



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



STRATEGIE
REGIONALE
D'INVESTISSEMENT
EN SANTE

2021-2030

**UNE STRATEGIE AU SERVICE
DE PROJETS D'OFFRE DE
SANTE**



SOMMAIRE

Editorial
Cadre réglementaire
Propos liminaire

Les grands axes de la politique d'investissement dans les territoires

Les priorités d'action qui doivent guider la stratégie régionale d'investissement
Les établissements pouvant bénéficier d'un soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers
Les orientations régionales pour la transformation de l'offre sur les champs sanitaires et médico-sociales pour une traduction dans le projet immobilier

Déclinaison de la stratégie régionale d'investissement sanitaire au sein de la Région Nouvelle-Aquitaine

Présentation par territoire des projets prioritaires susceptibles d'être aidés
Programmation budgétaire des projets sanitaires structurants pour le territoire
Focus sur la programmation budgétaire des projets médico-sociaux structurants pour le territoire : priorisation des établissements soutenant le territoire et favorisant l'attractivité médicale
Programmation budgétaire de l'ensemble des crédits issus du plan d'investissement Ségur – volet sanitaire et médico-social :

Répartition des crédits issus du plan d'investissement SEGUR - Assainissement financier

Répartition des crédits issus du plan d'investissement SEGUR - Investissement courant

Glossaire

Annexe n°1 : Les modalités de pilotage du plan au niveau régional

- Le cadre d'action des investissements en santé de Nouvelle-Aquitaine
- Gouvernance – pilotage – évaluation - communication
- Clause de réexamen et opposabilité
- Communication Recensement régional des projets immobiliers

ANNEXE n°2 : liste des projets susceptibles d'être accompagnés

EDITORIAL

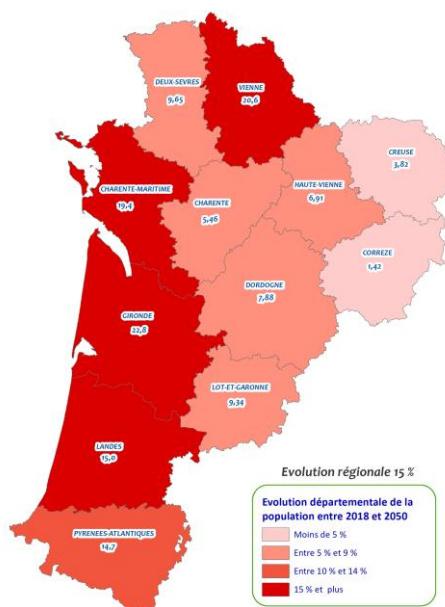
« Une stratégie régionale pour préparer le système de santé de demain et répondre aux besoins de la population Néo-Aquitaine »

La Stratégie Régionale d'Investissement en Santé, issue des accords du Ségur de 2020, pour les 10 ans à venir **est unique, tant par ses montants que par son ampleur** en ce qu'elle nous invite à nous projeter, sur le long terme, dans une approche territoriale des besoins de santé avec des montants d'accompagnement historiques.

Acteur principal du système de santé en région, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a contribué, ces dernières années, à assurer le meilleur équilibre possible entre la qualité de l'offre de santé sur son territoire, l'équité d'accès à cette offre, la sécurité des soins et le développement d'innovations médicales grâce à la participation des acteurs locaux et des professionnels de santé ainsi qu'aux investissements réalisés ; le développement de la chirurgie ambulatoire, des consultations avancées et de la télémédecine en sont des exemples phares. Ces réalisations ont un impact direct dans les besoins de modernisation et d'équipement des structures de soins et d'accompagnement. De plus, les évolutions permanentes de la pratique médicale, renforcée par la révolution numérique, nous amènent à intégrer ces enjeux dans notre stratégie afin de proposer un parc immobilier moderne et innovant.

Quatrième région la plus peuplée de France, la Nouvelle-Aquitaine est aussi la plus vaste, avec des différences de densité de population, constituant un défi pour le maillage de l'offre de soins. Son ¹attractivité pour les jeunes adultes et les retraités nécessite donc de **placer l'investissement en santé au service d'une offre de soins avec toujours plus de qualité, accessible à tous et en tout point du territoire.**


Evolution estimée de la population entre 2018 et 2050 en Nouvelle-Aquitaine



Source : RP2018 / Projections Océphale 2017
 Cartographie / Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSI, PESS
 Août 2021.

¹ Au sens de l'INSEE

Ainsi, **l'investissement des établissements de santé et médico-sociaux**, tout en tenant compte des spécificités de chaque territoire, **doit plus que jamais être tourné vers l'avenir** en proposant une offre de proximité permettant un accès aux soins techniques d'urgence et à la prise en charge des maladies chroniques et une offre territoriale dotée de plateaux techniques d'excellence. Le changement climatique nous amène également à intégrer les enjeux écologiques au cœur de la réflexion pour les futurs projets.

S'agissant d'investissements structurants pour les 30 prochaines années, les évolutions démographiques seront un critère majeur pour la priorisation des projets, nécessitant ainsi de se projeter pour répondre aux besoins de la population tout en favorisant l'attractivité des professionnels.

CADRE REGLEMENTAIRE

Textes de références :

- Le **Sécur de la Santé** – Relancer les investissements en santé.
- **Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021** relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Sécur de la santé et de France Relance.
- **Instruction(s) CNSA du 23 avril 2021** relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.
- **Note d'information N°DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 Juillet 2021** relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021.
- **Instruction N°DGOS/PF1/DSS/1A/2021/165 du 21 Juillet 2021** relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier.
- **Note d'information n°DGOS/PF1/2021/166 du 23 juillet 2021** relative à l'organisation du suivi des projets d'investissement par le comité de pilotage de l'investissement sanitaire, en application de la circulaire n°6250/SG du Premier Ministre du 10 mars 2021.

PROPOS LIMINAIRE

La Stratégie Régionale d'Investissement en Santé (SRIS) définit, dans la continuité des orientations nationales, et pour les dix années à venir, les priorités d'investissement en région. L'objectif majeur consiste à garantir que les investissements futurs seront en cohérence avec la stratégie nationale de santé et qu'ils participeront à la qualité des parcours des patients.

La démarche ainsi engagée en Nouvelle-Aquitaine se veut être une démarche stratégique et transversale mettant fin à une approche déclinée projet par projet pour passer à une approche globale et territoriale, à l'échelle des différents territoires.

Le Ségur de la santé a, par ailleurs, posé quatre grands principes de la nouvelle politique d'investissement, lesquels ont guidé les travaux menés dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de Nouvelle-Aquitaine :

Une approche transversale de la stratégie régionale d'investissement destinée **à faire évoluer l'offre de soins dans les territoires, au bénéfice de la qualité des soins.**

Une déconcentration forte de la politique de soutien aux investissements auprès des ARS pour une meilleure évaluation des besoins à couvrir sur l'ensemble des secteurs sanitaire, médico-social et de ville et un plus fort décloisonnement entre ces secteurs.

Un pilotage rénové associant étroitement les élus aux niveaux national et local. Une remise à plat des référentiels d'examen des projets pour mieux répondre aux besoins tout en garantissant leurs performance et soutenabilité budgétaire.

Un **accompagnement renforcé** des maîtres d'ouvrage par des experts de haut niveau, le plus en amont possible et tout au long des projets, sur la base des meilleures pratiques et recommandations.

Les projets d'investissement accompagnés, que ce soit sur le champ sanitaire ou médico-social, issus d'une large concertation avec les acteurs du territoire, devront permettre de faire évoluer l'offre de santé sur le territoire afin qu'elle réponde aux défis majeurs de notre système de santé : la démographie, sous les angles populationnel et médical, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, l'accès aux innovations technologiques et organisationnelles, la soutenabilité financière et une prise en charge coordonnée et participative.

A cet égard, l'ARS Nouvelle-Aquitaine entend promouvoir les investissements en santé nécessaires à la poursuite de la structuration de l'offre hospitalière en lien avec les autres acteurs du système de santé, dont les groupements hospitaliers de territoires (GHT), et ainsi l'adaptation de la capacité des établissements à répondre aux besoins de santé. Elle soutiendra des projets structurants évitant la logique de saupoudrage.

A ce titre, seront encouragés l'émergence de projets permettant :

- la transformation de l'offre de santé en tenant compte : du maillage territoriale des soins et des accompagnements de proximité
- le développement d'équipes médicales pluridisciplinaires
- l'amélioration de l'accès territorial aux soins, en particulier en ouvrant l'hôpital sur son territoire, en développant l'offre de soins ambulatoire et médico-sociale, en renforçant la logique de parcours et en accompagnant les évolutions du numérique en santé.

Le volet hospitalier de la stratégie régionale d'investissement en santé, continuum entre soins de premier recours spécialisés, hospitaliers et accompagnement médico-social

Il devra être l'occasion d'apporter, dans les prochaines années, une réponse globale et transversale aux nouveaux besoins de santé spécifiques de chacun des territoires. Le périmètre de réflexion devra ainsi être élargi, de l'amont à l'aval des hospitalisations et en favorisant le recours à l'hospitalisation à domicile et à l'offre de soins de proximité.

Ces dernières années, des investissements importants ont été réalisés et ont permis d'améliorer la qualité et l'efficacité du système hospitalier néo-aquitain.

Malgré ces efforts, certaines infrastructures hospitalières restent relativement vétustes ou à moderniser et présentent des conditions de sécurité minimales pour les patients et les personnels. Ces établissements devront faire l'objet d'investissements lourds, structurants et innovants pour garantir une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente.

Par ailleurs, au-delà de la transformation stratégique de l'hôpital vers une prise en charge de plus en plus ambulatoire, plus en lien avec la ville, centrée sur les activités de recours et d'expertise, et plus intégrée, ces investissements devront permettre de moderniser et d'adapter l'offre de premier recours, et de structurer un parcours de santé pertinent, en coopération avec les offres de ville et médico-sociales. Ces orientations concernent également les activités de psychiatrie adulte et infanto-juvénile. La conception des constructions neuves évolutives plus en cohérence avec les exigences de développement durable seront ainsi privilégiées facilitant la mise en place des organisations et prises en charges de demain en renforçant l'accès aux innovations technologiques, numériques, « métier » ou organisationnelles, garantissant la sécurité des patients et optimisant la qualité de vie au travail.

Le volet ambulatoire de la stratégie régionale d'investissement en santé : pour un accès au soins de 1^{er} recours facteur d'équité et de lutte contre les inégalités

Il devra permettre d'accélérer et de renforcer la transformation du maillage territorial de l'offre en médecine de ville et ainsi renforcer l'offre de soins ambulatoire, en particulier dans les territoires les plus en difficulté en terme de démographie médicale en cohérence avec les autres acteurs du système de santé. Le regroupement au sein de structures d'exercices pluri professionnelles attire de nombreux professionnels de santé et constitue également un objectif pour de nombreuses collectivités territoriales et institutions. Ce mode d'exercice constitue à la fois un lieu d'ancrage d'une offre supplémentaire de soins territoriale diversifiée et également un levier pour la qualité et la coordination des parcours de soins.

Le volet médico-social / soins de longue durée de la stratégie régionale d'investissement en santé

Il devra permettre la transformation de l'offre médico-sociale en lien avec les champs sanitaire et ambulatoire, dans une optique d'intégration des technologies numériques et d'accessibilité aux soins des personnes à mobilité réduite quel que soit leur âge.

Les personnes âgées et en situation de handicap ont la volonté de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement de vie habituel, ce qui suppose de préserver leur environnement social, familial et économique, et d'éviter le « déracinement » que représente parfois l'entrée en établissement.

Les politiques régionales en matière d'évolution de l'offre placent notamment le respect des choix de vie des personnes, la recherche de l'autodétermination et les solutions inclusives parmi les axes prioritaires à développer. La demande sociale s'oriente ainsi vers une offre d'aide et d'accompagnement diversifiée et adaptable, en proximité, avec la volonté de conserver jusqu'au bout une capacité d'agir et de décider. Lorsque l'entrée en établissement devient inévitable, elle doit s'inscrire dans la continuité, voire la complémentarité avec le domicile, l'établissement devant être envisagé comme un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit. Les structures médico-sociales de demain devront donc intégrer des plateformes de services, des lieux de répit, des espaces de formation et de soutien au aidants. Les lieux d'hébergement, lieux de vie, devront permettre la gradation des niveaux de soins. Pour cela, des partenariats avec les collectivités territoriales, les services de soins de premier recours et les structures hospitalières seront indispensables, afin de répondre aux enjeux de demain, au regard du maillage territorial et de la taille critique de certains établissements.

Elles ont également pour préoccupation la nécessaire adaptation des structures avec le changement des modalités d'accompagnement dans le cadre du virage inclusif, la poursuite d'une gestion performante et d'un management qualitatif, l'accompagnement dans la structuration numérique des établissements et services (accès à la télémédecine notamment).

Ainsi, les démarches d'investissement dans le champ médico-social devront intégrer l'accès systématique au déploiement de solutions numériques aussi bien dans les établissements que dans les services à domicile, où les besoins de coordination des acteurs et de traçabilité sont majeurs.

Dans le cadre des dossiers d'éligibilité à remplir afin de garantir la pertinence, l'efficacité et la soutenabilité des investissements, l'ARS veillera à diffuser, dès leur parution, l'ensemble des référentiels nationaux, en cours d'élaboration par le Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) et par la Caisse nationale de solidarité à l'autonomie (CNSA).

LES GRANDS AXES DE LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT DANS LES TERRITOIRES

I. LES PRIORITES D'ACTION QUI DOIVENT GUIDER LA STRATEGIE REGIONALE D'INVESTISSEMENT

Trois priorités nationales ont été retenues, en application de la circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021, pour l'élaboration des stratégies territoriales d'investissement :

- la structuration de l'offre de soins,
- la santé publique et le soutien à l'autonomie,
- le développement durable.

Ces priorités ont vocation à structurer la future stratégie régionale d'investissement (SRI), qui portent les grandes lignes de la déclinaison régionale de la politique nationale et des priorités identifiées au plan régional par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Les enjeux des priorités nationales sont les suivants :

PRIORITES NATIONALES	OBJECTIFS	DETAIL DES ATTENDUS
Priorité n°1 : Structuration de l'offre de soins	Territorialisation, transformation et décloisonnement de l'offre	Transformation de l'offre de soins, avec l'orientation, au-delà de la seule modernisation des infrastructures hospitalières, d'un projet médical de territoire intégrant l'ensemble des prises en charges, avec une gradation des soins, une gestion des flux et de l'aval hospitalier, une concentration des plateaux techniques lourds, une proximité organisée, un décloisonnement ville/hôpital/médico-social. Les projets de territoire hybrides ville/médico-social/hôpital seront recherchés.
	Réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement	Soins de 1er recours Accès aux PTS
	Soins non programmés	Améliorer l'organisation de l'accès aux soins non programmés et la coordination ville-hôpital
	Soins critiques	En attente de la feuille de route pluriannuelle

	Innovation	Prise en compte de l'innovation dans les investissements, afin d'appuyer l'évolution des pratiques et des prises en charge, de soutenir et contribuer à favoriser la recherche clinique ou les outils/équipements concourant aux parcours de formation continue
	Télésoin	A intégrer aux projets médicaux et projets de territoire
Priorité n°2 : Santé publique et soutien à l'autonomie	Psychiatrie et santé mentale	Accompagner l'évolution des pratiques en psychiatrie et en santé mentale (accompagnement à domicile, désinstitutionnalisation); en particulier structure pédopsychiatrie et psychiatrie infantile-juvénile
	Plan cancer	Soutenir les priorités identifiées dans la stratégie décennale, notamment s'agissant du diagnostic et de dépistage précoce et la prise en charge des cancers
	Prise en charge des maladies chroniques	Meilleures structuration et fluidité des parcours de soins et une meilleure gradation de l'offre de soins, notamment en termes de proximité
	Personnes âgées	Améliorer la fluidité des parcours de santé et les conditions de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées, en fonction de leur niveau de dépendance, dans l'ensemble de la gradation de l'offre : soutien à domicile, solutions de répit pour les proches aidants, habitats intermédiaires, logement inclusif, EHPAD, filière de soins gériatrique
	Soins palliatifs et fin de vie	Cf. 5 ^{ème} plan
	Handicap	Améliorer l'organisation de l'accès aux soins et de la prise en charge des personnes en situation de handicap, dans l'ensemble des parcours
Priorité n°3 : Développement durable	Réduction de la trace environnementale de l'offre de soins	Prise en compte des contraintes écologiques et sociales de long terme

II. LES ETABLISSEMENTS POUVANT BENEFICIER D'UN SOUTIEN A DES OPERATIONS STRUCTURANTES D'INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS OU MOBILIERS

Volet sanitaire

La note d'information du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier est venue préciser les catégories d'établissements pouvant bénéficier d'un soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation.

Deux enveloppes sont consacrées aux projets structurants sanitaires :

- 594 M€ au niveau régional au titre de l'article 50 : destinés aux établissements assurant le service public hospitalier mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique. Il s'agit des établissements suivants :
 - les établissements publics de santé,
 - les hôpitaux des armées,
 - les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5,
 - les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier
- 90 M€ au niveau régional au titre du FMIS destiné à tous les établissements sanitaires

Volet médico-social

Sont concernés l'ensemble des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Le critère d'éligibilité est l'habilitation à l'aide sociale

Volet numérique

Ce volet est une opportunité historique pour les citoyens et les professionnels de santé, d'accélérer la feuille de route de la transformation du numérique en santé.

S'appuyant sur un schéma directeur national, le Ségur du numérique repose sur deux objectifs généraux :

- Mettre les citoyens en capacité d'être acteurs de leur santé et permettre une coordination des soins et une meilleure traçabilité pour sécuriser et améliorer les parcours de santé,
- Améliorer le cadre de travail des professionnels de santé.

Les ambitions sont de **généraliser massivement le partage fluide et sécurisé** de données de santé **entre professionnels de santé et avec l'utilisateur** pour mieux prévenir et mieux soigner.

Avec comme priorité d'accélérer les déploiements et les usages des services socles : l'Identifiant National de Santé (INS), le Dossier Médical Partagé (DMP) intégré à « Mon espace santé », la Messagerie Sécurisée de Santé et Pro santé Connect.

Ainsi que de renforcer le développement du numérique dans le secteur médico-social - programme « ESMS numérique » et de la cyber-sécurité (plan de renforcement 2021)

Pour atteindre les objectifs, mobilisation d'un plan d'investissement historique de 2 milliards d'euros, dont 1,4 milliards alloués pour le partage des données de santé (sur 3 ans) et 600 millions dédiés au secteur médico-social (sur 5 ans).

100% financé par le Plan de Relance et Résilience Européen.

LES ORIENTATIONS REGIONALES POUR LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE SUR LES CHAMPS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL POUR UNE TRADUCTION DANS LE PROJET IMMOBILIER

En réponse aux priorités nationales, les orientations régionales retenues reposent sur le principe suivant : « **des projets immobiliers au service du patient et des territoires** ».

Le patient et l'usager au cœur des projets immobiliers.

Les projets immobiliers doivent permettre de répondre aux besoins et aux problématiques exprimés par la population. Il est indispensable pour répondre à cet objectif d'améliorer les conditions d'exercice des médecins et des professionnels de santé. En effet, au-delà de la qualité et l'accès aux structures de soin et d'accompagnement, la modernisation du parc immobilier doit donc tenir compte de ce paramètre. **Pour cela, l'établissement veillera à garantir, dans son projet d'investissement, que toutes les conditions soient réunies pour améliorer l'attractivité médicale et/ou fidéliser les professionnels au sein de leur établissement.** Les projets d'investissement doivent donc permettre d'optimiser/améliorer l'attractivité pour les professionnels de santé, l'objectif étant de garder et/ou de renforcer leur présence dans chaque territoire afin de proposer des soins et des accompagnements de qualité.

Par ailleurs, ils devront prendre en compte dans la déclinaison du projet médical, la taille critique des équipes pour faire face, notamment, à la permanence des soins et assurer pour les professionnels des conditions d'exercice de qualité en matière de conditions de travail (équilibre vie privée/vie professionnelle). De plus, une attention particulière devra être portée sur la qualité de la prestation hôtelière pour les professionnels de santé.

1. Principe général :

Tous les établissements sont susceptibles dans l'absolu :

- de présenter un ou plusieurs projet(s),
- de se le faire valider,
- de se le faire financer.

La procédure pour les établissements est la suivante :

- réponse au recensement simplifié lancé par l'ARS,
- priorisation régionale des projets après consultation des CTS et CRIS,
- instruction du projet selon 3 étapes :
 - Etape 1 – validation du schéma directeur immobilier, sur la base d'un dossier-type d'éligibilité,
 - Etape 2 – validation du pré-programme, sur la base d'un dossier-type,
 - Etape 3 - validation du programme technique détaillé (PTD) : sur la base d'un rapport d'évaluation socio-économique préalable pour les projets.
- Signature d'un contrat précisant les engagements pris par l'établissement et description du mécanisme d'aide

Date de création : 26 août 2021

Date de mise à jour : 20/12/2021

2. Pré requis généraux :

Un certain nombre de prérequis seront exigés des établissements porteurs de projets. Ces prérequis ne seront pas éliminatoires mais pris en compte dans les arbitrages. Ces prérequis sont les suivants :

- seront priorisés les projets portés par les établissements qui s'inscrivent pleinement et résolument dans les orientations stratégiques nationales (Service d'accès aux soins notamment et d'autres plans thématiques) et régionales (PRS et COS),
- s'agissant spécifiquement des EPS, projets compatibles et cohérents avec le Projet Médical Partagé du GHT et des projets du territoire,
- seront priorisés les projets portés par les établissements qui se donnent les moyens de garantir une attractivité durable vis à vis des professionnels de santé.

Synthèse des principaux pré requis :

- Développement d'équipes médicales communes de territoire et d'appui sanitaire aux structures médico-sociales
- Organisation des filières entre l'hospitalisation publique et privée et plus largement tenir compte de l'ensemble de l'offre disponible sur un territoire et de la dynamique démographique et de la dynamique d'activité (et, inversement, des régressions)
- Priorisation des projets favorisant le lien ville-hôpital,
- Favoriser la bonne articulation entre la permanence des soins ambulatoire et l'aide médicale urgente,
- Coopération avec les professionnels du 1^{er} recours, les structures de coordination du territoire et les établissements sociaux et médico-sociaux
- Déploiement des projets issus des projets territoriaux en santé mentale (PTSM)
- Attractivité des métiers au plan territorial
- Prise en compte de l'évolution de la population accueillie en EHPAD et de la demande de la population de rester à domicile le plus longtemps possible
- Intégration des priorités des plans structurants (le prochain Plan National de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie, le 5^{ème} plan Cancer)...
- L'organisation de l'offre doit permettre d'agir sur les points clefs du parcours pour les patients atteints de maladies chroniques afin d'éviter les ruptures de prise en charge
- Engagement dans les labels « éco-responsables » soutenus par l'ARS NA

3. Les priorités d'investissement :

- Sur le plan territorial :
 - projets portés par établissements implantés dans des bassins de population ou desservant un bassin de population avec perspectives d'augmentation démographique,
 - projets cohérents et compatibles avec l'offre existante ou en cours de développement sur le reste du territoire,
 - projets qui s'inscrivent dans le cadre d'une gradation territoriale de l'offre.
- Sur le plan statutaire :

Tous les établissements sont éligibles quel que soit le statut mais deux enveloppes distinctes :

- tous les établissements pour l'enveloppe FMIS

- pour l'article 50 :
 - les établissements publics de santé,
 - les hôpitaux des armées,
 - les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 dont les CLCC,
 - les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier

L'ensemble des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

- Sur le plan des catégories d'établissements :
 - établissements de référence de chaque département qu'il s'agisse des établissements de référence MCO/PSY ou SSR,
 - projets portés par établissements labellisés hôpitaux de proximité.
- Sur le plan des activités :
 - bâtiments affectés à la prise en charge des priorités de santé publique suivantes (cf tableau ci-dessous),
 - Pour chacune de ces priorités de santé publique, les projets immobiliers qui s'inscrivent dans les évolutions souhaitées de l'offre,
 - Intégrant les enjeux de modernisation et sécurisation des bâtiments (taux de vétusté, sécurité, conditions d'accueil des patients et de travail des personnels, remise à niveau des plateaux techniques de recours...) permettant de proposer une offre de soin de qualité.
- Sur le plan environnemental : (cf détail dans le tableau ci-dessous – Priorité n°3)
- Sur le plan de la soutenabilité financière :
 - projets durablement soutenables pour les établissements en exploitation,
 - projets dont le ROI est structurellement faible du fait du modèle de financement moins favorable (ex : maternités).

PRIORITES NATIONALES	DECLINAISON DES PRIORITES ET OBJECTIFS REGIONAUX	EVALUATION DE LA REPONSE AUX PRIORITES (indicateurs)
<p>Structuration de l'offre de soins</p>	<p><u>Objectif n°1 : Territorialisation, transformation et décloisonnement de l'offre</u></p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>Pré-requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'équipes territoriales, création d'équipes d'urgentistes de territoire ▪ Organisation des filières entre l'hospitalisation publique et privée et plus largement tenir compte de l'ensemble de l'offre disponible sur un territoire ▪ Priorisation des projets favorisant le lien ville-hôpital, notamment en lien avec les CPTS et les structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), apportant un appui aux professionnels de santé du premier recours, améliorant l'accès aux soins de premier et de second recours dans les zones déficitaires en offre de soins ou désengorgeant les services d'urgences, en lien avec le SAS ▪ Projet en lien avec le schéma médico-social (filière PA, accès aux soins des personnes handicapées) </div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place des consultations avancées de la chirurgie ambulatoire avancée (et office surgery² avancé) et de l'HDJ de médecine avancé ▪ Renforcement de l'établissement de recours du territoire ▪ Amélioration de la gradation des soins en lien avec la réforme à venir des autorisations, de la révision du PRS ▪ Réponse à un nouveau besoin et/ou à des besoins non couverts dans le respect de la zone d'attractivité des établissements du territoire concerné ▪ Favoriser le développement des prises en charge en HDJ en non programmé, lorsque c'est pertinent. ▪ Développement d'alternatives isolement /contention... 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution de l'activité et de la consommation de soins - Evolution de la démographie médicale et soignante - Organisation mise en place au regard de la structuration de l'offre territoriale : gradation des soins, GHT et proximité organisée - Distance moyenne parcourue par les patients néo-aquitains

² Chirurgie en salle de consultation hors du bloc opératoire.

Objectif n°2 : Réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement

Pré-requis :

- Développement d'équipes médicales communes de territoire et d'appui sanitaire aux structures médico-sociales (EHPAD, ESM handicap, notamment TSA, polyhandicap...)
- Prise en compte de la dynamique démographique et de la dynamique d'activité (et, inversement, des régressions)

- Renforcement des filières à forts enjeux (obstétrique/périnatalité, oncologie, urgences, psychiatrie, gériatrie...) en tenant compte de l'attractivité médicale
- Garantie de l'accessibilité aux soins des personnes en situation de handicap sur les différentes filières (plan d'action des établissements de santé), ergonomie et facilité d'orientation dans les bâtiments pour tout public
- Garantie de l'accessibilité aux soins des personnes en situation de précarité (PASS, EMPP...)
- Soutien aux hôpitaux de proximité
- Développer une offre de proximité, basée sur l'activité externe et l'HDJ, médicales et chirurgicales.
- Imagerie : Inégalités - la stratégie d'investissement vise à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Elle visera en particulier à améliorer l'accès à l'imagerie en coupes pour les personnes en situation d'obésité ou de handicap, par l'aide à l'acquisition d'équipements adaptés pour compléter le maillage régional.

Objectif n°3 : Soins non programmés

Pré-requis :

- Favoriser la bonne articulation entre la permanence des soins ambulatoire et l'aide médicale urgente, dans l'objectif notamment de désengorger les services d'urgence (ex : maison médicale de garde adossée à un service d'urgence), ainsi que les projets s'inscrivant dans la mise en œuvre du service d'accès aux soins (SAS).

	<ul style="list-style-type: none">▪ Soutenir l'adaptation des locaux des services d'accueil des urgences (SAU)/SAMU/SMUR devenus obsolètes, en lien avec l'augmentation de l'activité de ces services, ainsi qu'avec les recommandations de bonnes pratiques, les objectifs du pacte de refondation des urgences et la mise en place du service d'accès aux soins (SAS).▪ Structurer les centres d'accueil et de crise en psychiatrie en coordination et proximité avec le service d'accueil et d'urgence somatique,	
	<u>Objectif n°4 : Soins critiques</u>	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Priorisation des projets de réorganisation ou d'agrandissement des locaux permettant de :<ul style="list-style-type: none">○ disposer de plus de marge d'augmentation des capacités ;○ et/ou de regrouper la réanimation et la surveillance continue (futurs soins intensifs polyvalents) ;○ et/ou regrouper les unités de surveillance continue (futurs soins intensifs polyvalents) qui peuvent être éclatées au sein des établissements et/ou sur les territoires.	
	<u>Objectif n°5 : Innovation</u>	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Développement des prises en charge (développement de l'ambulatoire, Office Surgery),▪ Plateaux techniques de pointe : télé-médecine (p.ex. : téléimagerie, robots chirurgicaux, plateaux interventionnels),▪ Intelligence artificielle (gestion des flux de patients, lecture imagerie)	
	<u>Objectif n°6 : Télésoin</u>	
	<p>Le projet doit anticiper et conforter les travaux de développement des usages du numérique au sein de l'établissement et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ la poursuite de la digitalisation du parcours de soins, des services et des processus de l'établissement▪ le développement des usages du numérique en mobilité dans tous les services	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la convergence des systèmes d'information des GHT et la mutualisation du pilotage du système d'information au sein du GHT : dossier patient informatisé unique, infrastructure partagée pour le compte du GHT, équipes mutualisées, etc ▪ le développement de l'usage des objets connectés et de l'intelligence artificielle ▪ le développement de l'automatisation des tâches et de la robotisation ▪ l'usage du numérique par les patients de l'hôpital (usage d'outils de l'établissement « patient acteur de sa prise en charge », l'accès aux services complémentaires proposés par l'hôpital (chambre, parking, ...), les usages personnels du numérique) <p>Le projet doit anticiper et favoriser le développement des prises en charge réalisées via la télésanté au sein des services de l'établissement (l'établissement en tant qu'expert) ou l'accueil de patients pour la réalisation d'actes de télésanté avec des experts se trouvant en dehors de l'établissement (l'établissement en tant que requérant).</p> <p>Ce virage numérique doit donc prévoir l'adaptation des locaux dans les services pour permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la réalisation de téléconsultations de qualité dans chaque service et, au besoin, l'aménagement de locaux dédiés partagés : des salles permettant aux patients de réaliser des téléconsultations avec des experts à distance (autres ES du GHT, CHU, ES privé, PS libéral, ESMS du territoire...), ▪ des infrastructures (énergie, hébergement, sécurité, ...), des réseaux de télécommunication (filaire, mobile), ... ▪ une juste adéquation des salles d'archivage physique. 	
<p align="center">Santé publique et soutien à l'autonomie</p>	<p align="center"><u>Objectif n°1 : Psychiatrie et santé mentale</u></p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>Pré-requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du repérage et intervention précoce au niveau des troubles en santé mentale ▪ Coopération avec les professionnels du 1^{er} recours et les établissements sociaux et médico-sociaux (accueils séquentiels et de crise, équipe mobile, télé-expertise dans le champ de l'enfance, du handicap et des adultes et grand-âge) dans le cadre des par- </div>	

- cours de santé et de la prévention des ruptures de prise en charge,
 - Déploiement des projets issus des projets territoriaux en santé mentale (PTSM)

Attractivité territoriale pour les professionnels de santé : les projets d'investissement doivent permettre d'optimiser cette attractivité, en tenant compte de la taille des structures pour favoriser l'optimisation de l'utilisation des ressources médicales et soignantes :

- Virage ambulatoire : développement de l'offre alternative à l'hospitalisation complète dans les territoires (CMP, CATTP, HDJ particulièrement en infanto-juvénile et jeunes adultes, HAD, équipes mobiles) permettant des prises en charges intensives dans ce cadre et non programmées
- Structuration des parcours de soins à partir des filières de compétences spécialisées : pédopsychiatrie, prise en charge du psycho-traumatisme, offre médico-judiciaire, urgence psychiatrique en coordination et proximité avec les urgences somatiques, offre de soins de réhabilitation psychosociale en coopération avec les ESMS handicap et les opérateurs sociaux, réduction des hospitalisations au long cours et opérations de fongibilité associées,
- Adaptation des locaux pour une prestation hôtelière de qualité proposée aux patients en hospitalisation libre ou sous contrainte ; les locaux doivent favoriser le moindre recours à l'isolement et à la contention, la diversification des soins proposés aux patients et le rétablissement, locaux d'accueil de jour
- Intégration de l'enjeu de qualité de vie au travail des professionnels

Objectif n°2 : Plan cancer

Pré-requis :

Soutenir les priorités identifiées dans la stratégie décennale, notamment s'agissant du diagnostic précoce et de la prise en charge des cancers :

- Le diagnostic précoce des cancers, enjeu particulièrement important pour les cancers de mauvais pronostics, permet de maximiser les chances de traitement de la maladie.

- Pour les établissements de santé, cela peut se traduire par : la mise en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et l'amélioration de l'accès à l'offre d'imagerie médicale, notamment IRM corps entier, et de médecine nucléaire sur les territoires, pour tous les patients atteints de cancer.
 - Afin de lutter contre les pertes de chances, un patient atteint de cancer doit pouvoir accéder à une prise en charge de qualité, à tout endroit du territoire ce qui suppose l'organisation de filières de prise en charge et d'investissements adaptés aux objectifs.
- Renouvellement d'équipements plus performants, assurant donc une prise en charge de plus grande qualité, l'acquisition de nouveaux équipements
 - Equipement pour favoriser la télé-santé pour garantir le meilleur accès de tous aux prises en charge de qualité.

Objectif n°3 : Prise en charge des maladies chroniques

Pré-requis :

L'organisation de l'offre doit permettre d'agir sur les points clefs du parcours pour les patients atteints de maladies chroniques afin d'éviter les ruptures de prise en charge. Il s'agit notamment :

- En premier lieu d'agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé en garantissant une équité d'accès à la santé globale et à la prévention des maladies chroniques.
- De favoriser le repérage et le dépistage dès les premiers symptômes d'une maladie pour mettre en place une prise en charge adaptée le plus rapidement possible, afin de retarder son apparition, d'éviter son aggravation, et d'anticiper les situations de fragilité.
- De développer les soins en ambulatoire, équipes mobiles, et s'appuyer sur les DAC-PTA afin de permettre au patient atteint de maladie chronique de continuer à vivre à domicile le plus longtemps possible.

- Il est également possible de prévenir les (ré)hospitalisations évitables en offrant aux patients atteints de pathologies chroniques des formes variées de rééducation (en hospitalisation complète, à temps partiel, à domicile, et en télé rééducation).
- De permettre l'accès à l'éducation thérapeutique dès la phase aiguë et lors de la réadaptation, dans le but de restaurer la qualité de vie des patients. Dans ce cadre, l'inclusion d'usagers experts dans le parcours de soins et le développement du compagnonnage sont des outils à favoriser.
- Il est indispensable de développer le matériel nécessaire à la télémédecine et aux dossiers patients informatisés pour favoriser les suivis à distance.
- Enfin, la mise en place progressive de forfaits pathologies chroniques doit permettre d'offrir aux patients une prise en charge globale adaptée à sa situation.

Plus spécifiquement :

- Concernant les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, l'enjeu est double. Il s'agit de favoriser l'accès à la greffe préemptive d'une part et de développer l'offre de dialyse hors centre d'autre part et plus particulièrement la dialyse à domicile pour les patients autonomes compatibles avec cette prise en charge. Sur le volet greffe, le développement de l'outil r@n permet d'offrir aux patients un suivi sans rupture et une prise en charge en éducation thérapeutique adaptée.
- En ce qui concerne les patients atteints d'obésité sévère, l'enjeu est de permettre aux 4 CSO de la région d'investir dans du matériel adapté afin de garantir une prise en charge sécuritaire et digne pour la personne malade (brancards bariatriques, transports, imagerie, lit,...).

- Renouvellement d'équipements plus performants, assurant donc une prise en charge de plus grande qualité, l'acquisition de nouveaux

équipements

- Equipement pour favoriser la télé-santé pour garantir le meilleur accès de tous aux prises en charge de qualité et l'accès à l'expertise.

Objectif n°4 : Personnes âgées

Pré-requis :

- Attractivité des métiers (champ médical et paramédical) au plan territorial (participation à une plateforme RH mutualisée par exemple)
- Coopération avec les structures de coordination du territoire (DAC/PTA, communauté 360, CPTS, ...)
- Prise en compte de l'évolution de la population accueillie en EHPAD (+ 85 ans à l'entrée, troubles cognitifs, personne seule) et de la demande de la population de rester à domicile le plus longtemps possible

Dans le cadre du « virage domiciliaire », l'établissement doit être envisagé dans la continuité, voire la complémentarité, avec le domicile. Il doit se positionner comme un « pôle ressource de proximité (PRP) », ouvert sur l'extérieur et offrant des services à la population et aux partenaires de son bassin de vie, avec pour objectif le soutien à la vie à domicile et l'adaptation aux besoins des résidents. Il peut ainsi mettre en œuvre des actions dans les domaines suivants :

- Projets en lien avec la mesure 5 du Pacte de refondation des urgences (admissions des personnes âgées à l'hôpital, sans passer par les urgences) ;
- Localisation de l'établissement dans la cité. Multiplication des modes d'accueil alternatifs à l'hébergement permanent : développement des capacités d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et d'urgence, habitat intergénérationnel et inclusif,...
- Dispositifs de répit et de soutien aux aidants (projet de Maisons de répit),
- Prise en compte des familles et des visiteurs dans l'organisation spatiale des locaux (espaces de convivialité et de confidentialité...)
- Respect des conditions architecturales préconisées dans les recommandations de bonne pratique (troubles sévères, troubles cognitifs, ...)
- Systèmes d'information partagés et plateformes télémédecine (lieux dédiés TLC, wifi...)
- Evolution des équipements favorisant l'autonomie et la sécurité des résidents (domotique...), et la QVT des personnels
- Espaces architecturaux adaptés aux personnes présentant des troubles

- cognitifs, dans le cadre de l'accueil permanent, temporaire ou de jour
- Promotion d'une sectorisation raisonnée et raisonnable au sein des EHPAD, déploiement d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer.
 - Déploiement des locaux de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Objectif n°5 : Soins palliatifs et fin de vie

Pré-requis :

Le Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé au printemps 2021 le lancement de travaux préparatoires à l'élaboration du prochain Plan National de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie et sa déclinaison à l'échelle des territoires.

Ces travaux se déclineront selon trois axes :

- Renforcer l'acculturation aux droits de la fin de vie et diffuser, parmi les professionnels et intervenants, la culture palliative. Chacun doit connaître ses droits en matière de fin de vie et s'impliquer dans leur mise en œuvre en respectant l'esprit de la loi et les impératifs, notamment, de collégialité et de concertation.
- Diffuser les bonnes pratiques, garantir un haut niveau d'expertise en soins palliatifs et son accessibilité pour les acteurs en s'appuyant sur la formation et les travaux de recherche. Il s'agit de garantir l'adéquation de l'offre de soins palliatifs aux besoins et que les situations de fin de vie soient anticipées pour que chacun puisse être pris en charge précocement, sur tous les territoires, par des professionnels formés, des médecins et paramédicaux appuyés si besoin par des équipes expertes.
- Déployer les prises en charge de proximité en renforçant les coordinations, en structurant des modalités d'intégration précoce des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Il s'agit de permettre à chacun d'être soigné sur son lieu de vie, selon ses souhaits, tout en tenant compte de ses besoins dans le cadre d'une prise en charge graduée et coordonnée.

- Renouvellement d'équipements plus performants, assurant donc une prise en charge de plus grande qualité, l'acquisition de nouveaux

équipements

- Equipement pour favoriser la télé-santé pour garantir le meilleur accès de tous aux prises en charge de qualité.

Objectif n°6 : Handicap

Pré-requis :

- Attractivité territoriale pour les professionnels de santé

- Garantir l'accompagnement favorisant l'inclusion : l'accompagnement médico-social doit évoluer pour s'adapter aux besoins et aux projets/choix de vie des personnes en situation de handicap en proposant en priorité un accompagnement vers et à partir du domicile : développement des services mobilisés sur des habitats adaptés ou inclusifs, d'une offre de soutien aux familles, répit en accueil de jour/ temporaire pour les aidants.
- Fonctionnement attendu en mode plateforme de services avec diversification des modalités d'accompagnement proposées, avec accessibilité et insertion des locaux dans la cité, mobilité des professionnels
- Hébergements devant favoriser l'autonomie (activités du quotidien, ...) , la vie sociale, permettre et respecter l'intimité, l'accueil des familles
- En cohérence avec la transformation de l'offre attendue et le virage inclusif, et le fonctionnement en dispositif des ESMS du champ de l'enfance, locaux des établissements devant permettre des accueils en internat pour les situations les plus complexes ou à besoins spécifiques , de jour, mixtes avec le domicile,
- Fermeture des internats éloignés des sites urbains...
- Garantir l'insertion en milieu ordinaire par le travail pour les travailleurs en ESAT, pour les jeunes sortant d'IMPRO/SESSAD Pro.
- Intégrer l'approche populationnelle par type de handicap dans les organisations, la création d'unités spécialisées ou pôle spécialisés permettant de mieux répondre aux besoins par le développement de l'expertise des professionnels, avec une mise à disposition au niveau du territoire (fonction ressources territoriale)
- Accompagner la perte d'autonomie et le vieillissement des personnes en situation de handicap avec adaptation et/ou spécialisation des établissements concernés

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner le virage numérique pour maintenir et accroître une gestion performante des établissements et des services et développer l'efficacité des outils pour les professionnels au service de l'accompagnement des personnes 	
	<p style="text-align: center;"><u>Objectif 7 : Obstétrique, périnatalité, pédiatrie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement des maisons de naissance (passage dans le droit commun à partir 2021) pour intégration des accouchements ambulatoires afin de s'assurer de la bonne adaptation des protocoles et des infrastructures ▪ Développement des unités d'hospitalisation de jour « mere bébé » en lien avec les pôles de pédopsychiatrie de la structure santé mentale du territoire (la situation géographique pouvant se situer soit au niveau de la maternité de type 2 soit au sein de l'établissement « santé mentale ») ▪ Intégration de la filière « Petite Enfance » dans le développement des hôtels hospitaliers et de l'accueil des familles, notamment au regard de l'éloignement de certaines maternités 	
<p style="text-align: center;">Développement durable et QVT</p>	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Pré-requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement dans les labels « éco-responsables » soutenus par l'ARS NA </div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la gestion des risques, notamment infectieux dans l'organisation spatiale des établissements (gestion des flux, gestion du circuit du médicament, situation géographique du bureau d'entrée, zone d'accueil sanitaire...), liés aux changements climatiques (prévention risque inondation et autres catastrophes naturelles y compris canicule) et aux afflux massifs de victimes (adaptation rapide à ce genre de situation) ▪ Développement du potentiel et du patrimoine existant et de bâtiments à énergie positive ▪ Evaluation du bénéfice risque/ restructuration versus reconstruction, ▪ Intégration des enjeux de RSE ▪ Enjeux environnementaux et développement durable (question d'une labellisation HQE) pour un objectif d'émissions neutres de gaz à effet de 	

	<p>serre (GES) : performance énergétique, promotion des mobilités douces et durables, gestion des déchets : recyclage et élimination, gestion de l'eau (traitement et recyclage eau potable, eau utilisée pour l'hygiène et le nettoyage des équipements hospitaliers), gestion des gaz (ex. anesthésiants) et autres infrastructures techniques, numérisation des infrastructures, environnement extérieur (biodiversité, prévention des îlots de chaleur, espaces de nature pour le bien-être des patients et aidants, articulation des espaces des ESMS à l'espace urbain alentour / intégration dans un espace de vie/accessibilité pour tous types de publics, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Enjeux de la qualité de vie au travail : prévention des TMS (dispositifs intégrés au bâti, ergonomie des espaces et dispositifs pour le bien-être physique et psychologique au travail	
--	--	--

DECLINAISON DE LA STRATEGIE REGIONALE D'INVESTISSEMENT AU SEIN DE LA REGION NOUVELLE-AQUITAINE

I. PROGRAMMATION BUDGETAIRE DES PROJETS SANITAIRES STRUCTURANTS POUR LE TERRITOIRE

A. Recensement des projets

Pour les établissements publics de santé et PSPH, le recensement a été lancé lors de la campagne PGFP 2021. Pour les établissements privés (EBL et EBNL non ESPIC) : le recensement a été lancé sur les mêmes modalités que pour les établissements publics de sorte à ce que le recensement des projets soit équitable et exhaustif.

En fonction de **la maturité de ces projets et de leur caractère certain**, ces derniers peuvent ou non, pour les établissements concernés, être intégrés dans le PGFP, sans pour autant intégrer une quelconque aide.

L'ARS procédera annuellement à une potentielle mise à jour de ce recensement afin de s'assurer d'une actualisation des données.

B. Priorisation et validation des projets

Tous les projets majeurs doivent désormais être élaborés en suivant les étapes inscrites dans la circulaire du 10 mars 2021 et qui ont pu être récemment précisées par le Conseil scientifique.

Ils doivent notamment, en base de toute proposition d'investissement, se fonder sur une analyse territoriale de positionnement et un projet médical.

La stratégie régionale et la liste des projets prioritaires doit ainsi permettre d'affermir les enveloppes de crédits effectivement disponibles, notamment la tranche 2021-2025. La tranche 2026-2029 sera affermée dans un second temps.

Deux grandes masses de programmation budgétaire sont attendues :



- La part de l'enveloppe dédiée aux projets les plus structurants supérieurs à 20M€ HT,
- La part par grande thématique sur la base des priorités régionales et nationales de notre stratégie.


La déclinaison doit se faire :

- année par année jusqu'en 2025,
- globalement pour les années 2026-2029.

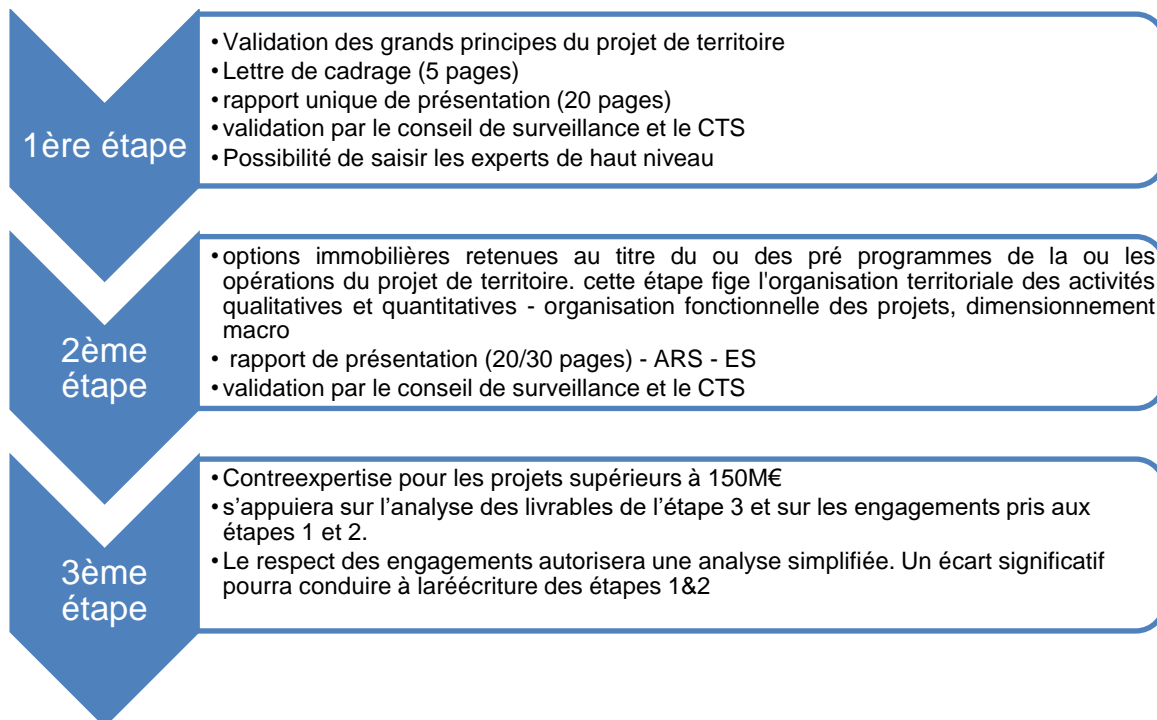
Le montant d'aide par projet n'est pas précisé via la stratégie régionale, l'accompagnement financier n'étant décidé qu'au terme de l'analyse

Par ailleurs, la procédure d'instruction des projets sera fixée à partir du montant HT du coût de l'opération :

- coût supérieur à 150 M€  : procédure nationale « CNIS » :
 - supérieurs à 150 M€ (montant HT de(s) l'opération(s) de travaux, soit hors équipements, SI et foncier), y compris lorsque le seuil se retrouve dépassé en raison d'une évolution de l'estimation du coût du projet en cours d'étude,
 - ou d'un montant inférieur mais dont l'établissement souhaite obtenir un avis du COPIL (en particulier les projets faisant l'objet d'un soutien exceptionnel en % de financement).
- coût inférieur à 150 M€  : procédure d'instruction régionale du dossier,
- projets de plus de 20 M€ HT : obligation de remontée inventaire SGPI et rapport d'évaluation socio-économique.

 Une remontée au niveau national est à prévoir (inventaire SGPI) pour tous les projets supérieurs à 20M€ HT travaux, ainsi que sur leur stade d'avancement, avec rapport d'évaluation socio-économique à établir, en attente de la révision des nouveaux référentiels.

1. Le processus national (projets > 150 M€ HT)



2. Le processus régional (projets < 150 M€ HT)

La priorisation débutera par l'analyse territoriale des projets de restructuration au regard des priorités nationales et régionales d'offre de soins. Ensuite, un travail d'expertise des projets prioritaires sera

mené à partir des dossiers d'éligibilité tenant compte des recommandations actuelles et à venir du Conseil scientifique. A cette issue, une évaluation de l'aide sera déterminée.

La procédure d'instruction du projet suit au niveau régional également trois étapes :

- Etape 1 – validation du schéma directeur immobilier, sur la base d'un dossier-type d'éligibilité ;
- Etape 2 – validation du pré-programme, sur la base d'un dossier-type
- Etape 3 - validation du programme technique détaillé (PTD) : sur la base d'un rapport d'évaluation socio-économique préalable pour les projets.

Afin de mener à bien l'ensemble de ces travaux, des dossiers types et des outils d'analyse sont et seront disponibles en suivant le lien internet [ici](#). Ces outils ont vocation à être évolutifs en fonction des orientations nationales et régionales à venir. A l'issue de cette instruction l'établissement et l'ARS signent un contrat précisant les engagements pris par l'établissement et la description du mécanisme d'aide

C. Soutenabilité financière du projet et versement des aides

Le respect des orientations régionales conditionne l'attribution d'une aide à l'investissement aux enjeux de santé publique. Seuls seront accompagnés les projets re-structurants. Dès lors ne seront pas financés les seuls équipements lourds, les robots chirurgicaux ou pharmaceutiques, etc.

L'étude de la soutenabilité se basera sur l'étude du PGFP à 10 ans ou de l'annexe financière ad hoc.

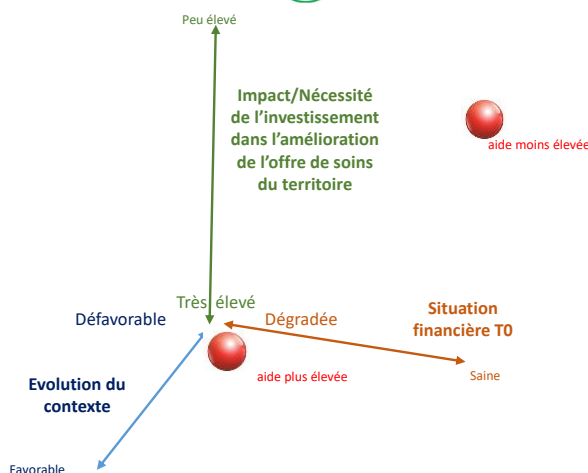
Les principaux ratios qui seront expertisés : taux de marge brute, ratios d'endettement prévus au décret relatif aux limites de recours à l'emprunt, taux de CAF nette, taux de vétusté, taux d'investissement courant et majeur, niveau du fond de roulement. Ces taux seront considérés dans leur valeur absolue et dans leur trajectoire sur la durée.

Les indicateurs financiers sont en effet à mobiliser progressivement en fonction de l'avancée dans la définition du projet selon trois objectifs :

- apprécier la situation T0 de l'établissement afin d'évaluer l'ordre de grandeur de l'aide potentielle à prévoir sur les financements régionaux délégués ou mobilisables,
- mesurer les impacts économiques attendus du projet d'investissement (si restructurant, si regroupement, si développement d'activité etc.),
- apprécier l'évolution de la situation T0 vers le T1 c'est à dire la trajectoire financière de l'établissement qui mobilise trois composantes (autofinancement, emprunt, aide). Quel impact ce projet d'investissement a sur la trajectoire de l'établissement ? Le degré de mobilisation de chacune des composantes est-il réaliste ? Soutenable ?

L'étude de soutenabilité devra démontrer que le niveau de performance de l'établissement permet de couvrir à la fois la charge annuelle de la dette et le socle minimum d'investissement courants tout en préservant un FRNG de sécurité.

Un des objectifs du calibrage de l'aide sera la réduction de l'effet accélérateur du projet sur la dette. Le calibrage de l'aide dépendra de l'analyse croisée de plusieurs facteurs et sera propre à chaque établissement :



Le versement des aides se fera en deux temps :

- Un premier versement d'amorçage,
- Un second versement conditionné à l'effectivité de la mise en œuvre des engagements.

D. Modalités d'engagement des crédits d'accompagnement

En vertu de la circulaire ministérielle du 10 Mars 2021 et de l'article 50 du projet de loi pour le Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2021, les établissements bénéficiaires d'aide devront contractualiser **avant le 31/12/2021** avec l'ARS s'agissant du volet 1 relatif à la restauration des capacités financières,

Pour le volet 2 relatif au soutien aux investissements structurants, la contractualisation s'effectuera par voie d'avenant au contrat volet 1.

Pour les établissements bénéficiaires de l'aide au titre de l'enveloppe FMIS, la contractualisation se fera via un avenant CPOM l'année du droit de tirage (entre 2023 et 2025).

II. FOCUS SUR LA PROGRAMMATION BUDGETAIRE DES PROJETS MEDICO-SOCIAUX STRUCTURANTS POUR LE TERRITOIRE : priorisation des établissements soutenant le territoire et favorisant l'attractivité médicale

A. Recensement et priorisation des projets dans le secteur

Une enquête a été réalisée en mai 2021 permettant une présélection parmi les dossiers reçus afin de :

- sélectionner pour 2021 les projets immobiliers dont la maturité est avérée selon les critères qualitatifs énoncés par la CNSA,
- établir un vivier pour les années suivantes.

Un dossier PAI à remplir a été envoyé à tous les projets 2021. Une priorisation CD/ARS a eu lieu sur les dossiers PAI PA finalement réceptionnés. Une mise à jour annuelle du recensement, sur le premier semestre de l'année, est prévue.

B. Programmation des projets dans le secteur

La programmation budgétaire, pour les crédits PAI PA du Ségur de la Santé est effectuée selon la granularité suivante :

- pour 2021 : Identification précise de chaque opération,
- pour 2022-2024 : Identification des opérations dont on vise l'émergence,
- pour 2025-2030 : Orientations stratégiques, pas d'identification individuelle des projets.

Le soutien à l'investissement est par ailleurs intégré comme priorité générale dans la stratégie d'allocation des crédits non reconductibles (CNR) médico-sociaux, dans une logique de complémentarité des vecteurs de financement mobilisables.

Ainsi, s'agissant du secteur PH et PCDS, une enveloppe investissement est identifiée dans la programmation annuelle, en fonction des besoins de chaque secteur et des marges annuelles disponibles.

L'ARS souhaite en effet intégrer ce secteur au sein de sa stratégie d'accompagnement. En effet, une enveloppe investissement a été mobilisée dès 2021, et a vocation à être reconduite dans les années à venir, en fonction des enveloppes disponibles.

Elle permettra de financer les priorités suivantes :

- créations ou extension de structures suite à autorisation ARS (et notamment mais pas exclusivement suite à opération de fongibilité) et s'inscrivant dans nos politiques prioritaires (TSA, Polyhandicap notamment),
- soutien aux projets immobiliers spécifiques concourant à créer une offre nouvelle de dimension régionale (ex : unités TSA très complexes (à noter le financement en fonctionnement acté pour 3 unités 79,17,87 à accompagner en investissement) ; unités Huntington),
- réhabilitations des établissements ayant un taux de vétusté supérieur à la moyenne,
- adaptation des établissements aux enjeux du vieillissement des personnes en situation de handicap,
- soutien aux projets développant de l'offre nouvelle en matière de répit et soutien aux aidants (hébergement/accueil temporaire, de nuit ou de jour),
- recompositions avec traduction immobilière actée dans le cadre des CPOM signés en cohérence avec les orientations du virage inclusif.

C. Soutenabilité financière du projet et versement des aides

Tout en visant à une répartition homogène et stratégique de l'enveloppe régionale disponible, l'ARS étudie la soutenabilité financière de chaque projet d'investissement.

Celle-ci vise à rendre opérant le plan de financement prévisionnel et à l'optimiser, c'est-à-dire à rechercher la meilleure mobilisation possible de ressources affectées aux financements des investissements (fonds propres disponibles, aides, subventions locales, PAI CNSA, Crédits non reconductible ARS, emprunts bancaires...), et ceci afin de contenir l'évolution des surcoûts budgétaires.

Pour les EHPAD, le contenu de ces surcoûts budgétaires permet de modérer l'augmentation du Prix de Journée Hébergement à la charge du résident.

Concernant le secteur PH sous compétence ARS, les surcoûts peuvent également faire l'objet d'un accompagnement PAI et de crédits non reconductibles (CNR, après optimisation des plans de financement, dans le respect de la dotation régionale limitative).

Le respect des orientations régionales conditionne l'attribution d'une aide à l'investissement aux enjeux de santé publique.

Pour télécharger le dossier type, [ici](#).

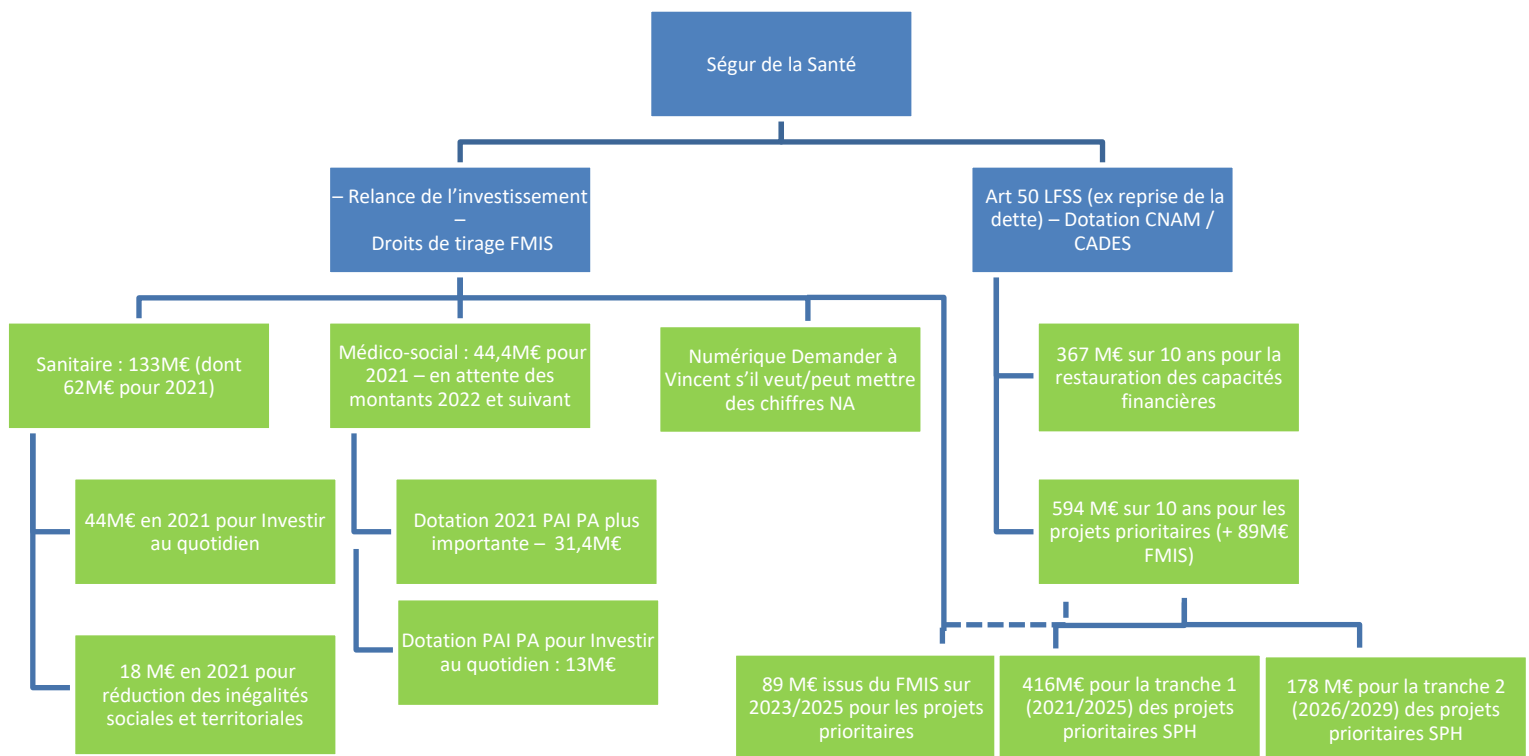
Les documents régionaux seront mis à jour régulièrement, au fur et à mesure des publications et orientations nationales

III. PRESENTATION PAR TERRITOIRE DES PROJETS SUSCEPTIBLES D'ETRE AIDES DES 2021

La liste des projets est téléchargeable sur le site Internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

IV. PROGRAMMATION BUDGETAIRE DE L'ENSEMBLE DES CREDITS ISSUS DU PLAN D'INVESTISSEMENT SEGUR – VOLET SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

DECLINAISON DES ENVELOPPES



ANALYSE DES RISQUES POTENTIELS

La programmation budgétaire va articuler une programmation par enveloppe et également une stratégie globale des financements prévus.

Les processus renforcés avec les établissements (approbation/refus des EPRD-PGFP, dialogues de gestion) et la comitologie mise en place (CRIS et CTS) permettront un suivi attentif de la programmation budgétaire.

De manière plus spécifique, certains risques identifiés en amont ont fait l'objet d'actions préventives afin de respecter les montants alloués :

- **risque identifié n°1: possible sous-estimation du nombre de projets ou d'établissements avec l'émergence de projets non recensés d'ici quelques années**

Action préventive : le recensement des projets a pris la forme d'une sollicitation individuelle de tous les établissements sanitaires de la Région, via les PGFP pour les établissements concernés par ce document et par courriel pour les autres.

- **risque identifié n° 2: possible sous-estimation des impacts du RETEX Covid-19, notamment sur les soins critiques**

Action préventive : un pourcentage de 5% des enveloppes article.50 est mis en réserve au niveau régional pour couvrir ce type d'aléa.

- **risque identifié n°3 : mésestimation de l'évolution des prix**

Action préventive : une provision pour révision des prix est/sera exigée dans tous les projets structurants.

PROGRAMMATION REGIONALE BUDGETAIRE GLOBALE

Les dotations prévisionnelles issues de la note d'information sont :

	2021		2022		2023		2024		2025		2026 → 2029		TOTAL
	FMIS	ART 50	FMIS	ART 50	FMIS	ART 50	FMIS	ART 50	FMIS	ART 50	FMIS	ART 50	
Investir au quotidien	44M€	0	45M€	0	18M€	0	18M€	0	9M€	0	0	0	133M€
Réduction des inégalités	18M€	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18M€
Restauration des marges	0	73M€	0	37M€	0	37M€	0	37M€	0	37M€	0	146M€	367M€
Projets prioritaires	0	395M€	0M€	0	27M€	0	27M€	0	36M€	0	0	169M€	654M€
Mise en réserve pour les projets prioritaires		21M€										9M€	30M€
TOTAL	62M€	468M€	45M€	37M€	45M€	37M€	45M€	37M€	45M€	37M€	0M€	315M€	1 172M€

L'enveloppe 2021 couvre la période 2021-2025.

REPARTITION DES CREDITS ISSUS DU PLAN D'INVESTISSEMENT SEGUR : L'ASSAINISSEMENT FINANCIER

La restauration des marges en faveur de l'assainissement financier des établissements de santé (ASPH) correspond, pour la région Nouvelle-Aquitaine, à une enveloppe de **367 M€** sur 10 ans.

Cette enveloppe a vocation à **renforcer les capitaux propres** des structures (compte 1026) afin que celles-ci possèdent un auto-financement suffisant pour faire face à leurs engagements.

80% de cette enveloppe (293 M€) a été réparti au regard de **deux critères retenus par le niveau national** comme des indicateurs permettant de cibler deux types de situation à risque :

- les établissements ayant un **encours de leur dettes 2018** supérieur à 30% de leurs recettes tous budgets confondus,
- les établissements ayant une **capacité d'autofinancement 2018 après remboursement du capital de leur emprunt** inférieure à 1% de leurs recettes tous budgets confondus.

L'enveloppe répartie sur les critères nationaux va permettre de contractualiser avec 60 établissements de santé de la région ayant des dettes 2018 supérieures à 30% de leurs recettes (pour 245 M€) et 44 établissements ayant des CAF nettes inférieures à 1% de leurs recettes (pour 49 M€).

Les **20% restants à la disposition de l'ARS Nouvelle-Aquitaine** ont été répartis en fonction de deux autres situations à risque identifiées :

- les établissements ayant connu des déficits importants qui ont conduit leurs **capitaux propres** à passer **sous le seuil critique de 15% du total des leurs recettes** (pour 26 M€).
- les établissements ayant une **capacité d'autofinancement moyenne 2017/2018/2019 hors aide exceptionnelle et après remboursement du capital de leur emprunt** inférieure à 1% de leurs recettes tous budgets confondus (pour 36 M€).

Enfin, au vu du risque de ne pouvoir déléguer de crédits sur le bloc 2 - projets structurants de la mesure article 50, sans contrat conclu avant le 31/12/2021, il a décidé de verser une **dotation socle forfaitaire** (tranches selon le poids des recettes), aux 43 établissements de la région ne répondant pas aux quatre critères évoqués ci-dessus (pour 10 M€).

La proposition d'aide potentielle au regard de ces cinq critères a été communiquée à l'ensemble des 131 établissements concernés lors de la préparation de leur PGFP 2021.

Chaque établissement en fonction de sa situation et de ses besoins devra développer une stratégie afin d'atteindre les objectifs et les engagements qui seront contractualisés avec l'ARS d'ici le 31/12/2021.

La proposition effectuée du montant des aides à contractualiser avant le 31/12/2021 se répartit de la manière suivante :

Département	Nombre d'établissements	Montant attribué mesure article 50 Restauration des marges
16	9	30 899 901 €
17	13	58 178 461 €
19	7	11 679 569 €
23	8	12 387 201 €
24	14	27 463 666 €
33	27	49 723 701 €
40	9	18 410 703 €
47	10	35 115 161 €
64	15	53 590 625 €
79	7	37 234 380 €
86	4	17 289 891 €
87	8	13 458 258 €
TOTAL REGIONAL	131	367 190 253 €

Ces aides versées par dixième de 2021 à 2030 devront permettre de :

- soutenir un niveau de trésorerie suffisant pour assurer l'ensemble des paiements,
- soutenir un niveau d'investissement courant minimum,
- assurer la maîtrise de l'endettement en évitant un recours excessif à la dette, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

En fonction de la situation financière dans lequel se trouve l'établissement, les objectifs et les engagements de l'établissement seront différents ainsi que les indicateurs de suivi.

Une vigilance et un engagement particulier seront demandés à l'ensemble des structures concernant leur future politique de recours à la dette afin de ne pas dégrader les comptes publics hospitaliers.

REPARTITION DES CREDITS ISSUS DU PLAN D'INVESTISSEMENT SEGUR : L'INVESTISSEMENT COURANT 2021

Les crédits pour investir au quotidien sanitaire ou médico-sociaux doivent aussi permettre la déclinaison des orientations régionales pour la transformation de l'offre.

Champ sanitaire

L'**investissement au quotidien** en faveur des investissements courants et de renouvellements c'est-à-dire les équipements **hôteliers et logistiques, les systèmes d'information, matériels médicaux et biomédicaux, travaux courants et rénovations légères** est doté d'une enveloppe : 133 M€ sur 5 ans (dont 44 M€ pour 2021).

Périmètre

- **Fléchage** : réalisé établissement par établissement – en lien avec les fédérations, Information aux établissements : le 25 mars 2021.
- **Critères de répartition**
 - **Niveau 1** : Répartition de l'enveloppe par typologie de financements d'établissements sur la base des recettes AM
 - **Niveau 2** : Répartition des sous-enveloppes au sein de chaque catégorie d'établissements
 - Pour les établissements publics : une répartition à 70% au prorata des produits des ES et les 30 % restants au regard du taux de CAF Nette en prenant une base de référence pluriannuelle (2017-2018-2019), tout en garantissant à chacun un plancher de 10 000€.
 - Pour les établissements privés à tarification publique : une répartition à 90% au prorata des produits des ES et les 10 % restants au regard du taux de CAF Nette pluriannuelle et plancher de 5 000€.
 - Pour les établissements privés à tarification privée : une répartition à 90% au prorata des produits et les 10% restants sont attribués aux 25 établissements FHP et FEHAP ayant sollicité un accompagnement financier et plancher de 10 000€ d'aide supplémentaire.
 - Pour les établissements publics comme privés ayant une activité HAD : attribution d'un forfait de 10 000€ à chaque HAD et répartition du solde de l'enveloppe au prorata du nombre de journées 2020 réalisées.
 - **Niveau 3 : Utilisation au sein des établissements** :
 - L'utilisation des crédits affectés à chaque établissement se fera en étroite concertation avec les communautés médico-soignantes des établissements : chaque établissement proposera et décidera de l'affectation de cette enveloppe en se fondant notamment sur les besoins exprimés par les services de soins et médico-techniques, et en tenant compte de l'enjeu de transition énergétique.
 - **Modalités de paiement** : remboursement sur facture (contrairement à 2020) et contrat à venir.

Pour l'année 2021, l'enveloppe d'investir au quotidien a été abondée pour apporter un soutien complémentaire aux investissements pour la réduction des inégalités qui a fait l'objet d'un appel à projets simplifié ciblé (annexe informative n°2).

Les résultats pour 2021 :

Département	Investir au quotidien	Investir "Réduction des inégalités"
16	2 100 300 €	
17	4 766 019 €	
19	2 208 290 €	2 148 000 €
23	1 053 400 €	5 041 723 €
24	2 674 100 €	5 249 000 €
33	11 670 400 €	
40	2 917 400 €	2 370 300 €
47	3 000 700 €	3 307 277 €
64	4 778 506 €	
79	2 407 400 €	
86	3 200 900 €	
87	3 222 585 €	
TOTAUX	44 000 000 €	18 116 300 €

Les critères de répartition des 89M€ sur l'enveloppe « Investir au quotidien » pour les années 2022 à 2025 seront concertés avec les fédérations.

Champ Médico-social : Personnes Agées

Ces crédits (13,8 M€ en 2021) ont vocation à soutenir l'investissement courant au sein des EHPAD, en ciblant le financement des besoins en équipements et petits matériels, à visée préventive et/ou thérapeutique potentiellement, ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des **besoins d'accompagnement des personnes et les conditions de travail des personnels**. L'objectif étant d'apporter des améliorations concrètes et rapides au bénéfice des professionnels et des résidents.

Pour le choix d'investissement, les EHPAD doivent organiser la participation des conseils de la vie sociale ainsi que des professionnels et une mesure de la satisfaction devra être opérée après réalisation du projet.

Critères d'éligibilité :

- EHPAD habilités à l'aide sociale à 50% ou plus de sa capacité,
- travaux ou achats non démarrés.

Ne sont pas éligibles :

- le simple renouvellement de matériel,
- les dépenses ou travaux effectués antérieurement à la notification de l'aide PAI,
- les dépenses d'entretien et de maintenance.

Les critères présentés ont été déterminés au niveau national en 2021. Pour les prochaines campagnes PAI du quotidien, si une modification de l'éligibilité intervenait, les règles de l'allocation seraient revues en conséquence.

Une articulation avec la stratégie d'allocation des crédits non reconductibles (CNR) médico-sociaux pour une meilleure réponse aux besoins d'investissement courant

Les crédits PAI du quotidien seront, pour les structures éligibles, le vecteur privilégié de soutien de financement des besoins en équipements et petits matériels, ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des besoins d'accompagnement des personnes. Ils ne seront pas cumulables avec un accompagnement en CNR, à partir du moment où des appels à candidature thématiques sont ouverts.

Pour les autres structures (EHPAD non habilités, ESMS PH, SSIAD et PCDS), le soutien à l'investissement sera traduit dans les priorités régionales d'accompagnement, en fonction des besoins de chaque secteur et des marges disponibles.

Une articulation avec le futur appel à projet CNSA pour le développement de tiers lieu CNSA

Une enveloppe nationale de 3 M€ est prévue selon l'instruction CNSA du 23 avril 2021 pour le PAI PA 2021 (inclus dans les 450 M€ - annexe 1 circulaire 1er ministre du 10 mars 2021). Le développement de tiers lieux participe à une politique d'ouverture des établissements sur leur environnement de quartier

Cet AAP sera lancé en 2021 avec un cahier des charges précisant les bonnes pratiques, points de vigilance, espaces et dépenses finançables ainsi que le montant des crédits spécifiques dédiés.

Champ Médico-social : Personnes Handicapées

La déclinaison du Ségur ne prévoit pas de mesure spécifique à la mise en place d'un PAI Investir quotidien au profit des établissements et services en charge des personnes en situation de handicap. Cependant, l'ARS tend dans le cadre de sa politique régionale à mobiliser les marges disponibles pour soutenir les structures dans l'acquisition de matériel impactant la qualité des accompagnements et les conditions de travail des professionnels.

Investissement pour la réduction des inégalités en faveur des investissements courants permettant d'améliorer l'offre de soins dans les départements concernés

Enveloppe 2021 : 18 M€

Critères d'éligibilité : uniquement pour les établissements des départements 19, 23, 24, 40 et 47

Résultats de l'appel à projet simplifié :

53 établissements des territoires concernés ont répondu à l'AAP, soit 72 %.

Seuls 3 établissements ont vu la totalité de leurs propositions écartées (un CH, une clinique et un ESPIC) pour non éligibilité, les projets ayant déjà fait l'objet de financements antérieurs ou n'étant pas jugés prioritaires sur le territoire.

Le contrôle d'éligibilité et la priorisation ont permis de retenir un montant de projets de 12.7 M€ pour une enveloppe de 12 M€, soit un taux de couverture moyen de 95 %, allant de 60 % au minimum à 100 % selon les établissements en fonction des priorités.

Par thématiques, les crédits alloués sont les suivants :

- 2.2 M€ pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes porteuses de handicap,
- 1,1 M€ pour l'amélioration de l'accès aux soins pédiatriques,
- 3.7 M€ pour l'amélioration des dépistages des cancers,
- M€ pour la mise en places de consultations avancées,
- 2.5 M€ pour les équipements de plateaux techniques,
- 0.5 M€ pour la prise en compte de l'enjeu de transition écologique.

GLOSSAIRE

AAP : Appel A Projet

AM : Assurance Maladie

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

ARS : Agence Régionale de Santé

CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale

CAF : Capacité d'Auto Financement

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centres Médico Psychologiques

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIS : Conseil National d'Investissement en Santé

CNR : Crédits Non Reconductibles

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie

COPIL : Comité de Pilotage

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRIS : Conseil Régional de l'Investissement en Santé

CTS : Conseils Territoriaux de Santé

DAC : Dispositif d'appui à la Coordination

DD : Délégation Départementale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGU : Dialogue de Gestion Unique

DOSA : Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ES : Etablissement de Santé

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

FMIS : Fonds pour la Modernisation de l'Investissement en Santé

GES : Gaz à Effet de Serre

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HDJ : Hospitalisation de Jour

HQE : Haute Qualité Environnementale

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS : Lits Halte Soins Santé

PA : Personnes Agées

PAI : Plan d'Aide à l'Investissement

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCDS : Personnes Confrontés à des Difficulté Spécifiques

PE : Projet d'Etablissement

PGFP : Plans Globaux de Financement Pluriannuel

PH : Personnes Handicapées

PLFSS : Projet de Loi pour le Financement de la Sécurité Sociale

PMSPT : Projet Médical Soignant Partagé de Territoire

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PRP : Pôle Ressource de Proximité

PRS : Projet Régional de Santé

PS : Professionnel de Santé

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

PTSM : Projets Territoriaux en Santé Mentale

RH : Ressources Humaines

RSE : Responsabilité Sociale Environnementale

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SPH : Service Public Hospitalier

SRI : Schémas Régionaux d'Investissements

SRIS : Stratégie Régionale d'Investissement en Santé

SRS : Schéma Régional de Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TLC : Téléconsultation

QVT : Qualité de Vie au Travail

ANNEXE N°1 :

Les modalités de pilotage du plan au niveau régional

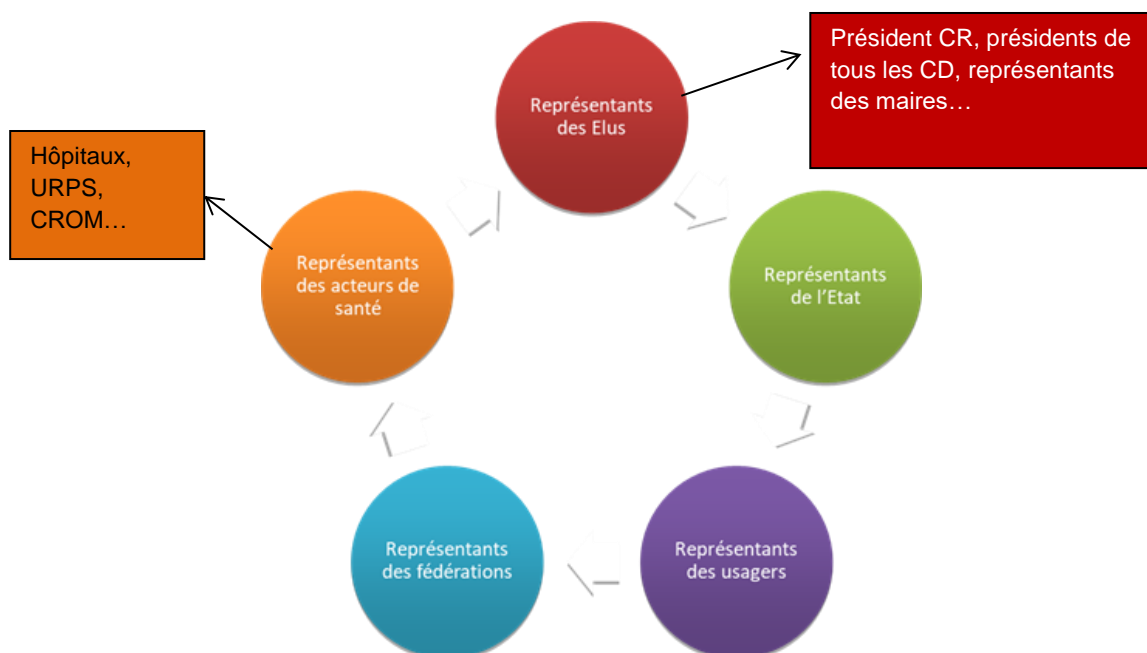
Le cadre d'action des investissements en santé de Nouvelle-Aquitaine : « *Travailler avec souplesse et efficacité, dans une concertation réelle* »

L'étendue de l'espace régional et la forte diversité des territoires néo-aquitains encouragent à articuler les approches régionale et territoriale transverse. Dans ce cadre, deux instances de dialogue et de partage vont pouvoir pleinement participer à la structuration de l'offre de soins et des accompagnements.

La création d'une nouvelle instance au niveau régional : le Conseil régional de l'investissement en santé (CRIS)

Le CRIS de Nouvelle-Aquitaine a été installé dès le 25 Mars 2021 dans l'objectif de décliner en région les mesures issues du Ségur Investissement, en écho au Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) dont il s'inspire. Il répond à la volonté de concertation voulue par le gouvernement dans la mise en œuvre et le suivi des investissements en santé. Il marque en cela un changement par rapport aux commissions antérieures.

L'objectif de ce CRIS est donc d'incarner la concertation régionale globale (cf. schéma d'organisation régionale ci-dessous). Il s'agit d'une démarche commune voulue par l'ARS, la Préfecture de Région et les Préfets de départements sur le Ségur de la santé avec, au cœur de notre action, l'équité territoriale comme valeur centrale guidant les choix.

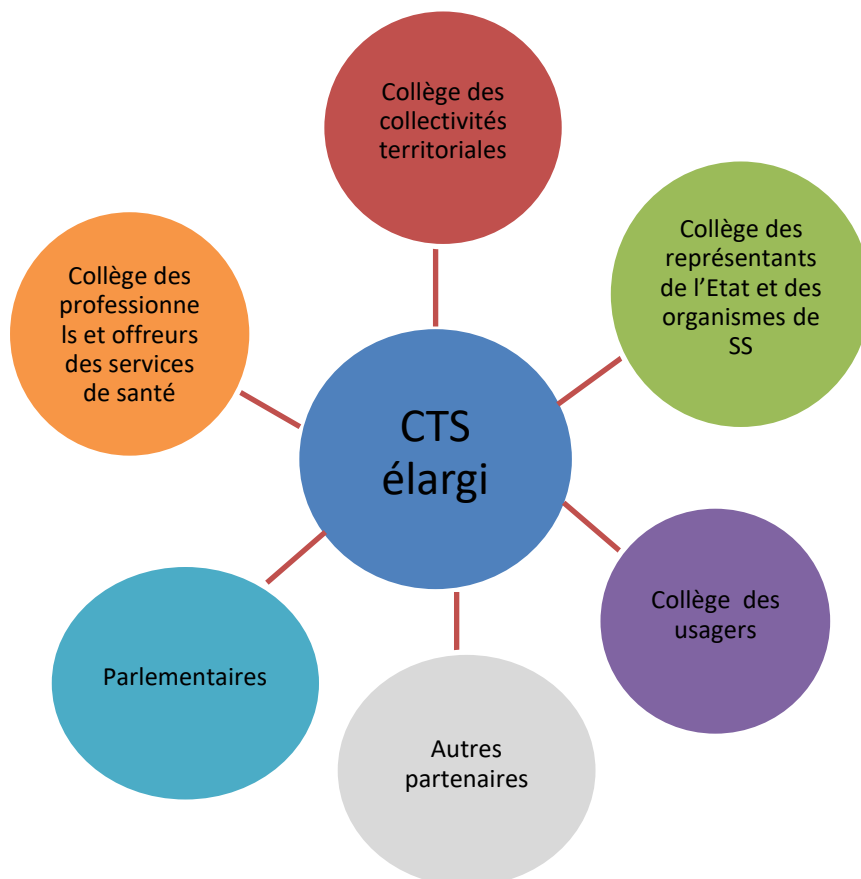


SCHEMA D'ORGANISATION EN REGION NOUVELLE AQUITAINE

Une composition élargie, veillant à associer les acteurs des territoires, notamment du champ sanitaire et médico-social et les élus, à la démarche de mise en œuvre du volet investissement du Ségur de la Santé, en accord avec les orientations nationales, a donc été choisie.

Un renforcement du rôle des conseils territoriaux de santé (CTS)

L'organisation territoriale de l'investissement en santé a également été pensée au niveau de chaque département au travers des conseils territoriaux de santé (CTS) élargis afin de favoriser la concertation locale et l'accompagnement des projets structurants :



SCHEMA D'ORGANISATION DEPARTEMENTAL

Le CTS devient donc l'instance qui permettra **d'apprécier les projets dans une logique d'approche territoriale et de ne plus traiter chaque projet de façon individuelle.**

La mise en place de ces deux instances associant approches régionale et territoriale, dans un objectif commun et partagé de réponses aux besoins de santé du territoire néo-aquitain, s'inscrit dans un temps long.

Une concertation élargie pour partager les enjeux et les priorités

Dans le cadre du déploiement de la stratégie régionale d'investissement dès 2021, sept réunions de concertation technique ont été programmées de mai à octobre, associant les différents acteurs de

santé du territoire néo-aquitain : partenaires de politiques publiques, opérateurs en santé de tous les secteurs (dont les fédérations, les directeurs et présidents de CME des établissements, les directeurs des affaires financières) et représentants d'usagers.

Au niveau infrarégional, un temps d'échange en bilatérale direction départementale, conseil départemental a été organisé au cours du deuxième trimestre 2021 et trois réunions de CTS élargis ont été organisées en mai, septembre et octobre 2021. Ces réunions doivent permettre de partager la réflexion, les enjeux, et de prioriser les projets au regard des attendus nationaux et régionaux en termes de réponse aux besoins de santé de la population

Sur le champ médico-social, la participation des autres partenaires locaux de l'investissement (bailleurs sociaux, intercommunalités, caisse des dépôts et consignations, etc.) interviendra à l'issue des échanges techniques DD/CTS dont les collectivités territoriales, leur intervention s'inscrivant plus particulièrement en fonction de la spécificité de chaque projet et de l'accompagnement financier qui en découle. Afin de garantir l'opérationnalité de cette nouvelle collaboration, des temps d'échanges dédiés seront organisés.

Gouvernance – pilotage – évaluation - communication

De par sa dimension pluriannuelle et les enjeux visés, la stratégie régionale d'investissement en santé est dotée d'une gouvernance assurant dans le temps une lisibilité partagée de sa mise en œuvre et un pilotage sur la base d'indicateurs issus du « socle commun » national mais aussi d'indicateurs spécifiques déterminés au regard des orientations régionales.

Gouvernance

Le pilotage stratégique de la SRIS sera réalisé par la direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA) de l'ARS, associant la direction des financements, au vu des enjeux financiers, et les 12 directions départementales qui seront appuyées de trois chefs de projet spécifiques au déploiement du Ségur investissement.

A ce titre, la gouvernance :

- veillera à mobiliser l'ensemble des parties prenantes à la SRIS,
- sera garante de l'avancée/suivi des projets retenus et plus globalement des orientations fixées par la SRIS,
- sera garante du partage et de la prise en compte des éléments de suivi et d'évaluation et de l'atteinte des objectifs.

Dans une phase opérationnelle, le déploiement et le suivi de la SRIS sera assuré par une équipe pluridisciplinaire en charge du pilotage de la mise en œuvre de la stratégie et des projets qui seront accompagnés.

Une animation infra territoriale sera également organisée.

Opérationnalité de la SRIS

La mise en place et le suivi des investissements en santé pour les 10 ans à venir seront réalisés à deux niveaux. Ils nécessiteront une articulation entre les différents acteurs du territoire.

A. Au niveau national

Les grandes échéances annuelles sont les suivantes :

- Revues de projet organisées à compter de 2021, et programmées chaque année autour du mois de novembre, dans le cadre d'un dialogue entre l'ARS et le comité de pilotage national en investissement (COFIL). Le calendrier de ces revues sera précisé chaque année par le COFIL avant la fin du mois de juin. Elles auront lieu jusqu'à deux ans après la mise en service des projets. Elles ne concerneront dans tous les cas que les projets ayant déjà fait l'objet d'un avis final favorable de l'ex Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) ou du COFIL.
- Dialogue ARS/COFIL sur les projets d'investissement portés par les établissements de santé dont le coût est supérieur à 150 M€ hors taxe ou ceux d'un montant inférieur mais que l'ARS a souhaité signaler au niveau national ou faisant l'objet d'un soutien financier particulièrement élevé. Elles auront lieu jusqu'à deux ans après la mise en service des projets.

B. Au niveau régional

Dans le cadre du suivi de la SRIS et des projets structurants, et afin d'assurer la coordination au niveau territorial (modalité de décision et de communication des décisions), il est prévu l'organisation des réunions suivantes :

- rencontre annuelle avec les fédérations publiques et privées,
- réunion a minima d'une fois par an du CRIS,
- réunion des CTS élargis (périodicité : 2 à 3 fois par an),
- échanges techniques en vue des revues de suivi annuel des projets d'investissement.

Cette organisation territoriale concernera l'ensemble des projets d'investissements sanitaires et médico-sociaux, et ce quel que soit le montant du projet.

Evaluation

L'évaluation de la SRIS, et des projets en découlant, devra s'inscrire dans un contexte à la fois national et régional qu'il convient de prendre en compte :

- une démarche d'évaluation sur la base d'indicateurs issus du « socle commun » national,
- une démarche d'évaluation sur la base d'indicateurs spécifiques restant à déterminer au regard des orientations régionales,
- un suivi régulier avec l'ensemble des acteurs pour apprécier la déclinaison concrète de la politique d'investissement en santé, et réévaluer si besoin les objectifs fixés.

L'évaluation devra donc être pensée comme un outil d'aide au pilotage stratégique et opérationnel reposant sur un suivi par objectif pour vérifier qu'ils sont atteints.

Il s'agira d'un exercice concerté et partagé associant les différentes parties prenantes pour :

- veiller à la cohérence et à la bonne mise en œuvre des actions et démarches proposées,
- rendre visibles les avancées permises mais également les éventuelles difficultés rencontrées,
- mesurer l'impact des projets sur les territoires.

Enfin, l'évaluation tiendra compte des événements exogènes, notamment les évolutions induites par la mise en œuvre progressive de la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir.

A. Les indicateurs de suivi nationaux

Une évaluation d'indicateurs issus du « socle commun » national peut d'ores et déjà être retenue. Il s'agit du suivi des indicateurs financiers suivants :

- ratios liés à l'endettement (taux de dépendance financière, taux d'endettement, durée apparente de la dette),
- ratios liés au bilan (fonds de roulement de sécurité),
- ratios liés à l'exploitation (marge brute et capacité d'autofinancement).

B. Les indicateurs de suivi régionaux

Ceux-ci feront l'objet de travaux ultérieurs et seront intégrés dans la SRIS lors des mises à jour.

C. Les modalités de suivi des engagements pris par les établissements de santé accompagnés

Un contrat sera signé entre l'ARS et la structure accompagnée. Celui-ci précisera les engagements pris par chaque établissement de santé, dans le cadre de la mesure des objectifs individuels fixés, visant notamment à garantir un niveau d'investissement courant ou à garantir la soutenabilité financière des projets d'investissement sans recours excessif à la dette.

Le suivi de ces engagements pourra être réalisé dans le cadre :

- de l'analyse des plans globaux de financement pluriannuel (PGFP),
- des dialogues de gestion uniques qui réunissent annuellement établissements de santé et ARS.

Par ailleurs, le suivi de ces engagements pourra être inscrit à l'ordre du jour des CTS.

D. Les modalités de suivi des engagements pris par les établissements médico-sociaux accompagnés

Une convention « PAI » sera signée entre l'ARS et la structure accompagnée. Le montant d'aide ainsi que les modalités de suivi y seront précisés. Le suivi du projet s'inscrit donc dans ce cadre-là.

Il est à noter que l'organisation d'un dialogue de gestion ne concernera uniquement les opérations médico-sociales intégrées dans un projet sanitaire.

Comme pour les structures sanitaires, le suivi de ces engagements pourra également être inscrit à l'ordre du jour des CTS.

Des travaux seront prochainement engagés afin de déterminer les indicateurs permettant d'apprécier au mieux la mise en œuvre de la SRIS.

Ils pourront être intégrés à un plan pluriannuel d'évaluation qui restera évolutif, en fonction des besoins. Le suivi de ces indicateurs viendra éclairer les partenaires sur des sujets à enjeux particuliers (ex : problématiques démographiques, parcours de santé, etc.).

Clause de réexamen et opposabilité

Cette stratégie a vocation à être annuellement mise à jour, notamment au regard de référentiels nationaux non publiés à ce jour, ainsi que du renouvellement à venir de deux grands cadres stratégiques, la stratégie nationale de santé (SNS), et la révision en cours du PRS. Les montants d'aide sont conditionnés à l'application des orientations de cette stratégie.

Communication

A l'issue des différentes concertations, la SRIS Nouvelle-Aquitaine sera transmise à l'ensemble des partenaires nationaux (DGOS, DGCS, CNSA) ainsi qu'à l'ensemble des acteurs du territoire, parties prenantes aux différentes instances.

Elle sera également mis en ligne sur le site internet de l'ARS afin qu'elle soit accessible à l'ensemble des usagers de la région.

ANNEXE N°2 : liste des projets susceptibles d'être accompagnés

Cette liste est téléchargeable sur le site Internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine