



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CIRCULAIRE N° DGOS/FIP1/AS2/2024/45 du 8 avril 2024 relative à la première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2024

La ministre du travail, de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSH2408909C (numéro interne : 2024/45)
Date de signature	08/04/2024
Emetteur	Ministère du travail, de la santé et des solidarités Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2024.
Action à réaliser	Déléguer les crédits selon le mode opératoire proposé dans la présente circulaire.
Résultat attendu	Mise en œuvre des délégations de crédits.
Echéance	Dans les meilleurs délais.
Contacts utiles	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours Bureau de la coordination des professionnels de santé (AS2) Élizabeth BOUTTIER Tél. : 06 61 86 24 75 Mél. : elizabeth.bouttier@sante.gouv.fr Axelle DESGRIPPES Tél. : 06 58 27 64 83 Mél. : axelle.desgrippes@sante.gouv.fr Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de la synthèse budgétaire et financière (FIP1) Karine TIENNOT Tél. : 06 58 33 37 36 Mél. : karine.tiennot2@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages + 5 annexes (12 pages) Annexe 1 : Répartition régionale - FMIS Annexe 2 : Prérequis immobiliers Annexe 3 : Modèle de convention Annexe 4 : Modèle d'état récapitulatif des dépenses

	Annexe 5 : Modalités de gestion des subventions versées via le Fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS)
Résumé	Fixation des modalités d'allocation des crédits FMIS aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) par les ARS.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux départements et territoires ultramarins, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ; Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) ; investissement immobilier.
Classement thématique	Professions de santé
Textes de référence	- Article L. 6323-3 du Code de la santé publique ; - Décret n° 2021-779 du 17 juin 2021 modifiant le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 22 mars 2024 - Visa CNP 2024-10	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Dans la continuité des ambitions affirmées par la stratégie « Ma Santé 2022 », par le Ségur de la santé et par les politiques prioritaires du Gouvernement, un plan ministériel a été annoncé en juin 2023 dont l'objectif est d'atteindre 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sur le territoire national d'ici à 2027.

Je vous invite à fortement privilégier l'émergence de ces structures dans les zones rurales sous-denses et dans les quartiers de la politique de la ville.

Ainsi, conformément à l'engagement ministériel pris dans le cadre de ce plan, une première tranche de crédits de **15M€** est allouée dans la première circulaire FMIS 2024 au titre de l'aide à l'investissement immobilier des MSP (cf. annexe 1 : Répartition régionale - FMIS).

I. Les objectifs poursuivis par la mesure d'aide à l'investissement immobilier des MSP et les crédits dédiés

La stratégie nationale repose notamment sur l'accompagnement financier des projets immobiliers des MSP qui participent à la création de lieux de soins « modèles » et attractifs tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

Cet accompagnement comprend l'allocation de 45 millions d'euros sur trois ans, soit 15 millions d'euros par an, complétée par des cofinancements des collectivités territoriales et des partenaires locaux, afin de bâtir un lieu d'exercice adapté ou de rénover des structures déjà existantes. Ainsi trois types de dépenses sont éligibles :

- les frais d'ingénierie nécessaires au développement du projet immobilier ;
- l'acquisition foncière et les charges afférentes (bien immobilier et frais divers associés (notaire, assurance, intérêt d'emprunt, caution bancaire). Cette acquisition peut être la résultante de construction de locaux ;
- les travaux et charges afférentes (travaux y compris préalables, frais d'honoraires, d'assurances, d'études, frais divers et prestations complémentaires).

Les équipements mobiliers et informatiques sont exclus du champ de cette aide.

L'accompagnement financier vise des projets faisant l'objet d'un co-financement public (via les collectivités territoriales ou la Caisse des dépôts et des consignations - CDC) ou privé (fondations, professionnels de santé à l'initiative du projet) est nécessaire. Aussi, les agences régionales de santé (ARS) sont invitées à examiner ces projets dans le cadre de leurs instances existantes associant différentes parties prenantes ou, à défaut, à mettre en place un « comité des financeurs » (avec instruction commune des projets ARS/collectivités territoriales/préfectures.

Des voies de partenariats sont de plus à développer avec ces différents acteurs en mobilisant notamment la Banque des territoires (BDT) concernant l'ingénierie de projet et la dotation politique de la ville (DPV) à la disposition des préfectures pour des initiatives dans des quartiers prioritaires de la ville. L'engagement des entreprises publiques locales (EPL) en lien avec des possibilités de prêts aidés de la BDT peut également être sollicité.

II. Le périmètre des structures concernées et les critères d'allocation

L'ensemble des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) existantes ou en projet est éligible à cette aide sous les formes juridiques suivantes :

- une association porteuse de la MSP ;
- une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ;
- une société civile immobilière (SCI) ou une société civile de moyens (SCM) dont **au moins la moitié des professionnels de santé sont membres de la MSP.**

Il vous est demandé de prioriser les projets pour lesquels les professionnels de santé membres détiennent 100 % des parts de la société. Si tel n'est pas le cas, ils devront en toute hypothèse détenir ensemble au moins 80 % des parts de la société. Les associés devront s'engager à tenir compte de l'investissement public pour minorer les loyers versés par la MSP par rapport aux prix du marché et à présenter à l'agence régionale de santé le plan de rentabilité prévu pour la société. Ils devront également s'engager à ne pas vendre dans un délai minimal de 5 ans, sauf raison exceptionnelle.

Ce périmètre n'est pas exhaustif et tout autre montage juridique pourra être étudié au cas par cas par l'ARS, notamment les projets portés par des collectivités locales.

Les prérequis immobiliers sont précisés en annexe 2.

Plusieurs critères conditionnent l'allocation de l'aide immobilière, listés ci-dessous :

- la signature par la MSP de l'accord conventionnel interprofessionnel ou son engagement à la signer dans un délai déterminé par l'ARS ;
- les professionnels de santé relevant des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale exerçant au sein de la MSP doivent être conventionnés ;
- le co-financement du projet par les professionnels de santé sans préjudice d'autres investisseurs comme les collectivités territoriales (détails des parts en III) ;
- l'engagement de la structure à maintenir l'affectation des biens financés à l'usage exclusif de l'activité subventionnée pendant une durée minimale de 10 ans et le montant des loyers définis au moment de la signature de la convention, majorés éventuellement en fonction de l'évolution d'un indice de référence précisé dans le bail.

Cette liste peut être complétée par d'autres critères choisis par l'ARS, notamment en lien avec le territoire dans lequel est située la MSP ou son projet. La sélection en fonction d'un zonage particulier est un choix de l'agence.

Les ARS pourront également prioriser les projets selon des critères qu'elles définiront : par exemple la participation des médecins de la MSP à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou au service d'accès aux soins (SAS). Une attention particulière est à porter aux projets de MSP dans lesquels un nombre important de médecins généralistes sont habilités à accueillir des internes en stage de médecine générale.

La nature des justificatifs demandés pour vérifier les conditions fixées est laissée à l'appréciation de l'agence.

La répartition de cette enveloppe entre maisons de santé candidates se fera de manière déconcentrée, sous votre responsabilité.

À titre d'indication, la participation financière de l'ARS au titre des crédits FMIS pourra être :

- pour le financement **d'ingénierie de projet** : entre 50 et 60 % du projet **dans limite de 20K€ maximum**. Un cofinancement pourrait être déterminé au cas par cas via la CDC/BDT (cité plus haut). Un document est élaboré à cet effet ;
- pour le **financement de construction/d'acquisition** : entre 30 à 60 % du coût du projet en matière de construction ou d'acquisition **dans la limite de 300 K€ maximum**, sauf dérogation prévue par l'ARS au cas par cas ;
- pour le **financement de travaux** : entre 50 et 60 % du coût des travaux **dans la limite de 50K€ maximum**.

Les montants de financement indiqués ci-dessus sont des plafonds indicatifs. Il est loisible aux ARS d'y déroger en fonction de l'intérêt du projet.

Le FMIS peut financer l'ingénierie de projet et des travaux, quel que soit le propriétaire. Un cofinancement devra être recherché avec le propriétaire. Il est tout à fait loisible à l'ARS de déroger à ces conditions tant sur le montant alloué (dans la limite des crédits notifiés dans la présente circulaire) que sur la part de financements requise afin de prendre en compte des spécificités territoriales, notamment les déserts médicaux dans les quartiers prioritaires de la ville. Ce pouvoir de dérogation doit toutefois s'exercer dans la limite de deux principes d'allocation de ce fonds :

- éviter le saupoudrage pour avoir un véritable effet levier ;
- responsabiliser les professionnels de santé en recherchant leur cofinancement.

Une convention, dont un modèle type figure en annexe 3, est conclue entre l'ARS et la MSP bénéficiaire de l'aide détaillant les obligations de chacune des parties. Si l'ensemble des conditions mentionnées dans cette convention n'est pas respecté, la décision de subvention pourra être retirée et les crédits déjà versés récupérés (cf. article 2 du projet de convention en annexe). Il convient dès lors d'attacher une attention particulière à la mention de ces conditions d'octroi de la subvention.

III. La procédure de gestion des crédits

Un **principe de dérogation** au paiement sur factures (prévu au II de l'article 8 du Décret n° 2021-779 du 17 juin 2021 modifiant le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) est instauré pour cette mesure au niveau national et sur l'ensemble de la durée de la mesure. Cette dérogation vise à permettre à des structures faiblement capitalisées, et qui ne pourront pas faire face seules aux besoins de trésorerie nécessaires pour de telles opérations, de porter des projets ambitieux et dans des délais compatibles avec les objectifs du plan « 4 000 MSP ».

Ainsi, les MSP bénéficiaires de l'aide pourront, **à leur demande**, recevoir **80 % des crédits** alloués, à titre d'avance, dès signature de la convention.

La CDC procédera au versement de cette avance, à la demande de la MSP signataire, sur le fondement de cette convention datée et co-signée et d'un ordre de paiement délivré par l'ARS. L'ordre de paiement doit mentionner le bénéficiaire (désignation et SIRET de la structure bénéficiaire), le montant total des crédits alloués par la convention et le montant à verser par la CDC à titre d'avance.

La mise en place de cette dérogation implique comme obligation pour les MSP bénéficiaires de transmettre a posteriori du versement de l'avance :

- l'état récapitulatif des dépenses certifiées (cf. annexe 4) visé par un expert-comptable ou un commissaire aux comptes si la MSP est de droit privé ou par un comptable public si la MSP relève du droit public. Cet état récapitulatif permettra d'identifier chaque facture, le montant associé, l'objet de la dépense, l'émetteur de la facture ;
- toutes les factures acquittées listées dans l'état récapitulatif.

L'état récapitulatif et les factures qui y sont listées doivent être rattachés à chaque opération prévue par la convention et doivent être transmis à l'ARS pour validation par cette dernière, avant sa transmission par la MSP à la CDC pour obtenir **le versement des 20 %** de solde avant déchéance des crédits : un ordre de versement est délivré à cet effet par l'ARS signataire de la convention. Il mentionne le bénéficiaire (désignation et SIRET de la structure bénéficiaire), le montant total des crédits alloués par la convention et le montant à verser par la CDC.

L'avance et le solde des crédits ne pourront pas être versés à des structures juridiques (SIRET) différentes. Le montant du solde à verser est déterminé par le montant des factures justifiées.

Les règles de déchéance de ces crédits sont les règles habituelles applicables aux crédits FMIS soit, s'agissant de la demande de versement par la MSP et la transmission de la totalité des justificatifs, 4 ans après la notification des crédits.

L'état récapitulatif des dépenses validé par l'ARS, assorti des factures, doit être transmis par la MSP à la CDC pour justifier a minima du montant de l'avance versée, même si le versement des 20 % de solde n'est pas sollicité.

Si l'avance a été versée mais qu'à l'issue du délai de 4 ans la MSP signataire n'a pas transmis l'état récapitulatif des dépenses certifiées et les factures associées, ou que les factures transmises sont d'un montant inférieur à l'avance versée, la somme totale dans le 1^{er} cas ou la somme correspondant à la différence entre l'avance et le montant des factures acquittées dans le second cas sera recouvrée dans les conditions du Décret du 23 décembre 2013 susmentionné.

Outre les conditions propres à la mesure, décrites *supra*, l'annexe 5 relative aux règles de gestion récapitule l'ensemble des règles de fonctionnement de droit commun du FMIS.

Nous vous demanderons de faire parvenir le bilan des projets soutenus en juillet puis en décembre 2024 au Bureau AS2 : elizabeth.bouttier@sante.gouv.fr.



Catherine VAUTRIN