18,8 M€
MI2-3-32	Nutrition Parentérale à domicile	Activités hospitalières	18	16,6 M€
MI2-3-22	Prise en charge des infections ostéoarticulaires	Activités hospitalières	8	262 300 €
MI1-2-31	Dépistage néonatal (MCAD)	Activités hospitalières	8	1,1 M€
MI2-3-13	Postes d'assistants spécialistes - Plan cancer	Activités hospitalières	6	1,9 M€
MI2-3-24	Expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisances rénale chronique terminale	Activités hospitalières	4	160 000 €
MI4-6-4	Indemnités de départ volontaire	Activités hospitalières	3	193 200 €
MI4-5-1	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	Activités hospitalières	3	116 800 €
MI4-6-6	Actions de reconversion professionnelle	Activités hospitalières	2	197 300 €
MI2-1-3	Télémédecine	Activités des organisations associatives	1	82 000€
MI2-1-9	Expérimentation douleur chronique	Activités hospitalières	1	40 000 €
MI3-4-8	Praticiens territoriaux médicaux de remplacement	N.D.	1	1,2 M€
MI3-7-2	SAS - Conventions de mandat	Activités des organisations associatives	1	1 200 €

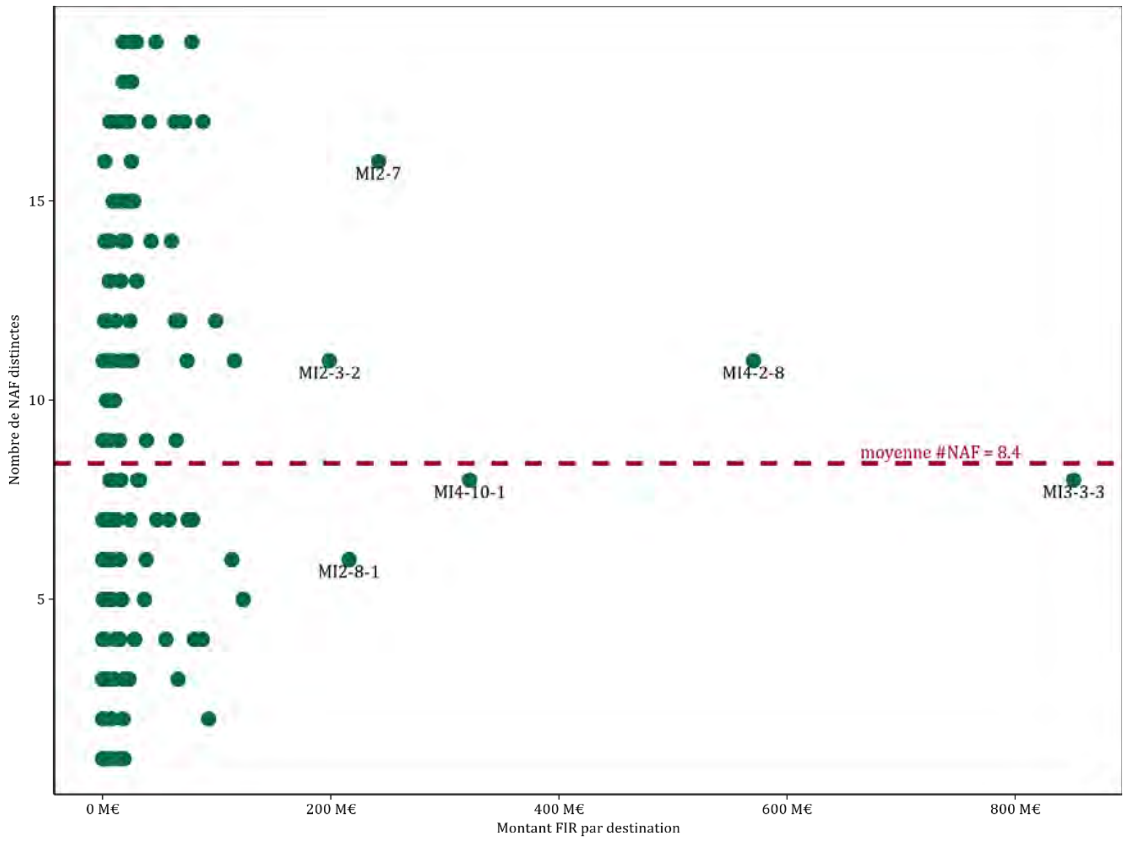
Source : Mission, d'après données de la base HAPI et la base Sirene. Note : « N.D. » : non documenté.

2.3. Les types de bénéficiaires par destination peuvent aussi varier fortement et certaines anomalies questionnent la pertinence de l'usage du FIR pour les financer

2.3.1. En 2024, une destination du FIR finançait en moyenne, des bénéficiaires qui avaient 8 activités NAF distinctes

En moyenne, en 2024, une destination du FIR finance 8,4 activités NAF[9] distinctes, avec toutefois une dispersion élevée (cf. graphique 9). Sept destinations financent 19 activités NAF différentes au total, alors que 16 destinations ne financent qu'un seul type de bénéficiaire, exerçant la plupart du temps une activité hospitalière (cf. section 2.2). Les destinations qui représentent un montant cumulé de dépenses conséquent (par exemple 570 M€ pour les aides à l'investissement hors plans nationaux, et 850 M€ pour la permanence des soins en établissements publics) financent entre 7 et 11 types de bénéficiaires distincts au sens de leur activité NAF.

Graphique 9 : Nombre d'activités NAF distinctes selon le montant des dépenses par destination (2024)



Source : Mission, d'après données de la base HAPI et la base Sirene.

[9] La NAF correspond au code d'activité unique d'une structure associé à son numéro SIREN.

2.3.2. L'hétérogénéité, entre ARS, des types de bénéficiaires par destination répond à des spécificités locales

Pour une même destination, les ARS peuvent financer des bénéficiaires très différents. Dans ce cas précis, la disparité des types de bénéficiaires financés peut être la conséquence des spécificités locales de l'intervention des ARS, ce qui expliquerait l'hétérogénéité entre ARS. Cette disparité est mesurée par l'indicateur de Jensen-Shannon (JS) (cf. encadré 3).

Encadré 3 : L'indicateur de divergence de Jensen-Shannon

L'indicateur de divergence de Jensen-Shannon (JS) est utilisé pour identifier les destinations pour lesquelles les dépenses de FIR par types de bénéficiaires sont hétérogènes entre les ARS en 2024. Pour chaque combinaison de destination et d'ARS, la répartition des montants de FIR entre les différents types de bénéficiaires est assimilée à une distribution de probabilité. Pour une destination, la divergence de JS est calculée pour chaque paire d'ARS, afin de comparer les répartitions des montants de FIR par type de bénéficiaire. Ensuite la divergence moyenne de JS est calculée pour chaque destination. Un score élevé signifie que, prises deux-à-deux, les répartitions des montants de FIR par type de bénéficiaire entre ARS dans cette destination sont en moyenne très différentes.

La divergence de Jensen-Shannon (Lin, 1991[10]) permet d'évaluer la dissimilarité entre deux distributions de probabilité. Dans le cadre de la présente analyse, les parts relatives de FIR alloué à chaque bénéficiaire par une ARS représente une distribution de probabilité, le total étant égal à 1.

Cet indicateur repose sur la divergence de Kullback-Leibler (KL), qui calcule la divergence entre une distribution P et une distribution Q et est définie comme suit :

$$D_{KL}(P||Q) = \sum_x P(x) \log \frac{P(x)}{Q(x)}$$

Par comparaison, la divergence de Jensen-Shannon présente l'avantage d'être symétrique, c'est-à-dire de ne pas dépendre de l'ordre de comparaison entre P et Q, et d'avoir une valeur toujours comprise entre 0 et 1 (0 signifiant que les deux distributions sont quasi identiques). Elle s'exprime comme suit :

$$JS(P||Q) = \frac{1}{2} D_{KL}(P||M) + \frac{1}{2} D_{KL}(Q||M), \text{où } M = \frac{P + Q}{2}$$

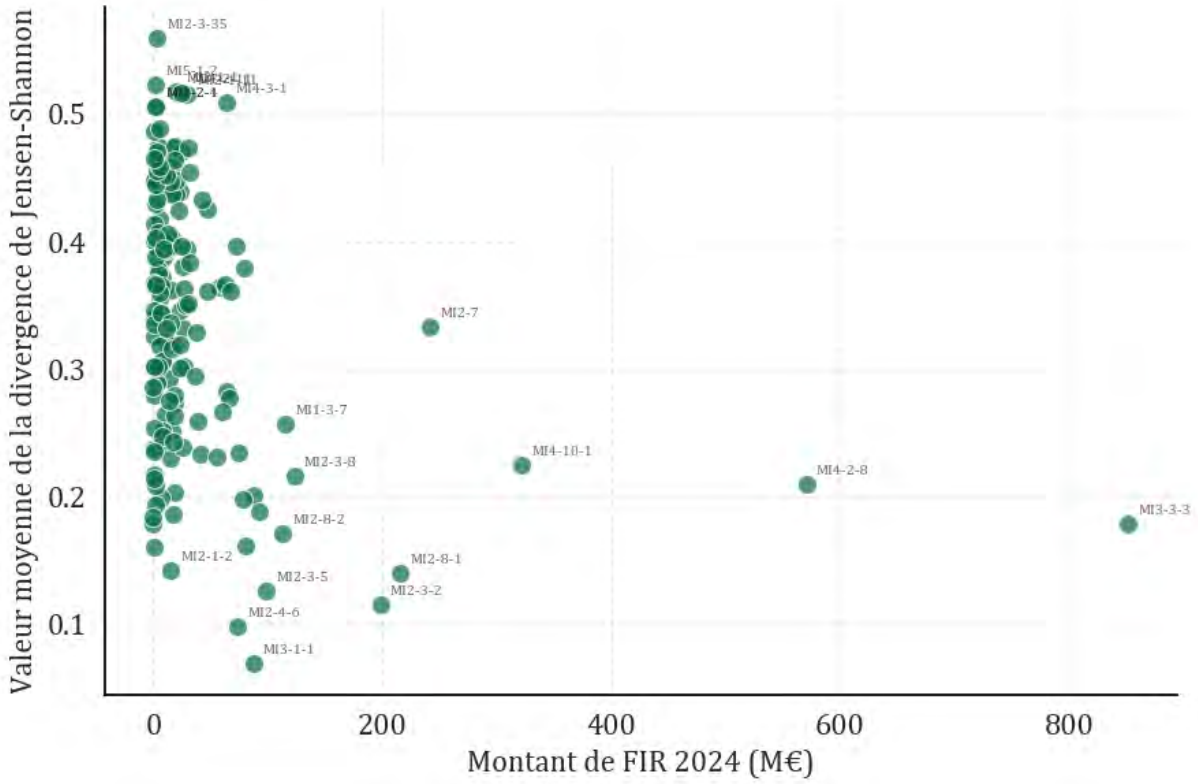
Cet indicateur est fréquemment utilisé en *machine learning* afin de comparer la distribution de valeurs observées avec la distribution des valeurs prédites.

Source : IGF pôle science des données.

La destination « Filières endométriose » (MI2-3-35) présente le score de divergence de JS le plus élevé, ce qui signifie que les répartitions de FIR en 2024 par type de bénéficiaire sont particulièrement hétérogènes entre ARS pour cette destination (cf. graphique 10). En effet, les filières de soins endométriose sont récentes et n(ont été déployées dans l'ensemble des régions qu'à partir de fin 2023. Les filières ont pour principale mission de constituer et de coordonner une offre de soins graduée pour améliorer la précocité du diagnostic, l'orientation des femmes ainsi que la pertinence et la qualité des prises en charge. De fait, un pilotage à la maille régionale est justifié par le besoin de mobiliser un nombre d'acteurs différents élevés et hétérogènes en fonction de l'offre disponible sur les territoires. Les ARS disposent d'une certaine souplesse dans la constitution des filières afin de répondre au mieux aux besoins de leurs territoires.

[10] Lin, J. (1991), « *Divergence measures based on the Shannon entropy* », IEEE Transactions on Information Theory.

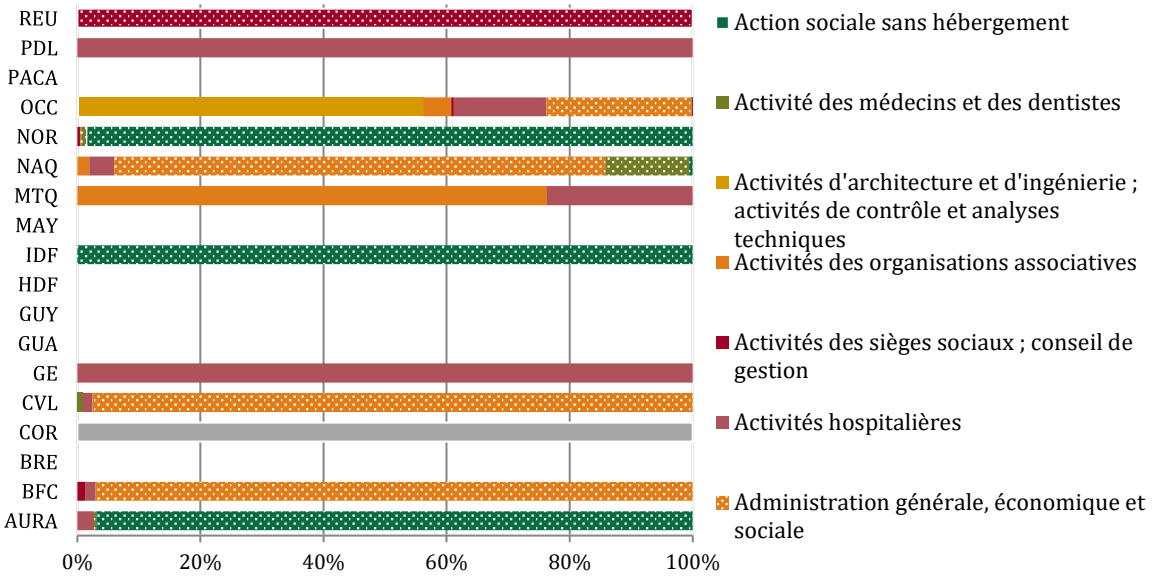
Graphique 10 : Valeur moyenne de la divergence de Jensen-Shannon entre ARS selon le montant de FIR en 2024, par destination



Source : Données de la base HAPI, calculs : IGF pôle science des données.

Les scores les plus élevés de divergence ne concernent pas les destinations qui regroupent les montants de FIR les plus importants. Parmi les destinations avec un score de divergence de JS supérieur à 0,5, la destination « MI4-3-1 Mutualisation des moyens et structures sanitaires de la région » présente le montant de FIR le plus élevé en 2024, soit 64 M€. Les bénéficiaires de cette destination varient significativement entre les ARS puisque les ARS Grands-Est et Pays de la Loire allouent l'intégralité des montants de FIR dépensés au titre de cette destination aux activités hospitalières (cf. graphique 11). En revanche, les activités hospitalières concernent des parts plus minoritaires de dépenses dans le cas des autres ARS, voire une part nulle dans le cas des ARS de La Réunion, la Normandie, l'Île-de-France et la Corse. Ces divergences s'expliquent par des stratégies territoriales de mutualisation différenciées (certaines ARS identifient des actions de mutualisation engagées par des établissements de santé, d'autres financent la majorité des actions des GRADeS sur cette ligne (cf. annexe VII)).

Graphique 11 : Exemple de répartition des montants de FIR par types de bénéficiaires, pour la destination « MI4-3-1 Mutualisation des moyens et structures sanitaires de la région »



Source : Données de la base HAPI, calculs : IGF pôle science des données. Note de lecture : Les ARS PACA, Mayotte, Hauts-de-France, Guyane, Guadeloupe et Bretagne n'ont reporté aucune dépense de FIR au titre de la destination « MI4-3-1 Mutualisation des moyens et structures sanitaires de la région » en 2024.

2.4. Entre 2019 et 2024, le FIR s'est ouvert à de nouveaux bénéficiaires dans le contexte de la crise sanitaire mais pour des montants qui restent limités

Chaque année, entre 2019 et 2024, les nouveaux bénéficiaires représentaient environ 2 % des dépenses du FIR[11]. Seule l'année 2021 fait exception : les nouveaux bénéficiaires ont représenté 190 M€ de dépenses, soit 4 % du montant total des dotations cette année-là.

La crise sanitaire du Covid-19 a suscité l'apparition d'une grande partie des nouveaux bénéficiaires du FIR entre 2019 et 2024. En isolant les nouveaux bénéficiaires du FIR chaque année entre 2019 et 2024, il apparaît qu'ils ont été principalement financés pour des dispositifs de prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles (cf. tableau 8). 23,1 % des nouveaux bénéficiaires se rapportent en effet à des paiements au nom de la destination MI1-4, qui est la destination majoritaire parmi les nouveaux bénéficiaires. Par ailleurs, en cumulé, 46 % de ces nouveaux bénéficiaires sont entrés dans le FIR en 2020 ou en 2021, contre une moyenne annuelle de 18 % entre 2022 et 2024.

[11] Mission, d'après données de la base HAPI.

Tableau 8 : Répartition des nouveaux bénéficiaires selon leur année d'entrée dans le FIR et la destination financée

Caractéristiques des entrées des nouveaux bénéficiaires du FIR	Part (en %) des nouveaux bénéficiaires
Année d'entrée dans le FIR	
2020	24 %
2021	22,1 %
2022	18,2 %
2023	17,4 %
2024	18,4 %
Destination correspondante	
Prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles (MI1-4)	23,1 %
Exercices regroupés en maisons de santé pluriprofessionnelles (MI3-4-3)	8,1 %
Autres missions 3 hors médico-social (MI3-99-1)	6,4 %
Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité (MI1-2-14)	3,0 %
Autres destinations (<3 %)	*59,4 %*

Source : Mission, d'après les données de la base HAPI. Note : pour les destinations correspondantes, les nouveaux bénéficiaires sont à considérer sur la période 2019-2024.

En comparaison avec l'ensemble des bénéficiaires du FIR sur la période, les nouveaux bénéficiaires ont des profils plus ouverts : les activités NAF sont diverses et les structures de petites et moyennes tailles. En effet, les activités majoritaires des nouveaux bénéficiaires selon la nomenclature NAF sont les suivantes (cf. graphique 12) :

- activités des médecins et des dentistes ;
- activités des organisations associatives ;
- action sociale sans hébergement ;
- autres activités pour la santé humaine ;
- autres sections.

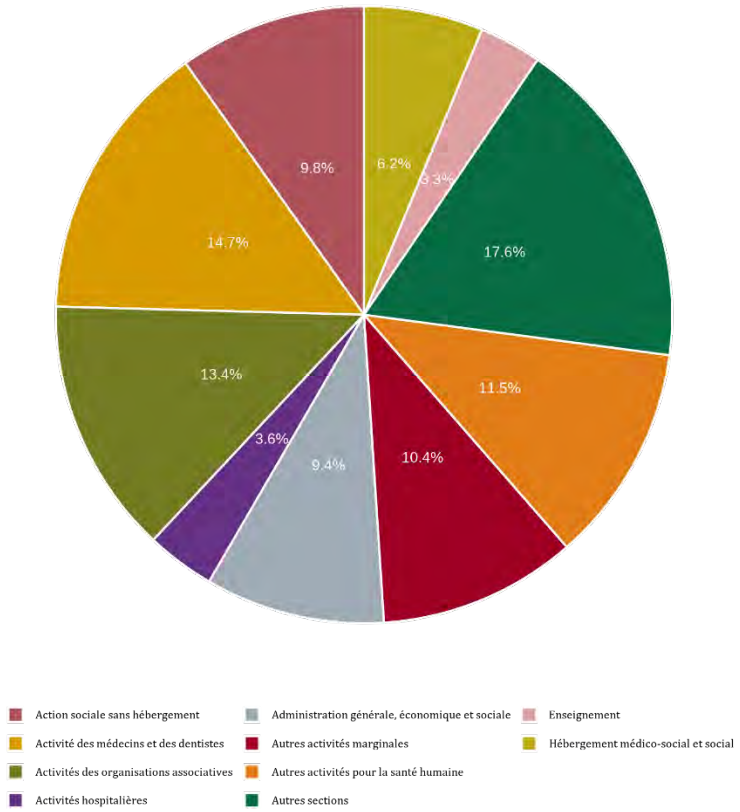
Les bénéficiaires du FIR sur l'ensemble de la période exercent en majorité des activités hospitalières selon la nomenclature NAF (cf. section 2.1). Or, seul 3,5 % des nouveaux bénéficiaires exercent des activités hospitalières, signe de l'ouverture du FIR à des bénéficiaires différents.

Alors même que les bénéficiaires du FIR sont pour l'essentiel de grandes structures avec des effectifs de plus de 1 000 salariés (cf. section 2.1), les nouveaux bénéficiaires sont plutôt des structures de petites et moyennes tailles[12]. Environ 3 % seulement des nouveaux bénéficiaires ont 1 000 salariés ou plus.

Enfin, les nouveaux bénéficiaires sont répartis de façon assez homogène sur l'ensemble du territoire. Les grandes régions ont toutefois davantage de nouveaux bénéficiaires et les départements et régions d'outre-mer représentent une part minoritaire.

[12] Environ un tiers des données sur les effectifs des nouveaux bénéficiaires sont manquantes.

Graphique 12 : Répartition des nouveaux bénéficiaires selon leur activité NAF



Source : Mission. Note : Les autres sections correspondent à des nomenclatures NAF rassemblées par la mission. Les autres activités marginales représentent individuellement à moins de 3 % des nouveaux bénéficiaires.

3. Le FIR doit être recentré sur la coordination des parcours de soins, la prévention et la coopération entre les professionnels de santé et médicosociaux

3.1. Le périmètre du FIR doit être clarifié pour financer des actions sur lesquelles l'ARS dispose de marges d'action territoriales dont l'impact est évalué ou qui correspondent à des expérimentations

3.1.1. Dans l'ensemble, le transfert de missions d'intérêt général vers le FIR n'a pas eu d'effet significatif sur les montants accordés et leurs bénéficiaires

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a modifié le vecteur de financement de certaines missions d'intérêt général (MIG) des établissements de santé. Ainsi, plusieurs MIG, précédemment financées par des dotations hospitalières, ont intégré le FIR, avec l'objectif que leurs modalités de financement soient désormais régionalisées en étant à la main des ARS. Le transfert de certaines MIG vers le budget d'intervention des ARS était en outre destiné à simplifier le paysage du financement par dotations des établissements de santé. Les MIG transférées vers le FIR en 2022 étaient les suivantes :

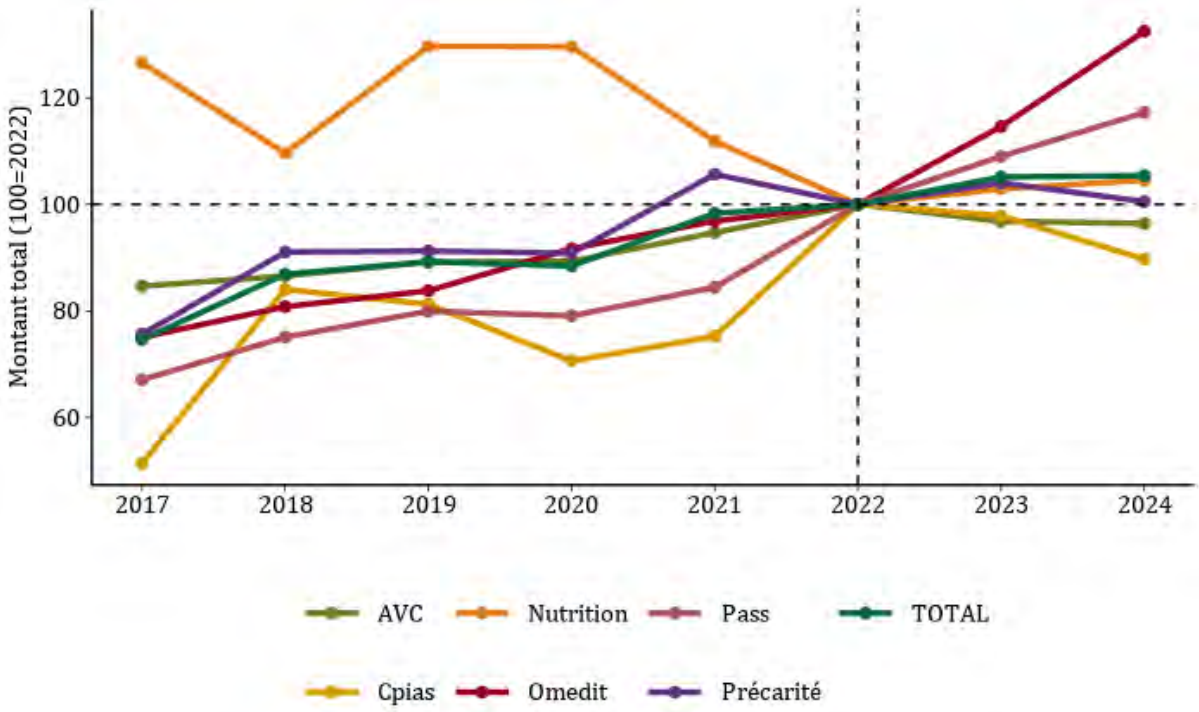
- centres d'appui pour la prévention des infections aux soins (Cpias) ;

- observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedit) ;
- consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC ;
- permanence d'accès aux soins de santé (Pass) ;
- précarité ;
- nutrition parentérale à domicile.

Ces MIG avaient en effet été identifiées comme pouvant faire l'objet d'une territorialisation immédiate.

À court terme, le transfert des MIG n'a pas eu de conséquence sur le montant des financements correspondants. En effet, le montant total des dépenses allouées aux MIG transférées vers le FIR est resté relativement stable entre 2021 et 2024 (cf. graphique 13). Il se situe autour de 350 M€ en moyenne sur la période.

Graphique 13 : Évolution des dépenses des MIG avec transfert vers le FIR en 2022 (base 100=2022)



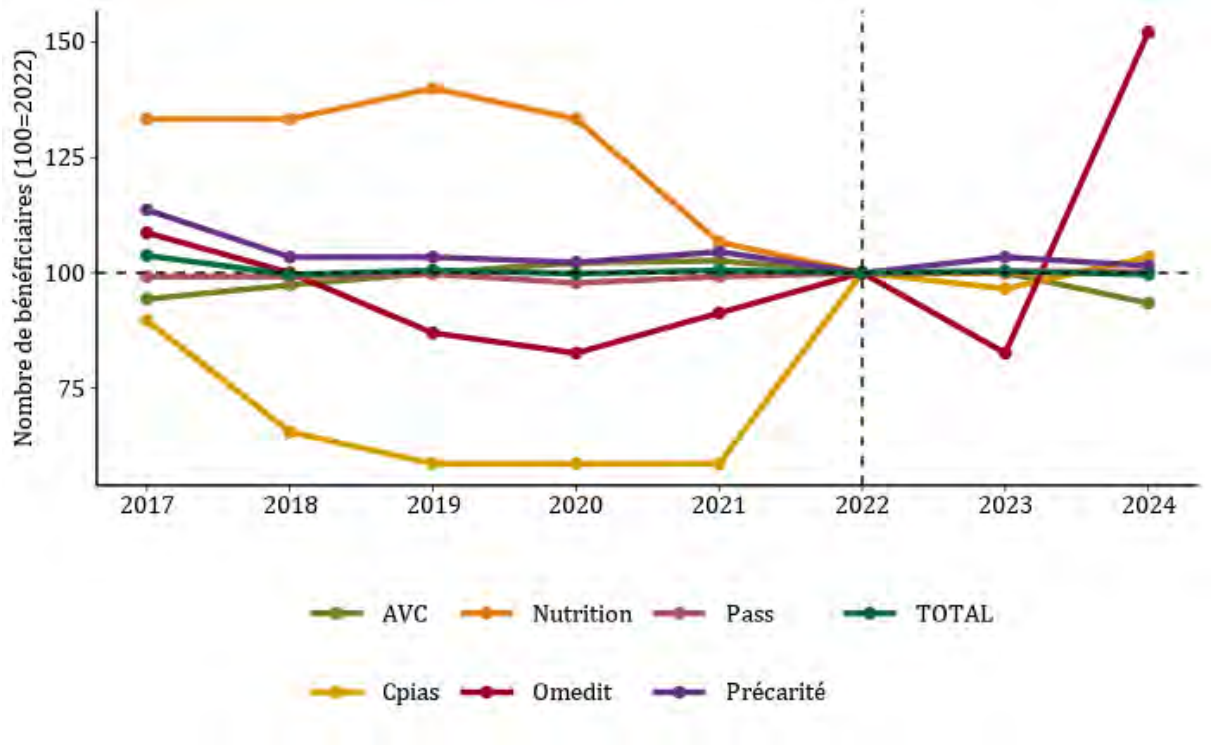
Source : Mission, d'après données de la base HAPI.

Seules les MIG Omedit, Pass et Cpias ont vu leurs montants augmenter assez sensiblement. Toutefois, ces augmentations ne semblent pas liées au nouveau vecteur de financement. En effet, l'augmentation des montants destinés à financer les Omedit s'explique par une anomalie propre à une unique région. De la même manière, l'augmentation des dépenses de la MIG Pass est portée par une région spécifique dont la dotation globale aux établissements de santé a doublé entre 2022 et 2024, bien que les bénéficiaires soient restés les mêmes. Enfin, les Cpias ont vu leurs dotations croitre en 2022 lors du changement de vecteur de financement de la MIG. Cette croissance s'explique par la hausse des dépenses dans deux régions.

En outre, la baisse des dépenses de la MIG « Nutrition » résulte d'une tendance antérieure au transfert vers le FIR. Celui-ci ne peut donc être identifié comme une cause potentielle de la chute de la dotation.

En moyenne, le nombre de bénéficiaires est également resté stable avec la territorialisation des MIG en 2022 (cf. graphique 14). Il se situe autour de 530 bénéficiaires annuels entre 2019 et 2024 pour l'ensemble des MIG concernées.

Graphique 14 : Évolution du nombre de bénéficiaires des MIG avec transfert vers le FIR en 2022 (base 100=2022)



Source : Mission, d'après données de la base HAPI.

Les Omedit et les Cpias font ici aussi figures d'exception. Entre 2023 et 2024, le nombre d'établissements bénéficiant de la MIG Omedit a augmenté significativement (+84 %). Cette croissance est due à un nombre important de nouveaux bénéficiaires dans deux régions spécifiques. Le montant moyen de la dotation pour ces nouveaux bénéficiaires est de 30 000 €.

Entre 2021 et 2022, année du transfert de la MIG vers le FIR, les établissements bénéficiaires de dotations Cpias ont crû fortement (+70 %). La hausse du nombre de bénéficiaires est avant tout provoquée par une unique région. Le montant moyen des dotations des nouveaux bénéficiaires dans cette région est de 230 000 €.

En somme, le changement du vecteur de financement de certaines missions d'intérêt général des établissements de santé n'a – dans l'ensemble et à court terme – pas eu d'impact significatif sur les montants de financement alloués et sur les types de bénéficiaires des MIG. Font exception les Omedit, les Cpias et la permanence d'accès aux soins de santé, mais la hausse des dépenses ou des bénéficiaires de ces MIG est à chaque fois le fait d'une ou deux régions et ne constitue jamais un mouvement massif de prise en charge de ces dispositifs par les ARS dans leur ensemble.

De fait, la régionalisation des MIG transférées en 2022 n'a pas conduit à des ajustements de montants ou de bénéficiaires, signe que les ARS ne se sont pas saisies des nouveaux dispositifs à leur discrétion. Il apparait que le transfert de certaines MIG vers le FIR n'a pas non plus participé à la simplification du financement des établissements de santé puisqu'il a en réalité contribué à réduire la cohérence et la lisibilité du budget d'intervention des ARS. La renationalisation (vers les missions spécifiques ou la dotation sur objectifs de santé publique) des MIG transférées vers le FIR en 2022 serait plus efficace pour atteindre l'objectif de simplification des dotations aux établissements de santé.

3.1.2. Les missions uniquement hospitalières considérées comme matures ou ne nécessitant pas de régulation territoriale ne justifient pas un financement via le FIR

Les principaux bénéficiaires du FIR sont les établissements de santé, qui sont aussi financés par ailleurs et de manière ultra-majoritaire par le 2ème sous-objectif de l'ONDAM (ONDAM-ES). Les financements perçus via le FIR le sont au titre de missions spécifiques, qui ne relèvent pas de la logique de la tarification à l'activité (T2A) et se rapprochent des actions financées via les MIG. La porosité entre les MIG et le FIR a entrainé des transferts récurrents de financement entre les deux vecteurs (documentés en annexe I) sans que les critères d'inclusion au FIR soient clairement définis au-delà d'une capacité de « territorialisation immédiate ».

L'analyse d'impact du transfert des sept MIG sur le FIR en 2022 montre qu'il n'a eu aucune conséquence sur le montant des financements, ni entrainé de modification des bénéficiaires ou de leurs dotations (cf. section 3.1.1). Les ARS ne se sont pas saisies de ces nouveaux dispositifs à leur discrétion.

Par extension, et après échanges avec les parties prenantes et bénéficiaires, la mission propose d'étendre cette approche à l'ensemble des dispositifs hospitaliers matures bien identifiés.

Le FIR apparait être le vecteur des financements hospitaliers adéquat lorsqu'il s'agit :

- d'un nouveau dispositif hospitalier, qui nécessite une démarche locale d'identification des acteurs pouvant porter le dispositif (par exemple les équipes mobiles de soins palliatifs). Ce dispositif devra ensuite quitter le FIR une fois son déploiement effectué ;
- des centres de prévention et de soins des populations aux besoins spécifiques, dont le dimensionnement et l'implantation nécessite une adaptabilité territoriale.

La mission a donc élaboré une méthodologie visant à identifier des dispositifs matures et qui ne rentrent pas dans les deux typologies précitées. Les destinations identifiées ont un financement qui relève principalement de la sphère hospitalière et, à ce titre, devraient être réintégrées dans un financement fondé sur des objectifs de santé publique. Cette identification s'appuie sur un double critère de sélection :

- la destination finance-t-elle principalement (à plus de 80 %) des établissements de santé au sens de la NAF ? (cf. section 2.2) :
  - Si non, la destination n'est pas identifiée comme hospitalière ;
  - Si oui, le dispositif financé est-il en cours de déploiement ou d'expérimentation ?
    - Si oui, la destination doit rester dans le FIR qui a vocation à accompagner le déploiement de dispositifs dans les territoires (par exemple les Cepias) ;
    - Si non, ce dispositif a effectivement vocation à repasser dans le champ des financements sur objectifs de santé publique au niveau national.

Ces critères ont permis à la mission d'identifier 18 destinations représentant un montant total de 813 M€, soit 14 % du FIR en 2024.

Attention, les chiffrages de la mission se fondent sur l'exécuté tel que décrit dans la nomenclature FIR, or certains dispositifs sont différemment renseignés selon les régions : la détermination des montants qui devront faire l'objet de mesures de périmètre nécessite des fiabilisations annexes, via éventuellement des enquêtes *ad hoc* en fonction des dispositifs.

Tableau 9 : Mesures de périmètres recommandées par la mission

	Nombre de destinations	Crédits exécutés en 2024 (M€)
Destinations à réintégrer dans des financements sur objectifs de santé publique	**18**	**813**
dont crédits totalement à la main des ars	*2*	*1%*
dont crédits pour des dispositifs obligatoires dont le déploiement est à la main des ars	*8*	*52%*
dont dispositifs obligatoires	*8*	*47%*

Source : Mission, d'après la base de données HAPI.

Concernant la permanence des soins, la mission propose de la garder au niveau régional pour conserver un pilotage régional pertinent et adapté aux spécificités du territoire. De plus, le financement par le FIR permet de conserver la flexibilité des financements et la responsabilisation de l'agence.

Tableau 10 : Destinations à réintégrer dans des financements sur objectifs de santé publique

Destination	Dépenses 2024 (CP en M€)
1.1.7. OMEDIT	10
1.2.1. Dépistage néonatal de la surdité	2
1.2.27. Centres régionaux de dépistage néonatal	14
1.2.31. Dépistage néonatal (déficit en MCAD)	1
1.2.32. Prise en charge du psychotraumatisme	8
1.5.2. Consultations mémoires	75
2.1.7. Centres spécialisés et intégrés de prise en charge de l'obésité sévère	8
2.3.4. Equipe de liaison en addictologie	81
2.3.5. Pratique de soins en cancérologie	99
2.3.8. Equipes mobiles de gériatrie	123
2.3.13. Postes d'assistants spécialistes - Plan cancer	2
2.3.15. Unités consultations dédiées pour personnes en situation de handicap	16
2.3.26. Unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG)	4
2.3.30. UAPED	18
2.3.31. Consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post accident vasculaire cérébral (AVC)	7
2.3.32. Nutrition Parentérale à domicile	17
2.8.1. Appui à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	216
2.8.2. Permanences d'accès aux soins (PASS) en établissements de santé	113
Total	**813**

Source : Mission, d'après la base de données HAPI.

3.2. Variables d'ajustement et de soutien nécessaires aux établissements, les aides en trésorerie et à l'investissement ne font l'objet d'aucune doctrine d'usage unifiée et leur pilotage est scindé entre l'échelle régionale et nationale

3.2.1. Versées principalement en fin d'année, les aides en trésorerie et à l'investissement, dépendent plus sur les marges de manœuvre dégagées par les ARS sur le FIR que sur une expression de besoins réelle

Les aides en trésorerie et aides à l'investissement sont majoritairement versées aux bénéficiaires en fin d'année (cf. graphique 15). En 2024, 58 % des aides en trésorerie et 29 % des aides à l'investissement ont été versées au mois de décembre, contre 17 % des crédits totaux du FIR[13].

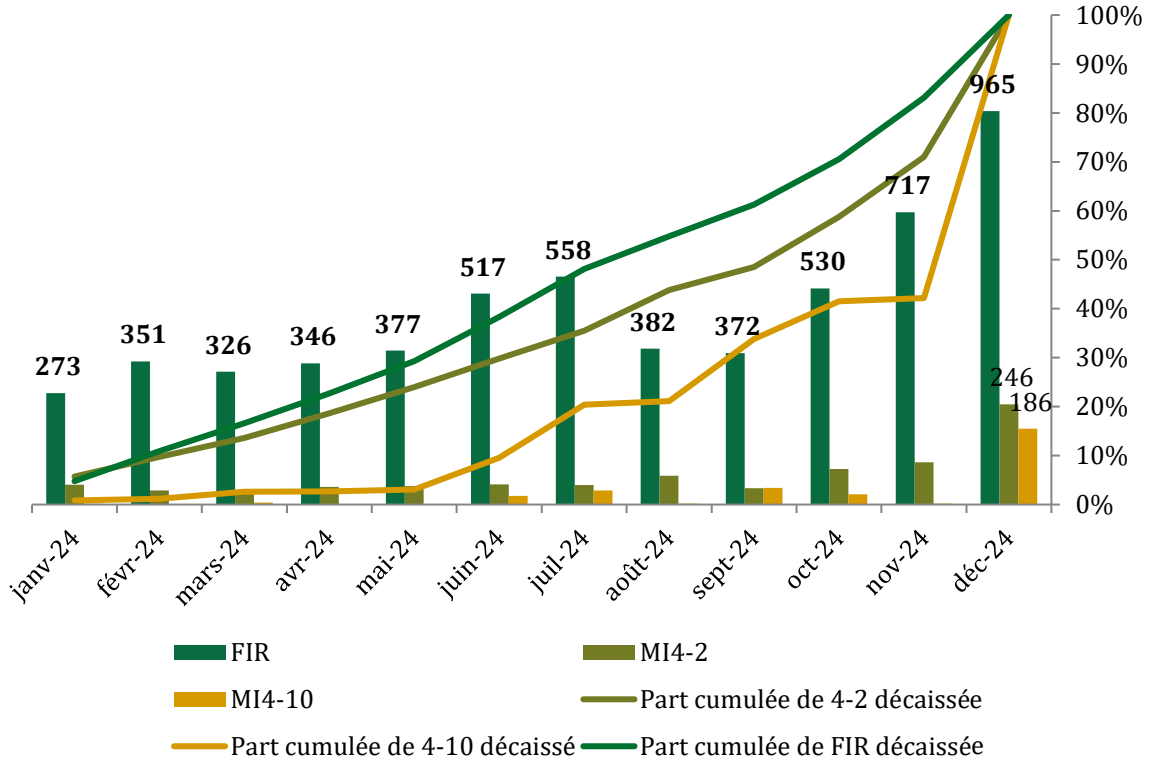
En 2024, les versements d'aides en trésorerie via le FIR ont atteint en décembre un niveau 2,3 fois supérieur à celui enregistré lors du deuxième mois le plus élevé de l'année. Concernant les aides à l'investissement, leur montant en décembre était 4,5 fois plus important qu'en septembre, mois classé en deuxième position pour ces versements.

Le calendrier de versement des aides en trésorerie et à l'investissement correspond aux pratiques des ARS (cf. annexe V). En effet, ces dernières collectent les demandes des établissements de santé tout au long de l'année et cherchent, en parallèle, à dégager des crédits sur leur FIR pour alimenter ces deux postes de dépenses. Pour cela, les ARS peuvent utiliser la fongibilité, la reprise d'indus ou le renoncement au financement d'actions non pertinentes ou non déployées par les opérateurs.

Le pilotage national du FIR a très peu de visibilité *ex-ante* et *ex-post* sur le versement des aides à la trésorerie et des aides à l'investissement versées par le FIR. Ni le SGMAS, ni les DAC métiers concernées ne colligent d'éléments consolidés relatifs à ces deux postes de dépenses sur le FIR. En outre, le rapport annuel remis au parlement ne traite pas spécifiquement de ces deux types d'aides. Les données extraites de la base HAPI, bien qu'utilisées comme source d'information, ne permettent ni de rendre compte fidèlement de l'exécution des crédits par les ARS (en raison des disparités observées dans les modalités de saisie de l'outil) ni d'appréhender les engagements futurs souscrits par ces dernières.

[13] La part réelle est inférieure dans la mesure où les crédits d'aides à l'investissement et en trésorerie sont comptées dans les crédits totaux versées en décembre.

Graphique 15 : Calendrier de versement des aides en trésorerie et aides à l'investissement sur le FIR en 2024 (en M€)



Source : Mission, d'après les données de la base HAPI. Note : MI 4-2 : Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements ; MI 4-10 : Aides en trésorerie.

3.2.2. En 2024, le FIR portait 322 M€ d'aides en trésorerie aux établissements de santé soit 37 % des aides versées par les crédits d'assurance maladie, part en augmentation constante depuis 2019 (+ 19 p.p.)

La mission a consolidé le montant total des aides en trésorerie versées par les différents canaux de financement de l'Etat et de la sécurité sociale aux établissements de santé. Les deux principales sources de financement des aides en trésorerie aux établissements de santé sont :

- les aides en trésorerie versées sur le sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatif aux établissements de santé sur initiative de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ou sur initiative des ARS ;
- les aides en trésorerie versées sur le FIR (dans la sous-mission 4-2 aux côté d'autres dispositifs, puis au sein de la destination n° 4-10-1 depuis 2021).

Ces aides s'inscrivent dans un cadre global de performance des établissements de santé (cf. encadré 4).

Encadré 4 : Les aides en trésorerie et le cadre global de performance des établissements de santé

L'instruction n° DGOS/FIP3/DSS/SD1A/2025/145 du 9 octobre 2025 relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé dresse les modalités de pilotage de la démarche de performance et de redressement que les directeurs généraux d'ARS doivent mettre en œuvre en parallèle du versement d'aides en trésorerie. Elle fixe en outre les orientations nationales de contractualisation des établissements de santé comme support d'atteinte des objectifs et de retour à l'équilibre financier. La circulaire prévoit :

- la mise en place d'un suivi gradué des établissements sur la base d'un diagnostic régional effectué par les ARS ;
- la contractualisation avec les établissements de santé présentant les difficultés les plus significatives et/ou les leviers d'action les plus matures ;
- le respect par les établissements des délais réglementaires de transmission de leurs états budgétaires.

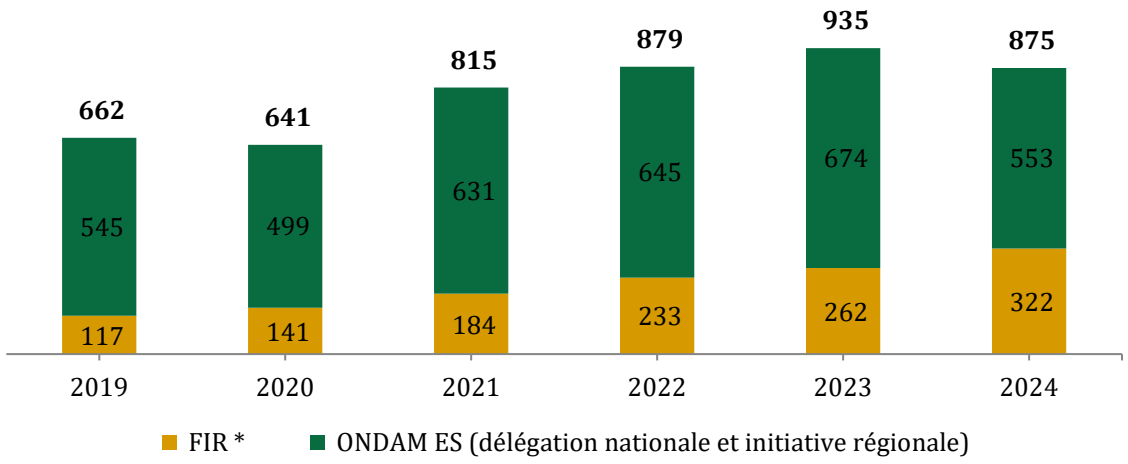
Source : instruction n° DGOS/FIP3/DSS/SD1A/2025/145 du 9 octobre 2025 relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé.

En 2024, 875 M€ d'aides en trésorerie ont été versées aux établissements de santé réparties entre le FIR (37 %) et les crédits délégués sur l'ONDAM établissements de santé (63 %).

Entre 2019 et 2024, le montant total des aides en trésorerie a connu une hausse de 32 %, passant de 662 M€ à 875 M€ sur la période (cf. graphique 16). Après quatre années de hausse continue (2020-2024), le montant des aides en trésorerie baisse de 60 M€ entre 2023 et 2024. En effet, la hausse globale du montant des aides en trésorerie peut se décomposer en trois phases :

- une baisse de 21 M€ entre 2019 et 2020 ;
- une hausse de 46 % entre 2020 et 2023 passant de 641 M€ à 935 M€ en 2023, montant maximal atteint par les aides en trésorerie sur le période ;
- une baisse de- 6 % (-60 M€) entre 2023 et 2024, imputable exclusivement à une baisse des crédits délégués au titre de l'ONDAM établissements de santé.

Graphique 16 : Aides en trésorerie aux établissements de santé (en M€)



Source : Mission, d'après les données transmises par la DGOS et extraites de la base de données HAPI. Note méthodologique (*) : avant 2021 le montant des aides en trésorerie versées sur le FIR a été reconstitué dans la destination 4-10-1 car les aides en trésorerie versées avant 2021 étaient imputées aux destinations 4-2-4 et 4-2-5. Pour cela, la mission a établi la part des aides en trésorerie (4-10-1) dans la somme des trois destinations citées (4-2-4, 4-2-5 et 4-10-1) pour les années 2021 à 2024. Sur cette base, le taux de croissance annuel moyen entre la part en 2021 (57 %) et 2024 (78 %) a été fixé comme taux de croissance annuel moyen en 2019 et 2024 ce qui a permis de déduire la part et le volume des aides en trésorerie dans la somme des destinations 4-2-4 et 4-2-5 pour 2020 puis 2019.

Le poids du FIR dans les aides en trésorerie versées aux établissements de santé est minoritaire (37 %) mais en constante augmentation (+19 p.p.) sur la période 2019-2024, passant de 18 % à 37 % du total. Entre 2019 et 2024, le montant des aides en trésorerie versées sur le FIR augmente de 176 %, alors qu'il n'augmente que de 1 % pour crédits délégués au titre de l'ONDAM établissements de santé.

De fait, près de 60 % des aides en trésorerie sont aujourd'hui pilotées et financées au niveau national, bien que la décision d'affectation de ces crédits relève de l'ARS. Cette part est en baisse, elle était de 82 % en 2019. Ainsi, les aides en trésorerie directement pilotées par les ARS sur leurs budgets annexes sont minoritaires dans l'ensemble des aides versées et doivent être mieux articulées avec des aides nationales. Que les aides soient versées sur le FIR ou par un vecteur national, le cadre de contractualisation comme support d'atteinte des objectifs présenté (cf. encadré 4) et les règles de retour à l'équilibre financier s'appliquent de la même manière.

Le portage massif de crédits d'aides à la trésorerie par le FIR appelle au renforcement du suivi national de l'efficience à l'hôpital[14] visant à maîtriser le montant total des aides à la trésorerie déléguées, tous vecteurs confondus, puis dans un second temps réduire en premier lieu les aides mobilisées sur le FIR. Pour renforcer ce pilotage, la mission recommande la mise en place et l'approfondissement de trois modalités d'action :

- l'inscription systématique du versement des aides à la trésorerie dans le cadre de l'instruction relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé (cf. encadré 4) ;
- l'harmonisation des pratiques de remplissage dans STARS FIR des aides à la trésorerie aux établissements allouées sur le FIR au niveau national ;
- la mise en visibilité des aides à la trésorerie versées sur le FIR dans le rapport annuel présenté au parlement, par la création d'une rubrique dédiée.

3.2.3. Le FIR porte des aides à l'investissement en complément ou hors des plans nationaux, qui engagent les ARS pour les exercices à venir

3.2.3.1. Le FIR porte 35 % du total des 2,4 Md€ d'aides à l'investissement versées aux établissements de santé en 2024 par le FMIS, l'ONDAM et le FIR

Les crédits d'investissements des établissements de santé sont financés par quatre vecteurs différents dont, un seul relève de l'échelon régional :

- le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)[15] qui finance notamment des plans d'investissement nationaux (Hôpital 2007 et 2012, article 50 du Ségur de la santé[16]) (cf. encadré 5) ;
- les aides à la contractualisation (AC) sur l'ONDAM[17] ;
- le FIR (échelon régional) ;
- le fonds d'intervention de l'agence du numérique en santé (ANS) que la mission n'a pas retenu dans ses analyses, en raison de la spécificité de ces investissements.

[14] Tel que décrit dans le rapport *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale*, 2025-030R, Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS), septembre 2025.

[15] Créé en 2021, fonds géré par la Caisse des dépôts et consignations

[16] Les aides à l'investissement prévues à l'article 50 du Ségur de la santé correspondent à un dispositif financier visant à soutenir la modernisation et la transformation de l'offre de soins, tant dans le secteur sanitaire que médico-social. Ces aides s'inscrivent dans le cadre du plan d'investissement lancé à la suite du Ségur de la santé, et sont destinées à financer des projets prioritaires d'investissement immobilier, numérique et d'équipement des établissements de santé et médico-sociaux. La répartition des crédits est déconcentrée et ces crédits sont issus du FMIS, tout en pouvant être cofinancés par le FIR ou des fonds européens.

[17] Les crédits délégués en AC au titre de l'investissement par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 le sont sur une période de 20 ans. Il y a eu également un petit volume d'engagement en AC pour les projets du comité interministériel de la performance et la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Depuis la fin du COPERMO (2020), les aides à l'investissement ne sont plus déléguées en AC. Ainsi, en 2024, il y avait encore des aides à l'investissement déléguées en AC, au titre des anciens plans pas encore arrivés à échéance, mais pas de nouveaux engagements.

Encadré 5 : Les plans hôpital 2007 et Hôpital 2012

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont marqué une volonté de modernisation et de restructuration du système hospitalier français. Lancés respectivement en 2003 et 2008, ils ont mobilisé près de 18,7 milliards d'euros (10,2[18]Md€ puis 8,5 Md€) sur dix ans pour rénover les infrastructures, équiper les établissements en technologies médicales de pointe, et rationaliser l'offre de soins.

Ces plans visaient à améliorer la qualité des soins, réduire les inégalités territoriales, et maîtriser les dépenses, notamment via la fermeture de lits excédentaires et la mutualisation des moyens. Ils ont aussi encouragé l'informatisation des hôpitaux et le développement de la télémédecine.

Le financement est assuré par l'État, l'Assurance Maladie et les collectivités locales.

Source : Mission.

Le montant des aides à l'investissement accordées, tous financeurs confondus[19], aux établissements de santé en 2023 et 2024 a été reconstitué par la mission sur la base des plans nationaux et de la nomenclature FIR pertinente. Sur le FIR, trois destinations financent directement l'investissement au sein de la sous-mission n° 4-2 : opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements.

En 2024, le montant total des aides à l'investissement versées aux établissements de santé été de 2,4 Md€, montant stable par rapport à l'année 2023 (cf. tableau 11). Le FIR porte 35 % des aides à l'investissement pour les établissements en 2024, soit un montant de 848 M€ (en hausse de 51 M€ entre 2023 et 2024).

En 2024, les aides à l'investissement portées par le FIR ont représenté un montant total de 663 M€ (cf. tableau 11), montant en baisse de 1 % depuis 2021 (702 M€). Entre 2021 et 2024, six ARS ont vu le montant de ces aides augmenter, alors que ce montant a baissé pour toutes les autres ARS. A titre d'exemple, le Grand Est a connu la baisse la plus importante (-28 M€ sur la période), alors que la hausse la plus importante est intervenue dans les Hauts-de-France (+48 M€).

Au global, la part de 16 des 18 ARS dans les aides à l'investissement totales est restée relativement stable entre 2021 et 2024 (moins de 2 p.p. d'écart en valeur absolue entre la part 2021 et la part 2024), sauf en Grand Est (-4 %) et dans les Hauts-de-France (+8 %).

[18] « *Lors de l'annonce du plan, leur montant avait déjà été relevé de 6 Md€ à 10,2 Md€. Au total, fin 2007, ces dépenses d'investissement s'élevaient à plus de 16 Md€ alors que l'aide de l'Etat, quant à elle, restait constante à 6 Md€. Enfin le bilan de ce plan s'avère difficile à établir, notamment du fait de l'absence d'indicateurs et du manque de fiabilité des outils de suivi mis en place.* » extrait du rapport de la Cour des comptes sur la relance des investissements immobiliers en 2012.

[19] Hors partenaires privés et collectivités locales.

La répartition des aides à l'investissement entre les ARS est stable sur période longue (cf. graphique 17). Cette stabilité est relativement cohérente dans la mesure où les aides à l'investissement reposent moins sur une expression de besoin des établissements que sur les marges disponibles et dégagées par les ARS sur le FIR (cf. tableau 11 et annexe V).

Les modalités de financement des aides à l'investissement présentent un caractère non exclusif, permettant leur articulation avec d'autres financements au sein d'un même projet. Cette approche offre une flexibilité dans la mobilisation des ressources, tout en visant à garantir une adéquation optimale entre les besoins des porteurs de projets et les instruments disponibles, à la main des administrations et de l'ARS via le FIR. Dans ce cadre, les ARS exercent une responsabilité d'arbitrage au cas par cas, afin d'identifier le ou les vecteurs de financement les plus pertinents, en fonction des critères d'éligibilité, des objectifs poursuivis et des contraintes budgétaires.

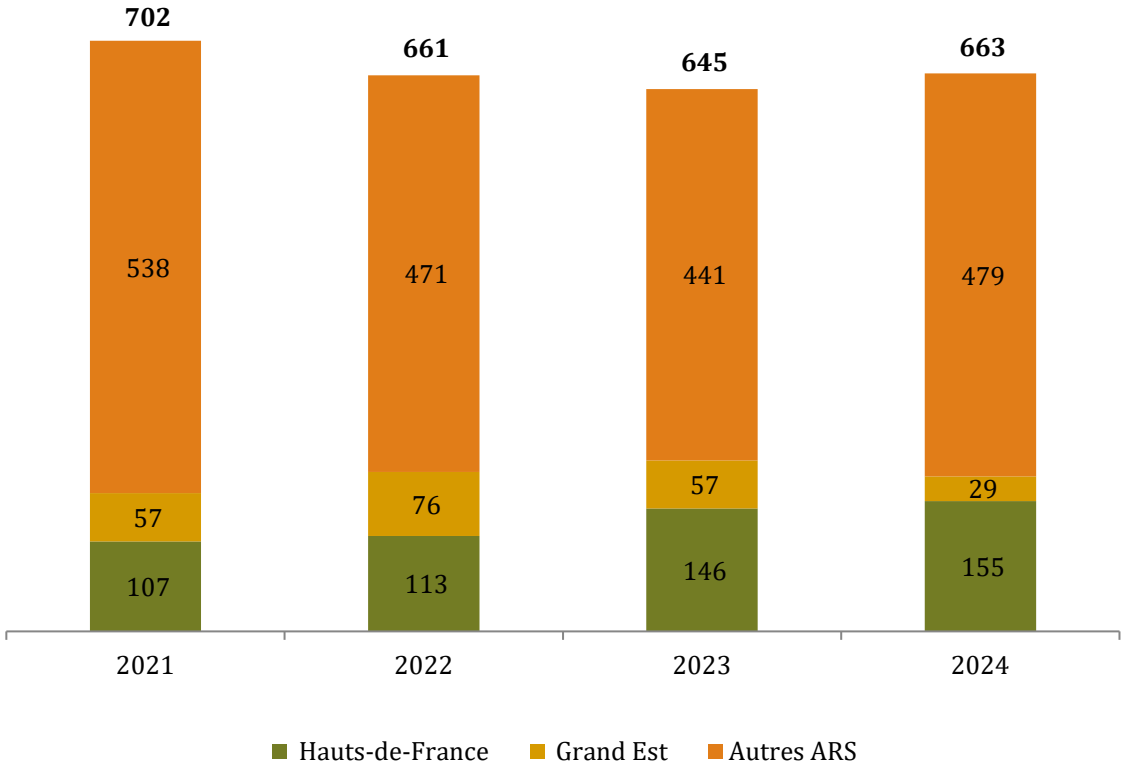
Tableau 11 : Aides à l'investissement accordées aux établissements de santé en 2023 et 2024 (en M€)

Vecteur de financement	2023	2024
Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)	1 038	999
FIR (sous-mission n° 4-2)	**797**	**848**
dont 4-2-4 : Actions de modernisation et de restructuration	*30*	*53*
dont 4-2-5 : Autres aides à la contractualisation	*53*	*60*
dont 4-2-8 : Aides à l'investissement hors plans nationaux	*562*	*571*
Dont autres destinations [20]de la sous mission n° 4-2	*152*	*165*
Aides à l'investissement sur l'ONDAM (H7/H12/PRISM/UHSA)	597	597
Total	**2 432**	**2 444**
Dont FIR (sous-mission n° 4-2)	***33 %***	***35 %***

Source : Mission, d'après les données de la base HAPI et de la Direction Générale de l'offre de soin (DGOS). Légende : « H7/H12 » : plans Hôpital 2007 et 2012 ; « PRISM » : programme régional d'investissement du plan de santé mentale » ; « UHSA » : unités hospitalières spécialement aménagées.

[20] 4-2-1 : Réorganisations hospitalières ; 4-2-3 : accords de bonnes pratiques hospitalières ; 4-2-6 : maintien de l'activité déficitaire ; 4-2-7 : amélioration de l'offre ; 4-2-8 : Aides à l'investissement hors plans nationaux ; 4-2-9 : Promotion des biosimilaires ; 4-2-10 : Intéressement CAQES ; 4-2-11 : Ségur numérique, appui au pilotage.

Graphique 17 : Montant total des aides à l'investissement versées sur le FIR entre 2019 et 2024



Source : Mission, d'après les données de la base HAPI. Légende : MI : « Mission ». Note : Les « autres ARS » sont celles dont la différence, en valeur absolue, entre la part de l'ARS dans le total des aides à l'investissement versées sur le FIR en 2021 et en 2024 est inférieure à 2 points de pourcentage. Destinations n° 4-2-4 : Actions de modernisation et de restructuration, 4-2-5 : Autres aides à la contractualisation et 4-2-8 : Aides à l'investissement, hors plans nationaux.

3.2.3.2. Les engagements pluriannuels pris par les ARS pour le futur imposent une contrainte de fait sur le FIR

La mission a tenté d'estimer le montant des engagements pris par les ARS sur le FIR à partir de 2026. **La liste présentée est un minorant des engagements pris par les ARS car :**

- les montants en question ne font pas systématiquement l'objet d'une identification ou d'une évaluation par les directions générales ou les équipes des ARS sollicitées, ce qui limite la visibilité globale des engagements financiers correspondants ;
- la part du FIR affectée au financement des engagements souscrits, au global, par les ARS dans divers cadres présente une hétérogénéité marquée, tant dans le temps — selon les exercices budgétaires — que dans l'espace — en fonction des spécificités des ARS et des besoins territoriaux identifiés ;
- l'évaluation de la contribution complémentaire du FIR, notamment dans le cadre de projets cofinancés avec les collectivités territoriales, s'avère complexe. Cette difficulté tient à la fois à la diversité des modalités d'engagement et à l'absence de méthodologie harmonisée pour en mesurer les contributions financières exactes.

À partir de 2026, les engagements d'aides à l'investissement pris par les ARS sur le FIR devraient, a minima, être de 1,4 Md€ d'ici 2030 (cf. tableau 12).

Les leviers de pilotage des investissements hospitaliers au niveau régional nécessitent d'être renforcés. Les outils de programmation ne jouent pas de rôle de régulation des investissements :

- les PRS se limitent à des orientations générales et les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) sont obsolètes ou inactifs ;
- de plus, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé n'évoquent pas systématiquement la soutenabilité financière des investissements, ni la coordination des initiatives au niveau d'un territoire.

Dans un contexte de forte dégradation des résultats budgétaires des établissements publics de santé entre 2019 et 2024, plusieurs rapports récents soulignent que de nombreux projets issus du plan Ségur *« apparaissent surdimensionnés ou reposent sur des hypothèses d'exploitation optimistes, devenues obsolètes en raison même de la dégradation financière des établissements »* (part estimée à 42 % des projets, d'après le recensement effectué par la DGOS fin 2024)[21].

Dans ce cadre, il serait utile de réinterroger l'ensemble des projets d'investissements engagés, à la lumière de l'analyse des besoins et des capacités financières des établissements concernés[22]. Cette recommandation est d'autant plus prioritaire que les projets qui n'ont pas encore fait l'objet d'une validation définitive (étape 3 du processus Ségur correspondant à l'approbation du programme technique détaillé) représentaient 45 % des projets en novembre 2024, mais devaient atteindre 87 % des projets de plus de 20 M€ fin 2025.

Tableau 12 : Aides à l'investissement engagées sur le FIR par les ARS à partir de 2026 et, jusqu'en 2030 (en M€)

ARS	Engagements pris sur le FIR à partir de 2026
Auvergne-Rhône-Alpes	N.D. (part variable des investissements)
Bourgogne-Franche-Comté	59
Bretagne	55
…dont FIR (hors Ségur)	*5*
…dont FIR, complément article 50 Ségur	*50*
Centre-Val de Loire	84
Corse	N.D.
Grand Est	107
Guadeloupe	5
Guyane	N.D.
Hauts-de-France	N.D.
Ile-de-France	416
…dont FIR. Ségur	*380*
…dont FIR investissements historiques	*36*
Martinique	N.D.
Mayotte	N.D.
Normandie	96
Nouvelle-Aquitaine	255
Occitanie	30
Pays de la Loire	N.A.
…dont t FIR	*19*
…dont Ségur, article 50	*Complément possible, non chiffré*
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264
La Réunion	N.D.
Total (minorant)	**1 390**

Source : Mission, d'après les données transmises par les ARS.

[21] *Propositions pour une stratégie de programmation des investissements hospitaliers*, 2024-046R, juin 2025 *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale*, 2025-030R, septembre 2025

[22] Recommandation prioritaire des deux rapports précités

Annexe VI

Les aides à l'investissement des établissements de santé doivent faire l'objet d'une revue systématique tant sur les crédits exécutés (tous vecteurs et toutes échelles confondus) que sur les engagements pris par les ARS pour le futur. Cette revue permettrait de stabiliser une nouvelle trajectoire nationale d'investissements hospitaliers, et de centraliser leur financement, à terme, au sein du FMIS. Ce changement de vecteur impliquerait un paiement sur facture nécessitant soit une évolution des pratiques de certaines ARS, soit un assouplissement des règles de gestion du FMIS.

ANNEXE VII

Analyse de la performance d'un échantillon de dispositifs financés par le FIR

SOMMAIRE

1. LE CADRE D'INTERVENTION DES STRUCTURES D'APPUI AU PILOTAGE DES ARS POURRAIT DAVANTAGE S'INTÉGRER DANS DES LIGNES DIRECTRICES NATIONALES 2

1.1. Le positionnement des associations Promotion Santé pourrait être clarifié, en appui du déploiement de programmes évalués, notamment pour le développement des compétences psychosociales des enfants 2

1.1.1. Les associations Promotion Santé jouent un rôle d'appui au pilotage et au déploiement des actions de prévention et promotion de la santé 2

1.1.2. Les financements consacrés aux associations Promotion Santé varient suivant les régions, et s'appuient sur plusieurs destinations associées à la prévention. 2

1.1.3. Les priorités définies dans les conventions pluriannuelles sont liées au projet régional de santé mais peu aux actions qui ont fait la preuve de leur efficacité, référencées par Santé publique France 4

1.2. L'efficience des GRADeS pourrait être renforcée, en capitalisant sur le déploiement de programmes régionaux vers une portée nationale 5

1.2.1. Les GRADeS jouent un double rôle de déploiement d'une stratégie numérique régionale, et d'appui au déploiement d'outils nationaux 5

1.2.2. Les GRADeS sont quasi-exclusivement financés par le FIR, suivant des lignes d'actions nombreuses et peu lisibles dans sa nomenclature 5

1.2.3. Une partie des moyens des GRADeS consacrés à des solutions numériques régionales pourraient être mutualisés 7

2. RÉCEMMENT STRUCTURÉES, LES ENTITÉS D'APPUI À LA COORDINATION DES SOINS DE VILLE DOIVENT ÊTRE OUTILLÉES D'UN SUIVI DES ACTIVITÉS ET DES RÉSULTATS 9

2.1. La création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) a été appuyée par le FIR en crédits d'amorce, leur positionnement sur des appels à projets thématiques doit être articulé avec les financements conventionnels ... 9

2.1.1. Le déploiement des CPTS est soutenu par les autorités publiques sur le territoire, en mobilisant des financements conventionnels et le FIR 9

2.1.2. Les dépenses spécifiquement retracées sur le soutien aux CPTS montrent un positionnement du FIR en complémentarité de l'ACI, avec une part non négligeable de financements à des structures d'appui régionales. 10

2.1.3. Le FIR mobilise par ailleurs des financements thématiques sur les CPTS, dont l'articulation avec les financements conventionnels mériterait un examen approfondi qui pourrait être confié aux délégations départementales des ARS 11

2.2. La construction d'outils de suivi de l'activité des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) doit appuyer les ARS pour adapter le financement de ces structures à la conduite de leurs missions 12

2.2.1. Créés par la fusion de plusieurs structures territoriales entre 2022 et 2023, les DAC ont vocation à apporter un point d'entrée unique pour l'appui aux parcours complexes 12

2.2.2. Les DAC sont financés par plusieurs destinations du FIR, qui correspondent à l'agrégation des entités historiques qu'ils regroupent. 13

2.2.3. Plusieurs ARS ont nourri le dialogue de gestion avec les DAC, compte tenu de niveaux de trésorerie importants ... *13*
2.2.4. Les données d'activité des DAC, en cours de structuration au niveau national, montrent une grande hétérogénéité par rapport aux moyens attribués ... *14*

3. CERTAINES STRUCTURES DE PRÉVENTION DANS LE CHAMP DU CANCER ET DE LA SANTÉ SEXUELLE NÉCESSITENT UNE RÉNOVATION DE LEUR CADRE D'INTERVENTION, ET UN APPUI NATIONAL RENFORCÉ AU DIALOGUE DE GESTION ... 15

3.1. Une réforme des CeGIDD vers un financement de l'assurance maladie adossé à leur file active, permettrait d'accompagner l'évolution de ces structures ... 15
3.1.1. La prise en charge intégrale de diagnostics et de soins est financée à titre dérogatoire par le FIR ... *15*
3.1.2. L'engagement du FIR sur cette mission progresse depuis 2022, plus particulièrement dans certaines régions ... *15*
3.1.3. L'appui national à l'animation du dialogue de gestion a été désinvesti depuis 2018, malgré une hétérogénéité persistante des moyens attribués aux CeGIDD ... *16*
3.1.4. Le maintien de ce modèle peut être réinterrogé au regard du nouveau modèle d'organisation et de financement des centres de santé sexuelle ... *18*

3.2. La réforme récente des CRCDC doit s'accompagner d'une remise à plat des priorités qui leur sont fixées, et des indicateurs associés ... 19
3.2.1. Des structures de coordination régionale sont repositionnées depuis 2024 sur leurs missions de mobilisation des populations éloignées du dépistage organisé, et de suivi des personnes dont le résultat de dépistage est positif. ... *19*
3.2.2. Le financement des CRCDC par le FIR progresse de façon marquée en 2024, en raison d'un effet de périmètre et d'une révision de leurs missions ... *20*
3.2.3. Les CRCDC sont en cours de repositionnement sur leurs nouvelles missions, ils présentent des données de performance hétérogènes ... *20*

<

La mission a approfondi plusieurs analyses thématiques, en tenant compte des atypies identifiées dans l'annexe VI, parmi les missions pour lesquelles l'ARS dispose d'une latitude d'adaptation au niveau régional (cf. annexe III). La mission a également cherché à représenter la diversité des actions financées par le FIR : structures d'appui au pilotage comme les groupements régionaux d'appui à la e-santé (GRADeS) et les associations Promotion Santé, financement de missions d'intérêt général en établissement de santé (PDSES), coordination des soins et appui à la structuration des soins de ville (CPTS et DAC), réseaux de structures de santé publique (CeGIDD et CRCDC).

Ces actions représentent 27 % des dépenses du FIR en 2024 (cf. tableau 1). Les analyses relatives à la PDSES n'ayant pu être réalisées, faute de capacité à exploiter les données issues de la réforme en cours des schémas régionaux de santé, la mission a concentré ses analyses sur les autres missions. En effet, les enquêtes réalisées sur l'organisation des lignes de PDSES en 2023[1] et par la DGOS en 2025 n'ont pas été renseignées suivant une méthodologie homogène. Elles ne permettent pas d'identifier si la réforme en cours de la PDSES, qui engage une revalorisation des indemnités versées aux médecins pour la participation aux gardes, s'accompagne d'une rationalisation de l'organisation des lignes de garde pour assurer leur soutenabilité[2].

Tableau 1 : Crédits de paiement consacrés aux dispositifs étudiés en 2024

Action	CP (en M€)
Permanence des soins en établissement de santé	851,2
Dispositifs d'appui à la coordination et dispositifs spécifiques régionaux	292
GRADeS	165
CeGIDD	117
Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers	79
Promotion Santé	35,8
Communautés professionnelles territoriales de santé	11,2
Total	1551,2

Source : HAPI, calculs mission.

[1] *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter*, IGAS 2023-009R, juin 2023

[2] Le rapport précité attirait l'attention sur le nombre de lignes de garde dont l'organisation reposait sur deux praticiens. L'enquête nationale sur la PDSES engagée en 2024 par le ministère de la santé estimait que 391 lignes de garde reposaient sur 4 praticiens ou moins, soit 17 % des lignes de garde recensées. 41 % des lignes de garde reposaient sur 10 praticiens ou plus.

1. Le cadre d'intervention des structures d'appui au pilotage des ARS pourrait davantage s'intégrer dans des lignes directrices nationales

1.1. Le positionnement des associations Promotion Santé pourrait être clarifié, en appui du déploiement de programmes évalués, notamment pour le développement des compétences psychosociales des enfants

1.1.1. Les associations Promotion Santé jouent un rôle d'appui au pilotage et au déploiement des actions de prévention et promotion de la santé

Les structures « Promotion Santé » sont des associations loi 1901, qui participent à une fédération « Promotion Santé » tout en conservant une autonomie régionale forte. Ces structures ont plusieurs fois changé de nom depuis leur création dans les années 1970[3]. Certaines d'entre elles maintiennent toutefois les appellations antérieures et un positionnement départemental.

Leurs missions sont présentées de la façon suivante par leur fédération nationale[4] :

- contribuer à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé en apportant une expertise et un appui méthodologique ;
- participer, en tant que de besoin, à l'animation de projets locaux ou à l'accompagnement de structures locales (collectivité territoriale, école, etc.) ;
- participer au développement de la recherche interventionnelle en promotion de la santé, et au transfert des connaissances issues de la recherche ;
- fédérer les acteurs de la promotion de la santé en région et animer ou coordonner les activités de promotion de la santé aux niveaux régionaux et territoriaux.

Les associations Promotion Santé peuvent donc en théorie être financées par un nombre important de partenaires territoriaux, et jouer un triple rôle d'animation territoriale des actions de prévention et promotion de la santé (PPS), d'accompagnement méthodologique d'actions de PPS, et de mise en œuvre de certaines actions de PPS.

1.1.2. Les financements consacrés aux associations Promotion Santé varient suivant les régions, et s'appuient sur plusieurs destinations associées à la prévention.

Une analyse consolidée des crédits consacrés aux associations Promotion Santé, en fonction de leur raison sociale, permet de retracer 35,8 M€ consacrés à leur financement par l'ensemble des ARS, soit 3,4 % des crédits consacrés à la mission 1[5] du FIR, relative aux actions de prévention. Cette part est plus marquée dans certaines régions, notamment en Corse, Bourgogne-Franche Comté et Guadeloupe (cf. tableau 2).

---

[3] D'accord comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé (Codes et Cres), puis instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de 2008 à 2024.

[4] *Projet fédératif 2020-2024 – Promouvoir la santé : le pouvoir d'agir*, Fédération Promotion Santé, octobre 2020

[5] Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie

Tableau 2: Crédits de paiement consacrés aux associations Promotion Santé en 2024

Région	CP (en M€)	Part dans les crédits de la mission 1
Auvergne-Rhône Alpes	6	5,6 %
Bourgogne-Franche Comté	3,1	7,7 %
Bretagne	1,4	2,9 %
Centre-Val de Loire	0,9	2,9 %
Corse	2,3	30,8 %
Grand Est	2,1	2,6 %
Guadeloupe	1,3	9,7 %
Guyane	1,1	3,1 %
Hauts-de-France	1,1	1,4 %
Ile-de-France	0,6	0,4 %
Martinique	0,5	3,2 %
Normandie	2	4,7 %
Nouvelle-Aquitaine	3,4	3,7 %
Occitanie	2,1	2,4 %
Pays de la Loire	2,5	4,9 %
Provence-Alpes Côte d'Azur	4,6	5,6 %
La Réunion	0,4	1,7 %
Total	35,4	3,4 %

Source : HAPI, calculs mission.

Ces actions sont retracées par plusieurs destinations du FIR ; trois destinations relatives à des actions de pilotage, de support méthodologique et d'appui aux partenariats représentent la majorité des crédits alloués (63,7 %). Néanmoins, plusieurs associations sont également financées par des actions thématiques variées dans le champ de la PPS (cf. tableau 3).

Tableau 3: Répartition par destination des dépenses consacrées aux Promotion Santé en 2024

Destination FIR	CP (en M€)	Part dans le total
1-1-1 :Pilotage de la santé publique	10	27,9 %
1-1-2 :Soutien et partenariat	8	22,3 %
1-1-5 : Pôles régionaux de compétence	4,8	13,5 %
1-2-12 : Promotion de la santé mentale	2,5	7,0 %
1-2-30 : Actions de lutte contre les addictions (fonds de lutte contre les addictions)	2,3	6,3 %
1-2-28 : Actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes	1,7	4,8 %
1-2-14 : Promotion de la nutrition santé, hors lutte contre l'obésité	1	3,0 %
1-2-21 : Promotion de la santé des populations en difficulté et lutte contre les inégalités de santé	1	2,8 %
1-2-22 : Périnatalité et petite enfance	1	2,8 %
Autres	3,4	9,6 %
Total	**35,7**	**100 %**

Source : HAPI, calculs mission.

L'exploitation des rapports d'activité de plusieurs associations montre que leur financement par le FIR est très largement majoritaire, voire exclusif.

1.1.3. Les priorités définies dans les conventions pluriannuelles sont liées au projet régional de santé mais peu aux actions qui ont fait la preuve de leur efficacité, référencées par Santé publique France

La quasi-totalité des ARS définissent le cadre d'intervention des associations Promotion Santé, et leurs modalités de financement, dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM), généralement sur une durée de trois ans. La mission a pu prendre connaissance de neuf CPOM et des rapports d'activité des associations[6].

Ces documents présentent une répartition des moyens des associations Promotion Santé qui semble majoritairement mobilisée sur des actions de formation, de documentation et d'appui méthodologique aux partenaires, ainsi que sur la démarche dite de « capitalisation et transfert de connaissances » issues d'actions conduites au niveau local. Plusieurs associations sont spécifiquement mobilisées pour l'appui méthodologique au déploiement des contrats locaux de santé.

Plusieurs associations Promotion Santé sont mobilisées pour mettre en œuvre des actions de PPS, semble-t-il en l'absence d'autres acteurs sur certains territoires. Cette fonction subsidiaire porte notamment sur l'éducation thérapeutique du patient (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Centre-Val de Loire).

Les associations Promotion Santé sont peu mobilisées pour accompagner le déploiement des programmes de PPS évalués de façon scientifique au niveau national, et présentés dans le registre ReperPrev[7] que pilote Santé publique France. Plusieurs CPOM ne mentionnent ainsi pas la mobilisation de Promotion Santé sur le déploiement des compétences psychosociales auprès des enfants en milieu scolaire, qui est pourtant la priorité identifiée au niveau interministériel en matière de prévention[8], et pour laquelle des recommandations structurées ont été présentées par Santé publique France[9]. Certaines ARS ont indiqué avoir réorienté le dialogue de gestion (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie) pour mobiliser les associations Promotion Santé sur ces thématiques, ou pour redimensionner leur dotation.

---

[6] Régions concernées : Auvergne-Rhône Alpes, Bourgogne-Franche Comté, Bretagne, Corse, Centre-Val de Loire, Martinique, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, la Réunion.

[7] https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/reperprev.fr-le-registre-des-interventions-en-prevention-et-promotion-de-la-sante

[8] Instruction interministérielle N° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037

[9] *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé*, IGAS 2024-027R, octobre 2024

1.2. L'efficience des GRADeS pourrait être renforcée, en capitalisant sur le déploiement de programmes régionaux vers une portée nationale

1.2.1. Les GRADeS jouent un double rôle de déploiement d'une stratégie numérique régionale, et d'appui au déploiement d'outils nationaux

Les groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé (GRADeS) ont été mis en place par une instruction ministérielle de janvier 2017[10], afin d'accompagner une stratégie régionale d'e-santé. Les GRADeS jouent un triple rôle suivant cette instruction :

- maîtrise d'ouvrage régionale pour élaborer et mettre en œuvre la stratégie régionale, conduire ses projets et veiller à l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information de santé à l'échelle régionale ;
- animation des acteurs régionaux, appui et expertise auprès de ces derniers ;
- le GRADeS est *« l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé, dans une logique d'engagements réciproques ».*

Le GRADeS dispose d'une autonomie de gestion, et peut à ce titre engager des projets qui ne sont pas directement issus de la stratégie régionale de e-santé, dès lors qu'ils sont cohérents avec cette stratégie, et répondent à l'intérêt de plusieurs acteurs et à une logique d'intérêt général.

De plus, le rôle des GRADeS pour accompagner les acteurs du territoire dans ledéploiement des outils numériques d'envergure nationale, qui existe de façon historique pour l'utilisation des logiciels ROR et ViaTrajectoire, est renforcé par le volet numérique du Ségur de la santé. Piloté par la délégation du numérique en santé (DNS), le Ségur du numérique en santé finance directement les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux pour déployer des solutions numériques permettant le partage de documents clés du parcours du soins (comptes-rendus de biologie médicale et d'imagerie, e-prescription…) par le biais d'un dossier informatisé (programmes SONS et SUN-ES).

1.2.2. Les GRADeS sont quasi-exclusivement financés par le FIR, suivant des lignes d'actions nombreuses et peu lisibles dans sa nomenclature

Le budget global consacré aux GRADeS en 2024 atteint presque 165 M€, soit 3 % de l'enveloppe globale du FIR (cf. tableau 4). La part de l'enveloppe régionale consacrée aux actions pilotées par les GRADeS est généralement plus importante dans les régions d'Outre-mer. Le montant apparemment plus important affiché en Bourgogne-Franche Comté est lié au versement de 9 M€ au GRADeS en toute fin d'année 2024, ce qui semble correspondre à une dotation cumulant les crédits pour les années 2024 et 2025.

Parmi ces crédits, 26 M€ correspondent à une enveloppe sanctuarisée du FIR, au titre de la cybersécurité.

[10] Instruction SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

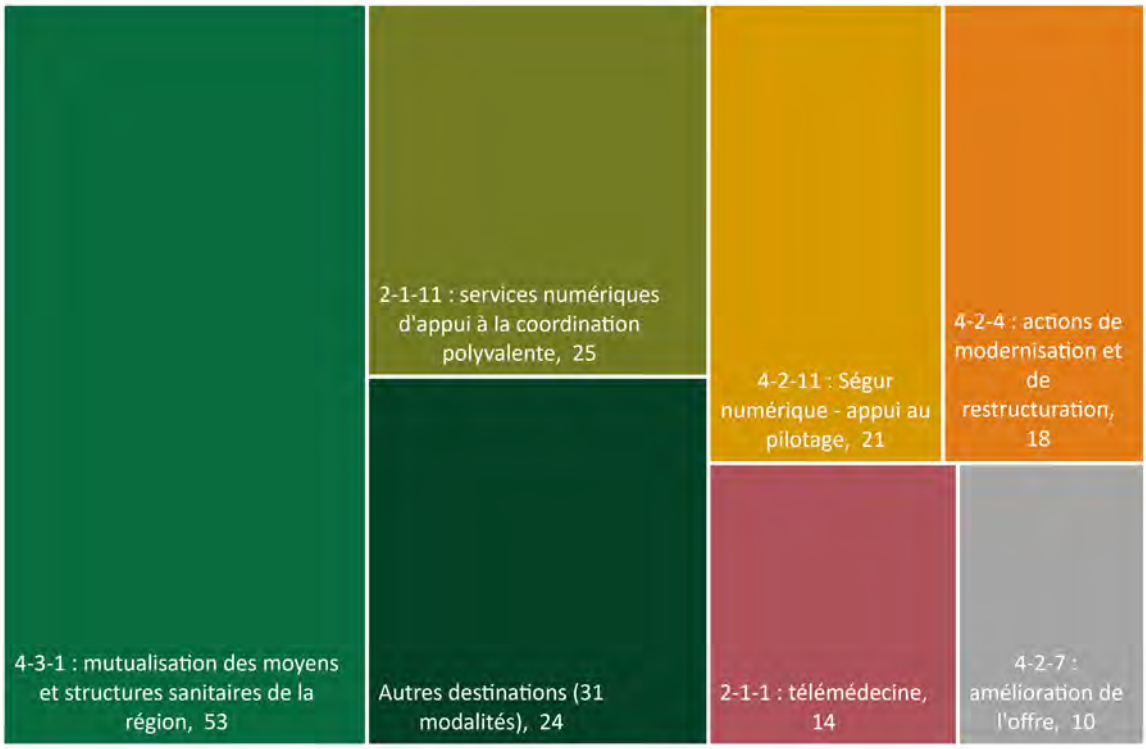
Tableau 4: Crédits de paiement consacrés aux GRADeS en 2024 et part de l'ensemble du FIR :

Région	CP	Part dans le FIR
Auvergne-Rhône Alpes	10 392 537 €	2 %
Bourgogne-Franche Comté	19 064 543 €	8 %
Bretagne	8 337 755 €	3 %
Centre-Val de Loire	5 701 249 €	3 %
Corse	219 626 €	3 %
Grand Est	14 202 248 €	3 %
Guadeloupe	4 263 754 €	6 %
Guyane	466 827 €	1 %
Hauts-de-France	9 500 000 €	2 %
Ile-de-France	22 232 532 €	3 %
Martinique	6 796 027 €	8 %
Normandie	6 934 407 €	3 %
Nouvelle-Aquitaine	11 473 963 €	2 %
Occitanie	14 863 733 €	3 %
Pays de la Loire	7 631 976 €	3 %
Provence-Alpes Côte d'Azur	17 226 518 €	4 %
La Réunion	4 669 916 €	4 %
Total	**164 977 611 €**	**3 %**

Source : *HAPI, calculs mission.*

Le financement des GRADeS est éclaté au sein de 37 destinations en 2024, mais les cinq premières d'entre elles cumulent 80 % du budget qui leur est consacré (cf. graphique 1). Les modalités d'identification des missions des GRADeS sont très variables suivant les régions.

Graphique 1: Répartition du financement des GRADeS par destination en 2024 (en M€)



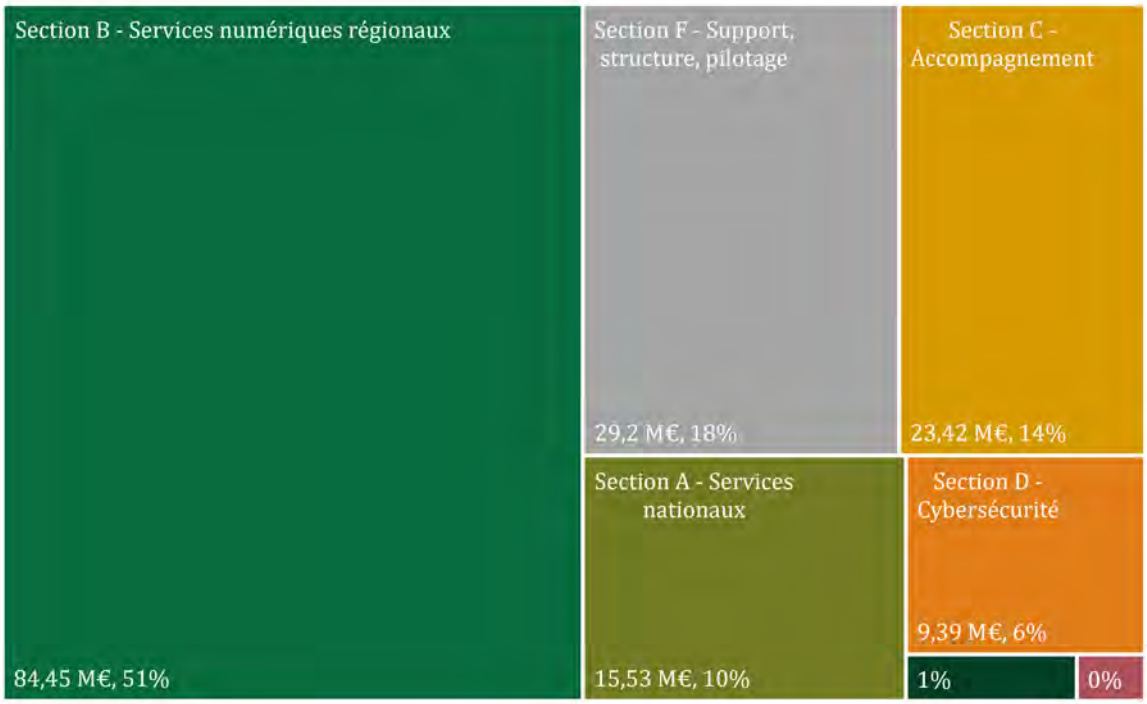
Source : *HAPI, calculs mission. Note : la catégorie "Autre" regroupe 32 destinations différentes.*

Bien que les GRADeS aient une autonomie de gestion et la capacité à valoriser certains de leurs services, leur financement est assuré à 87 % par le FIR en 2023[11]. Les autres ressources des GRADeS proviennent de la vente de services aux acteurs de la région (6,6 M€ en 2023) et de subventions européennes (5,3 M€ au titre du FEDER dans au moins 3 régions).

1.2.3. Une partie des moyens des GRADeS consacrés à des solutions numériques régionales pourraient être mutualisés

Plus de la moitié des moyens des GRADeS sont consacrés à la conception et au déploiement de services numériques régionaux (cf. graphique 2). La part des actions consacrées au déploiement de services nationaux (10 % du budget) et à l'accompagnement des acteurs des territoires (14 %) est plus résiduelle.

Graphique 2 : Répartition des dépenses des GRADeS par types de mission en 2023



Source : enquête réalisée par la DNS, 2023. Note : Les sections minoritaires correspondent à la section G – « Autres » (1 % des dépenses, soit 1,24 M€) et à la section E – « Innovation » (0,4 %, soit 660 000 €).

L'analyse des thématiques principales des actions régionales conduites par les GRADeS (cf. tableau 5) montre une part importante des moyens consacrés à l'outillage de dispositifs de coordination de parcours (notamment au profit des équipes de soins, dispositifs d'appui à la coordination - DAC et communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS).

[11] Résultats d'une enquête réalisée par la délégation au numérique en santé à partir des comptes financiers 2023 des GRADeS

Tableau 5 : répartition des dépenses des GRADeS pour les services régionaux en 2023

Services régionaux	Dépenses des GRADeS (M€)
Solution e-Parcours de coordination	26,4
Outils de télésanté	8,1
Dépenses briques techniques	7
Coûts d'hébergement	5,6
Urgences	4,6
Outils d'imagerie	3,6
Fonctionnement des groupements hospitaliers de territoires	3,15
Dossier communicant de cancérologie / outillage de réunions de concertation pluridisciplinaires	2,6
Messagerie sécurisée de santé	2,5
Autres	20,8
Total	**84,35**

Source : *enquête réalisée par la DNS, 2023.*

Plusieurs des outils développés, tels que présentés dans les rapports d'activité des GRADeS, semblent pouvoir présenter un intérêt d'ampleur nationale. Il convient dès lors de s'interroger sur le caractère efficient, voire sur la cohérence, que plusieurs GRADeS soient engagés en parallèle pour développer des solutions numériques similaires sur des thématiques comme :

- la création d'un dossier numérique visant à centraliser les documents entre les centres de dialyse et les centres de greffe de rein, afin d'accélérer et sécuriser la procédure d'accès à la greffe (projets conduits au moins dans les régions Hauts-de-France et Centre-Val de Loire) ;
- la mise en place d'un outil numérique pour l'éducation thérapeutique des patients (projets développés au moins dans les régions Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine) ;
- la création d'outils d'aide à la gestion des lits d'hôpital (outils ADHOC en Ile-de-France et GLITER dans les Hauts-de-France).

Seul le GRADeS de la région d'Ile-de-France (Sesan) est financé par le FIR d'autres régions, à hauteur de 100 000 € en 2024, soit moins de 0,5 % de son budget total. Ce GRADeS est cependant mobilisé pour déployer plusieurs logiciels, répondant à des thématiques très ciblées, au niveau de plusieurs régions, voire au niveau national :

- la Tumorotek permet la gestion des collections de prélèvements et d'échantillons biologiques pour l'ensemble des centres de ressources biologiques (CRB) ;
- le logiciel MANO simplifie l'organisation de maraudes par des services sociaux, et est déployé dans trois régions ;
- le logiciel DCI permet la dématérialisation du choix des internes en médecine.

Les actions financées via le FIR doivent avoir une portée régionale uniquement. Ainsi, l'unicité du vecteur de financement des GRADeS ne permet pas de positionner certains d'entre eux pour la prestation de services d'ampleur nationale. Il semblerait plus rationnel de positionner certains GRADeS sur le déploiement de certains projets d'ampleur nationale, associé à un financement par l'ANS, plutôt que de mobiliser le FIR sur de tels projets.

2. Récemment structurées, les entités d'appui à la coordination des soins de ville doivent être outillées d'un suivi des activités et des résultats

2.1. La création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) a été appuyée par le FIR en crédits d'amorce, leur positionnement sur des appels à projets thématiques doit être articulé avec les financements conventionnels

2.1.1. Le déploiement des CPTS est soutenu par les autorités publiques sur le territoire, en mobilisant des financements conventionnels et le FIR

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par l'article 65 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Constituées à l'initiative des professionnels de santé (de ville, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux), les CPTS ont vocation à associer des professionnels de santé variés, pour organiser des actions répondant à des besoins de santé au sein d'un territoire. Ces actions sont formalisées dans un projet de santé, validé par l'ARS notamment pour s'assurer qu'une seule CPTS couvre un territoire d'intervention.

Depuis l'accord conventionnel (ACI) en faveur du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019 entre l'ensemble des représentants des professionnels de santé libéraux et l'union nationale des caisses d'assurance maladie, les CPTS peuvent bénéficier d'un financement pérenne par la voie conventionnelle. L'ACI permet le financement du fonctionnement de la CPTS (poste de coordinateur, indemnisation du temps passé par les professionnels sur les actions), et valorise plusieurs des missions thématiques des structures :

- améliorer l'accès aux soins : faciliter la recherche d'un médecin traitant pour les patients en situation de fragilité ; permettre la prise en charge dans les 24h des patients ne relevant pas d'une prise en charge par un service hospitalier d'accueil des urgences ;
- organiser des parcours de soins pluriprofessionnels, par exemple pour faciliter le maintien à domicile de patients âgés ;
- organiser des actions territoriales de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;
- participer aux crises sanitaires graves ;
- à titre complémentaire et optionnel, organiser des actions pour développer la qualité et la pertinence des soins, et pour accompagner l'installation de professionnels de santé (notamment dans les zones en tension démographique).

Ce soutien fort des CPTS a conduit à leur forte progression, d'une vingtaine en 2018 à 644 en juin 2023, et à plus de 800 en mai 2025[12] (dont 700 signataires de l'ACI). Un plan d'action initié en 2023 vise la couverture de la totalité de la population française par ces CPTS, à comparer à 75 % début 2023 (82 % en mai 2025). Ce plan d'actions[13] ouvre la possibilité de financer un poste de coordinateur par le FIR, avant la validation du projet de santé de la CPTS et la signature de l'ACI, afin d'appuyer les professionnels de santé dans la construction de la CPTS.

[12] Rapport d'information sur les communautés professionnelles territoriales de santé, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2025

[13] Instruction DGOS/R5/CNAM/2023/156 du 9 octobre 2023 relative aux modalités de couverture du territoire par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

2.1.2. Les dépenses spécifiquement retracées sur le soutien aux CPTS montrent un positionnement du FIR en complémentarité de l'ACI, avec une part non négligeable de financements à des structures d'appui régionales.

Une destination est spécifiquement identifiée dans le FIR pour le financement des CPTS (2-1-12) ; après une progression marquée sur la période 2019-2021, les financements consacrés à cette mission ont tendance à diminuer, au titre de l'amorce des projets de CPTS (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Dépenses engagées par le FIR sur la destination « CPTS » sur la période 2019-2024

Destination 2-1-12	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dépenses FIR (M€)	5,4	7,4	8	7	7,9	7,3

Source : *HAPI et STARS-FIR.*

Une analyse détaillée des bénéficiaires du FIR en 2023 et 2024 permet par ailleurs d'identifier que les structures financées par le FIR correspondent majoritairement à des CPTS en cours de structuration, leur raison sociale correspondant souvent à des « associations préfiguratrices » ou intitulés similaires (pôles de santé, associations locales de professionnels de santé…). La part des CPTS financées sur deux exercices successifs est par ailleurs limitée : parmi les 172 structures financées par le FIR en 2023, seules 26 étaient toujours financées en 2024, pour un montant global de 500 K€.

Un croisement de données entre les financements de l'assurance maladie au titre de l'ACI, et les financements assurés au titre du FIR permet d'évaluer le positionnement réciproque de ces vecteurs de financement. Les données de l'assurance maladie montrent un engagement financier en progression au titre de l'ACI, et prépondérant par rapport aux montants engagés sur le FIR (plus de 95 % des financements attribués) (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Dépenses engagées par l'assurance maladie pour l'ACI sur la période 2023-2024 :

	2023	2024
Dépenses ACI (M€)	120,5	165,7

Source : *SNDS, DCIR*

Les doublons de financement entre ACI et FIR semblent limités. En 2024, parmi les 598 CPTS financées par l'assurance maladie, 60 cumulent un financement sur le FIR à hauteur de 1,8 M€. Ces nombres limités semblent cohérents avec un positionnement du FIR pour accompagner à la structuration d'une CPTS et à la définition de son plan d'actions.

Par ailleurs, en 2024, le FIR finance à titre exclusif 138 structures. L'examen de l'intitulé des raisons sociales de ces structures bénéficiaires **montre une part non négligeable de structures d'appui à la professionnalisation des CPTS (guichet inter-CPTS, fédération régionale…), pour un montant de l'ordre de 2,6 M€**. Les financements attribués à ces structures d'appui aux CPTS tendent à être reconduits sur plusieurs exercices.

2.1.3. Le FIR mobilise par ailleurs des financements thématiques sur les CPTS, dont l'articulation avec les financements conventionnels mériterait un examen approfondi qui pourrait être confié aux délégations départementales des ARS

En élargissant l'analyse des dépenses engagées vers des structures dont la raison sociale mentionne « CPTS », sur l'ensemble des destinations du FIR en 2024, on peut constater l'engagement de 6,8 M€ complémentaires pour des actions variées (cf. tableau 8).

Les financements de CPTS sur d'autres destinations thématiques mobilisent particulièrement les régions Occitanie (18 % du total), Martinique (11 %), Centre-Val de Loire (10 %) et Bourgogne-Franche Comté (10 %). Ils peuvent correspondre à des appels à projets engagés par les ARS sur des thématiques identifiées comme prioritaires sur le territoire.

Aucun élément ne permet actuellement de garantir que le financement de ces actions n'est pas redondant avec les financements spécifiques de l'ACI sur des thématiques obligatoires. D'après les constats de la mission parlementaire relative aux CPTS remise en 2025[14], **la transmission de documents budgétaires et comptables aux CPAM n'est en effet pas systématisée, et ne permet donc pas de contrôler les modalités d'utilisation des fonds publics qui sont accordés aux CPTS.**

Tableau 8 : répartition des financements des CPTS par destination du FIR en 2024 :

Destinations du FIR	Nombre de bénéficiaires	Financement (M€)	Part du financement (%)
2-1-12 : CPTS	133	4,4	39 %
3-99-1 : autres mission 3 hors médico-social	17	0,9	8 %
3-99-1 : autres mission 2 hors médico-social	6	0,8	7 %
2-5-1 : exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé	23	0,7	6 %
3-2-1 : permanence des soins ambulatoires, notamment les maisons médicales de garde	13	0,6	5 %
2-1-1 : télémédecine	7	0,5	5 %
1-5-3 : prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	8	0,4	4 %
3-7-1 : service d'accès aux soins	2	0,4	4 %
2-98-1 autres mission 2 enveloppe médico-social	31	0,4	4 %
Autres	90	2,1	19 %
Total	**330**	**11,2**	**100 %**

Source : *HAPI, calculs mission*

[14] Rapport d'information sur les communautés professionnelles territoriales de santé, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2025

2.2. La construction d'outils de suivi de l'activité des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) doit appuyer les ARS pour adapter le financement de ces structures à la conduite de leurs missions

2.2.1. Créés par la fusion de plusieurs structures territoriales entre 2022 et 2023, les DAC ont vocation à apporter un point d'entrée unique pour l'appui aux parcours complexes

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) ont été créés par l'article 23 de la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 14 juillet 2019. Dans un objectif de lisibilité et d'équité sur le territoire, ils fusionnent plusieurs entités précédemment créées dans les champs sanitaire et médico-social : les réseaux de santé depuis les années 1980, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) depuis les années 2000, plateformes territoriales d'appui (PTA) depuis 2016.

Les DAC ont deux missions principales :

- apporter un appui aux parcours de santé individuels de personnes en situation complexe, en subsidiarité avec l'équipe soignante. Cet appui peut porter sur de l'information ou une orientation vers les interlocuteurs pertinents (accompagnement dit « de niveau 1 »), ou un suivi par une équipe pluridisciplinaire sur une durée limitée, pouvant donner lieu à un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), remis au médecin traitant du patient ;
- participer à la structuration territoriale des parcours, notamment en animant des instances territoriales de concertation entre professionnels, ou en mettant en œuvre des actions comme le déploiement d'outils de repérage des situations complexes, des réunions d'analyse des pratiques professionnelles.

Les DAC peuvent être mobilisés pour toutes les situations identifiées comme complexes, quelle que soit la pathologie ou l'âge des patients concernés. L'accompagnement du patient intègre les dimensions médico-sociale et sociale, afin d'éviter des ruptures de parcours. Il peut également prévoir des interventions au domicile du patient.

Les DAC se sont déployés progressivement entre juillet 2022 et fin 2023, au moins une DAC est prévue à la maille départementale. Un « cadre national d'orientation » définit les grands principes d'organisation et d'intervention de ces nouvelles entités, tout en laissant une marge d'adaptation territoriale importante.

En parallèle de la création des DAC, certaines filières spécifiques sont maintenues dans le cadre de dispositifs spécifiques régionaux (DSR). Ces structures interviennent principalement dans le champ de la périnatalité et de la cancérologie, suivant des cahiers des charges précis[15].

[15] Labellisation par l'INCa des dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie

Instruction DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

2.2.2. Les DAC sont financés par plusieurs destinations du FIR, qui correspondent à l'agrégation des entités historiques qu'ils regroupent.

Le financement des DAC est réparti entre 7 destinations du FIR, deux destinations complémentaires sont mobilisées pour les DSR. Ces destinations devaient théoriquement accompagner la bascule des structures antérieures vers les DAC et DSR, lors de leur déploiement sur la période 2022-2023. Dans les faits, les trois destinations associées[16] représentent seulement 75 % des financements mobilisés sur le FIR en 2024 (cf. tableau 9). Le renseignement d'autres destinations de financement, qui sont théoriquement obsolètes, reste particulièrement marqué dans les régions Provence-Alpes Côte d'Azur et Pays de la Loire.

Tableau 9 : montant des financements des DAC par destination du FIR, 2020-2024, en M€

Destination	2020	2021	2022	2 023	2024
MI2-2-1 : dispositifs spécifiques régionaux - cancérologie	10,9	10,5	12,1	12,4	14,9
MI2-2-2 : dispositifs spécifiques régionaux - périnatalité	15,9	18,7	17,5	17,0	19,9
MI2-2-3 : autres réseaux de santé			7,2	14,4	14,7
MI2-7-1 : dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes	22,2	46,8	116,9	176,7	183,7
MI2-7-2 : DAC - coordination territoriale d'appui (CTA)	3,0	3,7	3,4	2,3	2,8
MI2-7-3 : DAC MAIA	71,5	60,4	36,2	7,9	10,4
MI2-7-4 : DAC - réseaux de santé monothématique	49,2	45,7	39,1	27,7	23,9
MI2-7-5 : DAC - réseaux de santé plurithématiques	49,3	38,7	18,1	2,6	3,2
MI2-7-6 : DAC - plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins	46,3	42,9	29,3	18,3	18,0
TOTAL	**268,4**	**267,5**	**279,9**	**279,6**	**291,5**

Source : *HAPI.*

2.2.3. Plusieurs ARS ont nourri le dialogue de gestion avec les DAC, compte tenu de niveaux de trésorerie importants

Dans le cadre du questionnaire transmis par les ARS à la mission, plusieurs régions (Ile-de-France, Grand Est, Occitanie, Centre-Val de Loire) ont fait état de travaux approfondis avec les DAC sur leur situation financière. Deux raisons principales sous-tendent ces travaux :

- le constat d'un niveau de trésorerie important pour plusieurs de ces structures, notamment lié à l'engagement partiel des actions définies avec l'ARS, ou à un niveau d'activité inférieur à celui initialement projeté ;
- la nécessité d'apporter une première évaluation de la réforme, tant pour ce qui concerne la réorganisation de ces structures, que pour l'analyse du service rendu.

Cette démarche a pu conduire au reversement de fonds dans certaines régions, par exemple à hauteur de 13 M€ en trois ans dans la région Occitanie. Elle est encore en cours pour ce qui concerne le second volet.

[16] Destinations 2-2-1, 2-2-2 et 2-7-1

2.2.4. Les données d'activité des DAC, en cours de structuration au niveau national, montrent une grande hétérogénéité par rapport aux moyens attribués

L'absence de données consolidées d'activité et d'impact des structures antérieures aux DAC était très critiquée[17], de même que le manque de lisibilité liée à leur coexistence sur un même territoire. La création des DAC s'est accompagnée de la définition d'indicateurs d'activité normalisés par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)[18].

En s'appuyant sur ces outils méthodologiques, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) déploie une démarche nationale d'évaluation des DAC depuis l'automne 2025, en mobilisant progressivement les régions pour faire remonter des indicateurs d'activité trimestriels, et y associer une évaluation qualitative du service rendu auprès des professionnels de santé et des usagers.

Ces travaux ne sont pas encore disponibles, mais les indicateurs proposés par l'ANAP sont d'ores et déjà largement utilisés par les ARS, dans le cadre des conventions conclues avec les DAC. La mission s'est dès lors appuyée sur les données d'activité pour l'année 2024, utilisées par les 38 DAC financés dans 3 régions (Auvergne-Rhône Alpes, Hauts-de-France et Occitanie), qui représentent environ 20 % de l'ensemble des DAC.

L'exploitation de ces données permet d'identifier la grande hétérogénéité du niveau d'activité des DAC :

- pour l'ensemble des sollicitations : entre 434 et 3014 sollicitations reçues en 2024 (médiane : 1036) ;
- pour le nombre d'accompagnements de niveau 2 : entre 156 et 1519 accompagnements (médiane : 557).

De plus, la mise en regard du niveau de financement des DAC par le FIR, avec leur niveau d'activité retracé, permet d'identifier une grande hétérogénéité :

- le ratio dotation / ensemble des sollicitations s'échelonne entre 688 et 2831 (médiane : 1393) ;
- le ratio dotation / accompagnements de niveau 2 s'échelonne entre 1213 et 4695 (médiane : 2371).

Ces ratios de financement ne semblent pas spécifiquement corrélés au niveau global d'activité de la structure, au poids des accompagnements de niveau 2 dans l'activité du DAC, ou à la durée médiane d'accompagnement (également très variable pour les structures qui la renseignent : entre 75 jours et 387 jours).

Les fortes variations des niveaux de dotation nécessitent un approfondissement du dialogue de gestion entre les ARS et les DAC, notamment pour distinguer les coûts associés à l'activité d'information, d'orientation et d'accompagnement, et ceux relatifs à l'animation territoriale. Un travail spécifique pourrait également porter sur la diversité des populations accompagnées (certaines structures ayant historiquement une forte part d'accompagnement en soins palliatifs, ou de suivi au long cours de personnes éloignées du système de soins), ainsi que sur les différences de pratiques relatives aux visites à domicile.

---

[17] Cf. notamment un rapport de l'IGAS sur les réseaux de santé de 2006

[18] *Dispositifs d'Appui à la Coordination : Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage*, ANAP, décembre 2020

3. Certaines structures de prévention dans le champ du cancer et de la santé sexuelle nécessitent une rénovation de leur cadre d'intervention, et un appui national renforcé au dialogue de gestion

3.1. Une réforme des CeGIDD vers un financement de l'assurance maladie adossé à leur file active, permettrait d'accompagner l'évolution de ces structures

3.1.1. La prise en charge intégrale de diagnostics et de soins est financée à titre dérogatoire par le FIR

Les centres gratuits de dépistage et de diagnostic du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) sont des structures habilitées par l'ARS en fonction des besoins identifiés au niveau régional, pour les populations les plus concernées par les risques d'infection.

Les missions principales des CeGIDD, définies à l'article L.3121-2 du code de la santé publique depuis le 1er janvier 2016[19], portent sur la prévention, le dépistage, le diagnostic de l'infection pour le VIH, les hépatites virales et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que sur leur traitement : traitement préventif pré-ou post-exposition (PreP et TPE) pour le VIH, vaccination et traitement ambulatoire pour les hépatites et autres IST.

Les usagers des CeGIDD peuvent solliciter une prise en charge anonyme au sein de la structure. Les actes de diagnostic et de soins réalisés au sein du CeGIDD ne font l'objet d'aucune participation financière des assurés, le FIR assurant à titre dérogatoire la prise en charge de l'intégralité des dépenses liées aux consultations, aux examens de biologie médicale, aux actions de vaccination et de traitement préventif engagées dans la région (article D.174-15 du code de la sécurité sociale).

Les CeGIDD sont très majoritairement gérés par des établissements de santé publics (72 % en 2022[20]), et dans une moindre mesure par des collectivités territoriales et des associations. Ils organisent leurs activités autour de sites principaux et d'antennes territoriales (320 suivant le dernier recensement réalisé par la direction générale de la santé en 2022), et peuvent conduire des activités « hors les murs », en mettant en œuvre des partenariats avec des acteurs notamment associatifs.

3.1.2. L'engagement du FIR sur cette mission progresse depuis 2022, plus particulièrement dans certaines régions

Le financement consacré aux CeGIDD est globalement stable sur la période 2019-2022, après une progression liée à l'élargissement de leurs compétences à la dispensation de traitements pré-et post-exposition pour le VIH.

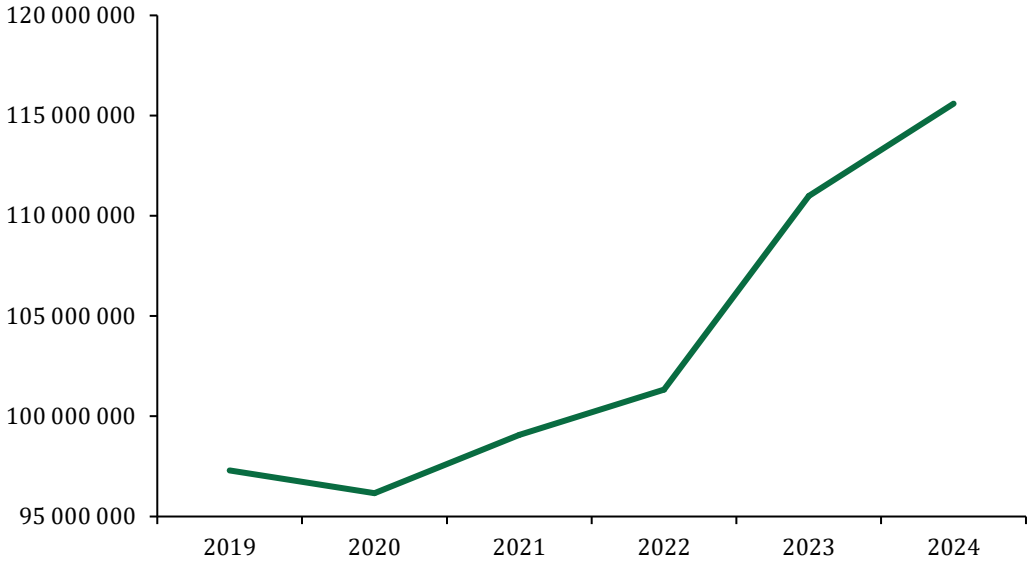
---

[19] Les CeGIDD ont repris les missions de structures préexistantes, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)

[20] Rapport IGAS sur l'*Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle,* Dr. Aquilino Morelle, Aude Muscatelli, février 2023

Plus récemment, les moyens consacrés aux CeGIDD progressent de presque 15 M€ (+14 %) entre 2022 et 2024. Cette progression est particulièrement marquée dans trois régions (Auvergne-Rhône Alpes, Hauts-de-France et Pays de la Loire), qui représentent les deux tiers de cette augmentation.

Graphique 1 : montant délégué et engagé par le FIR aux CeGIDD sur la période 2019-2024



Source : donnés HAPI et STARS-FIR

3.1.3. L'appui national à l'animation du dialogue de gestion a été désinvesti depuis 2018, malgré une hétérogénéité persistante des moyens attribués aux CeGIDD

L'ARS fixe la dotation forfaitaire annuelle du CeGIDD, en tenant compte notamment du périmètre des dépenses d'activité du CeGIDD, de son activité constatée lors des trois dernières années, et du coût moyen des dépenses d'activité attendu du centre au regard de son activité prévisionnelle (article D.174-15 du code de la sécurité sociale).

Une instruction de la DGS du 3 juillet 2015[21] **modélise les inducteurs des coûts annuels de fonctionnement d'un CeGIDD (annexe 10), en estimant à la fois les effectifs mobilisés et l'activité prévisionnelle associée à une demi-journée d'ouverture. Ces éléments sont en partie obsolètes,** en l'absence d'actualisation des coûts salariaux et de prise en compte des nouvelles activités des CeGIDD au titre de la PreP et du traitement post-exposition du VIH.

[21] INSTRUCTION N° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

De plus, seule la première année d'installation des CeGIDD en 2016 a fait l'objet d'une étude d'activité nationale par la DGS, le suivi portant ensuite exclusivement sur les données de surveillance épidémiologique exploitées par Santé publique France. L'étude de la DGS, publiée en 2018[22], montrait que l'activité des CeGIDD portait très majoritairement sur une population identifiée comme à risque d'exposition aux IST (85 % des publics accueillis). Elle permettait par ailleurs de constater que ces structures présentaient une grande hétérogénéité du nombre de consultations réalisées en moyenne chaque année, **plus de la moitié des régions présentant une moyenne régionale inférieure au seuil indicatif de 2912 consultations par an**, qui servait de base à la DGS pour simuler un modèle économique pour ces structures, dans l'instruction du 3 juillet 2015.

Déjà soulignée par un rapport de l'IGAS en 2023[23], l'absence de suivi de l'activité des CeGIDD au niveau national est d'autant plus étonnante que ces structures doivent remettre à l'ARS un rapport d'activité conforme à un modèle fixé par arrêté, intégrant de nombreuses données utiles pour apporter des éléments de comparaison lors d'un dialogue de gestion (article D.3121-25 du code de la santé publique).

Afin d'apporter un éclairage sur les variations des ratios d'activité et de financement entre CeGIDD, la mission s'est appuyée sur les données issues des rapports d'activité pour l'année 2024 des CeGIDD transmis par quatre régions (Auvergne-Rhône Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France et Ile-de-France) qui représentent 60 sites principaux et une quarantaine d'antennes, soit plus de 25 % des structures au niveau national.

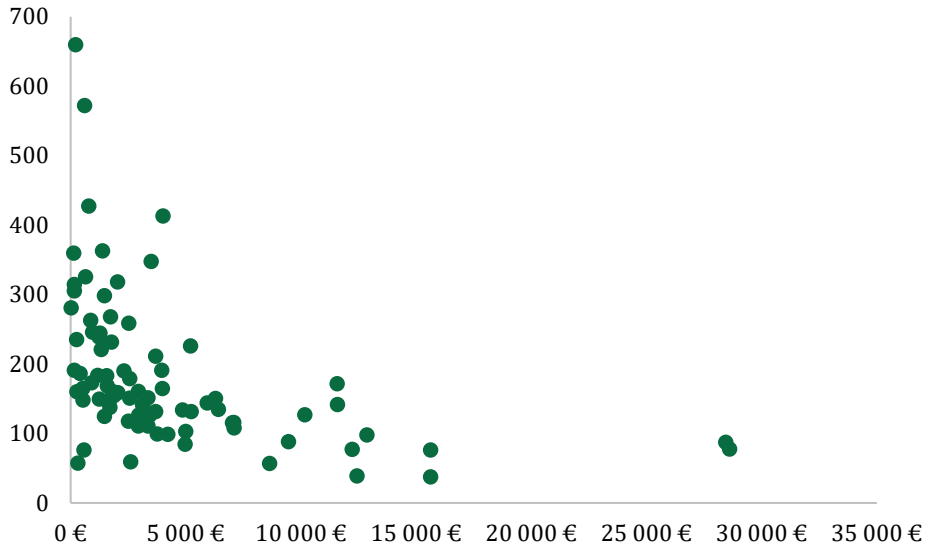
Ces données permettent de constater de forts écarts entre le niveau de dotation des CeGIDD et leur activité de consultation globale. Ces ratios, qui varient de moins de 50 € à plus de 500 €, se concentrent autour de la médiane (153 €) et de la moyenne (183 €). Plusieurs facteurs peuvent expliquer les écarts entre le niveau de dotation du CeGIDD et son activité de consultation :

- une moindre performance de sites ou antennes ayant une faible activité de consultations (cf. graphique 2 ci-dessous, qui montre la corrélation négative entre le volume d'activité de consultations et le niveau de dotation) ;
- les coûts spécifiques pour les CeGIDD ne relevant pas de structures hospitalières, associés à l'acquisition de produits de santé, notamment PreP et TPE, et à la réalisation d'examens de biologie médicale. Le coût des traitements représente moins de 1 % des charges pour la majorité des structures, mais il dépasse 5 % des charges pour quelques structures. Les frais liés à la réalisation d'examens de biologie médicale peut dépasser un tiers des charges pour 20 sites et antennes ;
- le poids relatif accord aux activités « hors les murs » des CeGIDD, dont la valorisation n'est pas prise en compte dans l'instruction du 3 juillet 2015.

[22] DGS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 40-41, 27 novembre 2018.

[23] *'Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle,* Dr. Aquilino Morelle, Aude Muscatelli, février 2023

Graphique 2 : Dotation et nombre de consultations pour les CeGIDD en 2024



Source : rapports d'activité des CeGIDD, exploitation par la mission

L'analyse de ces données au niveau national nécessiterait un dialogue plus approfondi avec les ARS, notamment pour s'assurer des modalités de répartition des données d'activité, ainsi que des charges et produits entre les sites principaux des CeGIDD et leurs antennes (faisant normalement l'objet d'un rapport d'activité séparé mais certaines structures cumulent tout ou partie de ces données au sein d'un même rapport).

3.1.4. Le maintien de ce modèle peut être réinterrogé au regard du nouveau modèle d'organisation et de financement des centres de santé sexuelle

Dans le cadre d'une expérimentation organisationnelle (dite « article 51 »), des structures de dépistage et de traitement du VIH, des hépatites virales et des IST ont été mises en place pour tester une approche pluridisciplinaire auprès de publics identifiés comme particulièrement à risques et éloignés du système de soins.

L'évaluation favorable de ces expérimentations a conduit à la création en 2025 d'un nouveau statut de « centres de santé et de médiation en santé sexuelle » (article L.6323-1-14-1 du code de la santé publique), qui complète les missions classiques attribuées aux CeGIDD par des parcours de prise en charge infectiologique, gynécologique, endocrinologique, addictologique et psychologique des patients. L'autorisation de ces nouvelles structures est actuellement lancée par les ARS d'Auvergne-Rhône Alpes, d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, où se situaient les quatre centres inscrits dans l'expérimentation.

Le financement de ces nouveaux centres de santé et de médiation en santé sexuelle, assuré directement par l'assurance maladie, s'appuie sur un modèle associant une dotation fixe associée à la structuration du centre et de ses interventions hors les murs, et des forfaits de prise en charge par patient[24].

[24] Forfait de dépistage (224,71 € TTC), forfait de traitement pré- et post-exposition (109,96 € TTC), initiation de PrEP (291,86 € TTC), suivi de PrEP (152,86 € TTC), et vaccination (91,51 € TTC)

Ce nouveau modèle de prise en charge pourrait utilement appuyer une rénovation du modèle des CeGIDD, s'appuyant notamment sur leur rapprochement avec les centres de planning et d'éducation familial dans les territoires les moins denses[25], et le développement d'un modèle de financement rénové directement lié au niveau de la file active de patients.

3.2. La réforme récente des CRCDC doit s'accompagner d'une remise à plat des priorités qui leur sont fixées, et des indicateurs associés

3.2.1. Des structures de coordination régionale sont repositionnées depuis 2024 sur leurs missions de mobilisation des populations éloignées du dépistage organisé, et de suivi des personnes dont le résultat de dépistage est positif.

Dans le cadre de la lutte contre le cancer, trois programmes de « dépistage organisé » sont mis en place pour les cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. A la différence du dépistage individuel, le dépistage organisé est un processus intégré, du repérage de populations ciblées à leur contact, l'organisation d'examens associés à des procédures d'assurance qualité spécifiques (ex. deuxième lecture d'une mammographie pour le cancer du sein), et l'orientation vers des examens complémentaires en cas de résultats positifs.

La mobilisation autour de ces programmes de dépistage organisé représente une des priorités de la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030, au vu d'un taux de participation relativement faible et éloigné des objectifs recommandés au niveau européen. Une feuille de route spécifique est pilotée pour les dépistages organisés sur la période 2024-2028 par la direction générale de la santé (DGS), afin d'atteindre la cible d'une progression de 9 m illions à 10 millions du nombre de dépistages annuels réalisés entre 2019 et 2025.

La coordination de ces programmes de dépistage est historiquement confiée à des structures associatives, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Ces structures doivent assurer huit missions, définies par un cahier des charges national[26] :

- contribuer au pilotage régional et national ;
- développer des actions de sensibilisation et d'information de la population (y compris de façon ciblée sur certains groupes ou territoires) ;
- assurer le suivi de la population : recueil et transmission des résultats des examens, relance des personnes sans suivi connu après un dépistage positif ;
- mobiliser les professionnels de santé, à la fois pour les sensibiliser sur les recommandations associées à la participation au dépistage organisé, et pour leur transmettre les résultats de dépistage et des éventuels examens demandés ;
- gérer le système d'information du dépistage régional ;
- réaliser une évaluation régionale des programmes de dépistage organisé, valorisation des données issues des programmes ;
- déployer l'assurance qualité du dispositif ;
- participer à des études ou à l'expérimentation d'innovations techniques, scientifiques ou organisationnelles.

[25] Recommandation n°19 du rapport précité

[26] Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers

Ces structures, initialement cofinancées par les départements et l'assurance maladie, sont depuis 2024 quasi-exclusivement financées par le FIR[27]. Une réforme engagée en 2024 a engagé plusieurs évolutions profondes, concernant les missions et le mode de financement des CRCDC. La CNAM a repris la compétence d'envoi des invitations et relances des personnes éligibles aux programmes de dépistage organisé, initialement assurée par les CRCDC, en reprenant 48 ETP[28] dans ces structures (sur un total de 730 ETP en 2019)[29]. En contrepartie, une partie du cofinancement des CRCDC qui était assuré par le FNPEIS (24,5 M€/48,4 M€) a été intégré dans le FIR.

3.2.2. Le financement des CRCDC par le FIR progresse de façon marquée en 2024, en raison d'un effet de périmètre et d'une révision de leurs missions

Le financement des CRCDC est très majoritairement retracé au sein de la mission spécifiquement consacrée aux « structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers (1-2-9). Après une quasi-stabilité sur la période 2020-2023, la progression des crédits attribués aux CRCDC (+33,8 M€) entre 2023 et 2024 est supérieure au transfert de financement assurée par le FNPEIS (cf. supra, mesure de périmètre à hauteur de 24,5 M€). Cet écart s'expliquer notamment par la réforme organisationnelle et l'évolution des missions des CRCDC à partir de 2024.

Tableau 10: évolution du financement des CRCDC sur le FIR, 2020-2024 (en M€) :

Destination	2020	2021	2022	2023	2024
MI2-1-9 cancers : structures assurant la gestion des dépistages organisés	42,1	40,6	44,2	45,2	79

Source : *HAPI et STARS-FIR*

En 2024, les CRCDC ne sont financés que de façon résiduelle par d'autres destinations : 1,7 M€ au niveau national, dont 1,5 M€ en Martinique (où le CRCDC joue un rôle spécifique notamment en tant que dispositif spécifique régional en cancérologie).

3.2.3. Les CRCDC sont en cours de repositionnement sur leurs nouvelles missions, ils présentent des données de performance hétérogènes

La consultation des bilans d'activité 2024, ainsi que des tableaux de bord harmonisés dans 7 régions, apportent des indications sur l'engagement des CRCDC dans leurs nouvelles missions, ainsi que sur l'adéquation entre leur niveau de dotation et leur activité.

Ces éléments documentaires permettent de constater que ces structures engagent des missions de natures très différentes, avec des effectifs limités (40 ETP en moyenne, plusieurs structures comptant moins de 10 ETP). Les CRCDC continuent en effet de mobiliser des effectifs importants sur des actions opérationnelles de recontact de patients et de transmission de documents aux professionnels de santé, pour les tests de dépistage dont les résultats sont positifs et qui nécessitent des examens complémentaires.

Les moyens qui sont mobilisés sur les autres missions des CRCDC (mobilisation de la population, lien et formation avec les professionnels de santé, assurance qualité et harmonisation des pratiques) semblent de fait minoritaires dans le plan de charge des structures.

---

[27] Transfert de la compétence à l'Etat en 2004, et transfert du cofinancement du FNPEIS vers le FIR en 2024

[28] Données DGS

[29] *Le dépistage organisé des cancers en France*, IGAS 2021-059R, janvier 2022

L'ensemble des CRCDC semblent s'être mobilisés sur les actions d'« aller-vers », dans les lieux de vie des personnes éloignées du système de santé, avec toutefois un outillage de ces actions qui est globalement limité. Une partie des bilans d'activité est concentrée sur le nombre d'interventions réalisées, sans mentionner si la majorité d'entre elles relèvent de communication auprès du grand public, ou d'actions plus ciblées, et sans préciser le nombre de personnes concernées. L'analyse d'impact des actions, afin de prioriser les organisations les plus efficaces, est identifiée parmi les actions prioritaires que l'INCa devra engager avec Santé publique France (action n°7 de la feuille de route « dépistages organisés »).

Quelques initiatives intéressantes peuvent être soulignées, notamment pour ce qui concerne l'étude HANDIRECT, financée par l'INCa et mobilisant plusieurs CRCDC en 2024-2025 (analyse d'impact en cours) pour des actions de dépistage auprès de personnes de 50-74 ans en situation de handicap, et accueillies en établissement médico-social. Un second volet d'action mobilise des dispositifs d'accès direct à des dépistages dans des territoires présentant des problématiques d'accès territorial ou social (« Mammobus » expérimenté en Occitanie et en Ile-de-France). Une initiative intéressante engagée par le CRCDC des Hauts-de-France porte sur la formation de « personnes relais » sur les enjeux associés au dépistage.

Les indicateurs de pilotage actuellement utilisés, qui ne sont pas agrégés au niveau national pour appuyer les ARS dans leur dialogue de gestion, permettent par ailleurs de constater l'hétérogénéité du niveau de dotation des CRCDC au regard de leur activité mesurée (cf. tableau 11). Ces écarts entre les moyens mobilisés et le niveau d'activité ne sont pas corrélés au volume global de l'activité de dépistage organisé dans la région.

Les entretiens complémentaires engagés auprès de plusieurs ARS permettent par ailleurs de confirmer que la situation des CRCDC conduit au moins 2 régions (Grand Est et Nouvelle-Aquitaine) à désigner un nouvel opérateur de coordination du dépistage organisé des cancers dans la région en 2026.

Tableau 11 : indicateurs d'activité de plusieurs CRCDC en 2024

	Hauts-de-France	Bourgogne-Franche Comté	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Nouvelle-Aquitaine	Normandie	Auvergne-Rhône Alpes
Population dépistée (cancer du sein)	210 789	108 477	156 993	135 292	273 230	140 079	318 799
Coût unitaire d'une personne dépistée (cancer du sein hors mammographie)	20,71 €	21,74 €	18,06 €	21,30 €	26,35 €	19,10 €	19,44 €
Population dépistée (cancer colorectal)	209 382	149 341	188 718	193 409	330 275	158 550	435 086
Coût unitaire d'une personne dépistée (cancer colorectal)	6,24 €	6,80 €	4,16 €	6,69 €	7,93 €	5,53 €	5,11 €
Population dépistée (cancer du col de l'utérus)	274 990	137 000	145 718	13 246	224 728	NA	129 386
Coût unitaire d'une personne dépistée (cancer du col)	4,28 €	4,47 €	4,14 €	55,78 €	10,44 €	NA	12,01 €

Source : *rapports régionaux APACCHE*

L'appréciation du niveau de performance des CRCDC nécessiterait d'adapter les indicateurs de pilotage, au vu de l'évolution de leurs missions. Des indicateurs prioritaires pourraient notamment porter sur l'appréciation de l'impact des actions d'« aller-vers » (nombre de dépistages complémentaires engagés), et d'indicateurs relatifs à l'accompagnement des personnes dont le dépistage est positif (part d'examens complémentaires réalisés, délais pour le recontact et la réalisation de ces examens complémentaires).

Encadré 1 : Estimation des pistes d'efficience à mobiliser sur le FIR dans le cadre du dialogue de gestion avec les ARS

Les leviers d'efficience identifiés ci-dessous sont associés à une estimation forfaitaire des marges potentielles. Ces estimations forfaitaires, associées à une fourchette basse (**16,1 M€)** et une fourchette haute (**30,5 M€)**, devront être affinées dans le cadre d'un dialogue de gestion spécifique avec chaque ARS :

- l'optimisation des moyens consacrés par les GRADeS au déploiement de services régionaux (qui représentent 84 M€), par la mutualisation de certains services au niveau national, pourrait représenter une efficience de 3 % à 5 % à court terme, soit entre **2,5 M€ et 4 M€ ;**
- une réévaluation du cadre d'action des associations Promotion Santé pour les recentrer sur l'accompagnement et le déploiement d'actions probantes pourrait conduire à un ajustement de leur financement actuel (36 M€), notamment pour ce qui concerne les actions de formation et de communication sur des thématiques diverses ;
- trois leviers différents pourraient être mobilisés pour tirer les conséquences de la constitution des DAC et dispositifs spécifiques régionaux (DSR), et des difficultés de fonctionnement constatés dans plusieurs régions sur les CRCDC :
  - les ARS devraient réinterroger de façon systématique le maintien de certains ex-réseaux de santé en dehors de ces nouvelles structures[30], en fonction du service rendu auprès de la population ou des professionnels de santé. Ces structures représenteraient un montant de 40 M€ en 2024, une optimisation entre **5 M€ et 10 M€** pourrait être envisagée ;
  - le rapprochement des DSR cancérologie et des CRCDC, engagée dans plusieurs régions[31], devrait permettre de consolider le fonctionnement de ces structures de petite taille (souvent moins de 10 ETP), et les recentrer sur l'atteinte d'objectifs opérationnels (déploiement du dossier cancérologie communicant, recontact rapide de l'ensemble des personnes dont le résultat du dépistage obligatoire est positif, mobilisation de groupes de publics identifiés pour réaliser des dépistages de façon innovante) ;
  - l'examen d'un échantillon de DAC dits « généralistes » présente des variations fortes entre leur dotation et le nombre de personnes accompagnés de 1 à 4. Une réinterrogation systématique de leur dotation devrait porter sur les ressources consacrées au volet « animation territoriale » qui mobilisent d'autres acteurs (CPTS, unions régionales des professions de santé…), ainsi que sur les spécificités liées aux modalités d'accompagnement (notamment accompagnement au long cours de personnes éloignées du système de soins et soins palliatifs). Sur une base de 180 M€, une efficience forfaitaire de l'ordre de 2 % à 5 % représenterait entre **3,6 M€ et 9 M€ ;**
- l'examen d'un échantillon de CeGIDD montre de forts écarts entre le niveau de dotation des CeGIDD et leur activité de consultation globale, qui s'expliquent davantage par le faible niveau de consultations de certains sites ou antennes, plutôt que par des surcoûts liés à l'achat de produits de santé ou à la réalisation d'examens de biologie médicale. L'optimisation du maillage territorial, notamment en rapprochant les sites avec une faible activité de structures comme les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), pourrait réduire ces surcoûts observés. L'optimisation pourrait être estimée dans une fourchette entre **1 M€** et **3,5 M€** (1 % à 5 % des dotations globales) ;
- une partie du financement du FIR sur les CPTS semble relever d'appel à projets, sur des thématiques similaires aux actions financées dans le champ conventionnel. Une révision systématique de ces actions, et du niveau de trésorerie des structures concernées, concernerait un périmètre de l'ordre de **4 M€.**

[30] Une telle démarche a par exemple été engagée en 2024-2025 à la Réunion pour le réseau « addictions », après audit externe

[31] Martinique, la Réunion notamment.

ANNEXE VIII

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS MINISTÉRIELS 1

1.1. Cabinet du Premier ministre 1

1.2. Cabinet de la ministre de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées 1

1.3. Cabinet de la ministre de l'action et des comptes publics 1

2. ADMINISTRATIONS CENTRALES 1

2.1. Ministère de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées 1

2.1.1. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) .. 1

2.1.2. Direction générale de la santé (DGS) 2

2.1.3. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 2

2.1.4. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) 2

2.1.5. Direction de la sécurité sociale (DSS) 2

2.1.6. Direction du numérique en santé (DNS) 2

2.1.7. Contrôleur budgétaire, comptable ministériel (CBCM) 3

2.2. Ministère de l'action et des comptes publics 3

2.2.1. Direction du budget (DB) 3

3. PARLEMENTAIRES 3

3.1. Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale 3

3.2. Commission des affaires sociales du Sénat 3

4. ETABLISSEMENTS PUBLICS 3

4.1. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) 3

4.2. Caisse primaire d'assurance Maladie (CPAM) de l'Hérault 3

4.3. Caisse primaire d'assurance Maladie (CPAM) de Loir et Cher 4

4.4. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 4

4.5. Santé Publique France (SPF) 4

5. AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ 4

5.1. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes 4

5.2. Agence régionale de santé Centre-Val de Loire 4

5.3. Agence régionale de santé de Corse 5

5.4. Agence régionale de santé du Grand-Est 5

5.5. Agence régionale de santé de Guyane 5

5.6. Agence régionale de santé des Hauts-de-France 5

5.7. Agence régionale de santé d'Île-de-France 5

5.8. Agence régionale de santé de Guadeloupe 5

5.9. Agence régionale de santé de Martinique 5

5.10.. Agence régionale de santé de La Réunion 5

5.11.. Agence régionale de santé de Mayotte 6

5.12.. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine 6
5.13.. Agence régionale de santé d'Occitanie 6

6. PROFESSIONNELS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 6

6.1. Centre-Val de Loire 6
6.1.1. Centre hospitalier de Bourges 6
6.1.2. Centre hospitalier de Châteaudun 7
6.1.3. Centre hospitalier universitaire de Tours 7
6.1.4. Contrat local de santé, ville de Châteauroux 7
6.1.5. Réseau périnatalité 7

6.2. Occitanie 7
6.2.1. Centre hospitalier universitaire de Montpellier 7
6.2.2. Centre hospitalier Fanny Ramadier 7
6.2.3. Institut du Cancer de Montpellier 7

7. ASSOCIATIONS 7

7.1. Addiction France 7
7.2. Association de lutte contre le sida (AIDES) 8
7.3. Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Occitanie 8
7.4. Groupement d'entraide mutuelle Cap Bannier 8
7.5. Lozère Avenir Santé 8
7.6. Réseau OncoOccitanie 8

8. FÉDÉRATIONS 8

8.1. Fédération promotion santé 8
8.2. Fédération des acteurs de la coordination en santé (FACS) 8
8.3. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) 9
8.4. Fédération hospitalière de France (FHF) 9
8.5. Fédération des unions régionales des professionnels de santé (URPS) de Centre-Val de Loire 9
8.6. Fédération des acteurs de la coordination en santé (FACS), Occitanie 9
8.7. Fédération nationale des centres de santé (FNCS), délégation régionale d'Occitanie 9

1. Cabinets ministériels

1.1. Cabinet du Premier ministre

- M. Aymeric Morin, chef du pôle social ;
- M. Sébastien Delescluse, conseiller santé ;
- M Jean Benoît Eymeoud, conseiller macroéconomie et politiques publiques ;
- M. Paul Dejean de la Bâtie, conseiller budgétaire.

1.2. Cabinet de la ministre de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées

- M. Stéphane Mulliez, directeur adjoint de cabinet ;
- M. Artus de Cormis, conseiller santé ;
- M. Louis Culot, conseiller financement du système de santé et produits de santé.

1.3. Cabinet de la ministre de l'action et des comptes publics

- M. Louis Nouaille-Degorce, conseiller en charge des comptes sociaux et des questions européennes.

2. Administrations centrales

2.1. Ministère de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées

2.1.1. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

- Mme Virginie Magnant, secrétaire générale ;
- Mme Sophie Lebret, secrétaire générale ;
- M. Yann Debos, chef du pôle santé ARS ;
- M. Nicolas Jouve, chef de projet au pôle santé ARS ;
- Mme Philippine Dauteil, cheffe de projet au pôle santé ARS.

2.1.1.1. Direction des finances, achats et services (DFAS)

- Mme Claire Gasançon, directrice de la direction des finances, achats et services ;
- M. Samuel Debuys, chef du bureau des ARS ;
- Mme Valérie Deloge, cheffe de projet ;
- M. Juien Maidon, sous-direction des affaires financières ;
- Mme Valérie Garnier, direction des affaires financières.

2.1.1.2. Direction du numérique (DNUM)

- M. Marc Daunis, adjoint à la directrice du numérique ;
- Mme Annick le Pape, adjointe à la cheffe de service de la directrice du numérique ;
- Mme Camille Dalmasso, cheffe de projet STARS FIR.

2.1.1.3. Dispositif « article 51 »

- Mme Cécile Lambert, rapporteure générale de l'article 51.

2.1.2. Direction générale de la santé (DGS)

- Mme Sarah Sauneron, directrice générale adjointe de la santé ;
- M. Patrick Ambroise, adjoint à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques (SP) ;
- M. Quentin de Pellegars, chef de la mission synthèse et coordination (MSC) ;
- Mme Manon Wailly, responsable FIR et dispositifs article 51.

2.1.3. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Julie Pougheon, directrice générale adjointe de l'offre de soins ;
- Mme Céline Faye, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé ;
- Mme Olivia Branco, adjointe au chef de bureau.

2.1.4. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- M. Benjamin Voisin, chef du service des politiques sociales et médico-sociales ;
- Mme Emmanuelle Seguy Gard, adjointe au sous-directeur de l'autonomie ;
- M. Michel Anrijs, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation.

2.1.5. Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Mme Capucine Grégoire, adjointe à la sous directrice du financement du système de soins ;
- Mme Charlotte Legresy, cheffe du bureau 1A, Etablissements de santé et établissements médico-sociaux ;
- Mme Gaelle Bregeron, cheffe de bureau adjointe du bureau 1A ;
- M. Mayacine Mbaye, conseiller-expert « synthèse budgétaire du financement des établissements de santé et du FIR ».

2.1.6. Direction du numérique en santé (DNS)

- M. Ducoeur Mafouana, secrétaire général ;
- Mme Diane Josselin, chargée de mission budget et maîtrise des risques ;

2.1.7. Contrôleur budgétaire, comptable ministériel (CBCM)

- M. Philippe Sauvage, contrôleur budgétaire et comptable ministériel ;
- Mme Guenaelle Laudy, département du contrôle budgétaire.

2.2. Ministère de l'action et des comptes publics

2.2.1. Direction du budget (DB)

- Mme Elise Delaitre, sous-directrice de la 6ème sous-direction ;
- M. David Bethoux, chef du bureau santé et comptes sociaux ;
- M. Pierre-Louis Pousse, adjoint au chef du bureau santé et comptes sociaux, ;
- Mme Clotilde Vitou, adjointe au chef du bureau solidarité et insertion.

3. Parlementaires

3.1. Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

- M. Frédéric Valletoux, président.

3.2. Commission des affaires sociales du Sénat

- M. Philippe Mouiller, président ;
- Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie.

4. Etablissements publics

4.1. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

- Mme Stéphanie Deschaume, directrice adjointe aux assurés ;
- Mme Aurélie Olivier, directrice adjointe de l'offre de soins ;
- Mme Manon Flandrois, directrice de cabinet à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;
- Mme Sophie Chaussinand, directrice de cabinet à la direction déléguée de l'audit des finances et de la lutte contre la fraude ;
- M. Arnaud Maurer, directeur adjoint audit et finances ;
- Mme Antinéa Lladser, responsable comptable et financière ;
- Mme Najma Abidar, manager comptable et financière.

4.2. Caisse primaire d'assurance Maladie (CPAM) de l'Hérault

- Mme Noémie Bonnet Aldigier, sous directrice régulation et accompagnement des acteurs.

4.3. Caisse primaire d'assurance Maladie (CPAM) de Loir et Cher

- M. Sebastien Martigue, directeur ;
- Mme Nathalie Turpin, adjointe au directeur, en charge de la prévention.

4.4. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- M. Maelig Le Bayon, directeur général ;
- M. Olivier Paul, directeur du financement de l'offre ;
- M. Hugues Belaud, responsable du pôle prévisions, répartition et suivi des financements ;
- Mme Stéphanie Arzel, cheffe de projet FIR.

4.5. Santé Publique France (SPF)

- Mme Caroline Semaille, directrice générale ;
- Mme Marie-Anne jacquet, directrice générale adjointe ;
- M. Yann Le Strat, directeur scientifique ;
- Mme Marie Malikité Alima, directrice de cabinet ;
- M. Didier Che, directeur des régions ;
- Mme Ami Yamada, adjointe au directeur des régions.

5. Agences régionales de santé

5.1. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

- Mme Cécile Courrèges, directrice générale ;
- M. Igor Buscarte, directeur général adjoint ;
- M. Xavier Boulanger, secrétaire général ;
- Mme Patricia Salomon, directrice déléguée prévention et protection de la santé ;
- Mme Cécile Behaghel, directrice de l'offre de soins ;
- M. Antoine Gini, directeur de la stratégie et des parcours ;
- Mme Aurore Peyron, responsable du service FIR.

5.2. Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

- M. Bertrand Moulin, directeur général adjoint ;
- Mme Armelle Quinty, directrice du groupement régional e-santé (GRADES) ;
- M. Matthieu Lemarchand, directeur de la stratégie ;
- Mme Clémence Charasse, responsable de la synthèse à la direction de la stratégie ;
- M. Thierry Teroy, référent FIR à la direction de la stratégie ;
- M. Jean-Christophe Camboroure, directeur de la santé publique et de l'environnement ;
- M. Eric Van Wassehove, directeur de l'offre médico-sociale ;
- Mme Catherine Lacoue, chargée de mission FIR à la direction de l'offre médico-sociale ;

- M. Cédric Maréchal, directeur de l'offre sanitaire ;
- M. Thibaut Aroumi, directeur du financement de l'offre sanitaire.

5.3. Agence régionale de santé de Corse

- Mme Marie-Hélène Lecenne, directrice générale ;
- Mme Marie-Pia Andreani, directrice générale adjointe.

5.4. Agence régionale de santé du Grand-Est

- M. Mili Spahic, directeur général adjoint ;
- M. Gilles Clément, agent comptable.

5.5. Agence régionale de santé de Guyane

- Mme Myriam Chanteur, directrice générale adjointe par intérim ;
- M. Joannel Smock, responsable pilotage et gestion du FIR.

5.6. Agence régionale de santé des Hauts-de-France

- M. Hugo Gilardi, directeur général.

5.7. Agence régionale de santé d'Île-de-France

- M. Denis Robin, directeur général ;
- M. Laurent Pellen, directeur adjoint de cabinet ;
- M. Charles Rigaud, directeur adjoint de la protection et de l'autonomie.

5.8. Agence régionale de santé de Guadeloupe

- M. Laurent Legendart, directeur général ;
- Mme Valérie Messegue, cheffe du service financier ;
- M. Arnaud Boulet, directeur financier et agent comptable.

5.9. Agence régionale de santé de Martinique

- M. Yves Servant, directeur général ;
- M. Guillaume Gobenceaux, directeur général adjoint ;
- Mme Gaelle Dizi, secrétaire générale ;
- Mme Jessica Parizo, directrice financière et agente comptable.

5.10. Agence régionale de santé de La Réunion

- M. Jean-Jacques Coiplet, directeur général ;

- M. Etienne Billot, directeur général adjoint.

5.11. Agence régionale de santé de Mayotte

- M. Sergio Albarello, directeur général ;
- M. Jean-Marc Dollais, secrétaire général ;
- Mme Charline Herbel, cheffe de cabinet.

5.12. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine

- Mme Julie Dutauzia, directrice adjointe de cabinet de la direction générale ;
- Mme Dominique Bourgeois, directrice adjointe de la protection de la santé et de l'autonomie ;
- Mme Nathalie Parez, spécialiste en santé publique ;
- M. Yoann Lafon, directeur délégué du financement de l'autonomie et de la prévention ;
- M. Philippe Naty-Daufin, directeur délégué à la prévention et la promotion de la santé ;
- M. Solène Weidner, coordinatrice du centre de ressources national en appui aux ARS ultramarines ;
- Mme Elise Seguineau, référente financement au centre de ressources national en appui aux ARS ultramarines.

5.13. Agence régionale de santé d'Occitanie

- M. Didier Jaffre, directeur général ;
- M. Joffrey Henric, directeur général adjoint ;
- M. Julien Kramarz, directeur de cabinet du directeur général ;
- M. Pascal Durant, directeur du premier recours ;
- Mme Julie Sanger, directrice de l'offre de soins et de l'autonomie ;
- Mme Catherine Choma, directrice de la santé publique ;
- M. Philippe Merrichelli, directeur des droits des usagers, des affaires juridiques et de l'inspection qualité ;
- Mme Suzanne Fabrègue, directrice départementale du Gard ;
- M. Xavier Marette, directeur départemental de Lozère ;
- Mme Cendrine Blazy, directrice départementale du Tarn ;
- Mme Stéphanie Maciotta, cheffe de l'unité finances ;
- M. Laurent Schmitt, président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) d'Occitanie ;
- Mme Anaelle Varvoux, chargée de mission démocratie en santé.

6. Professionnels et établissements de santé

6.1. Centre-Val de Loire

6.1.1. Centre hospitalier de Bourges

- M. Rémi Fauquembergue, directeur.

6.1.2. Centre hospitalier de Châteaudun

- Mme Anne Constantin, directrice.

6.1.3. Centre hospitalier universitaire de Tours

- Mme Camille Bretagne, secrétaire générale ;
- Dr Zoha Maakaroun-Vermesse, cadre de santé à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- Mme Aurélie Macret, cadre de santé à la PASS.

6.1.4. Contrat local de santé, ville de Châteauroux

- Mme Corinne Bordin-Lherpinière, coordinatrice.

6.1.5. Réseau périnatalité

- M. Antoun Souhaid, président ;
- Dr. Jérôme Potin, coordinateur en charge des transferts ;
- Mme Marie-Carole Baude, coordinatrice.

6.2. Occitanie

6.2.1. Centre hospitalier universitaire de Montpellier

- Mme Vanina Duwoye, directrice des affaires financières, de la contractualisation interne et des admissions.

6.2.2. Centre hospitalier Fanny Ramadier

- Mme Mery Cathy, directrice.

6.2.3. Institut du Cancer de Montpellier

- M. Sébastien Lacroix, directeur financier ;
- M. Matthieu Bourlan, chargé de prévention cancer.

7. Associations

7.1. Addiction France

- Mme Nivert Boudou, directrice régionale Occitanie ;

- Mme Pauline Martin, directrice régionale prévention Occitanie.

7.2. Association de lutte contre le sida (AIDES)

- M. Marc Dixneuf, directeur général ;
- M. Fabrice Pilorge, directeur du plaidoyer ;
- Mme Juliette Sueres, ancienne DAF de la structure, directrice stratégie réseau ;
- M. Hervé Richeau, directeur de la direction opérationnelle.

7.3. Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Occitanie

- M. Jonathan Plantrou, directeur régional délégué ;
- M. Arthur Contenssou, coordinateur régional.

7.4. Groupement d'entraide mutuelle Cap Bannier

- Mme Paule Assourd, présidente de l'association Cap Bannier ;
- Mme Sylvie Weigel, présidente du groupement ;
- Mme Viviane Colinet, vice-présidente du groupement ;
- M. Jean-Christian Marché, secrétaire du groupement.

7.5. Lozère Avenir Santé

- Mme Christelle Gely, trésorière ;
- M. Fabien Balbacueur, vice-président.

7.6. Réseau OncoOccitanie

- Mme Bruna Alves de Rezende, directrice ;
- Mme Nathalie Messaut, responsable gestion et budget.

8. Fédérations

8.1. Fédération promotion santé

- Mme Christine Ferron, déléguée générale ;
- M. Eric Brunie, président promotion santé Nouvelle-Aquitaine ;
- Mme Karyne Pierre-Louis, directrice Martinique ;
- M. Didier Chatot Henry, président promotion santé Martinique et secrétaire général.

8.2. Fédération des acteurs de la coordination en santé (FACS)

- M. Bertrand Marant, responsable administratif et financier ;
- Mme Marion Bru, directrice de la DAC 33 ;

- M. Eddy Habib, responsable de la rédaction ;
- M. Arnaud Claquin, président de la FACS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

8.3. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

- M. Antoine Fraysse, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie ;
- M. Arnaud Joan-Grange, directeur de l'offre de soin et de la coordination des parcours de santé.

8.4. Fédération hospitalière de France (FHF)

- Mme Cécile Chevance, responsable du pôle OFFRES ;
- Mme Alexandra Liparo, responsable adjointe du pôle OFFRES ;

8.5. Fédération des unions régionales des professionnels de santé (URPS) de Centre-Val de Loire

- M. Morgan Colas, président.

8.6. Fédération des acteurs de la coordination en santé (FACS), Occitanie

- M. Boris Duponchel, secrétaire général.

8.7. Fédération nationale des centres de santé (FNCS), délégation régionale d'Occitanie

- Mme Elodie Brun-Mandon, animatrice réseau et d'actions territoriales.

FICHES

FICHE N°1

Nouveau modèle du rapport annuel au Parlement, année N

SOMMAIRE

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU FIR 1

1.1. Enjeux et objectifs du FIR 1

1.2. Les missions du FIR 2

1.3. Le cadre de gouvernance et son pilotage 2

2. BILAN D'EXÉCUTION DE L'ANNÉE N 2

2.1. Exécution selon la nomenclature FIR 2

2.2. Respect de la protection/sanctuarisation des crédits 3

2.3. Comparaison de la répartition des montants exécutés sur le FIR par mission entre ARS *4*

2.3.1. Montant des crédits exécutés en année N par ARS ; 4

2.3.2. Répartition, en parts, des crédits du FIR par mission et par ARS en année N *4*

2.4. Qui sont les bénéficiaires du FIR 5

3. DOTATION DU FIR 6

3.1. Construction de l'enveloppe et périmètre du FIR 6

3.1.1. Les mesures d'efficience prises pour l'année *6*

3.1.2. Les mesures nouvelles ou renforcées en année N *8*

3.1.3. Les effets de périmètre initiaux et en gestion (avec descriptif des mesures les plus importantes) *7*

3.1.4. Récapitulatif de la construction de l'enveloppe du FIR *8*

3.2. Ressources et répartition régionale des dotations 1

3.2.1. Les ressources du FIR pour l'année N *1*

3.2.2. Répartition des dotations entre ARS *1*

3.2.3. La mise en place d'un nouveau mécanisme de péréquation sur le FIR *3*

4. LE FIR UN OUTIL LOCAL ET PARTENARIAL 3

4.1. La vision territoriale des financements du FIR 3

4.2. Financements des ARS vers les collectivités 3

5. FOCUS PAR MISSION (À RÉPLIQUER POUR CHAQUE MISSION) 3

5.1. Ventilation des dépenses par destinations au sein de la mission 3

5.2. Ventilation de la part de chaque sous mission dans les financements des ARS ...**Erreur ! Signet non défini.**

5.3. Evaluation de dispositifs financés 4

5.3.1. Evaluation de dispositifs « obligatoires », donc pilotée par le national *4*

5.3.2. Exemple de résultat d'évaluation de quelques dispositifs régionaux (à identifier et à choisir chaque année) *4*

5.4. Focus aide en trésorerie et à l'investissement [à ajouter pour la mission n° 4] 5

5.4.1. Aides à l'investissement *5*

5.4.2. Aides à la trésorerie *5*

6. BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES 5

7. ANNEXES 6

7.1. Sigles utilisés (reprendre les éléments du rapport actuel) 6

7.2. Références juridiques relatives au FIR (reprendre les éléments du rapport actuel) 6

7.3. Le FIR au service des priorités du PRS **7**

8. PIÈCES JOINTES ET SUPPORTS PROPOSÉS PAR LA MISSION 6

8.1. Proposition de nomenclature NAF à appliquer aux bénéficiaires du FIR 6

Encadré 1 : Un nouveau modèle de rapport annuel pour le FIR

Le fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé (ARS) joue un rôle clé dans le financement et la mise en œuvre des politiques de santé au niveau territorial. Face à l'évolution des besoins sanitaires et à la nécessité d'une gestion toujours plus rigoureuse des deniers publics, la refonte du rapport d'activité du FIR s'inscrit dans une démarche tournée vers la transparence, la lisibilité et l'utilité opérationnelle.

Ce nouveau modèle de rapport vise à offrir une vision claire et synthétique de l'allocation des ressources, sur la base de l'exploitation des données déjà remontées en routine via STARS FIR, des actions soutenues et de leurs résultats, afin de répondre aux attentes des professionnels de santé, des partenaires institutionnels et des citoyens. Les exemples d'évaluation devront faire l'objet d'une collecte ad hoc chaque année.

L'enjeu est double :

- renforcer la confiance dans l'action publique en garantissant une information accessible, complète et fiable et ;
- faire de ce rapport un outil au service de la décision et de l'amélioration continue des dispositifs de santé.

En mettant l'accent sur la pédagogie, la traçabilité des financements et l'évaluation des impacts, ce rapport entend également faciliter la coordination entre les acteurs locaux et contribuer à l'efficacité des politiques régionales de santé. Il s'agit ainsi de faire du FIR un levier plus performant pour répondre aux défis sanitaires des territoires.

Les ajouts proposés sont le fruit d'une concertation avec des élus, des bénéficiaires du FIR, les ARS et les directions d'administrations centrales concernées. Ils portent notamment sur :

- le périmètre du FIR et ses effets sur la construction de l'enveloppe budgétaire ;
- la dotation FIR par habitant et la mise en place d'un mécanisme de péréquation ;
- la vérification du respect de l'exécution des crédits protégés et sanctuarisés ;
- la dimensions locale et partenariale du FIR ;
- des éléments de comparaison entre ARS sur les pratiques, les montants alloués et la répartition des dépenses du FIR entre les différentes missions qu'il finance ;
- un focus sur les aides à l'investissement et les aides en trésorerie ;
- un recensement et mutualisation des bonnes pratiques identifiées dans les ARS.

Source : Mission.

Concernant la transmission aux parlementaires et élus, une attention particulière pourra être portée, dans une note synthétique jointe à la transmission du présent rapport d'activité, à la lisibilité et transparence sur les quatre points suivants :

- *la ventilation des missions entre les différentes ARS ;*
- *la comparabilité entre ARS ;*
- *les mesures nouvelles ;*
- *le fonctionnement et les effets de la péréquation.*

1. Présentation générale du FIR

1.1. Enjeux et objectifs du FIR

La présente sous-partie permet de fixer le cadre général du fonctionnement du FIR. Elle précise les intentions du législateur au moment de la création du FIR, les avantages qu'il présente pour les ARS et les usages qu'elles peuvent en faire.

Les éléments présentés, dans la partie « Enjeux et objectifs du FIR » du rapport annuel existant, peuvent être conservés. Une attention particulière pourra être portée sur le dimension financement d'amorçage du FIR.

1.2. Les missions du FIR

La présente sous partie permet de rappeler les missions du FIR telles que prévues par la loi. Les éléments présentés, dans la partie « Les missions du FIR » du rapport annuel, peuvent être conservés.

1.3. Le cadre de gouvernance et son pilotage

La présente sous-partie permet de rappeler le cadre de gouvernance et de pilotage du FIR. Elle évoque le rôle du CNP, des différentes instances de pilotage du FIR, le rôle du SGMAS et le cadre budgétaire appliqué au FIR.

Les éléments présentés, dans la partie « Le cadre de gouvernance et de pilotage du FIR » du rapport annuel existant, peuvent être conservés et être actualisés au regard de la mise en œuvre des propositions de la mission concernant la réforme du pilotage national.

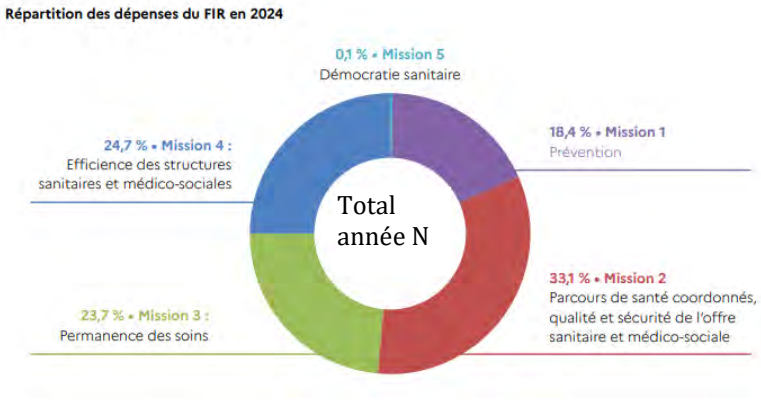
2. Bilan d'exécution de l'année N

2.1. Exécution selon la nomenclature FIR

Au global, la répartition des crédits du FIR entre les missions peut être présentée, comme dans le rapport tel qu'il existe actuellement :

- *Sous la forme d'une figure présentant la part, en année N, de chaque mission dans le total, en affichant au centre le montant total des crédits exécutés ;*

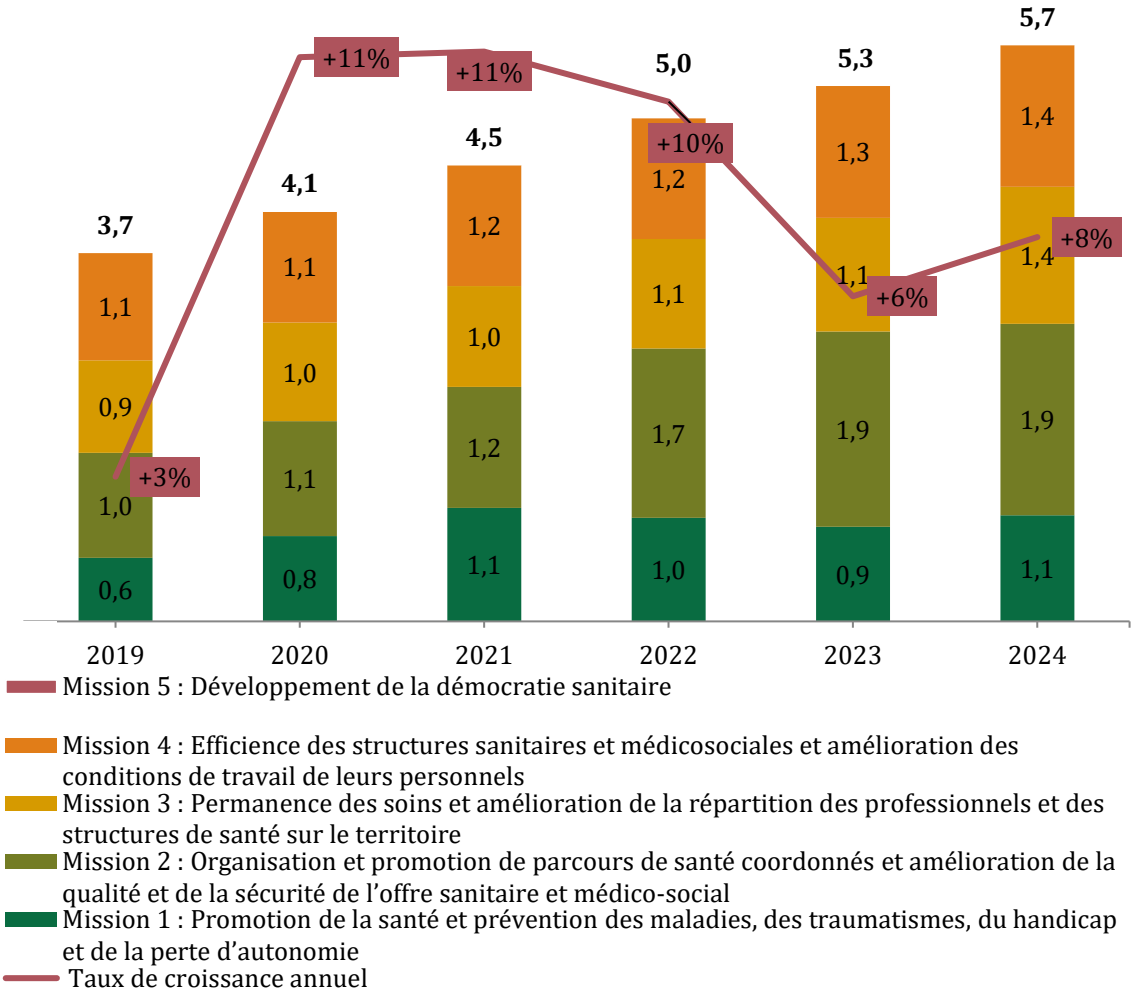
Figure 1 : Répartition des crédits exécutés sur le FIR



Source : Base de données HAPI.

- *L'évolution sur les cinq dernières années, comme sur le graphique 5, avec le taux de croissance annuel du FIR et le montant total.*

Graphique 1: crédits de paiement exécutés et taux de croissance annuel du FIR sur la période 2019-2024



Source : Base de données HAPI.

2.2. Comparaison de la répartition des montants exécutés sur le FIR par mission entre ARS

2.2.1. Montant des crédits exécutés en année N par ARS ;

La présente sous-partie vise à donner les montants exécutés par ARS par mission pour l'année N. Elle permet de compléter, par des données brutes, la sous-partie suivante sur la répartition des crédits par missions au sein des ARS concernées en année N.

Tableau 1 : Montant des crédits exécutés en CP pour l'année N(en M€)

ARS	Mission 1				Mission 5	Total
ARS 1						

Source : Base de données HAPI.

2.2.2. Répartition, en parts, des crédits du FIR par mission et par ARS en année N

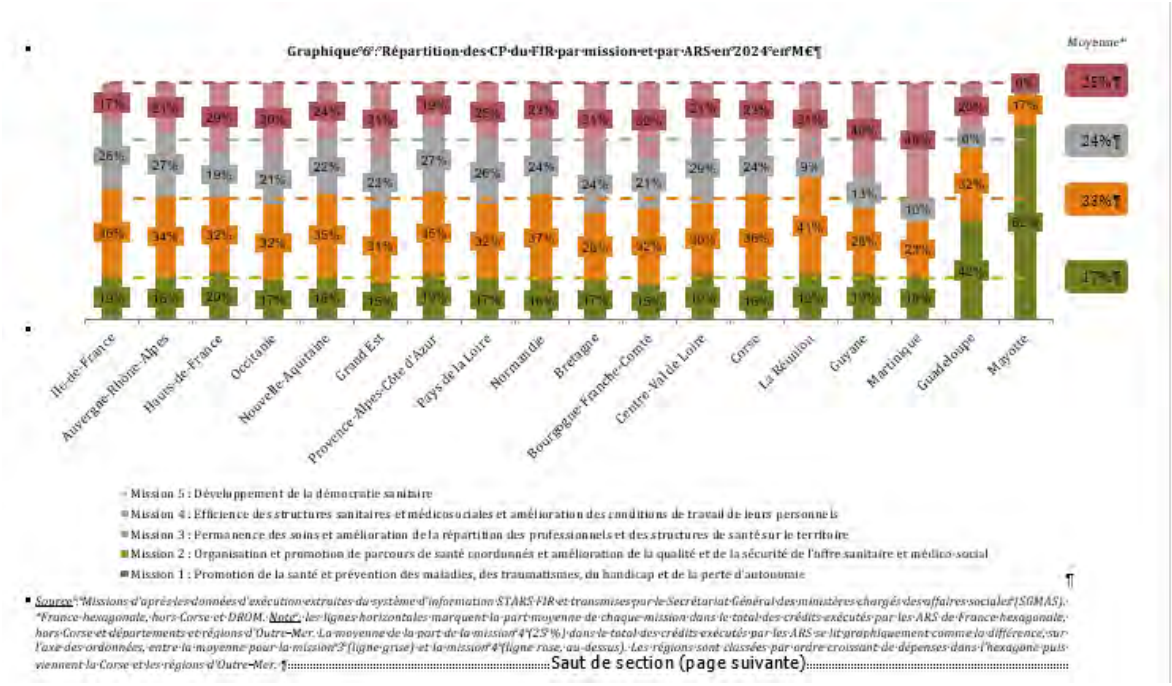
Cette sous-partie vise à comparer les différents usages de crédits FIR entre ses missions par les différentes ARS. A cet effet, le modèle du graphique 6 devra être mis à jour annuellement.

Outre les données chiffrées présentées dans le graphique 6, le présent rapport devra faire état d'éléments permettant de contextualiser et justifier :

- *Les pratiques différenciées entre ARS et grandes tendances ;*
- *Les atypies majeures dans l'utilisation du FIR, à la maille la mission, dans certaines ARS.*

Concernant les atypies, des éléments contextuels et qualitatifs doivent être apportés pour comprendre des situations spécifiques, notamment celles des départements et régions d'Outre-Mer.

Graphique 2 : Répartition des CP du FIR par missions et par ARS en 2024



2.3. Respect de la protection/sanctuarisation des crédits

Les crédits du FIR sont réputés fongibles, ce qui signifie que les ARS ont la possibilité juridique de redéployer librement les crédits qui leur sont affectés au sein des différentes missions financées dans le cadre du FIR. Cette absence de « fléchage » impératif offre ainsi aux ARS la possibilité de s'écarter de l'utilisation historique des crédits pour les redéployer au profit de l'amplification du financement de dispositifs existant, de l'accompagnement d'initiatives ou innovations régionales, voire de réponses à des situations d'urgence. Cette fongibilité est limitée juridiquement par le mécanisme de protection des enveloppes de crédits « prévention » et « médico-social », parfois appelé « fongibilité asymétrique », et par la sanctuarisation par la loi de crédits dévolus à certains dispositifs. Elle est également limitée, à la marge, du fait du besoin de mobilisation du FIR au profit de dispositifs dont le niveau de financement est fixé au niveau national (par exemple dans le cas des appels à projets pilotés au niveau national). Enfin, elle est structurellement contrainte du fait de la nature des dispositifs financés par le FIR. Celle-ci génère des besoins de financement incompressibles ou fortement rigides.

Des dispositifs financés par le FIR peuvent, par exception aux principes de fongibilité, être sanctuarisés par la loi. Dans ce cadre, les ARS sont tenues d'allouer les crédits fléchés aux dispositifs concernés. La présente partie vise à assurer le rendu compte du bon déploiement de ces actions, à la main des ARS mais qu'elles doivent obligatoirement déployer.

Tableau 2 :

ARS	Dotation protégée prévention	Exécution prévention	Dotation protégée médico-social	Exécution protégée médico-social	Dotation sanctuarisée	Crédits sanctuarisés exécutés
ARS 1						
ARS 2						

Source : Bose de données HAPI.

2.4. Qui sont les bénéficiaires du FIR

Encadré 2 : La caractérisation des bénéficiaires par nomenclature NAF

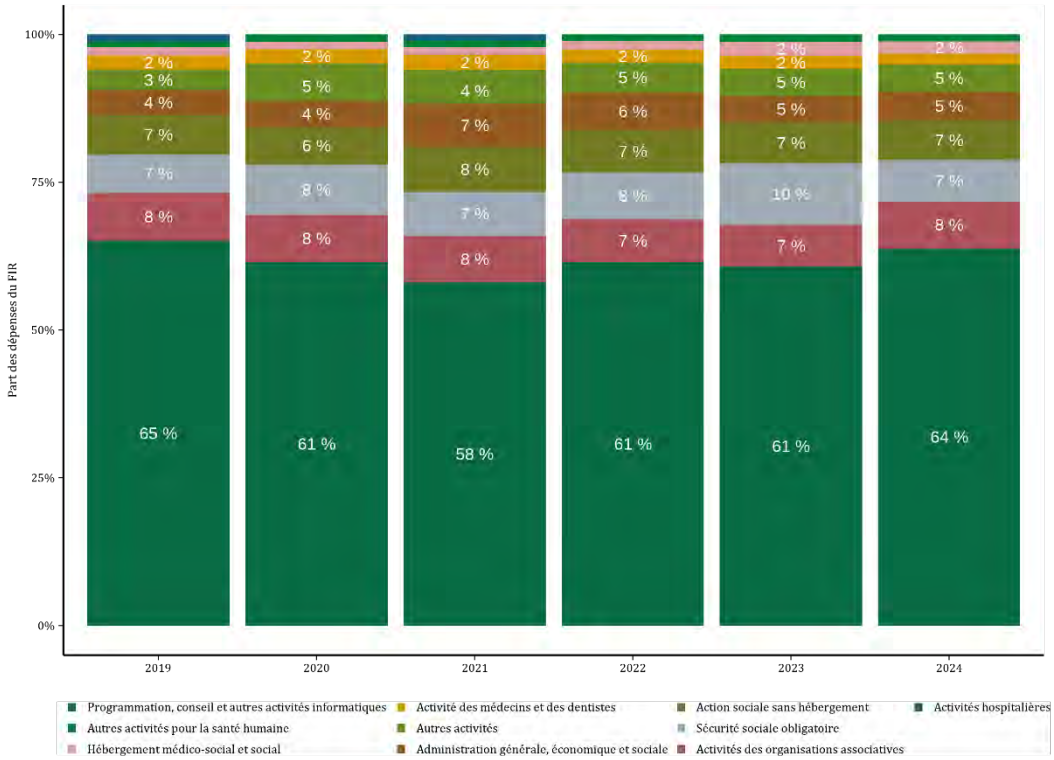
La caractérisation des bénéficiaires présentée a été effectuée à partir de la base de données Sirene grâce à la table de correspondance annexée au présent rapport (Cf. 7.1).

A terme, le pilotage national pourrait, sur la base d'une analyse en opportunité, retenir un indicateur qui lui semblerait plus pertinent pour caractériser les bénéficiaires du FIR.

Source : Mission.

La présente partie vise à avoir une vision globale des bénéficiaires du FIR. Sur la base d'une nomenclature NAF à façon, proposée par la mission (Cf. encadré 4), le pilotage national pourrait mettre à jour annuellement le graphique 7 afin d'avoir une vision statique pour l'année N et dynamique sur la période N-5/N.

Graphique 3 : Répartition des dépenses du FIR selon l'activité NAF des bénéficiaires



Source : Mission, d'après données de la base HAPI et de la base Sirene. Note : Les autres activités rassemblent la nomenclature NAF « autres sections », les activités qui représentent moins de 1 % des dépenses et les valeurs manquantes.

3. Dotation du FIR

3.1. Construction de l'enveloppe et périmètre du FIR

3.1.1. Les effets de périmètre initiaux et en gestion (avec descriptif des mesures les plus importantes)

Le FIR est sujet à de nombreux effets de périmètre qui brouillent sa lisibilité et la comparaison de son évolution à la progression de l'ONDAM et de ses sous-objectifs.

Si les mesures de périmètre décidées en budgétisation initiales sont présentées dans l'annexe V au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), les mesures de périmètres imputées au FIR en cours de gestion restent peu ou pas suivies. Le tableau 4 pourrait retracer ces mesures de périmètre intervenues en budgétisation initiale et en cours de gestion afin de permettre de reconstituer le montant de l'évolution du FIR, à périmètre constant.

Une courte justification des effets de périmètre sur le FIR pourrait utilement éclairer le lecteur sur les raisons qui expliquent ces mouvements

Tableau 3 : Mesures nouvelles sur le FIR pour l'année N

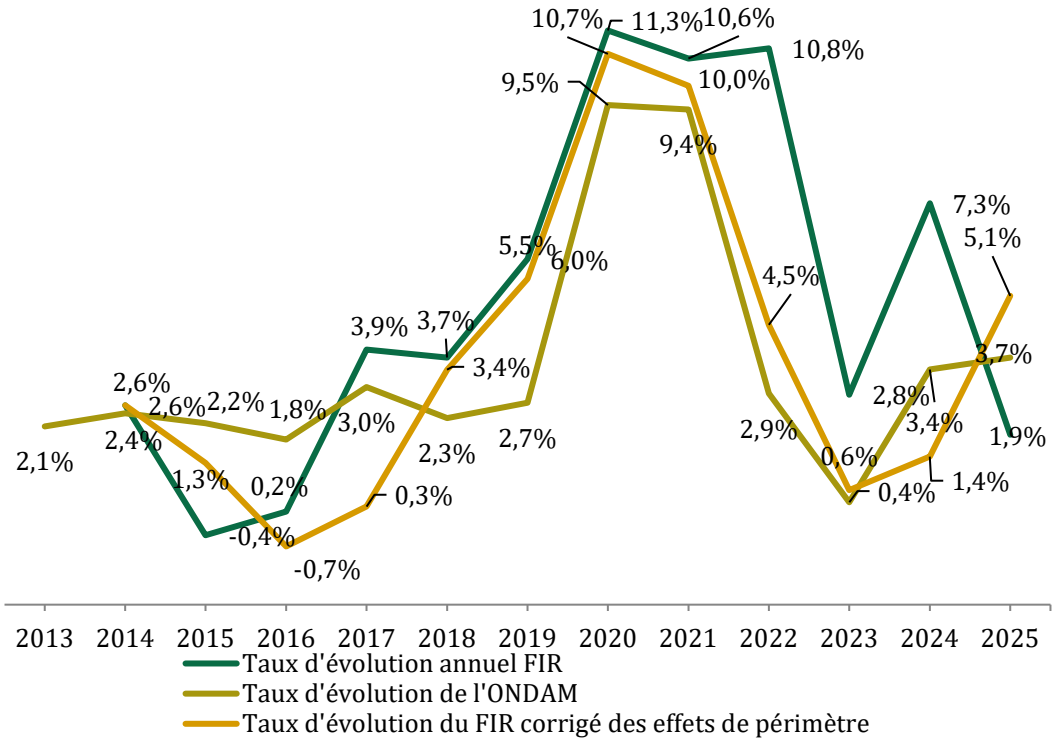
	Montant entrant dans le FIR	Montant sortant du FIR
Mesures de périmètre (budgétisation initiale)		

	Montant entrant dans le FIR	Montant sortant du FIR
Mesures de périmètre (en gestion)		
Total		

Source :

Le suivi des effets de périmètre sur le FIR doit ensuite permettre une comparaison dynamique des taux d'évolution annuels du FIR, du FIR corrigé des effets de périmètre et de l'ONDAM.

Graphique 4 : Taux d'évolution annuel comparé entre le FIR, le FIR corrigé des effets de périmètre et l'ONDAM entre 2013 et 2025.



Source : Mission. Note : les mesures de périmètre prises en gestion sont intégrées à partir de 2019.

3.1.2. Les mesures d'efficience prises pour l'année

Conformément à la recommandation émise par la mission dans le rapport de synthèse, des mesures d'efficience devront être identifiées en début de gestion, permettant notamment de dégager une marge de manœuvre budgétaire pour financer des mesures nouvelles.

Les mesures d'efficience et les montants ainsi dégagés pourraient être présentés dans ce rapport, remis au Parlement.

Au-delà des aspects budgétaires, une telle présentation permettrait de rendre compte de l'action des ARS dans le pilotage et le suivi des actions engagées et, le cas échéant, de leur capacité à ne pas reconduire des dispositifs qui ne sont plus optimaux (pour différentes raisons qui devront être expliquées).

3.1.3. Les mesures nouvelles ou renforcées en année N

De même, les mesures nouvelles financées sur le FIR en année N doivent faire l'objet d'une partie dédiée afin d'identifier le type d'actions qui ont été financées et le montant des crédits ayant été alloués à ces mesures.

Le tableau présenté dans cette sous-partie doit permettre d'identifier les mesures nouvelles décidées lors de la phase de budgétisation du FIR et, le cas échéant, retracer les mesures nouvelles prises en gestion. Il doit s'inscrire dans le cadre déjà engagé par le SGMAS d'une dotation par thématique aux ARS, pour les mesures nouvelles.

Cette sous-partie n'a pas vocation à juger du niveau de déploiement des dispositifs fongibles mais d'avoir des informations sur les actions nouvelles décidées et financées par le FIR. Ces mesures permettent, en creux, d'identifier des priorités d'action du ministre chargé de la santé.

Tableau 4 : Mesures nouvelles année N

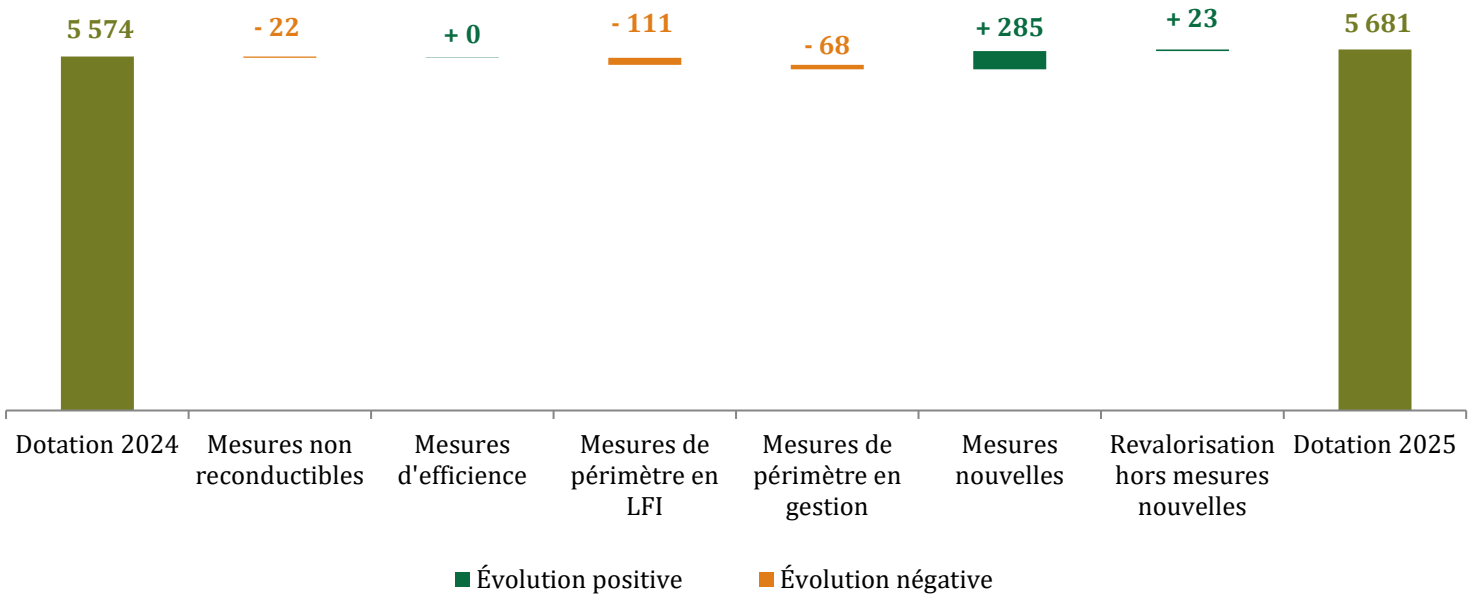
En M€	Montant exécuté	Fongible (O/N)	Sanctuarisée (O/N)	Reconductible (O/N)
Mesure nouvelle n° X				
Total				

Source : Base de données HAPI et tableaux de suivi des administrations concernées.

A la suite du tableau, un descriptif qualitatif des principaux dispositifs financés et des exemples d'actions concrètes pourraient illustrer utilement l'utilisation de crédits pour des mesures nouvelles. Cette présentation pourrait s'inspirer de la partie « exemples de dispositifs nouvellement financés par le FIR ou ayant fait l'objet d'un renforcement en année N » du rapport actuellement remis au Parlement.

3.1.4. Récapitulatif de la construction de l'enveloppe du FIR

Graphique 5 : Construction annuelle de l'enveloppe budgétaire du FIR



Source : Mission, d'après les données transmises par la DSS, le SGMAS et les arrêtés de dotation.

3.2. Ressources et répartition régionale des dotations

3.2.1. Les ressources du FIR pour l'année N

La présente sous-partie vise à retracer l'ensemble des ressources allouées au FIR au niveau national par année avec une ventilation par type de financeur.

Les éléments actuellement présentés, dans la partie « Les ressources du FIR » du rapport annuel existant, peuvent être conservés. En plus de cette description théorique, le suivi des montants alloués, par source de financement, pourrait être effectué et retracé dans un tableau (Cf. tableau 1*).*

Tableau 5 : Ressources du FIR entre 2022 et 2025

En M€	2022	2023	2024	2025
ONDAM	4 804	4 849	5 310	5 389
CNSA	173	281	177	188
Fonds de lutte contre les addictions	32	34	39	40
Etat	44	33	48	64
Total	**5 053**	**5 197**	**5 574**	**5 681**

Source : Mission d'après le rapport d'activité du FIR pour 2024 et le dernier arrêté FIR du 12 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. Note : en 2023, l'augmentation CNSA était ponctuelle et due à la mobilisation du FIR à hauteur de 100 M€ pour soutenir les établissements et services médico-sociaux du grand âge[1].

3.2.2. Répartition des dotations entre ARS

3.2.2.1. Evolution des crédits délégués aux ARS

La présente sous-partie vise à décrire l'évolution des crédits délégués aux ARS entre l'année N-1 et l'année N.

Tableau 6 : Evolution des crédits délégués aux ARS en M€

ARS	Crédits année N-1	Crédits année N

Source : Arrêtés de dotations.

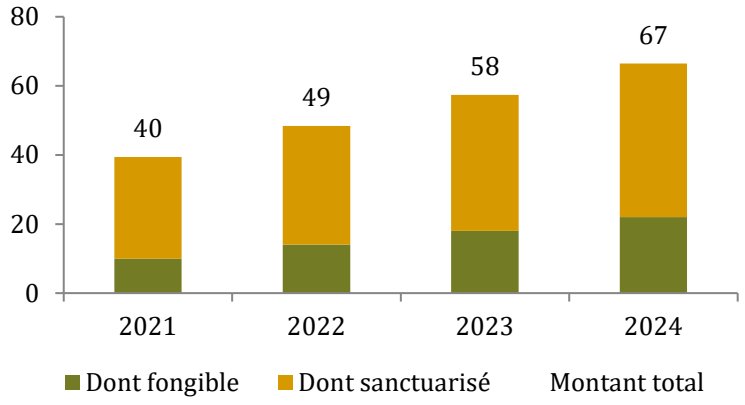
3.2.2.2. Répartition des crédits du FIR

La présente sous-partie permet d'indiquer la part de dotation fongible et la part de dotation sanctuarisé au sein du FIR pour l'ensemble des ARS.

La représentation sous forme de graphique permet d'appréhender à la fois la part de ces crédits par année et l'évolution de leur répartition au sein de l'enveloppe du FIR.

[1] Rapport d'activité FIR pour 2023, page 42.

Graphique 6 : Crédits délégués sur le FIR (en M€)



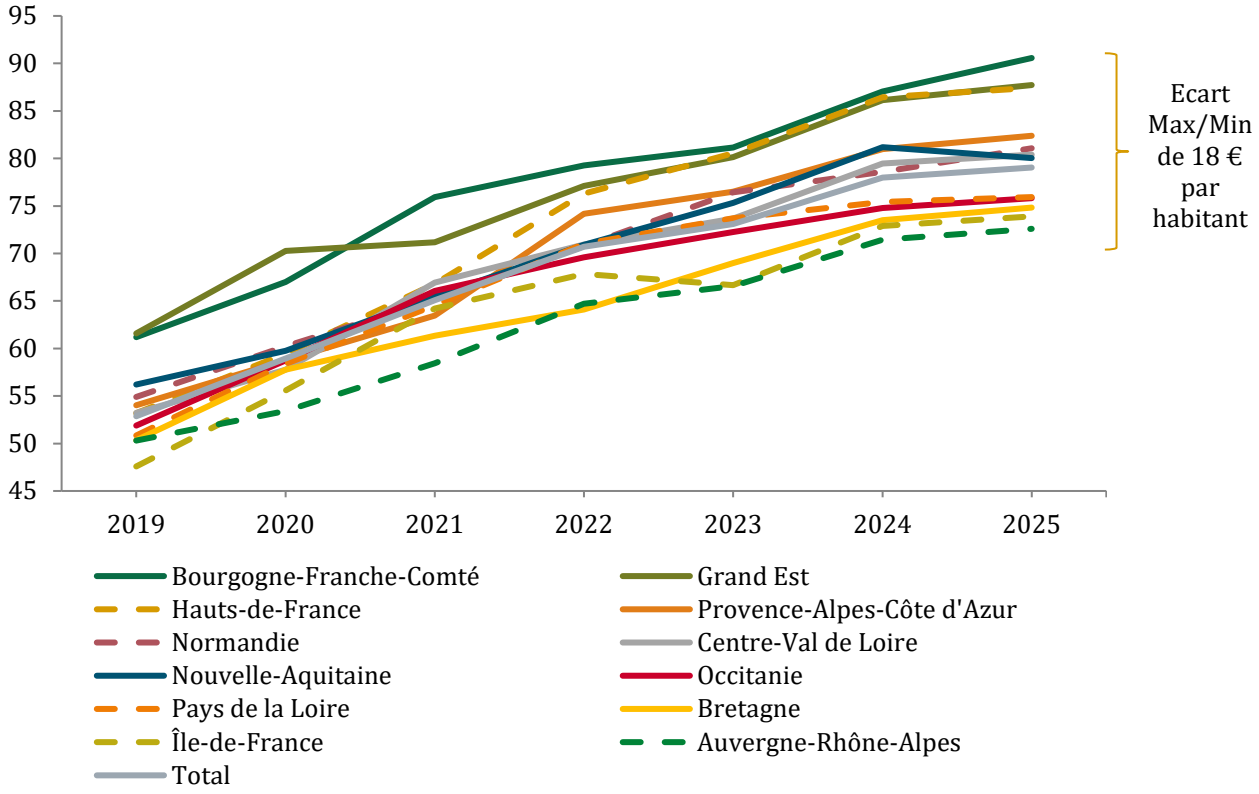
Source : Arrêtés de dotations. Note : montants indicatifs et illustratifs.

3.2.2.3. La dotation par habitant et sa progression depuis N-5

La présente sous-partie vise à éclairer le lecteur sur la dotation FIR par région, rapportée au nombre d'habitants. Elle permet d'illustrer, sur la seule base de cet indicateur, des disparités régionales et une augmentation globale de la dotation par habitant pour l'ensemble des régions.

La représentation graphique de ces disparités permet de comprendre l'intérêt de la mise en place d'un mécanisme de péréquation. Par ailleurs, dans le cas où la proposition de la mission sur l'intégration de la Corse et des Outre-mer dans le mécanisme de péréquation serait retenu, les lignes correspondantes pourraient être ajoutées au graphique 2.

Graphique 7 : Dotation par ARS (hors DROM et Corse) en € par habitant



Source : Mission d'après les arrêtés de dotation du FIR et l'INSEE pour la population régionale par année.

3.2.3. La mise en place d'un nouveau mécanisme de péréquation sur le FIR

Cette sous-partie vise à :

- *Expliquer le fonctionnement du nouveau mécanisme de péréquation mis en place ;*
- *Expliquer les raisons objectives et les sous-jacents ayant conduits à retenir ces indicateurs ;*
- *Décrire et expliquer la mise en place des coefficients géographiques et la fixation de leur montant sur la base de la modélisation réalisée pour les missions d'intérêt général (MIG) ;*
- *Assumer la volonté de faire converger les dotations par habitants, au regard des indicateurs retenus, sur une période de 10 ans pour lisser les effets.*

La sous-partie pourrait utilement présenter les montants de dotation par ARS avant et après péréquation ainsi qu'indiquer les montants transférés chaque année. L'historique des écarts avant/après péréquation pourra aussi être affiché.

4. Le FIR un outil local et partenarial

4.1. La vision territoriale des financements du FIR

Cette sous-partie vise à donner une vision territorialisée du FIR. La ventilation départementale des financements du FIR devrait être disponible à l'issu du déploiement total du SI STARS FIR et, à défaut, par la localisation du SIREN du bénéficiaire.

Toutefois, si les analyses de territorialisation du FIR sont particulièrement attendues par les élus et représentants locaux, un biais doit être pris en compte : le SIREN du bénéficiaire peut ne pas correspondre exactement au lieu de déploiement de l'action. Pour compléter cette analyse nationale, des éléments illustratifs et la lecture des rapports régionaux s'avéreront nécessaires.

4.2. Financements des ARS vers les collectivités

Dans cette sous-partie, l'intérêt est de donner aux élus, citoyens et associations une vision de l'aide et l'appui que représente le FIR pour les collectivités territoriales.

5. Focus par mission (à répliquer pour chaque mission)

Pour l'ensemble de cette partie, le pilotage national, chargé de la rédaction du présent rapport devra s'assurer de la lisibilité et de la transparence des intitulés des destinations FIR. Le cas échéant, des éléments explicatifs devront être apportés avec des exemples précis de dispositifs financés.

5.1. Ventilation des dépenses par destinations au sein de la mission

La présente sous-partie vise retracer l'ensemble des montants alloués à chaque destination du FIR. En plus de présenter les montants, une colonne est ajoutée (« explications sur les dispositifs »). Elle permet d'apporter des détails et illustrations sur les dispositifs financés et rassemblés au sein d'une même destination.

Tableau 7 : Destinations financées par la mission n° X

Destination	Montant en M€	Part dans la mission (en %)	Part dans la mission minimum par ARS (en %)	Part dans la mission maximum par ARS (en %)	Explications sur les dispositifs
Sous-mission n° 1					
Dont destination X-2-Z					
…					
Sous-mission n° 2					
Dont destinations X-2-Y					

Source : HAPI.

Pour chaque sous-mission, la présente sous-partie pourrait faire la description, le chiffrage, l'état des lieux du déploiement et des modalités de mises en œuvre de trois ou quatre dispositifs financés.

La ventilation minimale et maximale de la part de chaque sous-mission dans les financements des ARS devrait permettre de fournir des éléments de comparabilité entre ARS. Pour cela, un tableau récapitulatif, sur le modèle de celui proposé dans l'exemple ci-dessous est proposé (Cf. figure 2).

5.2. Evaluation de dispositifs financés

5.2.1. Evaluation de dispositifs « obligatoires », donc pilotés par le national

Certaines actions d'évaluation sont déjà engagées par les directions métiers. Par exemple, la DGOS a conduit en 2024, une enquête sur la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) afin d'évaluer et quantifier les lignes et personnels mobilisés ainsi que d'assurer un suivi de l'application de la réforme de la PDSES.

Cette sous-partie permettrait de généraliser ce type d'évaluation et d'en rendre compte dans le présent rapport. Sa rédaction devra être pilotée et coordonnée par le pilotage national en lien avec les directions métier qui disposent des informations pertinentes.

5.2.2. Exemple de résultat d'évaluation de quelques dispositifs régionaux (à identifier et à choisir chaque année)

Cette sous-partie vise à identifier des dispositifs évalués afin de les généraliser ou les arrêter et, plus largement, à identifier et partager des bonnes pratiques d'évaluation. Pour chacun des dispositifs dont l'évaluation est présentée dans le rapport, les éléments suivants pourront être affichés :

- *Description succincte du dispositif et de la méthodologie d'évaluation ;*
- *Présentation des indicateurs suivis et des résultats ;*
- *Identification des potentielles difficultés, hétérogénéités et bonnes pratiques à généraliser.*

Les éléments permettant d'alimenter cette sous-partie seront à piocher dans les rapports régionaux réalisés par les ARS.

5.3. Focus aide en trésorerie et à l'investissement [à ajouter pour la mission n° 4]

Concernant la mission n° 4, le présent rapport pourrait utilement faire un focus spécifique sur les montants versés et faisant l'objet d'engagements pluri annuels de la part des ARS sur les aides en trésorerie et à l'investissement.

5.3.1. Aides à l'investissement

Concernant les aides à l'investissement, le rapport pourrait d'une part, faire état des lieux de l'ensemble des engagements pris par les ARS pour le financement de projets d'investissement pluriannuels et d'autre part retracer l'ensemble des versements réalisés dans l'année et à quel type de projet.

A terme, si la proposition de la mission était suivie, la partie relative aux aides à l'investissements devrait disparaître du rapport annuel au Parlement sur le FIR.

5.3.2. Aides à la trésorerie

Concernant les aides à la trésorerie, une remontée d'informations de la part des ARS et de la DGOS pourrait permettre de disposer d'un tableau exhaustif des versements et du suivi des aides au niveau national (Cf. tableau 8).

Tableau 8 : Aides en trésorerie versées via le FIR par les ARS

ARS	Etablissement concerné	Nombre de versements dans les cinq dernières années	Montant des aides en trésorerie	Indicateurs ayant permis de fonder la décision d'aide	Mesures de suivi et de retour à l'équilibre mises en place

Source : ARS

6. Bonnes pratiques identifiées

Le rapport annuel sur le FIR doit être un outil de recensement et de partage des bonnes pratiques de gestion, d'utilisation ou de déploiement et d'évaluation des dispositifs.

Ainsi, cette partie serait entièrement dédiée à la présentation et à la consolidation de bonnes pratiques identifiées dans une ou plusieurs ARS et devant être généralisées. Comme indiqué, les bonnes pratiques pourraient porter sur :

- *la gestion ;*
- *la contractualisation sur une action ;*
- *l'évaluation d'un dispositif ;*
- *l'organisation d'une filière ou d'un parcours ;*
- *le déploiement d'un outils ou d'un dispositif de coordination.*

7. Annexes

7.1. Sigles utilisés (reprendre les éléments du rapport actuel)

7.2. Références juridiques relatives au FIR (reprendre les éléments du rapport actuel)

8. Pièces jointes et supports proposés par la mission

8.1. Proposition de nomenclature NAF à appliquer aux bénéficiaires du FIR

La base de données utilisée pour récupérer les activités NAF des bénéficiaires du FIR à partir de leurs numéros siret ou siren est la base Sirene de l'Insee.

Tableau 9 : Nomenclature NAF utilisée par la mission

Code NAF niveau 1 Sirene	Nomenclature de la mission
86	À décliner niveau 2 de la nomenclature (86.1/86.2/86.9)
84	À décliner niveau 2 de la nomenclature (84.1/84.2/84.3)
94	Code NAF inchangé
88	
87	
62	
85	
65	
71	
93	
63	
70	
72	
68	
82	
46	« Autres sections »
73	
81	
74	
90	
78	
66	
55	
96	
69	
58	
59	
18	
47	
56	
01	
00	
80	
52	
77	

Fiche n°1

Code NAF niveau 1 Sirene	Nomenclature de la mission
79	
60	
91	
29	
53	
36	
49	
45	
43	
13	
61	
02	
51	
42	
10	
37	
38	
26	
64	
32	
20	
27	
33	
22	
16	
50	
28	
25	
95	

Source : Mission IGF-IGAS.

FICHE N°2

Processus-cible de construction et d'exécution du FIR

SOMMAIRE

1. SÉCURISER LE CADRE PLURIANNUEL DU FIR 1

2. METTRE EN ŒUVRE UN PROCESSUS DE CONSTRUCTION DU FIR ASSOCIANT MIEUX LES ADMINISTRATIONS CENTRALES, PERMETTANT DE RÉINTERROGER LA BASE HISTORIQUE ET DE MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS TERRITORIAUX 2

2.1. Construction des orientations du FIR de l'année N et de leur calibrage 2

2.2. Elaboration de la trajectoire financière du FIR pour l'année N 2

2.3. Définition des propositions d'arbitrage à soumettre au cabinet des ministres en charge de la santé et des solidarités 3

2.4. Arbitrage par les Cabinets des Ministres et transmission des arbitrages aux directions concernées 3

3. PRÉPARATION ET MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE AVEC LES ARS 3

4. STABILISATION DE LA TRAJECTOIRE DÉFINITIVE DE L'ONDAM ET DU FIR – VOTE DU PLFSS ET DU PLF 3

5. DÉLÉGATION DE CRÉDITS AUX ARS 3

6. SUIVI ET RAPPORT ANNUEL SUR LES CRÉDITS DU FIR 4

Cette proposition vise à :

- sécuriser le cadre pluriannuel du fonds d'intervention régional (FIR) ;
- garantir une construction du FIR plus efficiente qui ne se centre pas exclusivement sur l'ajout de mesures nouvelles mais permette de réinterroger sa base pour définir des mesures d'efficience, et de mieux prendre en compte les besoins territoriaux ;
- mieux associer l'ensemble des administrations centrales (secrétariat général du ministère des affaires sociales - SGMAS, direction générale de l'offre soins - DGOS, direction générale de la santé - DGS, direction générale de la cohésion sociale - DGCS, direction de la sécurité sociale - DSS, direction du budget - DB) et les agences régionales de santé (ARS) à sa construction ;
- rétablir le rôle du conseil national de pilotage (CNP) dans la définition des orientations du FIR ;
- garantir un calendrier de notification budgétaire et de publication des arrêtés compatible avec un pilotage budgétaire optimisé et les exigences de gouvernance des ARS.

L'ensemble du processus est résumé en figure 1 en fin de document.

1. Sécuriser le cadre pluriannuel du FIR

Les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens 2024-2028 signées entre les directeurs généraux d'ARS et le ministère prévoient une formule assez prudente sur la pré-notification :
« A la fin de l'année N-1, des crédits au titre du FIR de l'année N sont pré-notifiés à l'ARS. Cette pré-notification comprend au moins les crédits reconductibles de l'année N-1. Toute exception à cette règle doit faire l'objet d'une validation par le conseil national de pilotage des ARS.
Au cours de l'exercice 2024, ces règles de gestion seront étendues, ou le cas échéant adaptées, aux crédits attribués à l'ARS au titre du FIR par d'autres financeurs que l'Assurance maladie (l'Etat, la CNSA, le fonds de lutte contre les addictions etc.).
La construction de la progression pluriannuelle du FIR repose par défaut sur l'hypothèse que la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR évolue entre l'année N-1 et l'année N approximativement dans la même proportion que l'ensemble de l'ONDAM, sous réserve des arbitrages ministériels et interministériels, ainsi que de l'inscription des crédits en loi de financement de la sécurité sociale ».

Il est proposé de remplacer par avenant aux CPOM actuels[1] la clause ci-dessus par le texte suivant[2] :

Avant fin octobre N-1, des crédits au titre du FIR de l'année N sont pré-notifiés à l'ARS.
Cette pré-notification comprend au moins les crédits reconductibles de l'année N-1, incluant les crédits attribués à l'ARS au titre du FIR par d'autres financeurs que l'Assurance maladie (l'Etat, la CNSA, le fonds de lutte contre les addictions etc.).
Les crédits issus de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR évoluent entre l'année N-1 et l'année N en prenant pour référence le taux d'évolution de

[1] Définis à l'article L.1433-2 du code de la santé publique : *« Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.*
Ce contrat définit les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1. Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies. Il est conclu pour une durée de cinq ans et est révisable chaque année. Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs. »
[2] Les autres dispositions figurant dans le CPOM au titre du FIR étant inchangées.

l'ensemble de l'ONDAM, et nets des crédits non reconductibles, des mesures d'efficience et des mesures de périmètre.
Toute exception à cette règle doit faire l'objet d'une validation par le conseil national de pilotage des ARS.

2. Mettre en œuvre un processus de construction du FIR associant mieux les administrations centrales, permettant de réinterroger la base historique et de mieux prendre en compte les besoins territoriaux

2.1. Construction des orientations du FIR de l'année N et de leur calibrage

- **analyse par les directions d'administration centrale des leviers d'efficience sur le FIR** - définition et calibrage des mesures pouvant être supprimées (devenues sans objet, non efficientes…) ou dont l'ambition pourrait être ajustée à partir de janvier N-1.
- **définition par les directions d'administration centrale (DAC) des mesures nouvelles à intégrer au FIR et de leur calibrage**, dans une approche rationalisée[3]
  - transmission de ces propositions priorisées par chaque DAC à la DSS (pour action) et au SGMAS (pour information) au plus tard avant fin mai N-1
- **identification de besoins territoriaux spécifiques et des mesures d'efficience proposés par les ARS – via le dialogue de gestion** entre le SGMAS, la DSS, les DAC et les ARS – avant fin mai N-1, et réalisation d'une synthèse des éléments issus des ARS par le SGMAS, en lien avec les directions métier concernées[4]
  - transmission de cette synthèse à la DSS, en complément des mesures nouvelles et d'efficience exprimées par les DAC, avant fin mai N-1.

2.2. Elaboration de la trajectoire financière du FIR pour l'année N

- **élaboration par la DSS de la trajectoire du FIR** dans le cadre de la construction de la trajectoire globale de l'ONDAM établie en lien avec la DB -premier semestre N-1.
- **analyse par la DSS des demandes de mesures nouvelles et d'efficience** pour l'année N issues des directions métier et de la synthèse des dialogues de gestion ; suivi des effets de périmètre et mesures reconductibles / non reconductibles
- **détermination de la trajectoire financière du FIR pour N**

---

[3] Cette définition doit se réaliser en en limitant le nombre et le niveau de détail associé au chiffrage, au crible de :
-l'analyse de la pertinence du recours au FIR comme vecteur de financement de ces mesures (mesure nécessitant une réelle action territoriale, et dont les modalités de mise en œuvre et objectifs territoriaux sont laissées à la main des ARS)
-l'analyse de la cohérence avec les orientations stratégiques des PRS alors on est dans les besoins territoriaux spécifiques du tiret suivant ?
-l'identification des critères d'évaluation futurs de ces mesures, au regard des objectifs poursuivis (quantitatifs, qualitatifs, mesure d'impact).

[4] Cette synthèse doit permettre d'apprécier :
-le caractère généralisable des évolutions/ suppressions suggérées par des ARS
-les suites à donner aux besoins territoriaux spécifiques exprimés
-la nécessité de création d'un dispositif national le cas échéant si des besoins identiques sont exprimés par le plus grand nombre d'ARS.
-le calibrage associé aux mesures retenues.

2.3. Définition des propositions d'arbitrage à soumettre au cabinet des ministres en charge de la santé et des solidarités

- **élaboration des propositions d'arbitrage du FIR pour l'année N à soumettre au cabinet ministériel** par un échange avant fin juin N-1 entre toutes les directions concernées.
  - validation par le CNP des propositions
- **transmission par le SGMAS aux cabinets des ministres pour arbitrage en juillet N-1 au plus tard.**

2.4. Arbitrage par les Cabinets des Ministres et transmission des arbitrages aux directions concernées

- en juillet N-1

3. Préparation et mise en œuvre du processus budgétaire avec les ARS

- **présentation des arbitrages retenus auprès des DG d'ARS en septembre N-1** par le SGMAS, associant toutes les DAC concernées[5].
- **envoi d'une pré-notification formelle aux ARS par le SGMAS en octobre N-1**
- **élaboration par les ARS de leur budget initial de N** et vote par leur conseil d'administration entre novembre et décembre N-1[6].

4. Stabilisation de la trajectoire définitive de l'ONDAM et du FIR – vote du PLFSS et du PLF

- **établissement de la trajectoire définitive du FIR par la DSS**, en lien avec la DB, dans le cadre de la stabilisation de la trajectoire de l'ONDAM de l'année N lors du vote du PLFSS
- **préparation puis publication avant la fin de l'année N-1[7] par la DSS de l'arrêté fixant la contribution de l'assurance maladie au FIR pour l'année N** (après promulgation de la loi de finances et de la LFSS)
- **sécurisation des montants des autres sources de financement** (État, CNSA)

5. Délégation de crédits aux ARS

- **élaboration par le SGMAS, en lien avec la DSS, de la répartition des crédits aux ARS** (crédits reconductibles, mesures nouvelles et mesures de périmètre éventuellement identifiés, péréquation régionale).
  - publication d'un premier arrêté avant le 15 février de N.
- **établissement et vote par les ARS d'un éventuel budget rectificatif**
  - avant fin mars de N.

---

[5] A cette occasion sont communiqués à titre informatif aux ARS les sous-jacents des mesures

[6] Un guide budgétaire élaboré par le SGMAS invite les Ars à engager ces crédits dès le début de l'année N, sans attendre le premier arrêté de répartition des crédits.

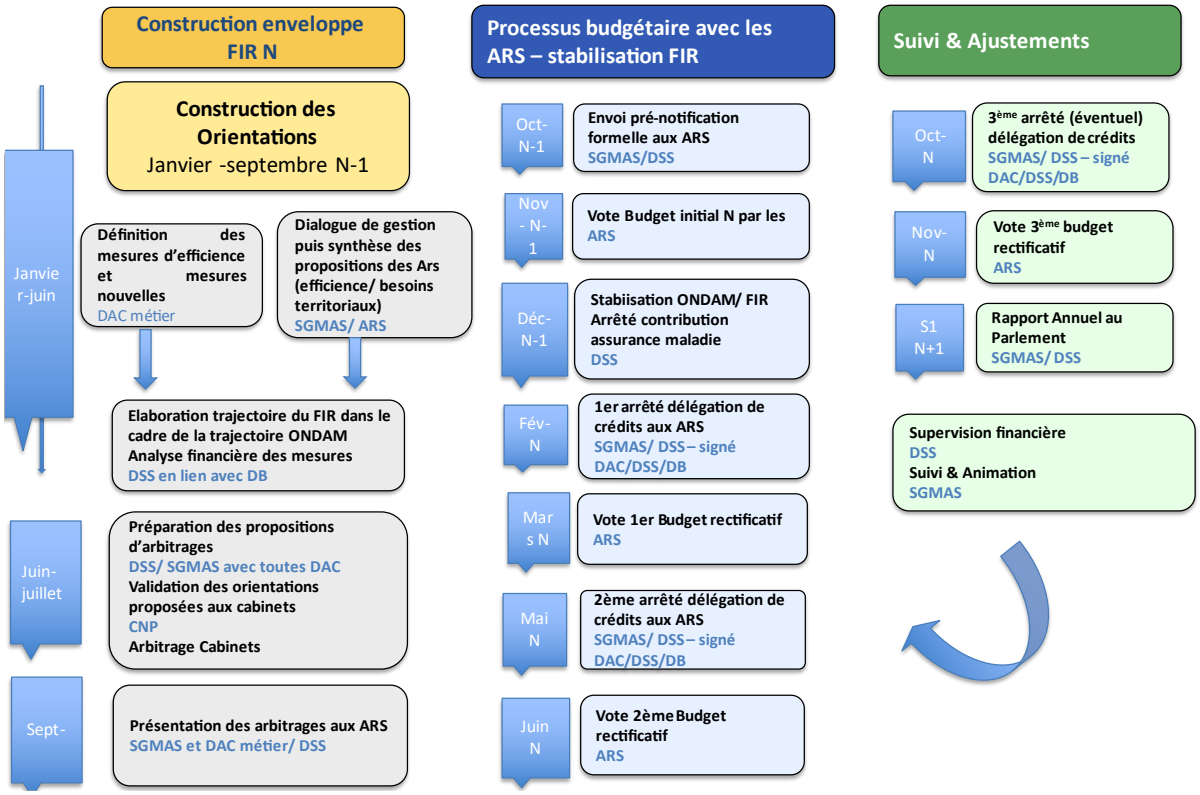
[7] Sauf aléa relatif au vote du PLFSS

- **publication d'un deuxième arrêté (préparé par le binôme SGMAS-DSS),** si des mesures sont à notifier (mesures nouvelles, dégel de la réserve, etc)
  - avant fin mai de N
- dans ce cas établissement et vote par les ARS d'un deuxième budget rectificatif *en juin de N.*
- publication, si nécessaire, d'un dernier arrêté avant fin octobre N (établi par le binôme SGMAS-DSS)[8].

6. Suivi et rapport annuel sur les crédits du FIR

- réalisation du suivi d'exécution budgétaire, de l'appui aux ARS et de l'animation en matière de pilotage budgétaire par le SGMAS[9]
- établissement par le SGMAS, en lien avec la DSS (synthèse financière) du rapport annuel relatif au FIR destiné au Parlement au premier semestre N+1, exploitant notamment les rapports établis par chaque ARS.

Figure 1 : Processus cible de construction et d'exécution du FIR



Source : Mission.

[8] Publication uniquement si nécessaire (logique d'« arrêté balai », Dans ce cas, sa publication doit intervenir avant fin octobre afin de garantir la capacité des Ars à établir un dernier budget rectificatif et exécuter les dépenses concernées.

[9] En mobilisant notamment les données issues de STARS-FIR.

LETTRE DE MISSION

PREMIER
MINISTRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Paris, le 08 SEP. 2025

Monsieur Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Madame Catherine SUEUR
Cheffe de l'Inspection générale des finances

Objet : Mission relative au pilotage et à la gestion du fonds d'intervention régional (FIR) des Agences Régionales de Santé

Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé le 1er mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Il regroupe au sein d'une même enveloppe, globale et « fongible » asymétriquement, des moyens auparavant dispersés, pourtant destinés à des politiques proches ou complémentaires et pour lesquelles le rôle de ARS, à qui la gestion du FIR est confiée, est particulièrement déterminant. Le FIR s'inscrit dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Depuis 2015 et l'article 56 de la LFSS pour 2012, les missions du FIR sont articulées autour de cinq axes :

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

Les ARS pilotent l'utilisation du FIR en application des orientations nationales adaptées en fonction des spécificités territoriales et en cohérence avec les projets régionaux de santé (PRS). Le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS, instance de pilotage au niveau national, définit les orientations données aux ARS pour l'utilisation du fonds, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions définie par arrêté interministériel, est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds et arrête le bilan annuel du FIR, qui prend notamment la forme d'un rapport au Parlement dont le contenu a été encore précisé dans la LFSS pour 2022. Le secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales (SGMCAS) coordonne, en lien avec l'ensemble des directions du ministère et la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie CNSA), le pilotage opérationnel du FIR.

Les crédits du FIR sont réputés fongibles, ce qui signifie que les ARS ont la possibilité juridique de redéployer librement les crédits qui leur sont affectés au sein des différentes missions financées dans le cadre du FIR. Cette fongibilité est toutefois limitée juridiquement par le mécanisme de protection des enveloppes de crédits « prévention » et « médico-social », parfois appelé « fongibilité asymétrique », et par la sanctuarisation par la loi de crédits dévolus à certains dispositifs. Elle est également limitée du fait du besoin de mobilisation du FIR au profit de dispositifs dont le niveau de financement est fixé au niveau national (par exemple dans le cas des appels à projets pilotés au niveau national). Enfin, elle est dans une certaine mesure contrainte du fait de la nature des dispositifs financés par le FIR. Celle-ci peut en effet générer des besoins de financement incompressibles ou rigidifiés.

Au niveau national, la mission évaluera la procédure de définition des crédits du FIR et des priorités de financement ainsi que les enjeux de périmètre ayant fait l'objet d'évolution ces dernières années. Elle évaluera également le dispositif de péréquation régionale, incluant les critères de répartition. Elle proposera, le cas échéant, des évolutions permettant de renforcer le principe d'une justification au premier euro des enveloppes pour la part des dépenses non obligatoires, sans remettre en cause le principe d'une gestion décentralisée des crédits. Elle portera une attention particulière à la rationalisation des financements destinés aux établissements de santé et, en particulier, à la perspective d'un recentrage du FIR sur les financements destinés à promouvoir la coopération entre acteurs et le financement des parcours coordonnés.

Au niveau régional, la mission effectuera une évaluation de l'organisation du pilotage du FIR par les ARS et de la capacité des agences à instruire les décisions de financement et à piloter les crédits en appui à la stratégie régionale de santé en assurant la cohérence avec les autres modes de financement régionaux à la maille de l'établissement. La mission fera la part entre les crédits dont la gestion est contrainte car ils répondent à des dépenses obligatoires dans le cadre de dispositifs réglementaires ou de priorités nationales et les crédits qui relèvent strictement de l'initiative régionale.

Pour les premiers, elle examinera la qualité du pilotage et de la gestion des crédits et évaluera l'efficacité de la mobilisation des marges de manœuvre disponibles sur les crédits historiques pour maximiser l'efficience de ces crédits. Elle évaluera l'impact éventuel des dispositifs de fléchages et de la fongibilité asymétrique sur la mobilisation des marges de manœuvre. Elle proposera des critères pour déterminer les cas pour lesquels une gestion des crédits par le FIR permet d'augmenter l'efficience de la dépense par rapport aux enveloppes nationales. Sur cette base, elle pourra faire des propositions d'évolution du périmètre du FIR, par basculement de crédits aujourd'hui gérés dans d'autres dispositifs de financement.

Pour les seconds, elle examinera l'efficacité des dispositifs permettant de s'assurer de la pertinence et de la priorisation de l'utilisation des crédits, en regard notamment des programmes régionaux de santé. Elle identifiera les bonnes pratiques et fera des recommandations pour renforcer les garanties en la matière.

Sur l'ensemble des crédits, la mission évaluera les moyens mis en œuvre par les ARS pour garantir l'efficacité des actions financées par le FIR. Elle étudiera les possibilités d'une meilleure articulation des financements avec les actions décentralisées des caisses de sécurité sociale, d'une part, et les autres acteurs territoriaux, d'autre part.

Je souhaite que la mission rende ses conclusions définitives au plus tard au début du mois de décembre 2025.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez notamment vous appuyer sur les services compétents du ministère du Travail, de la santé et des solidarités et du ministère des Comptes publics, y compris les agences régionales de santé, les opérateurs qui y sont rattachés, ainsi que la caisse nationale d'assurance maladie, et le cas échéant la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La mission échangera au cours de ses travaux avec les parties prenantes et prendra l'attache des membres du Parlement pour consolider son diagnostic et ses recommandations.

F. Bayrou

François BAYROU