



Inspection générale
des affaires sociales

Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS

RAPPORT TOME I

Établi par

Dominique GIORGI

Christian POIRET

Isabelle YENI

Inspecteurs généraux des affaires sociales

Avec le concours de Pauline HOT, Stagiaire à L'IGAS

- Novembre 2018 -
- N° 2018-018R -

SYNTHÈSE

La stratégie nationale « Ma santé 2022 » fixe des objectifs d'évolution de l'offre de santé pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population. Dans ce cadre, le pilotage territorial de la transformation de l'offre de soins sera essentiel pour que « que les services attendus du système de santé soient effectivement rendus sur l'ensemble du territoire pour toute la population » (HCAAM).

Il convient ainsi que les ARS disposent des moyens (humains, financiers, informatiques, documentaires) et instruments nécessaires, à la fois pour appréhender correctement les besoins, traduits en « services attendus » par les populations, et accompagner ou guider concrètement la transformation de l'offre.

Trois ARS choisies pour leur représentativité ont fait l'objet d'investigations détaillées (Bretagne, Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine) présentées en annexe du rapport de synthèse. Elles représentent au total un tiers de la superficie métropolitaine et rassemblent 27 % de la population française. Les conclusions sont le plus souvent limitées au périmètre de ses investigations. Mais, quand cela a été possible, en fonction des sources disponibles, la mission a élargi son analyse et ses conclusions au niveau national.

Pour la mission, les conditions requises pour que les ARS exercent efficacement leurs compétences de régulation ressortent au total de trois domaines : stratégie et affichage des objectifs, autonomie et transversalité de l'approche.

Stratégie régionale et affichage des objectifs

L'ARS est garante de la construction de la stratégie régionale de santé, grâce à une concertation large avec les acteurs du territoire de son ressort. Afin d'en assurer la solidité, il apparaît nécessaire d'en faire évoluer certains outils porteurs. La mission insiste en particulier sur

- La vision stratégique qui résulte de la Stratégie régionale de santé.

De ce point de vue, la construction des stratégies régionales, si elle est lourde et suppose un travail de concertation et conviction très large, devrait avoir la vertu de fédérer les partenaires des politiques de l'offre de soins, quelle que soit leur représentation et leur organisation. Elle devrait permettre de clarifier et afficher sans opposition majeure, les intentions en matière d'évolution de l'offre et les résultats attendus en matière de service aux populations. On peut comprendre que certains thèmes puissent être plus difficilement abordés –sauf à cristalliser *a priori* des oppositions. Mais la mission regrette que les Objectifs quantifiés de l'offre de soins restent parfois peu lisibles et ne débouchent pas sur un affichage des intentions de l'ARS.

- La nécessité d'analyses de besoins, traduites en services attendus par les usagers du système de santé.

Les ARS ont, dans le cadre préparatoire des stratégies régionales de santé, consenti de réels efforts d'analyse des besoins, parfois décomposés par type de population. Ces analyses débouchent cependant, le plus souvent, sur des objectifs de moyens : transformation de l'offre hospitalière ou médico-sociale, installation de maisons de santé, développement de la télémédecine... Elles peinent à être traduites en résultats finaux appropriables par les usagers en termes d'accessibilité, sécurité

ou qualité, comme la loi y invite clairement¹. Des objectifs du type « accès à un service d'urgence dans un délai de 30 minutes » doivent se multiplier². Les moyens de mise en œuvre relèvent ensuite de la contractualisation entre ARS et opérateurs du système de soins, de moyens juridiques ou de financement... sans que la mobilisation de ces moyens doive apparaître comme une fin en soi.

- Des relations conventionnelles avec les acteurs de l'offre qui leur permettent de répondre aux objectifs affichés.

Une nouvelle génération de CPOM hospitaliers et la généralisation progressive des CPOM dans le secteur médico-social doivent permettre l'élargissement de l'approche gestionnaire des contrats à une perspective plus structurelle intégrant l'évolution de l'offre des établissements. La mission suggère également d'étendre aux GHT la possibilité de contracter avec l'ARS sur des objectifs structurels relatifs à l'évolution de l'offre, l'existence des projets médicaux partagés et leur cadre pluri-établissements étant propices à l'exercice. Enfin, dans le domaine ambulatoire, les conditions d'installation ou d'exercice doivent être l'occasion d'une contractualisation d'objectifs, au-delà des conventions nationales. En toute hypothèse, la mission suggère des solutions de « faire-faire » et de « faire confiance » qui permettent de déléguer aux opérateurs, dans un cadre contractuel assignant des objectifs clairs et vérifiables, et en contrepartie d'une capacité de contrôle *a posteriori*, les évolutions de l'offre dont ils sont responsables.

- Des instruments permettant des évolutions des autorisations plus souples.

La mission relève l'utilisation opérationnelle et ciblée des appels à projet et à candidature pour faire évoluer utilement l'offre médico-sociale, avec des objectifs au demeurant clairement priorisés au niveau national et repris au niveau régional. Elle note également quelques « bonnes pratiques », notamment le dispositif de réduction des inégalités de l'offre instauré par l'ARS Rhône-Alpes. Elle regrette toutefois que l'opération de renouvellement des autorisations d'activité accordées en 2002 n'ait pu être mise à profit pour adapter l'offre ; elle recommande ainsi de revoir le cadre des évaluations externes des établissements, et de découpler simple présentation de l'évaluation et octroi de l'autorisation.

Dans le secteur hospitalier, la mission recommande de réviser le cadre national relatif aux critères d'autorisation des activités, afin de conforter la position des ARS pour faire évoluer les autorisations.

Autonomie des ARS

Les ARS constituent des établissements publics administratifs, à ce titre autonomes dans leur fonctionnement, même s'ils sont encadrés par la définition d'une stratégie nationale de santé, qui relève du gouvernement, et des directives générales relatives à sa mise en œuvre.

L'adaptation de la stratégie nationale de santé dans chaque région et sa mise en œuvre concrète relèvent toutefois clairement des ARS, et celles-ci doivent disposer, pour ce faire, des moyens humains, budgétaires et informatiques nécessaires, sauf à compromettre l'atteinte des objectifs assignés. Le cadre budgétaire pluriannuel contraint qui s'impose à elles – et que la mission n'ignore pas, sans qu'il ait fait l'objet d'investigations- suppose une révision des missions des agences, en cours, et une priorisation de leurs moyens. Hors aspects quantitatifs, la mission s'est appliquée à recommander des évolutions favorisant l'autonomie d'action des ARS, en tant qu'autorités

¹ L1411-11 CSP « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécient en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. »

² Par exemple : délai d'attente pour une consultation chez un spécialiste

régulatrices de l'offre dans leur région, dans un cadre de tutelle plus responsabilisant, recentré sur les objectifs et les résultats et non sur les moyens.

La mission note quatre sujets de préoccupation que les agences contactées partagent en tout ou partie, en termes

- de connaissance des besoins et des outils mobilisables pour l'approfondir ;
- de pilotage et ingénierie de projets, notamment dans le secteur ambulatoire ;
- de répartition sectorielle des moyens, en particulier humains, au détriment du secteur ambulatoire, lié à l'héritage des ARS, anciennes ARH et DRASS/DASS ;
- enfin, de souplesse des interventions financières, les MIGAC étant souvent normées et fléchées par la DGOS, et les moyens du FIR souvent peu redéployables.

La mission s'est attachée à faire des recommandations propres à soutenir la capacité d'initiative du directeur général de l'ARS : sa lettre de mission doit être l'occasion pour lui (de manière ascendante) de fixer ses objectifs régionaux, à côté des objectifs nationaux communs à l'ensemble des agences. Les CPOM Etat-ARS doivent être davantage utilisés pour hiérarchiser les évolutions souhaitées de l'offre de santé et fixer des objectifs en termes de résultats attendus. Enfin, les instructions nationales aux ARS restant trop nombreuses et trop prescriptives, la mission suggère que le CNP renforce son action, en veillant en particulier à laisser aux agences des marges d'adaptation conformément aux prescriptions du Code de la santé publique³.

Quant aux moyens, la mission recommande notamment, dans le cadre budgétaire contraint rappelé,

- d'analyser les besoins qualitatifs des ARS en ressources humaines nécessaires au pilotage de l'offre, en cohérence avec l'évolution requise de leurs missions,
- de conforter les compétences de la mission « données médico-économiques » créée par trois ARS et l'aide à l'interprétation et l'analyse de l'ensemble des données nécessaires au pilotage de l'offre de santé, en incitant les ARS à collaborer avec les CPAM pour l'exploitation des données en santé par l'inscription de cette orientation dans la convention qui les lie,
- de laisser davantage de marge de manœuvre aux ARS dans l'utilisation des crédits, par exemple de limiter la croissance des crédits protégés par fongibilité asymétrique et les fléchages nationaux, d'assouplir les règles de recours à la fongibilité DAF-FIR et d'envisager l'intégration de MIG JPE impératives dans le FIR, pour augmenter les moyens à leur disposition directe.

Transversalité

La vision intégratrice des différentes composantes de l'offre de soins, dont les ARS devraient être porteuses, souffre aujourd'hui de plusieurs limites, malgré une présentation beaucoup plus transversale des PRS. En effet, les outils dont elles disposent demeurent régis par une logique « en silo » (GHT, contractualisation en ambulatoire...), de même que les financements qu'elles peuvent mobiliser, ou les outils de coordination, qui ne permettent pas de pallier certains manques ou de rendre plus praticables les parcours de soins. Par ailleurs, l'organisation interne des ARS n'est pas encore optimale pour le portage de politiques transversales de l'offre de soins.

³ Article D1433-4 du code de la santé publique

De ce point de vue, au regard des meilleures pratiques relevées et dans le respect de la liberté d'organisation interne des agences, la mission recommande aux DGARS de réfléchir à des organisations alternatives des agences permettant d'instaurer une plus grande transversalité des organigrammes par la distinction entre stratégie et mise en œuvre qui ne répartirait plus entre différentes directions les différentes composantes de l'offre de soins, pour répondre à l'esprit de la réforme de 2009, et de donner plus de responsabilité aux délégations départementales.

S'agissant des GHT, réforme encore trop récente pour que ses résultats puissent être pleinement appréciés, les évolutions souhaitables de l'offre de soins nécessitent, pour la mission, d'anticiper des Projets médicaux partagés de 2^e génération plus ambitieux notamment sur la prise en charge graduée et intégrée des patients entre hôpital et ville, dans le cadre de découpages territoriaux, le cas échéant révisés.

La mission ne peut, en outre, qu'encourager l'utilisation de l'ensemble des instruments disponibles pour favoriser le décloisonnement de l'offre de soins et la fluidité des prises en charge entre ambulatoire, hospitalier et médico-social, notamment les CPOM hospitaliers qui peuvent contenir des clauses de relation avec des structures d'exercice collectif en ville facilitant les parcours de soins, aussi bien pour les soins courants que pour les maladies chroniques.

Enfin, les moyens d'intervention des ARS doivent leur permettre une action plus transversale, tant du point de vue des personnels mieux formés à de nouvelles compétences (contractualisation, ingénierie de projets...) que de l'organisation interne et des moyens budgétaires.

Au total, et dans le cadre des orientations stratégiques de niveau national, les recommandations de la mission visent à conforter l'autorité régulatrice propre des ARS, pour qu'elles puissent prendre en compte efficacement les besoins régionaux dans le pilotage de l'offre de santé.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1 PILOTAGE DES ARS ET PILOTAGE DE L’OFFRE DE SOINS: LES ARS SONT IMPARFAITEMENT SOLLICITEES ET SUIVIES PAR LES ADMINISTRATIONS CENTRALES.....	13
1.1 Orientations nationales et marge de manœuvre régionale des ARS : l’encadrement stratégique des ARS favorise-t-il l’exercice des compétences régionales en matière d’évolution de l’offre de soins ?.....	14
1.1.1 La stratégie nationale de santé soutient les exercices de planification, sans empêcher la prise en compte des spécificités régionales	14
1.1.2 Les instructions nationales aux ARS restent trop nombreuses et trop prescriptives.....	16
1.2 CPOM Etat-ARS et pilotage de l’offre de soins : les CPOM constituent-ils des instruments adaptés d’encadrement et d’orientations en matière d’évolution de l’offre de soins ?	17
1.2.1 Le CPOM Etat-ARS n’est guère utilisé pour le pilotage de l’offre de soins	17
1.2.2 Le suivi annuel des CPOM Etat-ARS permet d’identifier des bonnes pratiques, mais pas de formaliser des réorientations des politiques menées.....	19
1.3 Lettre de mission du DG ARS et pilotage de l’offre de soins : les lettres de mission constituent-elles des instruments adaptés d’encadrement et d’orientations en matière d’évolution de l’offre de soins ?.....	20
1.3.1 Les lettres de mission s’inscrivent dans le processus de contractualisation de l’Etat avec les agences et permettent de déterminer la part variable de leur rémunération.....	20
1.3.2 Les lettres de mission ne sont pas suffisamment utilisées comme outils de pilotage de l’offre	21
2 LES MOYENS DES ARS ET LE PILOTAGE DE L’OFFRE DE SOINS : LES MOYENS HUMAINS, FINANCIERS ET INFORMATIQUES A LA DISPOSITION DES ARS DOIVENT ETRE REVUS POUR LEUR PERMETTRE D’ABORDER EFFICACEMENT LE PILOTAGE DE L’OFFRE.....	22
2.1 Moyens humains du pilotage de l’offre de soins au sein de l’ARS : des RH mal adaptées au pilotage de l’offre de santé institutionnelle ?.....	22
2.1.1 Les ARS consacrent environ 4 ETP sur 10 au pilotage de l’offre de soins, effectifs en décroissance de 2014 à 2016.....	23
2.1.2 Les effectifs concourant au pilotage constituent l’essentiel des moyens humains des secteurs soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social, secteur qui en mobilise la part la plus importante.....	24

2.1.3	Le groupe professionnel le plus important pour le pilotage de l'offre est celui des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social ».....	26
2.1.4	La répartition des moyens humains consacrés au pilotage entre le siège des ARS et les délégations départementales apparaît très hétérogène	27
2.2	Systèmes d'information utilisés pour le pilotage de l'offre de soins : les SI hiérarchisent-ils correctement la connaissance et le pilotage de l'offre ?.....	29
2.2.1	La gouvernance des systèmes d'information associe bien les ARS, sans garantir la bonne identification des besoins et le partage optimal des développements locaux.....	29
2.2.2	Les ressources informatiques nécessaires au pilotage de l'offre de soins restent insuffisantes	31
2.3	Leviers financiers des ARS pour piloter l'offre de soins : les ARS disposent-elles de réelles marges de manœuvre financière pour piloter l'offre de soins ?.....	33
2.3.1	Les ARS disposent en principe de leviers financiers importants et souples pour piloter l'offre de soins.....	34
2.3.2	Les moyens financiers des ARS restent trop largement fléchés ou souffrent d'une faible flexibilité	36
2.4	L'organisation interne des ARS et le pilotage de l'offre de soins : quels sont les principes d'organisation susceptibles de favoriser une meilleure efficacité dans le pilotage de l'offre ?.....	39
2.4.1	L'exercice des fonctions de pilotage de l'offre de soins au siège de l'ARS n'assure pas encore la transversalité voulue lors de leur création.....	39
2.4.2	La distinction entre un siège et des délégations départementales n'est pas optimale dans le pilotage de l'offre de soins.....	40
3	INSTRUMENTS UTILISES PAR LES ARS POUR PILOTER L'OFFRE DE SOINS: LES INSTRUMENTS A DISPOSITION DES ARS NE SONT PAS TOUJOURS MOBILISES DE MANIERE EFFICACE, DANS UN CADRE D'ORGANISATION ET D'ECHANGE SUFFISAMMENT FACILITANT	42
3.1	Les autorisations d'activité : une mobilisation efficace pour la transformation de l'offre de soins ?.....	42
3.1.1	Les exercices de zonage et de détermination des Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) : un pouvoir d'influence des ARS sans annonce d'opérations structurantes.....	42
3.1.2	Les autorisations et la recomposition de l'offre : des instruments que les ARS doivent consolider	44
3.2	Les coopérations : les ARS utilisent-elles les GHT pour reconstituer l'offre de soins ?	48
3.2.1	Les ARS ont mis en place des procédures efficaces d'accompagnement à la constitution des GHT	49
3.2.2	Un suivi et des ajustements vigilants seront nécessaires pour s'assurer de l'effet réel des GHT sur l'offre de soins.....	51

3.3	Les contractualisations : en ambulatoire, comme avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, les ARS recourent-elles suffisamment aux instruments contractuels pour orienter la transformation de l'offre ?	52
3.3.1	En ambulatoire, les instruments à disposition des ARS ont été inégalement maniés	52
3.3.2	Dans les secteurs hospitalier et médico-social, malgré des évolutions récentes, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne traitent que résiduellement de la recomposition de l'offre	56
3.4	La concertation : effets et limites de l'articulation de l'ARS avec les autres acteurs du pilotage de l'offre de soins ?	63
3.4.1	Les régions contactées ont investi prudemment le champ de la santé, en synergie avec leurs compétences principales.....	63
3.4.2	Les partenaires traditionnels (département et assurance maladie) : une coordination à renforcer	65
	LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	69
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	73
	LISTE DES SIGLES	81

INTRODUCTION

Le présent rapport relatif au pilotage de l'offre de soins par les ARS s'intègre dans le programme de travail de l'IGAS. La mission a été confiée à Dominique Giorgi, Christian Poiret et Isabelle Yéni, membres de l'IGAS, avec le concours de Pauline Hot, stagiaire à l'IGAS.

Le pilotage de la transformation de l'offre de soins constitue en soi une politique publique, visant l'adéquation de l'offre aux besoins des populations et aux objectifs fixés par le gouvernement et le législateur, aux différents échelons géographiques. Dans ce cadre, il est apparu utile d'apprécier la contribution des ARS à la transformation de l'offre, d'étudier, à cet égard, leurs points d'appui et leurs difficultés, en analysant tant l'encadrement national des objectifs et moyens régionaux du pilotage que les leurs, que les instruments qu'elles utilisent, en appréciant autant que possible leur appropriation, et, dans la mesure du possible leur efficacité.

La mission a analysé notamment les instruments de pilotage national des ARS et, au niveau régional, les objectifs concrets donnés aux offreurs de soins, dans le cadre des opérations de planification, autorisation ou contractualisation.

La mission a pris le parti d'une approche transversale sur les trois champs, hospitalier, ambulatoire et médico-social, qui évite le travers majeur d'un cloisonnement de l'analyse. C'est le sens des termes « offre de soins », ici utilisés. La mission n'a pas abordé le champ des politiques de prévention, ni celui de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Les moyens mis en œuvre par les ARS pour développer la stratégie d'évolution de l'offre (moyens humains, informatiques...), ainsi que les modalités de concertation avec certains de leurs partenaires en région sont analysés. En ce qui concerne les outils de financement, outre les modes de régulation de niveau national (tarification) qui sont par définition exclus des travaux, le financement des SSR et de la psychiatrie n'a pas non plus été abordé. L'utilisation des MIGAC et du FIR est par contre analysée.

La mission n'a pas interféré avec la procédure de revue des missions des ARS menée par le SGMAS d'avril à septembre 2018. Elle a par contre suivi les travaux du HCAAM qui ont débouché sur l'avis du 24 mai 2018⁴ et en a tenu compte dans ses investigations. En synergie avec ces travaux, les conclusions de la présente mission tendent à documenter les évolutions nécessaires dans le pilotage de l'offre de soins par les ARS, afin de répondre aux enjeux de transformation de notre système de santé.

La mission a concentré ses analyses sur l'usage par les ARS des outils de pilotage les plus importants, ressortant des domaines de la planification (autorisations d'établissements et services), de la coopération (mise en place des GHT), de l'incitation ou contractualisation (CPOM conclus avec les établissements, mise en place de maisons et pôles de santé, contrats de service et installation en ambulatoire,...). Il ne pouvait être envisagé une approche de l'utilisation de tous les instruments disponibles, et la mission prévient en ce sens les critiques qui porteraient sur l'absence de développement sur l'usage de tel ou tel dispositif. Les constats réalisés sont documentés dans les annexes portant sur la situation de trois ARS, jointes au rapport de synthèse.

⁴ Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé

Sous un angle problématique, trois questions sont donc abordées :

- Pilotage des ARS et pilotage de l'offre de soins : Les ARS sont-elles encadrées, sollicitées et suivies de manière adaptée par le secrétariat général des ministères sociaux et les administrations centrales ?
- Les moyens des ARS et le pilotage de l'offre de soins : les moyens humains, financiers et informatiques à la disposition des ARS leur permettent-ils d'aborder efficacement le pilotage de l'offre ?
- Instruments utilisés par les ARS pour piloter l'offre de soins : les instruments à disposition des ARS sont-ils mobilisés de manière efficace, dans un cadre d'organisation et d'échange facilitant ?

Trois ARS ont fait l'objet d'investigations détaillées (Bretagne, Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine), retracées dans les annexes du présent rapport, également accompagné d'un référentiel d'intervention. Des contacts ont été pris avec l'ensemble de directions de tutelle des ARS concernées par le pilotage de l'offre (DGOS, DGCS), certaines directions chargées des fonctions support (DFAS, DSSIS...), le SGMAS, le CNP et la CNSA, ainsi que les interlocuteurs nationaux et locaux intéressés. Plusieurs directeurs généraux d'ARS ont été contactés par la mission en tant que personnalités qualifiées.

Les conclusions tirées par la mission sont le plus souvent limitées au périmètre de ses investigations. Les trois ARS choisies sont représentatives. L'une n'a pas changé de périmètre suite à la loi NotRe. Les deux autres englobent deux (Auvergne Rhône-Alpes) ou trois (Nouvelle Aquitaine) anciennes régions, et chacune douze départements. Au total, elles représentent un tiers de la superficie métropolitaine et rassemblent 27 % de la population française.

Quand cela a été possible, en fonction des sources disponibles, la mission a élargi son analyse et ses conclusions au niveau national. C'est par exemple le cas pour les outils de pilotage national des ARS (CPOM Etat-ARS, lettres de mission aux DGARS), ou certains outils de financement (FIR) ; ou encore, lorsque des études récentes de niveau national recoupaient les investigations de la mission (par exemple sur les instructions adressées aux ARS ou le renouvellement des autorisations des établissements sociaux et médico-sociaux).

1 PILOTAGE DES ARS ET PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS: LES ARS SONT IMPARFAITEMENT SOLLICITEES ET SUIVIES PAR LES ADMINISTRATIONS CENTRALES

Les agences régionales de santé créées par la loi du 21 juillet 2009 constituent des établissements publics de l'Etat à caractère administratif et jouissent à ce titre d'une autonomie de gestion. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général nommé par décret en conseil des ministres.

Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les missions qui leur sont confiées ressortissent de :

- la mise en œuvre de la politique nationale de santé, qui relève de la responsabilité de l'Etat⁵, et de l'action sociale et médico-sociale, qui relève pour sa part d'une mise en œuvre par une pluralité d'acteurs⁶ ;
- mais aussi de la définition de programmes et d'actions concourant à leur réalisation.

Dans le cadre des missions qui leur sont confiées, les ARS s'inscrivent naturellement dans la mise en œuvre d'orientations nationales stratégiques qui doivent être respectées. Mais leur statut, comme les textes qui les régissent, supposent bien qu'il soit tenu compte des « spécificités de chaque région », et qu'en conséquence, les marges de manœuvre nécessaires à cette contextualisation leur soient laissées et bénéficient à leur positionnement d'opérateur régional transversal.

Encadré 1 : ARS et pilotage de l'offre de soins

Aux termes du code de la santé publique (Article L1431-1 CSP), « dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional : (notamment) des objectifs de la politique nationale de santé (...); des principes de l'action sociale et médico-sociale (...). »

Elles sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région (Article L1431-2 CSP),

- de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé et ce titre (notamment): « elles organisent l'observation de la santé dans la région; elles contribuent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire... »
- de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. A ce titre : « elles autorisent la création et les activités des établissements de santé ...ainsi que des établissements et services médico-sociaux ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population ; elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes... »

Source : Code de la santé publique, sélection mission

⁵ La stratégie nationale de santé étant définie par le Gouvernement

⁶ Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales (L 116-1 casf)

1.1 Orientations nationales et marge de manœuvre régionale des ARS : l'encadrement stratégique des ARS favorise-t-il l'exercice des compétences régionales en matière d'évolution de l'offre de soins ?

1.1.1 La stratégie nationale de santé soutient les exercices de planification, sans empêcher la prise en compte des spécificités régionales

La loi de modernisation de notre système de santé a fait le choix d'une articulation souple entre stratégie nationale de santé et schémas régionaux de santé. Elle n'impose pour ces derniers qu'une simple relation de « cohérence » avec la stratégie nationale⁷. En conséquence, les instances nationales n'ont pas cherché à cadrer la transposition de la stratégie nationale de santé au niveau régional. Les directives en la matière respectent l'autonomie des ARS et leur adressent simplement des éléments de méthode de travail et de référence⁸. Plus globalement, la mission a cherché à apprécier si les SRS constituent une simple transposition régionale de la SNS ou une véritable stratégie régionale prenant en compte des orientations nationales.

Encadré 2 : La simplification du cadre de planification régional

Le PRS prévu par la loi HPST (en vigueur pour la période 2012-2017) comprenait trois niveaux principaux : (i) le plan stratégique régional de santé, qui définissait les orientations et les priorités de santé communes aux différents secteurs de la santé. (ii) les trois schémas régionaux (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins – SROS, schéma régional de l'organisation médicosociale – SROMS) précisant les mesures permettant de mettre les orientations et les priorités de santé définies par le plan stratégique régional de santé. (iii) les programmes d'action déterminant les actions nécessaires à l'exécution des mesures prévues par les schémas, à leur calendrier, au dispositif de suivi et d'évaluation de la bonne réalisation de la politique programmée par l'ARS.

La loi de modernisation de notre système de santé simplifie les outils de programmation régionale en matière sanitaire. Trois niveaux sont prévus au sein du projet régional de santé (PRS): (i) un cadre d'orientations stratégiques⁹ (COS) prévu pour 10 ans, (ii) un schéma régional de santé (SRS)¹⁰ unique et décloisonné prévu pour cinq ans, qui indique les besoins en implantation pour l'exercice des soins de premier recours, et des soins de second recours ; il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins, et par équipement matériel lourd, les créations et suppressions d'activités de soin, de matériel, les regroupements et coopérations entre établissements de santé. (iii) Le plan régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Source : Mission

⁷ L 1434-1 CSP : « Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ars dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » La précédente rédaction semblait plus prescriptive et indiquait que le PRS « s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé ».

⁸ Instruction SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé

⁹ L'article R1434-3 du code de la santé publique précise : « Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. »

¹⁰ Conformément à l'article R. 1434-6 du Code de la santé publique, le SRS vise à « développer la prévention et la promotion de la santé, améliorer, l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement, sur les plans social, géographique et de l'organisation, notamment des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et des personnes les plus démunies, préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ».

La clarification des objectifs nationaux dans le cadre de la SNS a favorisé les exercices de planification régionaux. Mais l'affirmation d'objectifs nationaux forts n'empêche pas une réelle déclinaison prenant en compte les spécificités régionales, qui s'appuie d'abord sur un travail de diagnostic, d'analyse et de réflexion partagée.

- Les ARS ont élaboré les SRS en partant d'un bilan d'application du PRS 2012-2017, d'évaluations des besoins et d'éléments circonstanciés de diagnostics¹¹ régionaux et territoriaux ; la région ARA a, en la matière, procédé à une analyse populationnelle originale¹². La procédure de concertation a été en général très riche : réunions de concertation technique, séminaires de travail avec les professionnels et les établissements, sollicitation des conseils territoriaux de santé, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et des partenaires de l'agence (autres services de l'Etat, commission de coordination des politiques publiques, assurance maladie...). La procédure consultative officielle de trois mois, précédant l'adoption, par arrêté du directeur de l'agence, des trois documents (COS, SRS et PRAPS) a été mise à profit pour solliciter de nombreuses instances, notamment les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie et les collectivités territoriales¹³. Le nombre des partenaires et l'ampleur des documents soumis à consultation ont pu conduire à certaines frustrations, comme la mission a pu le constater.

Les obligations de moyens des ARS ont été cependant respectées, dans le cadre d'un processus de démocratie participative nécessaire mais lourd.

- Par rapport à la précédente génération de documents de planification, les SRS apparaissent beaucoup moins cloisonnés, à l'instar de l'organisation de la SNS elle-même. En témoigne la présentation des SRS, qui met en exergue des objectifs transversaux : actions de promotion et de prévention en santé, actions sur les déterminants de santé et les milieux de vie, optimisation de la qualité des soins, accessibilité des soins, logiques de parcours de soins, sécurité des soins, objectifs de pertinence, prises en charge en situation d'urgence ou de crise...

Nettement plus ramassés que les PRS de génération précédente pour au moins deux des trois régions dans lesquelles la mission s'est rendue (une centaine de pages, hors présentation des objectifs quantifiés de l'offre de soins¹⁴), les SRS se présentent comme des documents programmatiques insistant sur le sens concret des actions entreprises. En Auvergne Rhône-Alpes par exemple, les principaux « leviers à la main de l'agence » conduisent à mettre en avant des actions clefs, dont la priorisation doit être signalée: « mailler le territoire en offre de santé de proximité, soutenir les aidants, développer et rendre accessible une offre de répit, adapter l'offre en ressources humaines aux enjeux médico-sociaux et sanitaires, appuyer la démocratie en santé et les relations professionnels-usagers, agir sur la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge... ».

¹¹ L'article R. 1434-4 du CSP définit les éléments du diagnostic nécessaire.

¹² 6 populations ont été retenues pour cette étape du diagnostic : les jeunes de la naissance à 25 ans, les patients souffrant de pathologies chroniques, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes dans leur santé mentale et enfin les personnes en situation de précarité.

¹³ Compte tenu en particulier de la nécessité posée par l'article L 1434-3 CSP d'une cohérence du SRS avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées, arrêtés par les présidents de conseils départementaux

¹⁴ Le SRS de la région Bretagne fait exception et dépasse 300 pages

- Enfin, les SRS ne se contentent pas de reprendre des objectifs nationaux, au demeurant bien appropriés, mais les adaptent au contexte régional. Contrairement aux PRS de 2012, qui avaient dû être élaborés, alors que la SNS ne devait être connue finalement qu'en 2013, les SRS ont pu bénéficier d'un contexte national clarifié avec une SNS publiée le 31 décembre 2017, mais dont les termes étaient connus et ont pu servir de base aux travaux des ARS. Les PRS antérieurs restaient au demeurant valides jusqu'à publication des nouveaux (et au plus tard au 30 juin 2018).
 - Les objectifs de la planification hospitalière énoncés dans les SRS reprennent de manière claire les orientations de la SNS, avec néanmoins plus ou moins de précisions selon les cas. L'ARS Bretagne s'est attachée, par exemple, à décomposer en chantiers (avec des résultats attendus et des indicateurs opérationnels associés) de nombreux thèmes, dont le développement de la chirurgie ambulatoire, au sein du macro objectif « garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile ».
 - L'adaptation régionale des objectifs est liée à la qualité des travaux de diagnostic et de consultation, mais aussi au découpage territorial (zonage ambulatoire et hospitalier, GHT) sur lequel ils reposent, exercice mené également par les ARS (cf. *infra*).
 - Dans le secteur médico-social, les PRS constituent des documents d'orientation convergents, traçant les axes d'évolution de l'offre en cohérence avec les directives nationales et comportant le cas échéant des déclinaisons locales plus précises. Ils n'apparaissent pas comme de simples transpositions des directives nationales, mais plutôt comme des stratégies locales déclinant les orientations nationales. En particulier, les PRS comprennent des déclinaisons fidèles, mais adaptées au cadre régional, des orientations relatives à la construction d'une « société inclusive »¹⁵ ou aux alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes¹⁶.

1.1.2 Les instructions nationales aux ARS restent trop nombreuses et trop prescriptives

L'articulation entre secrétariat général des ministères sociaux, directions d'administrations centrales et ARS n'entraîne pas à proprement parler dans le champ de la mission. Les contacts établis avec les deux catégories d'acteurs autorisent toutefois quelques commentaires et propositions.

- La mission note des évolutions porteuses de sens et bien perçues par les acteurs dans l'organisation des travaux et relations entre le niveau national et les ARS. Ainsi, le fonctionnement des ARS en réseau vient opportunément pallier le repli régional, qui avait pu caractériser leur mise en place. La réunion mensuelle des directeurs, régulièrement présidée par la ministre chargée de la santé, est devenue un lieu de présentation et échange sur l'actualité des politiques portées par les ARS. Le réseau des directeurs d'ARS, au sein duquel des référents thématiques ont été désignés constitue un relai d'une efficacité de plus en plus appréciée, sollicité par les directions d'administrations centrales. A un niveau hiérarchique inférieur, des réseaux thématiques se sont mis en place, sollicités par le CNP ou les directions. Par ailleurs, symétriquement, le CNP joue un rôle de coordination des DAC désormais reconnu. Il est vrai que le comité de direction, auquel participe le directeur de la CNAM, présidé par la ministre chargée de la santé, permet aujourd'hui l'alignement stratégique des acteurs, qui avait pu faire défaut. Le CNP, présidé par le SGMAS, joue désormais un rôle d'alignement technique. L'association d'un directeur général d'ARS à ses réunions est significative du souhait d'une meilleure articulation entre niveaux central et régional.

¹⁵ Circulaire du 2 mai 2017- réponse accompagnée pour tous

¹⁶ Accueils temporaires, EHPAD pôles ressources de proximité, PMND

- S'agissant des instructions adressées annuellement aux ARS, leur nombre, leur contenu et les conditions de leur élaboration pourraient faire l'objet d'évolutions favorisant l'autonomie des ARS. Dans un rapport récent, l'IGAS et l'IGJS¹⁷ concluaient à une diminution de leur nombre (de l'ordre de 200 textes par an), une part minoritaire d'entre elles, de l'ordre d'un quart, pouvant être qualifiées de stratégiques, c'est-à-dire « prescrivant la mise en œuvre d'actions nouvelles dans un domaine donné ou faisant évoluer en profondeur les conditions de cette mise en œuvre ». Le potentiel de baisse du nombre de ces instructions paraissait donc encore significatif, d'autant que certaines d'entre elles sont récurrentes. L'audit abordait également les conditions de consultation préalable des ARS, dans le cadre de l'élaboration des instructions. La consultation de référents régionaux thématiques des ARS est une pratique de plus en plus répandue, sans être systématique. Surtout, la procédure consultative est souvent trop limitée et ne s'apparente que rarement à une co-construction avec des partenaires régionaux, dont la valeur ajoutée est pourtant réelle. Par ailleurs, la procédure de validation des instructions par le Conseil national de pilotage apparaît respectée, sauf pour les lettres réseaux de la CNAM. Enfin, l'analyse d'un échantillon d'instruction faisait apparaître que, pour 70 % d'entre elles, elles ne laissaient qu'une faible « marge de manœuvre d'adaptation » au contexte régional, conclusion peu conforme aux principes ayant conduit à la création même des ARS, ni aux textes en vigueur. L'article D1433-4 du code de la santé publique dispose en effet : « Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé adresse aux agences régionales de santé des directives qui donnent des indications sur l'application des orientations générales de la politique nationale de santé dans le ressort territorial de chaque agence ».

Recommandation n°1 : Poursuivre les efforts engagés par le CNP pour des directives nationales moins nombreuses et moins prescriptives et outiller une co-construction des politiques d'offre entre niveau national et ARS

Recommandation n°2 : Renforcer le fonctionnement en réseau des ARS, en termes de participation aux travaux de conception des politiques de santé, d'échange de bonnes pratiques et appui réciproque

1.2 CPOM Etat-ARS et pilotage de l'offre de soins : les CPOM constituent-ils des instruments adaptés d'encadrement et d'orientations en matière d'évolution de l'offre de soins ?

1.2.1 Le CPOM Etat-ARS n'est guère utilisé pour le pilotage de l'offre de soins

Prévu par l'article L1433-2 du code de la santé publique, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS « définit les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé de l'agence ». Les CPOM actuellement en cours appartiennent à la seconde génération qui couvre la période 2015-2018.

Les CPOM 2015-2018 ont introduit un pilotage par les objectifs. Issu des travaux menés sous l'égide du secrétariat général par des représentants des directions d'administration centrale, des caisses nationales et des ARS, le CPOM type pour la période 2015-2018, adapté à chaque région, visait à être le document de référence dans la relation du CNP avec chaque ARS, de même que dans leur

¹⁷ Audit sur l'élaboration, la validation, la diffusion et l'appropriation des instructions adressées aux agences régionales de santé et au réseau déconcentré jeunesse, sports et cohésion sociale IGAS n°2017-042R IGJS n° 2017-AI-11

management interne. Dans chaque CPOM sont inscrits les objectifs prioritaires et opérationnels transversaux et communs à l'ensemble des ARS¹⁸, soit quatre objectifs prioritaires « métier » et un objectif prioritaire de management¹⁹. Chacun de ces objectifs prioritaires comprend un ou plusieurs objectifs opérationnels²⁰.

Ces objectifs prioritaires et opérationnels sont traduits, par chaque agence, en feuille de route ou plan d'actions pluriannuel²¹, permettant d'articuler les priorités régionales issues du PRS avec les priorités nationales²².

Alors que l'ambition lors des travaux pour l'élaboration du CPOM 2015-2018 était d'en faire un document stratégique sur la base d'un nombre limité de priorités et d'objectifs²³, il comporte un nombre important d'actions non priorisées, auxquelles ne sont pas systématiquement attaché un indicateur (ce qui est un obstacle pour le suivi).

Selon les agences dont les outils de pilotage de l'offre ont été évalués, le CPOM Etat-ARS ne serait que peu utilisé à cette fin, notamment parce qu'un seul objectif prioritaire et deux objectifs opérationnels concernent ce domaine d'intervention. Les indicateurs associés à ces objectifs ²⁴ sont des taux d'équipement et ne traduisent que rarement le service attendu des populations.

¹⁸ Sur la base de l'instruction relative à l'élaboration des CPOM État-ARS 2015-2018

¹⁹ Les quatre objectifs prioritaires « métier » sont : 1/Maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé, 2/ garantir la qualité et la sécurité de prises en charge coordonnées et adaptées aux besoins des usagers, 3/garantir l'égal accès au système de santé, 4/faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé. L'objectif prioritaire de management vise à garantir une bonne gestion des ressources en ARS.

²⁰ Par exemple, l'objectif prioritaire n°3 : « Garantir l'égal accès au système de santé » qui concerne plus particulièrement le pilotage de l'offre de soins comprend deux objectifs opérationnels: « 3.1- Organiser la continuité des prises en charge de proximité » et « 3.2- Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées ». Au total onze objectifs opérationnels sont attachés aux cinq objectifs prioritaires.

²¹ Les plans d'actions constituent l'article 9 du CPOM

²² Ainsi l'objectif prioritaire 3.1 : « Organiser la continuité des prises en charge de proximité » comporte plusieurs chantiers (12 pour le CPOM de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 5 pour celui de l'ARS Bretagne et 7 pour celui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine) auxquels sont attachées des actions.

A titre d'illustration, l'un de ces chantiers, commun aux trois agences et qui concerne la mise en place des GHT, induit des actions spécifiques pour chacune d'elles : pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes les actions consistent à consolider le périmètre des GHT, prévoir l'approbation des projets médicaux et identifier les mutualisations logistiques et informatiques ; en ARS Bretagne, il s'agit de mettre en place les huit conventions de GHT dans les territoires de santé et en ARS Nouvelle-Aquitaine de rédiger la doctrine GHT de la grande région et d'accompagner leur mise en place.

C'est donc au niveau des actions que doivent être suivis les CPOM et pour le seul objectif prioritaire n°3, les agences doivent suivre une vingtaine d'actions.

²³ Instruction SG no 2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM État-ARS 2015-2018

²⁴ Part de la population régionale couverte par une fonction d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexe ; taux de lits et place en secteur public couvert par un dispositif GHT ; augmentation de la part des services dans l'offre médico-sociale aux personnes âgées ; réduction des écarts infra régionaux d'équipement en ESMS pour les personnes handicapées.

1.2.2 Le suivi annuel des CPOM Etat-ARS permet d'identifier des bonnes pratiques, mais pas de formaliser des réorientations des politiques menées

Chaque année, le suivi du CPOM Etat-ARS fait l'objet d'un bilan annuel en Conseil national de pilotage en présence du DGARS et de son COMEX²⁵. Ce bilan, qui a lieu en avril-mai N+1 est précédé du dialogue de gestion avec la CNSA et la DGCS, et d'un bilan technique²⁶. La démarche est riche en échanges²⁷.

A l'issue de la période de dialogues, les référents nationaux dressent un bilan synthétique global, toutes ARS confondues, qui vise principalement à identifier les bonnes pratiques potentielles.

Mais, alors que les bilans des CPOM devraient « permettre ... d'identifier les éventuelles réorientations ou points de vigilance à suivre pour l'année suivante²⁸ », la procédure n'indique pas quand et comment seraient notifiées ces réorientations. Les lettres de mission qui sont établies à la fin du cycle d'examen annuel des CPOM ne sont pas utilisées à cette fin (Cf. *infra* 1.3).

En fait, le CPOM Etat-ARS sert essentiellement de recueil d'informations pour l'administration centrale.

Dans le domaine de l'offre de soins, le bilan 2017 du CPOM 2015-2018 a permis de relever quelques points portés à l'attention du cabinet de la ministre des solidarités et de la santé²⁹. Aucun d'entre eux n'a été identifié dans la synthèse de suivi du CPOM, établie par le secrétariat général pour chacune des trois ARS analysées par la mission, comme devant faire l'objet de discussions au niveau du CNP³⁰, ce qui aurait éventuellement permis à cette instance d'en faire l'analyse et d'en dégager des propositions d'actions correctrices à lancer.

L'examen des extractions de l'outil de gestion des CPOM Etat-ARS, qui ont été transmises à la mission, confirme ce constat, et met en évidence l'importance donnée au recueil des bonnes pratiques, dont une bibliothèque comprenant des fiches méthodologiques et descriptives est en cours de constitution au secrétariat général³¹- initiative qui ne peut qu'être saluée.

Pour compléter cette orientation donnée par le secrétariat général à la démarche du CPOM Etat-ARS, et en faire aussi un outil de cadrage et de pilotage pour l'ARS, quelques aménagements devraient être apportés : permettre aux ARS de nourrir davantage les CPOM d'objectifs régionaux à leur initiative, limiter le nombre des actions qui en découlent et les assortir systématiquement d'au moins un

²⁵ Note d'information no SG/2017/332 du 24 novembre 2017 relative aux modalités d'organisation des bilans 2017 des CPOM État-ARS

²⁶ Réalisé entre le référent technique national et le référent technique régional de chaque objectif opérationnel du CPOM et/ou de chaque bloc du plan triennal 2015-2017 d'économies sur les dépenses d'assurance maladie et qui permet la production d'un document consolidé et une synthèse par région à destination de l'ARS (le DG et le COMEX) et du CNP.

²⁷ Le bilan 2017 du CPOM 2015-2018 a fait l'objet de 230 dialogues techniques et 17 dialogues stratégiques.

²⁸ idem

²⁹ Note du 31 juillet 2018 du SGMCAS au Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé relative au bilan 2017 des CPOM Etat-ARS ; les points concernant l'offre de soins sont :

- Des résultats contrastés dans l'atteinte des objectifs de développement du virage ambulatoire malgré les nombreuses initiatives sur la médecine ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD) et L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- L'accroissement de la dégradation de la démographie médicale qui induit le renforcement des structures d'exercice coordonné ;
- Les actions menées par les ARS pour la restructuration des ESMS les plus fragiles.

³⁰ D'après les extractions SPICE-ARS (application de gestion des CPOM Etat-ARS).

³¹ Cf. § 2.4 de l'annexe1 (modalités pratiques de suivi des CPOM 2015-2018 pour le bilan 2017) de la note d'information n° SG/2017/332 du 24 novembre 2017 relative aux modalités d'organisation des bilans 2017 des CPOM État-ARS

indicateur, et enfin traduire le bilan annuel dans l'évaluation du DGARS et en faire une des sources de sa lettre de mission, avec des réorientations éventuelles.

Recommandation n°3 : Faire du CPOM Etat-ARS un outil d'encadrement et d'orientation stratégique effectif, notamment en privilégiant les indicateurs de services attendus par les usagers

1.3 Lettre de mission du DG ARS et pilotage de l'offre de soins : les lettres de mission constituent-elles des instruments adaptés d'encadrement et d'orientations en matière d'évolution de l'offre de soins ?

1.3.1 Les lettres de mission s'inscrivent dans le processus de contractualisation de l'Etat avec les agences et permettent de déterminer la part variable de leur rémunération

Les DGARS reçoivent annuellement une lettre de mission³² par laquelle le ministre en charge de la santé leur notifie leurs objectifs pour l'année. Celles de 2017 ont été adressées le 26 avril 2017 à l'ensemble des DG ARS. Leur contenu est identique, à l'exception de quelques particularités concernant certaines agences. Plus de la moitié des DGARS (9/17) ont reçu le même modèle de lettre. Les mentions spécifiques ont concerné les agences impactées par la fusion des régions, les agences ultramarines et l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour une expérimentation.

Après avoir rappelé notamment les orientations stratégiques déjà initiées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et la loi du 28 décembre 2015 portant sur l'adaptation de la société au vieillissement, le plan triennal 2015-2017 d'économies sur les dépenses d'assurance maladie ainsi que les travaux engagés pour l'élaboration du nouveau projet régional de santé, elles fixent les objectifs pour 2017 en les répartissant en deux groupes :

- Les objectifs liés aux politiques publiques du CPOM 2015-2018 : les lettres indiquent aux DG ARS que leur mission principale est la mise en œuvre des 4 objectifs prioritaires de politique publique du CPOM 2015-2017, dont un seul concerne directement l'offre de soins.
- Les objectifs de management du CPOM 2015-2018, qui concernent majoritairement la gestion des ressources humaines³³.

Les lettres de mission sont aussi établies dans le cadre de la réglementation relative à la rémunération des cadres dirigeants. Elles servent de référence à l'évaluation de l'action des DGARS et à la détermination de la part variable de leur rémunération³⁴.

³² Au titre de la circulaire du 8 octobre 2007, la dénomination de lettres de mission est ici inexacte. La circulaire précise que « ces objectifs annuels ne se confondent pas avec la lettre de mission adressée au dirigeant à l'occasion de sa prise de fonction. Toutefois cette lettre de mission ... constituent les principales sources où sont puisés les objectifs assignés au dirigeant. »

³³ Les autres objectifs sont plus contingents comme la prévention des conflits d'intérêt, l'accueil des volontaires du service civique, la mise en place du contrôle interne sur le FIR et la sécurisation de l'accès au SNDS.

³⁴ La circulaire du 7 août 2017 pour la mise en œuvre du décret n°2017-870 du 9 mai 2017 relatif à la rémunération de certains dirigeants d'établissements publics de l'Etat (§ IV ; procédure de fixation et de versement de la part variable) dispose que la notification des objectifs doit être faite avant le 30 juin de l'année considérée.

1.3.2 Les lettres de mission ne sont pas suffisamment utilisées comme outils de pilotage de l'offre

Dans la procédure fixant les modalités d'organisation des bilans des CPOM État-ARS, les lettres de mission ne sont établies qu'après la tenue du dialogue stratégique de l'agence concernée en CNP. Cet échange annuel doit permettre « d'une part de dresser un bilan stratégique de la mise en œuvre opérationnelle et des résultats obtenus sur les objectifs du CPOM et d'autre part d'identifier les éventuelles réorientations ou points de vigilance à suivre pour l'année suivante »³⁵, ce qui justifie le positionnement de la transmission des lettres de mission à la fin de la procédure de suivi des CPOM³⁶. En théorie, les lettres de mission devraient permettre d'encadrer et d'orienter des politiques publiques, ce qui ne semble pas être le cas.

Dans l'état actuel du processus d'élaboration des lettres de mission, de leur contenu et de leur format, elles ne peuvent que difficilement servir d'outil pour le pilotage de l'offre.

Au plan de la procédure, l'envoi des lettres intervient trop tardivement³⁷, ce qui est un écueil pour dresser un plan d'actions au sein de l'ARS.

Pour ce qui concerne leur contenu, il se compose essentiellement des orientations communes à toutes les agences, découlant de textes ou plans ministériels parus après la signature du CPOM. Il n'y en a pas qui seraient issues des propositions des DGARS, et qui seraient ainsi spécifiques à chacune d'elles. La démarche consistant à solliciter les DGARS pour l'élaboration de leur lettre de mission était, semble-t-il, utilisée par le passé : l'importance des réformes engagées depuis 2015 (plan triennal assurance maladie, recomposition territoriale...) a imposé une procédure plus centralisée. La mission considère que les lettres de mission devraient aussi refléter des orientations régionales dessinées par chaque ARS, restant évidemment dans un cadre national. C'est à cette condition que, prenant en compte les réalités locales, elles pourraient constituer des instruments de management plus motivants pour l'encadrement supérieur et intermédiaire des ARS. Au demeurant, l'adéquation des objectifs énoncés par la lettre aux données locales est également de nature à mieux justifier l'exercice d'attribution d'une part de rémunération variable aux directeurs généraux d'ARS.

Enfin, elles se présentent comme un catalogue d'orientations, de prescriptions et d'incitations, sans que des objectifs précis ne s'en dégagent. Des objectifs, en petit nombre, assortis d'indicateurs, reprenant les principales orientations contenues dans le corps de la lettre et regroupés dans une annexe donneraient une dimension plus opérationnelle à la démarche. Les agences pourraient s'en saisir pour établir un plan d'actions annuel cohérent avec les objectifs du CPOM.

Recommandation n°4 : Introduire au sein des lettres de mission annuelles des DGARS, à côté des objectifs nationaux, des orientations régionales et des indicateurs de réalisation hiérarchisés

³⁵ Note d'information no SG/2017/332 du 24 novembre 2017 relative aux modalités d'organisation des bilans 2017 des CPOM État-ARS

³⁶ La circulaire du 7 août 2017 ainsi que l'Instruction SG no 2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM État-ARS 2015-2018 recommandent que les objectifs et les indicateurs quantitatifs et qualitatifs notifiés aux dirigeants soient en nombre restreints et cohérents avec le contrat d'objectifs de l'agence. Les lettres de mission du 26 avril 2017 qui ont été transmises par le SGMCAS à la mission ne contiennent pas d'indicateurs.

³⁷ Pour 2017 le SGMCAS a réussi à transmettre les lettres le 26 avril 2017, soit avant le terme fixé par la procédure au mois de juin.

2 LES MOYENS DES ARS ET LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS : LES MOYENS HUMAINS, FINANCIERS ET INFORMATIQUES A LA DISPOSITION DES ARS DOIVENT ETRE REVUS POUR LEUR PERMETTRE D'ABORDER EFFICACEMENT LE PILOTAGE DE L'OFFRE

2.1 Moyens humains du pilotage de l'offre de soins au sein de l'ARS : des RH mal adaptées au pilotage de l'offre de santé institutionnelle ?

Les travaux de la mission relatifs aux ressources humaines s'appuient sur les enquêtes relatives aux activités des ARS réalisées par la direction des finances, des achats et des services (DFAS).

Afin d'analyser la répartition des ressources humaines, au sein des trois ARS visitées, il a été procédé à une sélection des missions plus particulièrement consacrées, directement ou indirectement, au pilotage de l'offre et à un regroupement des catégories de personnels mieux adapté au cadre de l'évaluation³⁸. Les constats statistiques présentés doivent être reçus avec prudence, en raison des limites suivantes : qualité variable du recueil des informations et de leur cohérence; pertinence imparfaite des référentiels (catégories de personnels et d'activités...) au regard des analyses à mener ; non prise en compte de l'adéquation des compétences aux activités³⁹ ; absence de données historiques ou environnementales de l'organisation⁴⁰ ; données brutes non corrigées par des inducteurs de charges. De ce fait, il est difficile de tirer une conclusion de la part d'ETP affectée par mission sans la rapporter à la charge effective de celle-ci, qui peut être différente selon les ARS, et que les inducteurs de charge adaptés permettraient de mieux apprécier.

Sur ce dernier point, le modèle intégrant des inducteurs de charge, que la DFAS a développé afin d'évaluer la charge de travail corrélée à l'exercice des missions dans une démarche d'adéquation missions/moyens, a été présenté tardivement à la mission et n'a pas pu être utilisé. Avant d'adopter cette démarche, il conviendra de revoir les paramètres de modélisation (identification des groupes homogènes d'agences, liste des inducteurs et indice de pondération qui est attaché à chacun d'eux).

Recommandation n°5 : Adapter fonctionnellement l'enquête relative aux activités des ARS, mise en œuvre par la DFAS, pour l'analyse des besoins de pilotage de l'administration centrale et des ARS.

³⁸ Cf. « Référentiel d'intervention » (non joint au rapport) sur la méthodologie pour l'analyse des ressources humaines consacrées (dédiés ou participant) au pilotage de l'offre de soins

³⁹ Exemples : le pilotage d'activités requiert des compétences en ingénierie de projet, négociation et concertation, rédaction de cahiers des charges ; la mise en œuvre des CPOM dans le champ médico-social induit des changements de procédures comptables au sein des établissements (adoption d'un état prévisionnel de recettes et de dépenses) qui nécessitent des compétences en matière de comptabilité générale et de comptabilité analytique.

⁴⁰ L'analyse de la répartition des ETP entre les secteurs d'activité doit par exemple tenir compte de la rigidité de l'affectation des personnels ; les données ne traduisent pas forcément un choix stratégique de la direction.

2.1.1 Les ARS consacrent environ 4 ETP sur 10 au pilotage de l'offre de soins⁴¹, effectifs en décroissance de 2014 à 2016

- L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes consacre 382,5 ETP⁴² au pilotage de l'offre, l'ARS Bretagne 155,4 et l'ARS Nouvelle-Aquitaine 329,4, ce qui représente respectivement 41,5 %, 40,1 % et 39,7 % de leurs ETP totaux.

L'effort global en ressources humaines pour le pilotage de l'offre de soins de chacune des trois ARS est légèrement plus important que la moyenne nationale qui est de 38,6 %⁴³.

Les ETP directement impliqués au pilotage en représentent un peu moins de la moitié : 144,1 ETP en ARS Auvergne-Rhône-Alpes (soit 37,7 %⁴⁴ des ETP consacrés au pilotage de l'offre et 15,7 % des ETP de l'ARS), 66,9 ETP en ARS Bretagne (soit 43,1 % des ETP consacrés au pilotage de l'offre et 17,3 % des ETP de l'ARS) et 135,0 en ARS Nouvelle Aquitaine (soit 41,0 % des ETP consacrés au pilotage de l'offre et 16,3 % des ETP de l'ARS). Ces deux séries de ratios sont comparables entre les trois ARS et avec les ratios nationaux

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble de ces données :

Tableau 1 : ETP consacrés au pilotage de l'offre par les trois ARS

ARS	ETP de l'ARS			effectifs dédiés au pilotage offre de soins			effectifs participant au pilotage offre de soins			ETP consacrés au pilotage offre de soins (dédiés ou participant)		
	total des ETP	part des ETP totaux des ARS	rang	ETP dédiés	part du total des ETP de l'ARS	rang	ETP participant	part du total des ETP de l'ARS	rang	total des ETP dédiés ou participant	part du total des ETP de l'ARS	rang
Auvergne-Rhône-Alpes	920,6	10,8%	2	144,1	15,7%	8	238,4	25,9%	3	382,5	41,5%	4
Bretagne	387,3	4,5%	11	66,9	17,3%	3	88,5	22,8%	13	155,4	40,1%	10
Nouvelle Aquitaine	828,7	9,7%	3	135,0	16,3%	6	194,4	23,5%	11	329,4	39,7%	11
Total général des ARS	8 558,7			1 273,8	14,9%		2 031,2	23,7%		3 305,0	38,6%	

Source : Mission d'après données DFAS

- Les effectifs totaux des trois agences, consacrés au pilotage de l'offre ont baissé de 4,4 % de 2014 à 2016, comme les ETP globaux⁴⁵. Les moyens humains de pilotage de l'offre de soins des ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine ont moins baissé (respectivement 0,5 % et 2,3 %) que les autres secteurs d'activité⁴⁶. En revanche, en ARS Bretagne, la baisse des ETP est de 4,7 %, soit 0,3 point de plus que la moyenne nationale.

⁴¹ Les travaux relatifs aux effectifs s'appuient sur l'«enquête activités des ARS» menée par la DFAS (cf. «référentiel d'intervention» (non joint au rapport) sur la méthodologie pour l'analyse des ressources humaines consacrées (dédiés ou participant) au pilotage de l'offre de soins

⁴² ETP dédiés intégralement au pilotage de l'offre et ETP participant pour partie de leur activité au pilotage de l'offre

⁴³ Au 31 décembre 2016 (dernières données disponibles), les ARS comptent 1 273,8 ETP (soit 14,9 % du total) dédiés au pilotage de l'offre de soins et 2 031,2 ETP (soit 23,7 % du total) y participant, sur un total de 8 558,6 ETP⁴³. Au total, ce sont donc 3 305,0 ETP (soit 38,6 %) qui contribuent pour la totalité ou pour partie de leur temps de travail au pilotage de l'offre de soins.

⁴⁴ Ce ratio ne figure pas dans le tableau 1 mais il peut être obtenu à partir des données qu'il contient.

⁴⁵ Entre 2014 et 2016 les ETP globaux des ARS sont passés de 8 952,1 à 8 558,7 ETP (soit - 393,4 ETP et - 4,4 %). Les ETP des trois agences sont aussi en diminution ; ceux de l'ARS Nouvelle-Aquitaine baissent de 4,3 %, ce qui correspond quasiment à la moyenne nationale. Les agences d'Auvergne-Rhône-Alpes et de Bretagne ont subi des diminutions moins importantes, respectivement de 2,3 % et de 3,1 %.

⁴⁶ Sécurité sanitaire, prévention des risques, protection des populations, prévention et promotion de la santé publique, fonctions de gestion, missions d'appui, missions support...

Dans les trois agences, comme au niveau national, les réductions ont plus porté sur les ETP intervenant de manière indirecte sur le pilotage que sur les ETP totalement dédiés qui, au niveau national et en Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine, ont même augmenté.

Pour ce qui concerne les évolutions au sein des secteurs d'activité analysés, on constate que les secteurs des soins ambulatoires et celui des professionnels de santé sont globalement en augmentation, sauf en ARS Bretagne. Les deux autres secteurs d'activité « métiers » sont en baisse, ainsi que le secteur « direction et activités transverses de régulation ».

Tableau 2 : Evolutions comparées des ETP totaux consacrés au pilotage de l'offre de soins.

Secteurs	National			ARA			écarts	Bretagne			écarts	NA			écarts
	2014	2016	variations	2014	2016	variations		2014	2016	variations		2014	2016	variations	
Direction+Activités transverses de régulation	594,1	569,5	-4,1%	52,6	43,0	-18,2%	-14	31,9	35,3	10,6%	14,7	62,0	55,2	-11,0%	-11
Soins ambulatoires	393,2	403,4	2,6%	40,8	42,9	5,2%	3	24,3	17,7	-27,5%	-30,1	34,3	38,5	12,1%	12
Soins hospitaliers	1 049,5	956,0	-8,9%	129,1	124,7	-3,5%	5	48,1	45,7	-4,8%	4,1	98,3	90,4	-8,0%	-8
Professionnels de santé	201,2	220,5	9,6%	18,9	19,3	2,4%	-7	7,5	10,9	46,3%	36,7	16,5	18,6	12,9%	13
Médico-social	1 219,2	1 155,6	-5,2%	143,2	152,7	6,6%	12	51,4	45,9	-10,7%	-5,5	125,9	126,7	0,7%	1
total	3 457,1	3 305,0	-4,4%	384,5	382,5	-0,5%	3,9	163,1	155,4	-4,7%	-0,3	337,0	329,4	-2,3%	2
Rappel total des ETP	8 952,1	8 558,7	-4,4%	942,4	920,6	-2,3%	2,1	399,7	387,3	-3,1%	1,3	865,6	828,7	-4,3%	0,1
Ecarts sur les évolutions			0,0%			1,8%				-1,6%				2,0%	

Source : Mission d'après données DFAS

2.1.2 Les effectifs concourant au pilotage constituent l'essentiel des moyens humains des secteurs soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social, secteur qui en mobilise la part la plus importante

- Parmi les douze secteurs qui composent le socle d'analyse de « l'enquête activité » des ARS de la DFAS, quatre secteurs « métiers » sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre⁴⁷ (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). Deux autres secteurs transverses (direction et activités transverses de régulation) le sont aussi dans de moindres proportions. Les autres secteurs (fonctions de gestion, missions d'appui, missions de support et les activités hors périmètre des ARS) ne sont pas inclus dans le champ du pilotage de l'offre⁴⁸.

Pour les secteurs « métiers », la part des ETP dont l'activité intervient directement ou indirectement dans le pilotage de l'offre est très élevée. Au niveau national, les taux varient de 94,3 % pour le secteur des soins ambulatoires⁴⁹ à 100 % pour celui des professionnels de santé⁵⁰. Ceci ne paraît pas anormal s'agissant de secteurs d'activité où l'ARS dispose par nature d'un rôle de pilotage stratégique.

Le tableau ci-après présente, pour l'année 2016, les taux pour l'ensemble des secteurs, au niveau national pour les trois ARS.

⁴⁷ Soins ambulatoires, soins hospitaliers et médico-social sont renseignés indépendamment du secteur « professionnels de santé », considéré de manière spécifique

⁴⁸ Les missions qui composent ces secteurs sont transverses (ex : affaires financières au niveau ARS) ; au sein des secteurs « métiers » il y a des missions de support qui leur sont spécifiques et qui participent pour une part de leur activité au pilotage de l'offre (ex : les actions sur le financement des activités -FIR, MIGAC ...- du secteur des soins hospitaliers)

⁴⁹ Le secteur « soins ambulatoires » comprend 14 missions dont 2 ne concourent pas, directement ou indirectement, au pilotage de l'offre ; il s'agit du contrôle de conformité (9,85 ETP) et du suivi d'exploitation de la pharmacie officine d'exploitation minière (14,41 ETP).

⁵⁰ Le secteur « professionnels de santé » comprend 12 missions qui interviennent dans le pilotage, direct ou indirect, de l'offre de soins

Tableau 3 : Part des ETP des trois ARS ayant une activité de pilotage de l'offre par secteur

Secteurs	National			ARA			Bretagne			NA		
	Total ETP	ETP consacrés au pilotage	part des ETP consacrés au pilotage	Total ETP	ETP consacrés au pilotage	part des ETP consacrés au pilotage	Total ETP	ETP consacrés au pilotage	part des ETP consacrés au pilotage	Total ETP	ETP consacrés au pilotage	part des ETP consacrés au pilotage
	A	B	C=B/A	D	E	F=E/D	G	H	I=H/G	I	J	K=J/I
Direction+Activités transverses de régulation	971,4	569,5	58,6%	72,5	43,0	59,3%	65,1	35,3	54,2%	101,9	55,2	54,1%
Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations	1 974,7	0,0	0,0%	195,4	0,0	0,0%	33,1	0,0	0,0%	164,9	0,0	0,0%
Prévention et promotion de la santé publique	369,9	0,0	0,0%	40,5	0,0	0,0%	14,6	0,0	0,0%	42,2	0,0	0,0%
Soins ambulatoires	427,7	403,4	94,3%	45,0	42,9	95,3%	19,5	17,7	90,7%	40,6	38,5	94,7%
Soins hospitaliers	986,2	956,0	96,9%	127,9	124,7	97,5%	47,3	45,7	96,7%	93,4	90,4	96,8%
Professionnels de santé	220,5	220,5	100,0%	19,3	19,3	100,0%	10,9	10,9	100,0%	18,6	18,6	100,0%
Médico-social	1 216,3	1 155,6	95,0%	163,2	152,7	93,6%	48,2	45,9	95,2%	133,8	126,7	94,7%
Fonctions de gestion	364,5	0,0	0,0%	37,3	0,0	0,0%	17,0	0,0	0,0%	35,9	0,0	0,0%
Missions d'appui	547,7	0,0	0,0%	50,1	0,0	0,0%	28,9	0,0	0,0%	47,0	0,0	0,0%
Missions supports	1 386,1	0,0	0,0%	131,4	0,0	0,0%	42,2	0,0	0,0%	122,4	0,0	0,0%
Activités hors périmètre des ARS	293,8	0,0	0,0%	38,1	0,0	0,0%	10,9	0,0	0,0%	28,1	0,0	0,0%
Total général	8 558,7	3 305,0	38,6%	920,6	382,5	41,5%	387,3	155,4	40,1%	828,7	329,4	39,7%

Source : Mission d'après données DFAS

- Le secteur d'activité médico-social mobilise la part la plus importante des effectifs consacrés au pilotage de l'offre, devant le secteur des soins hospitaliers

A l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le secteur d'activité médico-social représente 39,9 % des ETP globaux intervenant, directement ou indirectement, dans le pilotage de l'offre ; ce ratio est de 29,5 % en Bretagne et de 38,5 % en Nouvelle-Aquitaine, la moyenne nationale étant de 35 %.

Le deuxième secteur d'activité par le taux des ETP qui se consacrent au pilotage est celui des soins hospitaliers. La moyenne nationale est de 28,9 % ; le taux de l'ARS Nouvelle-Aquitaine est légèrement inférieur (27,4 %) alors que les taux des deux autres agences sont supérieurs (32,6 % pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et 29,4 % pour l'ARS Bretagne).

Ces deux secteurs mobilisent près des deux-tiers de l'effort consacré au pilotage de l'offre⁵¹. Les secteurs d'activité des soins ambulatoires et des professionnels de santé ne dépassent pas, à eux deux, 20 % des ETP intervenant dans le pilotage de l'offre⁵².

Le secteur « direction et activités transverses de régulation » regroupe 17 % des ETP consacrés au pilotage, l'ARS Nouvelle Aquitaine se situant au même niveau, les deux autres ARS occupant une situation polaire, 11 % en ARA, 22,7 % en Bretagne.

Le tableau qui suit précise la part des ETP intervenant dans le pilotage de chaque secteur d'activité, par rapport à l'ensemble des ETP consacrés au pilotage.

⁵¹ Le cumul des ratios des secteurs d'activité du médico-social et des soins hospitaliers est de 72,5 % en ARS Auvergne-Rhône-Alpes, de 58,9 % en ARS Bretagne et de 65,9 % en ARS Nouvelle-Aquitaine. La moyenne nationale est de 63,9 %.

⁵² Le cumul des ratios des secteurs d'activité des soins ambulatoire et des professionnels de santé est de 16,3 % en ARS Auvergne-Rhône-Alpes, de 18,4 % en ARS Bretagne et de 17,3 % en ARS Nouvelle-Aquitaine. La moyenne nationale est de 18,9 %.

Tableau 4 : Répartition des ETP des trois ARS consacrés au pilotage de l'offre de soins, entre les différents secteurs d'activité

Secteurs	ETP consacrés au pilotage de l'offre (dédiés + participant au pilotage)										
	national		ARA			Bretagne			NA		
	total	%	total	%	écarts sur %	total	%	écarts sur %	total	%	écarts sur %
	A	B=A/ 3305,0	C	D=C/ 382,5	E=D-B	F	G=F/ 155,4	H=G-B	I	J=I/ 329,4	K=J-B
Direction+Activités transverses de régulation	569,5	17,2%	43,0	11,2%	-6,0	35,3	22,7%	5,5	55,2	16,7%	-0,5
Soins ambulatoires	403,4	12,2%	42,9	11,2%	-1,0	17,7	11,4%	-0,8	38,5	11,7%	-0,5
Soins hospitaliers	956,0	28,9%	124,7	32,6%	3,7	45,7	29,4%	0,5	90,4	27,4%	-1,5
Professionnels de santé	220,5	6,7%	19,3	5,0%	-1,6	10,9	7,0%	0,3	18,6	5,7%	-1,0
Médico-social	1 155,6	35,0%	152,7	39,9%	4,9	45,9	29,5%	-5,5	126,7	38,5%	3,5
Totaux	3 305,0	100%	382,5	100%		155,4	100%		329,4	100%	

Source : Mission d'après données DFAS

2.1.3 Le groupe professionnel⁵³ le plus important pour le pilotage de l'offre est celui des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social »

L'analyse de la ventilation des effectifs consacrés au pilotage de l'offre entre groupes professionnels fait apparaître que :

- Au niveau national comme au sein des trois ARS étudiées, le groupe des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social » constitue la moitié des ETP consacrés au pilotage de l'offre, devant le groupe des cadres et cadres supérieurs (28 %);
- Ce groupe est concentré de manière significative dans le secteur d'activité médico-social (38 % au niveau national), puis dans celui des soins hospitaliers (28 % au niveau national).

Cette répartition est identique au sein des trois ARS et est en corrélation avec celle des ETP totaux de chacune d'elles.

⁵³ Les 49 catégories du référentiel de l'enquête DFAS ont été réparties en quatre groupes homogènes en distinguant les catégories générales (emplois de direction, cadres et cadres supérieurs, agents et techniciens) et les catégories des champs santé et médico-social (professionnels de santé, experts, cadres techniques des établissements de santé et autres agents du champ Médico-Social).

Cette distinction vise à apprécier le niveau de « spécialisation » de chacun des secteurs d'activité ; s'agissant du pilotage de l'offre de soins, le niveau de prise en charge des travaux par des personnels possédant une qualification dans le champ médico-social peut être un indicateur de l'adaptation de la ressource humaine en termes de compétence. La constitution d'un groupe dédiés aux emplois de direction a pour but d'évaluer l'implication du niveau directionnel des agences dans le pilotage de l'offre.

Tableau 5 : Répartition par groupes professionnels des ETP consacrés (dédiés ou participant) au pilotage de l'offre au 31 décembre 2016 (moyennes nationales⁵⁴) :

Secteurs	Répartition par groupes									
	Emplois de direction		Cadres et Cadres supérieurs		Agents et techniciens		Professionnels de santé, cadres techniques ES et experts Autres agents secteur Médico-Social		Total national	
	ETP*	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Direction+Activités transverses de régulation	59	81%	200	22%	22	3%	290	17%	570	17%
Soins ambulatoires	2	3%	100	11%	103	17%	198	12%	403	12%
Soins hospitaliers	6	8%	305	33%	176	28%	469	28%	956	29%
Professionnels de santé	1	1%	68	7%	57	9%	95	6%	221	7%
Médico-social	5	7%	241	26%	263	42%	646	38%	1 156	35%
Total / part de la catégorie	73	100%	913	100%	621	100%	1 698	100%	3 305	100%
* ETP consacrés au pilotage de l'offre (dédiés + participant au pilotage)										
nombre d'ETP par groupes	73		913		621		1 698		3 305	
Part de chaque groupe / ETP totaux consacrés	2%		28%		19%		51%		100%	
* ETP consacrés au pilotage de l'offre (dédiés + participant au pilotage)										

Source : Mission (d'après les données DFAS)

2.1.4 La répartition des moyens humains consacrés au pilotage entre le siège des ARS et les délégations départementales apparaît très hétérogène

La répartition des ETP consacrés au pilotage de l'offre entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD) fait l'objet du tableau ci-après.

Tableau 6 : Répartition des ETP entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD)

Secteurs	National			ARA				Bretagne				NA			
	ETP*		part de la DR	ETP		part de la DR	écarts ARA /national part de la DR (en points)	ETP		part de la DR	écarts Bretagne /national part de la DR (en points)	ETP		part de la DR	écarts NA /national part de la DR (en points)
	DR	DD		DR	DD			DR	DD			DR	DD		
	A	B	C=B/(A+B)	D	E	F=E/(E+D)	G=F-C	H	I	J=(H/H+I)	K=J-C	L	M	N=L/(L+M)	O=N-C
Direction+Activités transverses de régulation	321,2	248,3	56,4%	21,7	21,3	50,5%	-5,9	24,7	10,6	69,9%	13,5	22,8	32,4	41,2%	-15,2
Soins ambulatoires	204,1	199,3	50,6%	14,0	28,9	32,6%	-18,0	9,3	8,4	52,4%	1,8	15,9	22,6	41,4%	-9,2
Soins hospitaliers	620,1	335,9	64,9%	72,8	51,9	58,4%	-6,5	31,8	14,0	69,5%	4,6	53,1	37,2	58,8%	-6,0
Professionnels de santé	161,3	59,2	73,2%	14,7	4,6	76,2%	3,0	8,6	2,4	78,4%	5,3	9,5	9,2	50,7%	-22,5
Médico-social	410,2	745,4	35,5%	48,0	104,7	31,4%	-4,1	20,4	25,5	44,4%	8,9	59,5	67,2	47,0%	11,5
Total des ETP consacrés au pilotage	1 717,0	1 588,0	52,0%	171,2	211,3	44,8%	-7,2	94,6	60,8	60,9%	8,9	160,8	168,6	48,8%	-3,1
Rappel de l'effectif global	3 305,0			382,5					155,4					329,4	
* ETP consacrés au pilotage de l'offre (dédiés + participant au pilotage)															

Source : Mission d'après données DFAS

⁵⁴ Les données de chaque ARS figurent dans l'annexe qui lui est dédiée

Au niveau national, la part des ETP des sièges des agences, consacrée au pilotage de l'offre, est de 52,0 %. Ce taux est moins élevé en ARS Auvergne-Rhône-Alpes (44,8 %) et Nouvelle-Aquitaine (48,8 %), alors qu'il est sensiblement plus fort en ARS Bretagne (60,9 %). Cette situation est probablement liée au nombre de délégations (L'ARS Bretagne en a quatre alors que les deux autres agences en ont douze chacune) et au volume global des ETP (l'ARS Bretagne compte deux fois moins d'ETP globaux que les deux autres agences).

Par secteur d'activité, le poids de la DR dans les moyens humains consacrés au pilotage de l'offre est hétérogène. Par exemple, pour le secteur médico-social, les parts de la DR sont de 47 % pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine et 44,4 % pour l'ARS Bretagne, celle de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes étant, avec 31,4 %, celle qui se rapproche le plus de la moyenne nationale (35,5 %). C'est ce secteur qui est le plus déconcentré au niveau national ainsi qu'en ARS Auvergne-Rhône-Alpes et en Bretagne.

Au total, et en conclusion de cette partie, l'analyse quantitative des ressources humaines consacrées au pilotage de l'offre de soins menée, permet de constater la convergence des données des trois ARS entre elles et avec les moyennes nationales, notamment pour ce qui concerne l'effort global en ressources humaines pour le pilotage de l'offre de soins, ainsi que la part des ETP directement impliqués dans le pilotage, qui en représentent un peu moins de la moitié⁵⁵. Il en est de même de la part des ETP dont l'activité intervient directement ou indirectement dans le pilotage de l'offre des secteurs « métiers » qui est très élevée (plus de 90 %), de l'importance de la mobilisation des ETP pour le pilotage de l'offre des secteurs médico-social et des soins hospitaliers, ainsi que du poids du groupe des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social » pour le pilotage de l'offre de ces secteurs. La part des ETP des sièges des ARS par rapport au total des ETP consacrés au pilotage de l'offre est importante, mais hétérogène : l'ARS Bretagne se caractérise par un taux plus fort que celui des deux autres régions et du taux national, ce qui est certainement dû au fait qu'il s'agit d'une des plus petites ARS.

Enfin, l'analyse des compétences et de leur adéquation quantitative et qualitative aux missions reste à synthétiser, notamment grâce aux travaux que les ARS ont menés à la suite du Plan d'Action RH des ARS 2015-2017, « l'enquête activité » ne le permettant que de manière grossière⁵⁶ à ce stade. La mission n'a pu elle-même procéder à cette analyse au sein des ARS sous revue, ce qui aurait nécessité de développer une méthodologie d'enquête *ad hoc*. Les entretiens menés ont cependant permis de déceler des manques dans les compétences à disposition.

Une telle analyse sera d'autant plus nécessaire que les missions dévolues aux ARS requerront des compétences aujourd'hui moins sollicitées ou disponibles en interne (ingénierie de projet, négociation et concertation, rédaction de cahiers des charges, ...) que celles plus traditionnelles, notamment budgétaires.

Recommandation n°6 : Adopter une stratégie d'adaptation des ressources humaines des ARS à l'évolution requise de leurs missions, étayée par l'approfondissement de l'enquête activité.

⁵⁵ Entre 2014 et 2016, le pilotage de l'offre a été relativement épargné par la diminution des ETP qui a affecté globalement les ARS (-4,4 % au niveau national), notamment pour ce qui concerne les ETP totalement dédiés au pilotage de l'offre.

⁵⁶ La mission a tenté d'introduire une approche qualitative par l'intermédiaire du regroupement des catégories des personnels. C'est dans ce cadre, qu'a été constitué le groupe des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social » qui permet d'apprécier la part des effectifs qui ont une culture sanitaire et médico-sociale au sein d'une entité. Un approfondissement de la démarche devrait s'appuyer notamment sur l'élaboration d'un référentiel des compétences nécessaires au pilotage de l'offre de soins à l'instar de ce qui a été fait pour la veille et la sécurité sanitaire (cf. Référentiel de compétence de Veille et sécurité sanitaires, DGS et EHESP Version validée le 30 septembre 2018).

2.2 Systèmes d'information utilisés pour le pilotage de l'offre de soins : les SI hiérarchisent-ils correctement la connaissance et le pilotage de l'offre ?

2.2.1 La gouvernance des systèmes d'information associe bien les ARS, sans garantir la bonne identification des besoins et le partage optimal des développements locaux

Encadré 3 : La DSSIS et l'élaboration des schémas directeurs des ARS

Placée auprès du secrétaire général des MCAS, la délégation à la stratégie aux systèmes d'information de santé (DSISS) a notamment pour mission, pour les systèmes d'information des ARS, de préparer et de mettre en œuvre les décisions du Conseil national de pilotage; à ce titre elle coordonne l'action des différents services⁵⁷ qui interviennent dans ce domaine.

C'est dans ce cadre que la DSISS a lancé des travaux de mise en cohérence et de mutualisation des systèmes d'information des ARS, lesquels ont été inscrits dans un schéma directeur (SDSI).

Le premier SDSI couvrait la période 2012-2014 et visait à constituer un socle commun prioritaire au regard des besoins métiers ; il a permis de lancer une quinzaine de projets structurants pour la réalisation des missions des ARS. Celles-ci n'avaient retenu que les principaux sujets qui leur étaient communs et qui leur paraissaient prioritaires. Le second schéma directeur, qui couvre la période 2016-2018, s'appuie sur les résultats obtenus⁵⁸ pour élargir le périmètre des SI que les ARS ont décidé de mutualiser (regroupés au sein du « SI mutualisé des ARS ») et compléter le socle commun avec les SI portés par les directions d'administration centrale (DGOS, DGS, DFAS...) et par les opérateurs partenaires de l'ARS dans ses actions (CNSA, ASIP, ATIH, ...). Selon la DSSIS, il est réputé offrir «une vision exhaustive des outils à disposition des ARS correspondants à la transversalité de leurs missions ⁵⁹ ».

Source : *Mission*

- L'élaboration du SDSI 2016-2018, comme le précédent, a étroitement associé les DAC, les opérateurs (ATIH, CNSA, ASIP...) et les ARS, pour le recueil des besoins et la définition de la cible. Cependant, des besoins exprimés lors de l'élaboration du SDSI 2016-2018 n'ont pas été retenus, pour des raisons pour l'essentiel budgétaires, et les outils correspondant ne seront donc pas mis à la disposition des agences notamment pour le pilotage de l'offre de soins ambulatoires et du secteur libéral. ⁶⁰ Dans les mêmes limites, peut-être aurait-il été opportun de s'interroger sur la pertinence des choix opérés au regard notamment de la nécessité de mettre à disposition des ARS des outils de pilotage de secteurs de soins alternatifs et/ou complémentaires de l'hôpital, tels que celui des soins ambulatoires et du secteur libéral.

⁵⁷ Services de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des agences et organismes intervenant dans le domaine de la santé, des services et des établissements de santé, des services et établissements médico-sociaux et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

⁵⁸ En avril 2016, lors de la publication du SDSI 2016-2018, 75 applications nationales mutualisées étaient recensées.

⁵⁹ « L'ambition du schéma directeur 2016-2018 est de porter et de partager entre tous les acteurs, une vision exhaustive des outils à disposition des ARS correspondant à la transversalité de leurs missions. Il intègre donc tout SI dont la finalité est d'équiper les ARS dans leur action de régulation, indépendamment de l'acteur à l'initiative du projet ou de son porteur » (Cf. Schéma d'information mutualisé des Agences Régionales de Santé-Schéma directeur 2016-2018. Document de synthèse. Janvier 2016).

⁶⁰ Comme l'accès sécurisé et personnalisé pour les personnels de santé dans la PAPS (Plateforme d'Appui aux Personnels de Santé), la poursuite d'évolutions tels l'ajout des données relatives aux soins ambulatoires dans l'outil décisionnel DIAMANT et le développement d'un outil de contractualisation dédiés aux parcours.

- La gouvernance du schéma directeur et de son évolution intègre les ARS à plusieurs niveaux. Le comité stratégique (COSTRAT) des SI Santé et Médico-Social est en charge du SI mutualisé des ARS. Il comprend les représentants des ARS, des DAC, de la CNAMTS et de la CNSA⁶¹ et est présidée par le SGMCAS (responsable du pôle « ARS » du SGMCAS). Il met en œuvre le schéma directeur validé par le CNP. La gouvernance mise en place au niveau central est complétée par un réseau de référents régionaux, représentant leurs utilisateurs et un référent national métier, garant de la bonne utilisation du SI en ARS.

Toutefois, cette gouvernance ne fonctionne pas selon des procédures écrites, opposables à l'ensemble des parties. Il s'agit d'un processus qui ne repose que sur leur adhésion, et qui mériterait d'être formalisé, y compris pour la conduite des projets déléguée aux ARS.

- La réalisation des projets inscrits dans le SDSI, notamment ceux qui ont été identifiés comme prioritaires, associe largement les ARS, dont certaines sont référentes nationales d'applications⁶², ou assument les responsabilités de chefferie de projets⁶³.
- Enfin, les manques et les doublons dans les SI ne paraissent pas correctement identifiés. En effet, les ARS peuvent développer des outils, soit pour compléter une application du SI mutualisé, de sorte que le catalogue des applicatifs de chaque ARS ne se limite pas au SI mutualisé, soit pour répondre à un besoin non pris en compte par le SI mutualisé.⁶⁴ Hors ces situations, elles n'y sont pas autorisées⁶⁵.

Or, malgré la cartographie⁶⁶ des applicatifs qu'elle a réalisée, la DSSIS n'a qu'une connaissance incomplète du parc applicatif des ARS et de son évolution, et ne peut donc assumer une régulation efficace desancements de projets⁶⁷. En effet, la réalisation d'un applicatif hors du SI mutualisé, devrait s'inscrire dans le cadre de développement rappelé ci-dessus, et, dans le respect de normes et standards⁶⁸, notamment au regard de l'interopérabilité. Les procédures adéquates n'existent pas aujourd'hui.

Dans ce cadre, on peut aussi noter que le manque de procédure⁶⁹ pour la remontée des informations provenant des utilisateurs ne permet pas de garantir que les besoins révélés après la mise en service d'une application seront pris en compte pour la faire évoluer rapidement⁷⁰.

⁶¹ Document de synthèse du SDSI 2016-2018 de janvier 2016

⁶² Dans le champ du pilotage de l'offre, l'ARS Bretagne est par exemple référente pour les applications ARGHOS et HAPI et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes l'est pour les applications Atlasanté, Cartosanté et e-CARS sanitaire et médico-social.

⁶³ L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes assure la chefferie de projets d'Atlasanté et l'ARS Nouvelle-Aquitaine est cheffe du projet SIICEA

⁶⁴ C'est le cas de l'« Observatoire des territoires », un outil décisionnel développé par l'ARS Bretagne qui s'appuie sur des applications nationales (DIAMANT, ScanSanté et AtlaSanté), et s'agissant de la deuxième hypothèse, de la gestion des appels à projets et des appels à concurrence en ARS Nouvelle-Aquitaine ou encore la mesure de l'activité des établissements sanitaires pour laquelle l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes travaille avec les fédérations.

⁶⁵ Cf. Principes directeurs de la cible (Principe 3 : Valorisation du socle existant) : Règles d'urbanisme du SDSI 2016-2018 « Ce principe vise à garantir la cohérence du SI mutualisé des ARS et des remontées d'indicateurs depuis le niveau régional vers le niveau national nécessaire au pilotage des politiques publiques, et l'optimisation des dépenses dédiées au SI, les projets de SI mutualisés étant financés au préciput par l'ensemble des ARS ». (p.19)

⁶⁶ A l'occasion de l'élaboration du SDSI 2012-2014, la DSSIS a dressé une cartographie des applications utilisées par les ARS, à partir du recensement des missions et des processus métiers du référentiel des activités des ARS.

⁶⁷ Le recensement des applications et des projets réalisés hors schéma directeur sur la période 2014 à 2016 que la DSSIS a transmis à la mission en dénombre dix et aucun des cinq outils réalisés localement que les trois ARS ont indiqué à la mission ne figurent dans ce recensement. Ceci est l'une des difficultés rencontrées par la DSSIS pour piloter le SDSI.

⁶⁸ Dans le domaine de l'interopérabilité des systèmes d'information les principales normes sont le référentiel général d'interopérabilité, le cadre commun d'architecture des référentiels de données, le cadre commun d'urbanisation du SI de l'Etat.

⁶⁹ Hors les « enquêtes clients » diligentées ponctuellement par la DSSIS

⁷⁰ Actuellement la remontée des informations repose sur le réseau des référents régionaux, sans cadre national.

Ces quelques exemples indiquent la nécessité de faire évoluer la gestion des systèmes d'information des agences et le recueil des besoins. Au terme du second schéma directeur, le système d'information mutualisé s'est utilement imposé, mais ne doit pas masquer la nécessité, le cas échéant, de développements régionaux, dans un cadre de procédures garantissant transparence et publicité au sein du réseau des ARS.

Les enjeux opérationnels⁷¹, techniques⁷² et de ressources (financières et humaines), suggèrent qu'une réflexion soit rapidement menée afin d'adapter le mode de gestion des systèmes d'information des ARS. Toutefois, cette préconisation dépasse largement le cadre de la mission et n'est pas constituée en recommandation.

2.2.2 Les ressources informatiques nécessaires au pilotage de l'offre de soins restent insuffisantes

2.2.2.1 Les systèmes d'information indispensables au pilotage de l'offre ne donnent pas tous satisfaction aux utilisateurs

Selon la DSSIS, le SDSI 2012-2014 « a abouti au déploiement d'un socle applicatif qui permet de couvrir une grande majorité des missions et des processus gérés par les ARS, avec notamment l'outillage des mécanismes « régaliens » de régulation de l'offre de services de santé via ARHGOS, outil de pilotage et de gestion des autorisations, e-CARS outil de pilotage et de gestion des CPOM ou encore HAPI pour le pilotage et la gestion des allocations aux établissements⁷³.

En 2017, pour le lancement de l'évaluation des SI utilisés par les ARS, la DSSIS avait dénombré 80 applications. Une quinzaine d'entre elles intervient plus particulièrement dans le pilotage de l'offre de soins ; en plus des trois applicatifs cités ci-dessus on peut évoquer DIAMANT, plateforme décisionnelle pour le pilotage et la performance de l'offre de soin, AtlaSanté, système d'information géographique de santé, SEPIIA pour la programmation, l'autorisation et l'installation des places en ESMS, 6PO pour le pilotage et le suivi transversal, pluriannuel et centralisé des actions d'un plan (suivi du PRS, des CPOM...), le SI MDPH (Maisons Départementales des Personnes handicapées), pour le suivi des orientations prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) que pilote la CNSA et « vision à 360° d'un établissement », qui vise à produire une fiche de présentation pour chaque établissement sur la base des données des SI concernés : ARGHOS, e-CARS, HAPI, VSS (Veilles et Sécurité Sanitaire), inspections –contrôles...

Un tableau annexe présente les fonctionnalités des principales applications qui interviennent dans le pilotage de l'offre. Certaines d'entre elles comme DIAMANT répondent aux attentes des agences. D'autres en revanche, comme l'application e-CARS médico-social, portail permettant de gérer le processus de contractualisation dans le secteur médico-social, rencontrent des difficultés de développement qui impactent lourdement les services⁷⁴.

⁷¹ Exemple : continuité des parcours de soins qui imposent des interfaçages d'applicatifs jusqu'alors développés en silo

⁷² Exemple : les obligations de plus en plus contraignantes sur la protection des données et la sécurité des systèmes d'information cf. rapport IGAS N° 2017-080R portant sur l'audit de l'organisation de la sécurité des systèmes d'information des ministères sociaux.

⁷³ cf. Schéma directeur 2016-2018-Version finalisée d'avril 2016 p.18.

⁷⁴ La généralisation de l'obligation d'établir des CPOM et de contractualiser pour les ESSMS engendre une charge de travail considérable pour les établissements et services, les services des ARS et les autorités de tarification (cf. Rapport au Parlement portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de janvier 2017) En ARS NA par exemple, cette programmation concerne 1094 CPOM (PA et PH). En 2017 sur 244 CPOM arrêtés, seuls 46 avaient été signés (cf. partie 332 contractualisation avec les ESMS).

2.2.2.2 L'accès aux données nécessaires au pilotage de l'offre n'est pas garanti

Outre les applicatifs permettant le pilotage de l'offre, la mise à disposition de données a été identifiée comme un des objectifs lors des travaux du premier SDSI en 2011.

Le développement des outils permettant d'adapter l'offre aux besoins des populations s'appuie sur une stratégie nationale d'approvisionnement en données externes, qui vise à définir le contenu précis des données nécessaires aux ARS, en identifier les sources, déterminer les modalités d'accès les plus pertinentes : consultation via des applications existantes (exemple du SNIIRAM), extraction/exportation ponctuelle de données (exemple des travaux autour de l'état financier des ARS), mise en place de flux d'échanges automatisés (exemple des flux ATIH vers l'application DIAMANT), contractualisation avec les fournisseurs pour la mise à disposition des données en vue de procéder aux travaux de connexion entre les bases de données sources et les SI concernés.

Dans ce cadre, les accès au SNIIRAM sont indispensables, compte tenu de la richesse de cette base. Le SDSI 2016-2018 a fixé la cible ci-après :

Encadré 4 : Cible concernant l'accès au SNIIRAM inscrite dans le schéma directeur 2016-2018

Le SDSI 2016-2018 prévoit de réaliser :

- L'accès permanent aux données régionales SNIIRAM adapté aux besoins métiers et à l'organisation des ARS :
 - aux données pseudonymisées individuelles et exhaustives des bénéficiaires (DCIR) permettant le chaînage ville/hôpital (parcours de santé) avec croisement des données sensibles
 - à l'identifiant des professionnels de santé et à leurs données d'activité
 - aux données des interrégions constituant les SIOS.
- L'accès ponctuel et encadré aux données nationales ;
- Le renfort de l'expertise et de la capitalisation par le pôle d'expertise SNIIRAM (ARS Centre-Val de Loire, Ile-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes), qui est l'interlocuteur privilégié de la maîtrise d'ouvrage SNIIRAM de la CNAMTS et qui, à ce titre, doit :
 - Coordonner les demandes des ARS,
 - Partager la documentation et les requêtes sur un espace sharepoint dédié sur lequel les produits finis sont mis à disposition (FIR PDSA et PDES etc.),
 - Fournir une assistance et une expertise sur l'utilisation des produits finis mis à disposition (datamarts, EGB, DCIR) à l'ensemble des ARS,
 - Instruire les nouvelles demandes et assurer leur mise en oeuvre opérationnelle (en lien avec la CNAMTS).

Source : Mission d'après documents DSSIS

L'accès aux données est essentiel pour permettre aux ARS de mener leur mission de régulation. Pour ce qui concerne plus particulièrement les données de santé, l'article 193 de la LMSS a créé le Système National des Données de Santé (SNDS)⁷⁵. L'ouverture de l'accès aux données de santé s'est accompagnée de la mise en oeuvre du règlement communautaire de protection des données⁷⁶.

⁷⁵ qui rassemble et met à disposition des informations de santé collectées par des organismes publics : les données du SNIIRAM⁷⁵, du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et de la BCMD (Base des Causes Médicales de Décès) et dès qu'elles seront disponibles les données du champ médico-social de la CNSA.

⁷⁶ Règlement du Parlement et du Conseil n°2016/679 du 27/04/2016 (dit RGPD) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données qui est entré en vigueur depuis le 25 mai 2018.

La prise en compte des deux textes nécessite la montée en compétence des agents en charge des requêtes⁷⁷.

Le bon usage des données nécessite quant à lui l'intervention de personnes ressources ayant un savoir-faire spécifique. Ainsi, l'ARS Bretagne a développé une offre de services sur la base d'outils nationaux et d'une réalisation interne à l'agence, l'«Observatoire des territoires»⁷⁸ qui s'appuie sur des compétences internes et sur le réseau de référents en ARS animé par la mission « Données médico-économiques ».

Cette entité, dont le pilote est l'ARS Centre-Val de Loire assistée des ARS Normandie et Occitanie⁷⁹, a été créée pour aider les ARS à accéder aux données du SNIIRAM et du PMSI, et a vu son activité s'accroître avec l'ouverture du SNDS le 1^{er} avril 2017. Elle vise en particulier au développement d'une expertise forte en données de santé au sein des ARS, à l'harmonisation des pratiques et à la mutualisation des requêtes.

Progressivement, le réseau des référents se structure et monte en compétence, afin de dépasser la seule délivrance des extractions et d'assister les ARS pour leur interprétation⁸⁰.

Recommandation n°7 : Conforter les compétences de la mission « données médico-économiques » créée par trois ARS, et l'aide à l'interprétation et l'analyse de l'ensemble des données nécessaires au pilotage de l'offre de santé. Inciter les ARS à collaborer avec les CPAM pour l'exploitation des données en santé, en inscrivant cette orientation dans la convention qui les lie.

2.3 Leviers financiers des ARS pour piloter l'offre de soins : les ARS disposent-elles de réelles marges de manœuvre financière pour piloter l'offre de soins ?

La mission n'a pas abordé l'impact de la tarification sur les recompositions de l'offre de soins, l'action tarifaire relevant du niveau national. Même si les ARS disposent de certaines marges de manœuvre sur les dotations annuelles de financement pour les activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie, leurs effets éventuels sur l'évolution de l'offre n'ont pas non plus été envisagés. La mission a par contre analysé l'utilisation du Fonds d'intervention régional (FIR), des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), ainsi que des crédits non reconductibles dans le secteur médico-social.

⁷⁷ L'acquisition de ces compétences passe par des formations dont les prérequis techniques sont importants ; 35 agents des ARS ont été formés au SNDS en 2017 et autant doivent l'être en 2018.

⁷⁸ Outil décisionnel qui, sur la base d'un entrepôt de données développé localement et en s'appuyant sur des applications nationales (DIAMANT, ScanSanté et AtlaSanté), permet de disposer de manière continue d'informations fiabilisées, facilement exploitables et partagées.

⁷⁹ Cette entité se substitue au pôle d'expertise SNIIRAM (ARS Centre-Val de Loire, Ile-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes). La DSSIS met à disposition 1ETP pour l'ARS Centre-Val de Loire et 0,2 ETP pour les deux autres.

⁸⁰ SGMCAS a travaillé avec le projet Atlasanté et avec la mission « Données médico-économiques » pour produire les indicateurs de suivi du PMND pour toutes les ARS ; la mission « données médico-économiques » accompagnera les ARS pour l'interprétation des résultats à partir de janvier 2019.

2.3.1 Les ARS disposent en principe de leviers financiers importants et souples pour piloter l'offre de soins

La mission a examiné les trois leviers financiers suivants à la disposition des ARS et portant, en partie, sur l'évolution de l'offre de soins.

- Le Fonds d'intervention régional (FIR) est censé permettre aux ARS de piloter les politiques de santé avec plus de souplesse et de transversalité. Le FIR, d'une nature particulière, non dédié à un secteur unique de l'offre de soins, permet une approche territoriale du financement. Le total des crédits délégués se monte à près de 3,3Mds € en 2016. Depuis 2015, les missions du FIR sont organisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :
 - la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission 1) ;
 - l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale (mission 2) ;
 - la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire (mission 3) ;
 - l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) (mission 4) ;
 - le développement de la démocratie sanitaire (mission 5).

Les missions 2 et 3, les plus susceptibles de porter sur l'évolution de l'offre, représentent chacune un peu plus du quart du total des crédits (respectivement 25,1 et 26,9 %).

Une circulaire nationale annuelle oriente l'utilisation des crédits en fonction de priorités affichées. L'objectif même de la création du FIR, qui rassemble des crédits issus d'enveloppes précédemment éparpillées, était de passer « d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats »⁸¹.

Au sein des crédits FIR, le principe de fongibilité des crédits est censé garantir la souplesse de leur affectation par les ARS. Par exception, les règles dites de « fongibilité asymétrique »⁸² protègent des crédits attribués à des actions de prévention, de santé publique et au secteur médico-social, qui sont ainsi sanctuarisés.

Depuis 2015, les crédits délégués font l'objet d'une péréquation régionale (hors DOM) plafonnée à la baisse, basée sur des critères de population⁸³ et de santé publique, pour la majeure partie des crédits, et sur la répartition de l'offre de soins pour le reste.

⁸¹ Rapport annuel FIR 2016, page 5

⁸² L 1434-8 CSS

⁸³ La mortalité brute ; un indice synthétique de précarité ; le taux d'ALD (affections de longue durée) standardisé pour tenir compte des maladies chroniques.

Encadré 5 : FIR (missions 2 et 3) et évolution de l'offre de soins

Les crédits de la mission 2 apparaissent dispersés en de nombreuses lignes. Pour le secteur ambulatoire, les lignes les plus significatives concernent le financement de la télémédecine (20M€ soit 2,5 % de la mission), les réseaux de santé monothématiques (en régression, 150M€, 18 %), les PTA (en progression, 0,7 %). La sous-mission 23 contient plusieurs lignes de crédits favorisant l'évolution de l'offre : renforcement des maisons des adolescents, équipes de liaison et de soins en addictologie, équipes mobiles de gériatrie, dispositifs de consultations dédiées aux personnes handicapées, en ville ou à l'hôpital. Parmi ces actions structurantes pour l'offre de soins, on note également le financement des médecins correspondants des SAMU, formés à l'urgence et permettant un accès sur les territoires situés à plus de 30mn d'un service d'urgence ou d'un smur (en progression, 6M€, soit 0,7 % de la mission). Les MAIA (85M€), les GEM (32M€) et les Paerpa (11,2 M, 1,3 %) dédiés au secteur médico-social, représentent 14 % de la mission (sous-mission 24).

L'analyse est plus simple pour la mission 3. Elle comprend les crédits relatifs au financement de la permanence des soins en ville, qui décroissent et représentent de l'ordre de 17 % des crédits de la mission. Le financement de la « meilleure répartition des professionnels de santé » concerne également les centres de santé, maisons de santé pluri professionnelles et pôles de santé, auxquels les ARS apportent un soutien stable (1,5 % des crédits de la mission). Le financement de la PDES décroît pour sa part, mais représente près de 80 % de la mission.

Source : Mission

- En 2016⁸⁴, les crédits notifiés par les ARS aux établissements de santé MCO, au titre de la dotation des MIGAC⁸⁵, se sont élevés, au total, à 6,5 Md€. La liste précise des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qui peuvent être financées par la dotation est fixée par décret, nombre d'entre elles permettant aux ARS de peser sur l'évolution de l'offre de soins⁸⁶.

Encadré 6 : Migac et évolution de l'offre de soins

Les MIGAC contribuant potentiellement à l'évolution de l'offre de soins portent, par définition, exclusivement sur le secteur hospitalier. Parmi les MIGAC intégrées au FIR, on notera particulièrement le financement des équipes mobiles de gériatrie (EMG), des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), des réseaux de télésanté, notamment la télémédecine, des structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents, des centres périnataux de proximité (CPP), et surtout, par son importance quantitative, de la permanence des soins des établissements de santé. Parmi les 17 MIG déléguées aux ARS, hors FIR, certaines contribuent clairement à l'évolution de l'offre : la mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales ; et notamment, en raison de leur montant, le financement des consultations hospitalières d'addictologie, des consultations hospitalières de génétique, et des permanences d'accès aux soins de santé (dont la prise en charge des patients en situation précaire). Le financement des SAMU et SMUR peut également constituer un levier d'évolution de l'offre pour les ARS.

Source : Mission

⁸⁴ Source : Rapport 2017 au Parlement sur le financement des Établissements de Santé.

⁸⁵ La dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, participe notamment, au titre de l'article L162-22-13 CSS, au financement « de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical, des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire et... au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques ».

⁸⁶ Article D162-6 et 7 CSS ; notamment Les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ; l'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ; L'aide médicale urgente (SAMU et SMUR, pour près d'1Md € au total) ; la permanence des soins hospitalière ; la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité....

- Sans avoir analysé leur utilisation locale, la mission note que les ARS peuvent enfin disposer de marges de manoeuvre en allouant des crédits non reconductibles (CNR) aux établissements sociaux et médico-sociaux⁸⁷, soit près de 460M€ en 2017, dont environ 60 % issus de reprises sur résultats excédentaires. Le soutien à l'investissement représente 20 % des CNR en secteur personnes âgées (soit 47M€) et 40 % en secteur personnes handicapées (soit 91M€)⁸⁸.

2.3.2 Les moyens financiers des ARS restent trop largement fléchés ou souffrent d'une faible flexibilité

- La mission a demandé aux trois ARS visitées qu'elles classent les crédits FIR en quatre catégories, correspondant à une flexibilité d'utilisation croissante :
 1. crédits protégés-sanctuarisés
 2. dépenses obligatoires (base législative ou réglementaire, orientation politique forte) mais variables
 3. dépenses non obligatoires mais récurrentes
 4. crédits d'affectation libre dans le cadre des orientations d'utilisation.

L'appréciation par les ARS conduit aux proportions suivantes :

Tableau 7 : Classement des crédits FIR en catégorie de flexibilité d'utilisation

Qualification 2017	ARS NA	ARS ARA	ARS B
1	17,28 %	0,18 % ⁸⁹	12,89 %
2	46,63 %	33,66 %	65,52 %
3	23,92 %	36,82 %	3,34 %
4	12,68 %	29,33 %	18,25 %

Source : ARS

- Au sein de la catégorie des crédits protégés par la fongibilité asymétrique, certains sont même directement fléchés par des textes de niveau législatif⁹⁰: financement des Paerpa, d'actions d'accompagnement des patients, ou dans le domaine de la télémédecine. Toutefois, la LFSS pour 2018⁹¹ a introduit une fongibilité entre crédits dédiés au financement de structures d'appui aux parcours complexes.

⁸⁷ La CNSA indique que les CNR résultent de - « mises en réserve temporaires de crédits issues des fermetures partielles ou totales de places en attente de redéploiements ; - reprises de résultat des établissements en excédent (mécanisme qui s'éteint avec la montée en charge des CPOM sur le champ PH, et la mise en œuvre de la réforme du financement des EHPAD) ; - crédits alloués de façon reconductible pour créer de nouvelles places, dont les délais de mise en œuvre permettent aux ARS d'affecter ponctuellement ces ressources à d'autres objectifs ».

⁸⁸ Source CNSA

⁸⁹ L'ARS ARA n'a pas inclus dans la catégorie 1 certains crédits protégés par la fongibilité asymétrique et les a rattachés aux catégories 2 et 3 (MAIA et GEM, actions de prévention) ; ceci explique le décalage entre l'analyse nationale infra et l'analyse régionale sollicitée par la mission.

⁹⁰ Le dispositif de sécurisation des prêts structurés des établissements de santé, propre à 2016, n'a pas été intégré à l'analyse

⁹¹ Article 69

- Au total, les crédits protégés représentent près de 14 % des crédits délégués aux ARS en 2017. Ils ne sont donc pas, par définition, redéployables pour le financement d'autres types de projets de secteurs différents ; à l'inverse, ils peuvent bénéficier d'abondements en provenance d'autres lignes et missions. Sauf à obérer la souplesse d'utilisation du FIR, la tendance constatée à la hausse de cette catégorie de crédits strictement fléchés et sanctuarisés doit être contenue.

Tableau 8 : Crédits FIR protégés par fongibilité asymétrique

Exercice	crédits délégués	Prévention (L.1435-9 a) CSP)	dont accompagnement patients	PA/PH (L.1435-9 b) CSP)	dont Paerpa	Télémedecine	Crédits protégés	Part des crédits délégués	dont Crédits fléchés	Part des crédits délégués ²
2016	3 243 984 859	277 896 272	1 750 000	135 816 054	13 595 971	1 000 000	414 712 326	12,8%	16 345 971	0,5%
2017	3 370 044 069	297 435 522	3 931 493	152 862 486	18 306 621	8 300 000	458 598 008	13,6%	30 538 114	0,9%

Source : *Audit de la gestion du FIR, IGAS F. Allot, J.L. Daumas 2018*

- S'agissant des crédits d'utilisation libre, leur analyse est globalement convergente entre les trois ARS ; ils se composent d'environ 10 % des crédits de la mission 2⁹² et pour l'essentiel des crédits de la mission 4⁹³. Au total, en neutralisant les aides à la contractualisation, appréciées différemment par les ARS⁹⁴, on peut considérer que les crédits d'affectation libre représentent entre 10 et 15 % des crédits FIR.
- Les dépenses obligatoires mais variables (catégorie 2) et les dépenses non obligatoires mais récurrentes (catégorie 3) représentent plus des deux tiers des crédits FIR.

Les dépenses obligatoires mais variables apparaissent largement prépondérantes pour les ARS Nouvelle Aquitaine et Bretagne, et dans une moindre mesure pour ARA. Que l'obligation d'utilisation des crédits repose sur des bases textuelles⁹⁵ ou des « plans » de nature politique, le « fléchage » porte sur l'orientation et la nature des projets. Néanmoins le choix concret des projets financés et des montants à engager reste à la main de l'ARS.

Au sein de cette catégorie, le financement de la permanence des soins, en ambulatoire comme à l'hôpital-qui représente entre un quart et un tiers du FIR selon les régions- constitue bien une obligation et un financement reconductible, même si, dans la durée, des redistributions entre bénéficiaires et des évolutions de fond (adaptation des schémas de PDSSES, des cahiers des charges de PDSA) peuvent être enregistrées. Au niveau national, on note ainsi une diminution des dépenses en faveur de la permanence des soins entre 2014 et 2016⁹⁶ avec des possibilités de redéploiement sur d'autres lignes.

Les dépenses non obligatoires mais récurrentes n'ont pas été analysées de manière identique par les trois ARS. Les aides au fonctionnement des réseaux mono et polyvalents, les équipes mobiles de soins palliatifs, les équipes de soins en addictologie, les équipes mobiles de gériatrie, les médecins correspondants de Samu constituent des lignes emblématiques classées dans cette catégorie.

⁹² Promotion de parcours de santé coordonnés, qualité et la sécurité de l'offre, sur les sous missions 27 et 28 (autres).

⁹³ Avec une concentration de moyens sur les sous missions 42 (Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements), que la Nouvelle Aquitaine classe cependant en « dépenses récurrentes » ; 43 (Actions permettant la mutualisation des moyens des professionnels et structures sanitaires de la région, en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets), 44 à 47.

⁹⁴ Les ARS ARA et Bretagne incluent dans cette catégorie des crédits liés aux Autres aides à la contractualisation / Maintien de l'activité déficitaire / Amélioration de l'offre / Aides à l'investissement (sous mission 42) qui représentent des moyens importants (22 % du FIR ARA). Ils sont classés en catégorie 3 par la Nouvelle Aquitaine.

⁹⁵ Par exemple les réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1 CSP.

⁹⁶ Rapport d'activité du FIR.

Les aides en trésorerie aux établissements sont unanimement considérées comme des dépenses récurrentes, parfois de niveau élevé. L'ARS ARA cherche à limiter le recours au FIR en la matière, en remplaçant un dispositif de guichet par une analyse au cas par cas des situations des établissements. Néanmoins, cette utilisation récurrente conduit à un effet d'éviction sur d'autres dépenses plus structurelles, susceptibles de favoriser l'évolution de l'offre : l'ARS ARA y consacre plus de 10 % des crédits FIR⁹⁷ en 2017, la Nouvelle Aquitaine environ 7 %⁹⁸.

Recommandation n°8 : Laisser davantage de marge de manœuvre aux ARS dans l'utilisation des crédits FIR, et par exemple limiter la croissance des crédits protégés par fongibilité asymétrique et les fléchages nationaux

Recommandation n°9 : Au sein du FIR, mieux assurer l'identification et l'évaluation des aides récurrentes aux établissements

- L'utilisation de mécanismes de fongibilité au sein du FIR et entre DAF et FIR peut *a priori* assouplir la répartition des crédits, et ceci à l'initiative de l'ARS.

La fongibilité interne au FIR est une règle de droit commun, dont les limites tiennent au degré au fléchage et à la récurrence de certaines dépenses (*cf. supra*). Néanmoins, les crédits protégés par la fongibilité dite asymétrique ne peuvent pour leur part que bénéficier d'abondements.

Ceux-ci se montaient à 81,3 M€ en 2017, dont 76,3 M€ attribués aux actions de prévention et 5 M€ aux actions médico-sociales, en légère hausse par rapport à 2016 (respectivement 72 et 5 M€).

La fongibilité entre le FIR et la DAF⁹⁹ est limitée à 1 % des dotations DAF. Elle est pour sa part plus modestement utilisée, et le dispositif paraît même s'effondrer en 2017 : 1,2 M€ en 2017 contre 21,5 M€ en 2016. Aucune des trois ARS sous revue n'y avait eu recours ni en 2016, ni en 2017. Le plafond de 1 % des dotations annuelles de financement potentiellement fongibles pourrait être assoupli, de même que les modalités techniques de recours : le caractère définitif de l'opération (les dotations font l'objet d'une correction à ce titre), pouvant être dissuasif, des opérations ponctuelles pourraient être envisagées.

Recommandation n°10 : Assouplir les règles de recours à la fongibilité DAF-FIR

- S'agissant de l'analyse des marges de manœuvre régionale dans l'utilisation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, elle apparaît relativement simple.

Les MIG dites impératives en justification au premier euro sont d'utilisation fléchée en montant et par établissement depuis le niveau national : l'ARS ne dispose d'aucune marge de manœuvre.

Les MIG en justification au premier euro, dites indicatives, font l'objet d'un calcul modélisé et d'une enveloppe fixée au niveau national, mais leur affectation peut, le cas échéant, faire l'objet d'adaptations par l'ARS (au sein de l'objet de la MIG).

Les MIG dites en base sont déléguées à l'ARS qui décide de leur utilisation. Elles représentent un peu plus de 7 % de l'ensemble.

⁹⁷ Ligne 425.

⁹⁸ Lignes 424 (actions de modernisation et restructuration).

⁹⁹ Article L 174-1-2 CSS introduit par la LFSS pour 2014.

Enfin, quatorze MIG sont déléguées dans le cadre du FIR¹⁰⁰.

Tableau 9 : Répartition des MIGAC en catégories (3 ARS)

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	%
MIG JPE imp.	551 317 778	37,86%
MIG JPE ind	442 985 992	30,42%
MIG base	106 711 089	7,33%
MIG FIR	355 050 890	24,38%
Total	1 456 065 749	100,00%

Source : Mission d'après données trois ARS

Donner plus de souplesse aux ARS supposerait de poursuivre le travail engagé de révision de la liste des MIGAC pour transférer certaines MIG dite en « justification au premier euro, impératives », vers la catégorie des MIG intégrées au FIR. Compte tenu de ses caractéristiques rappelées *supra* et à condition d'en assouplir encore l'utilisation, la mission propose en effet d'augmenter sensiblement le montant des crédits inscrits au sein du FIR.

Recommandation n°11: Envisager l'intégration dans le FIR de MIG impératives en justification au premier euro

2.4 L'organisation interne des ARS et le pilotage de l'offre de soins : quels sont les principes d'organisation susceptibles de favoriser une meilleure efficacité dans le pilotage de l'offre ?

2.4.1 L'exercice des fonctions de pilotage de l'offre de soins au siège de l'ARS n'assure pas encore la transversalité voulue lors de leur création

Les ARS dans lesquelles la mission s'est rendue sont, pour deux d'entre elles, encore organisées en directions « métier », spécialisées essentiellement entre le médicosocial et l'offre de soins. Cette division est encore accentuée lorsque ces directions « métier » intègrent une direction déléguée financière.

L'organigramme de la troisième ARS, au titre de l'un des scénarios alternatifs possibles, paraît opportunément répondre à l'objectif de transversalité : il rassemble en effet « hospitalisation et autonomie » dans une même direction adjointe de la direction des « coopérations territoriales et de la performance ». Mais il est dès lors difficile de comprendre pourquoi l'offre ambulatoire relève de la stratégie.

¹⁰⁰ Notamment parmi celles qui ont potentiellement un impact sur l'évolution de l'offre de soins : Le financement des équipes hospitalières de liaison en addictologie (EHLA) ; Les équipes mobiles de gériatrie (EMG), Les réseaux de télésanté, notamment la télémédecine, Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, Les consultations mémoire, Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents, Les centres périnataux de proximité (CPP), la permanence des soins.

Ces différentes structurations contribuent au maintien d'approches insuffisamment transversales, alors même que l'un des objectifs de la création des ARS était de développer des politiques intégrées couvrant les différents secteurs jusque-là considérés de manière distincte.

Par ailleurs la répartition des personnels (cf. paragraphe 2.1) dans ces directions montre que les forces des agences se consacrent plus largement au domaine hospitalier qu'au domaine ambulatoire, alors que les dépenses des deux secteurs sont sensiblement équivalentes et que toutes les stratégies de santé ont pour objectif de faire du médecin en ville le pivot du système de santé et confirment l'importance des soins ambulatoires. Il est toutefois difficile de comparer les effectifs par secteur sans tenir compte des missions différentes que les agences doivent assumer sur chacun d'entre eux, d'autant que les inducteurs de charge y sont différents. Une fois cette appréciation faite, l'évolution de la répartition des personnels et de la structuration des organigrammes pourra être envisagée.

Enfin, le déséquilibre de la répartition des pouvoirs entre le siège et les DD spécialise la moitié des agents des ARS dans l'observation du terrain, l'éclairage des décisions et la concertation avec les acteurs locaux. Rouvrir la réflexion au sein de chaque ARS sur la répartition des missions entre le siège et la délégation départementale pourrait conduire utilement à confirmer les directions métiers du siège dans leur rôle de stratège et de contrôleur *a posteriori* de l'action des DD. Pousser cette réflexion au bout pourrait déboucher sur l'organisation de deux pôles, l'un consacré à la définition de la politique régionale dans lequel la transversalité offre de santé et médico-sociale serait affirmée, l'autre à sa mise en œuvre sur le modèle d'une direction des DD, assurant le cas échéant, pour les sujets qui le nécessiteraient, un décloisonnement entre elles.

2.4.2 La distinction entre un siège et des délégations départementales n'est pas optimale dans le pilotage de l'offre de soins

Les agences régionales de santé sont représentées dans chaque département par une délégation départementale¹⁰¹, qui met localement en œuvre la stratégie régionale de santé régionale et accompagne les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets.

Elles assurent une mission de proximité et représentent localement les directeurs généraux auprès des élus, des préfets de départements, des autres services de l'État, ainsi que des professionnels de santé dans le ressort de leur territoire. Dans les trois ARS, les directions départementales participent au COMEX, régulièrement ou systématiquement.

La mise en place des délégations départementales à la suite des délégations territoriales a permis, dans le cadre des principes de la loi HPST, de maintenir les services de proximité et le lien avec les services de l'échelon départemental de l'organisation de l'Etat et les collectivités territoriales correspondantes.

Cette nouvelle structure devait en théorie s'adapter aux nouvelles responsabilités des services chargés de piloter la politique de santé, et conduire les agents à revoir le sens de leur action dans un cadre élargi, transversal et plus autonome.

Cette organisation a été diversement mise en place dans les trois ARS visitées par la mission. La logique centralisatrice à l'œuvre, qui prévaut depuis l'instauration des ARS, a permis une homogénéité des orientations et de leur mise en œuvre, ainsi qu'une harmonisation des pratiques. Mais cette logique diffère selon que les directions « métiers » délèguent aux DD, au moins en partie,

¹⁰¹ L 1432-1 du CSP prévoit l'existence de DD afin de lutter contre les inégalités territoriales.

la mise en œuvre opérationnelle des décisions, ou préfèrent exercer un rôle de définition des politiques et d'impulsion dans leur mise en œuvre. Avec des nuances, les trois régions visitées ont plutôt choisi la première option, la plus petite de ces trois régions étant la plus centralisatrice. Une seule ARS a organisé une direction des délégations départementales. Il ne semble pas que cette direction donne plus de poids aux délégations départementales dans la prise de décision.

Ceci se traduit très clairement dans la répartition des effectifs entre le siège et les DD, la plus petite des régions affirmant, dans cette répartition au bénéfice du siège, le rôle qu'elle entend réserver à ce dernier.

Les délégations départementales ont toutes un rôle de préparation des dossiers, de concertation avec les partenaires locaux de leur ressort, de « vigie » quant aux informations à transmettre. Elles sont toutes également chargées de traduire le PRS tel que le siège l'a défini, de même que de la conduite de projets en découlant. Les conseils départementaux ont tous souligné l'importance que revêtaient à leurs yeux les relations avec la DD, notamment en ce qui concerne l'identification des besoins, la préparation des appels à projets dans le domaine médico-social. On peut toutefois regretter, comme certains l'ont fait dans les entretiens avec la mission, que cette collaboration se heurte à des obstacles, tels que le décalage dans les calendriers d'adoption des différents schémas de la responsabilité des départements et donc au manque d'articulation entre les programmations.

La légitimité des DD tient plus à leur connaissance du terrain et à la transversalité de leur approche qu'à la présence de spécialistes pour chaque domaine.

Dans cette mesure, certaines directions métiers des sièges sont tentées de gérer directement certains dossiers en soulignant leur importance au niveau régional, leur sensibilité politique ou leur difficulté technique.

Si aucune redondance n'a été signalée à la mission, en revanche il semble que les délais de décisions aient été rallongés par ce mode de structuration aux deux échelons régional et départemental, alors même que la réforme des ARS pouvait être justifiée par la nécessité d'instaurer une plus grande réactivité. En outre, le dialogue avec chaque direction métier risque de conduire les DD à arbitrer les divergences entre ces directions.

Des organisations alternatives pourraient être soumises au débat, telles que faire, sous la responsabilité du DG et grâce à une formation adaptée des agents, de l'échelon départemental de l'ARS le bras armé de l'agence pour la mise en œuvre de sa politique. A cet égard, la mise en place d'une direction des délégations départementales pourrait être une des voies d'approche, qui intégrerait au siège les DD, effaçant la distinction entre siège et DD au bénéfice d'une distinction entre deux directions du siège aux missions différentes mais de même importance. Deux écueils sont à éviter : la prescription/uniformisation des organisations par l'administration centrale d'un côté et la reconstitution des DDASS de l'autre.

Recommandation n°12 : Inciter les DGARS à réfléchir à des organisations alternatives des agences qui favoriseraient une plus grande transversalité des directions métiers et une plus grande responsabilisation des délégations départementales

3 INSTRUMENTS UTILISES PAR LES ARS POUR PILOTER L'OFFRE DE SOINS: LES INSTRUMENTS A DISPOSITION DES ARS NE SONT PAS TOUJOURS MOBILISES DE MANIERE EFFICACE, DANS UN CADRE D'ORGANISATION ET D'ECHANGE SUFFISAMMENT FACILITANT

3.1 Les autorisations d'activité : une mobilisation efficace pour la transformation de l'offre de soins ?

3.1.1 Les exercices de zonage et de détermination des Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) : un pouvoir d'influence des ARS sans annonce d'opérations structurantes

La planification constitue un exercice de réflexion collective qui, porté de manière résolue, peut influencer l'ensemble des acteurs et orienter correctement l'action pluriannuelle de l'ARS sur son territoire, en indiquant les évolutions dictées par la demande de soins et de prise en charge médico-sociale, en cohérence avec la stratégie et les orientations nationales, et ceci de manière décloisonnée.

➤ Le zonage¹⁰² permet de cadrer les principes de l'implantation de l'offre.

Les textes en vigueur rappellent clairement qu'il est sensé concourir à l'accès aux soins, la gradation des soins, la continuité des prises en charge, la fluidification des parcours, et par ailleurs à la qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge, ceci pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd.

De ce point de vue, le découpage en zones est particulièrement clair en Nouvelle Aquitaine et distingue : les zones régionales ou infra régionales (ex-régions) qui garantissent « un recours unique et un niveau d'expertise désormais possible en raison de la taille et de la population de la région » ; les zones territoriales (en principe départements) qui garantissent « une délimitation en niveaux suffisamment étendus permettant les recompositions de l'offre et l'organisation des complémentarités » ; les zones infra territoriales (deux par département) qui garantissent « une délimitation en niveaux au plus proche des personnes afin de maintenir une réponse de proximité aux besoins en dehors et à partir des zones urbaines. Si les trois régions examinées ont bien

¹⁰² Aux termes de l'article L 1434-9 CSP : « L'agence régionale de santé délimite :

2° Les zones donnant lieu :

a) A la répartition des activités et des équipements mentionnés à l'article L. 1434-3 »

L'article R.1434-3 du code de la santé publique indique que « le schéma régional de santé (...) fixe, pour chaque zone définie...:

a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ;

b) Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

c) Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;... ».

L'article R.1434-30 indique que « La délimitation de ces zones prend en compte, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd (EML) :

1° les besoins de la population, 2° l'offre existante et ses adaptations nécessaires ainsi que les évolutions techniques et scientifiques,

3° la démographie des professionnels de santé et leur répartition, 4° la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation, 5° Les coopérations entre acteurs de santé.

La délimitation des zones concourt à garantir pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd la gradation des soins organisée pour ces activités, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficacité de l'offre de soins. »

déterminé des territoires de santé, on ne trouve pas systématiquement une telle catégorisation en trois niveaux, un seul niveau territorial étant déterminé en Bretagne par exemple.

- Théoriquement, les OQOS permettent de programmer l'évolution des autorisations par catégorie d'activités et selon le zonage retenu.

L'exercice peut ainsi être défini de manière ambitieuse, notamment en Nouvelle Aquitaine : l'enjeu des OQOS y est ainsi précisé dans le PRS:

- « les activités de soins ou équipements qui nécessitent une réponse en proximité (au niveau des zones infra territoriales de proximité qui constituent le premier niveau de structuration de l'offre) ;
- les activités ou équipements qui requièrent un niveau de spécialisation plus important impliquant la mobilisation de ressources plus rares qui ne peuvent être disponibles en proximité (niveau territorial de recours) ;
- les activités ou équipements qui nécessitent que les patients soient référés à des établissements de recours infrarégional voire régional. »

Mais en pratique, peu d'évolutions significatives sont en réalité affichées *a priori* dans les OQOS. Les opérations de restructurations qu'on peut y lire sont le plus souvent soit déjà engagées, soit en cours de négociation suffisamment avancées. Leur définition est ainsi conçue de manière globalement restrictive.

L'exercice de réflexion et concertation peut certes aider à faire mûrir les acteurs et constitue pour l'ARS un « pouvoir d'influence ». Ce travail pédagogique est de nature à faciliter les recompositions nécessaires. Il peut constituer, selon les conditions dans lesquelles il est mené, une première phase d'acculturation, voire de pré-négociation avec les porteurs d'autorisations et l'ensemble des acteurs du système de santé, y compris les patients et les représentants des collectivités concernées, qui sont informés des critères d'évolution de l'offre qui présideront sur la durée au maintien, à la création ou au retrait de certaines autorisations.

De ce point de vue, les évolutions les plus facilement affichables sont évidemment celles sous tendues par des critères réglementaires (*cf. infra* encadré 6) ou par des orientations structurantes du PRS et de la SNS, à l'instar du « virage ambulatoire ».

La mission n'a pas noté de réflexion engagée, *a fortiori* aboutie, dans aucune des trois régions, sur des critères nouveaux d'évolution de l'offre qui seraient traduits dans les OQOS.

Au total, la mission note une réticence à afficher *a priori* les opérations de restructurations de l'offre, expliquée notamment en Bretagne, par les risques de réaction des acteurs concernés. Ainsi, l'évolution de l'offre proposée « ne retient pas d'évolution majeure » et « s'inscrit dans la continuité de l'organisation » du premier PRS. Par ailleurs, il est bien précisé par l'ARS que les autorisations délivrées « ne figent pas les capacités en lits et places et doivent permettre aux établissements de s'ajuster aux besoins », sans nouvelle implantation. C'est ensuite le travail de négociation des CPOM qui permet de décliner des évolutions plus fines en nombre de lits ou places. S'agissant des OQOS eux-mêmes ils ne permettent globalement pas de nourrir un exercice prospectif d'évolution de l'offre. Les écarts à l'existant témoignent exclusivement et volontairement d'opérations engagées et finalisées du point de vue de leur négociation et de leur contenu technique.

3.1.2 Les autorisations et la recomposition de l'offre : des instruments que les ARS doivent consolider

3.1.2.1 Les renouvellements d'autorisations suite à injonction¹⁰³ dans le secteur hospitalier

Dans quelques dossiers stratégiques, le droit de l'autorisation constitue un levier technique incontournable, mais un étayage argumentaire préalable, de nature juridique et des échanges et négociations de nature politique sont des prérequis essentiels.

Encadré 7 : Le cadre juridique des opérations d'autorisation

Aux termes de l'article L. 6122-1, 2 et 5 du CSP, l'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de santé de la population, identifiés par les SRS, est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma, satisfait à des conditions techniques d'implantation et de fonctionnement, et en tenant compte des éléments des rapports de certification pertinents de la HAS (ordonnance du 17 janvier 2018) ; elle est subordonnée à des engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité. Certains secteurs font l'objet de normes spécifiques de fonctionnement, notamment les maternités ou la chirurgie carcinologique. Ainsi, les décrets du 9 octobre 1998 définissent trois niveaux de technicité des maternités, selon leur capacité, en termes d'environnement en néonatalogie, à accueillir des grossesses à risque, ainsi que des normes de sécurité (locaux et personnels). Ils définissent également des seuils d'activité. Le plus significatif est fixé à 300 accouchements par an : en deçà, une autorisation dérogatoire est réservée aux situations où l'accès à d'autres établissements imposerait des temps de trajet excessifs. S'agissant de la chirurgie carcinologique, elle fait l'objet d'un encadrement spécifique depuis 2007, en termes de conditions d'implantation, et de fonctionnement, comportant l'atteinte de seuils d'activité minimaux. Plus généralement, le code de la santé régit le fonctionnement de secteurs d'activité en termes d'organisation, d'encadrement, dotation en personnels, équipement (urgences, réanimation, obstétrique, anesthésie, chirurgie, grands brûlés...).

En outre les règles encadrant la pratique de certains actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique doivent être respectées : formation et qualification des professionnels, conditions techniques de réalisation, respect de bonnes pratiques. Les conditions d'implantation des activités de soins et équipements matériels lourds font enfin l'objet de règles en vertu de l'article L. 6123-1 CSP.

Dans le cadre de la surveillance des conditions encadrant les activités, l'ARS peut enjoindre le titulaire de l'autorisation de se mettre en conformité avec les lois et règlements les régissant (article L. 6122-13 CSP) ; en cas de suite défavorable, la procédure peut aboutir à la suspension, voire la suppression de l'autorisation.

Des autorisations dérogatoires peuvent être accordées à titre exceptionnel, dans l'intérêt de la santé publique et après avis de la CRSA.

Source : Mission

La procédure d'injonction de dépôt d'un dossier complet de renouvellement d'autorisation est globalement peu utilisée et seulement pour des situations délicates – qu'elle permet alors de traiter de manière claire. Les motifs de non renouvellement invoqués doivent l'être de manière précise et documentée, notamment le respect des seuils d'activité, pour les maternités et la chirurgie carcinologique, qui sont d'interprétation stricte. Plusieurs dossiers examinés par la mission montrent que les ARS n'hésitent pas à engager également des procédures d'injonction sur la base de critères plus qualitatifs, étayés par exemple par des craintes documentées en matière de qualité des soins délivrés, ou sécurité des prises en charge.

¹⁰³ Au titre de l'article L6122-10 CSP

Le dossier de la maternité de Die est caractéristique des difficultés de tous ordres rencontrées pour l'évolution de l'offre de soins. Il est vrai que la question des maternités isolées pose un dilemme bien rappelé par l'IGAS¹⁰⁴ entre sécurité (les seuils d'activité n'étant pas atteints) et dégradation des temps de trajet, la qualité et l'efficacité du service étant elles-mêmes en permanence menacées par l'isolement. Deux voies étaient envisageables : sécurité et allongement des temps d'accès (la fermeture de la maternité conduisant à une solution de recours sûre, mais plus éloignée) ; proximité, mais acceptation de dérogations quant aux normes de fonctionnement et de coûts plus élevés. C'est la première voie qui a été choisie pour la maternité de Die, après de longs débats et atermoiements¹⁰⁵.

Certains effets de leviers peuvent également être recherchés par l'ARS à l'occasion de procédures de renouvellement d'autorisation, afin de conduire, par exemple, un établissement à satisfaire aux exigences en matière d'évaluation ou certification.

Enfin, l'utilisation de critères de pertinence des soins paraît souhaitée par les ARS, mais n'est guère documentée localement, ni *a fortiori* utilisée.

Au total, l'efficacité des politiques d'autorisation dans la recomposition de l'offre paraît liée :

- à une stratégie de négociation permanente avec les acteurs locaux, menée par les ARS,
- à l'existence de critères juridiques clairs permettant d'étayer les décisions,
- au soutien, ou à l'absence d'interférence négative des autorités nationales.

Les ARS appellent de leurs vœux une évolution des critères juridiques disponibles en matière d'autorisation, une actualisation des seuils d'activité et la possibilité de recourir à des critères de qualité et de pertinence des prises en charge.

Les seuils quantitatifs d'activité, assis sur des exigences de sécurité, et qui ont fait la preuve de leur utilité devraient être ainsi actualisés, voire étendus à de nouvelles activités.

La possibilité, désormais offerte aux ARS, de prendre en compte la qualité de l'activité réalisée dans une procédure d'autorisation, à travers les éléments des rapports de certification de la HAS, pourrait constituer un levier pour faire évoluer la qualité de l'offre, plus que pour la recomposer.

Enfin, le critère de pertinence de l'activité devrait faire l'objet d'un étayage méthodologique national¹⁰⁶ encore renforcé (permettant d'aller au-delà de la comparaison des taux de recours) sous l'égide du comité de pilotage national réuni sur ce sujet, et d'un calibrage dans la mise en œuvre. A l'instar de la qualité de l'activité, il est sans doute envisageable de « tenir compte » du critère de pertinence de l'activité dans les décisions d'autorisation¹⁰⁷, sans qu'il constitue un appui suffisant, à

¹⁰⁴ IGAS mars 2012 : « fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années »

¹⁰⁵ L'autorisation des activités de la maternité a fait l'objet d'un dernier renouvellement dérogatoire en juin 2016, sur demande de la ministre de la santé, pour une durée de 18 mois. Les autorisations après prolongation exceptionnelle arrivaient donc à échéance fin 2017. La fermeture de la maternité est intervenue fin 2017 au terme des périodes d'autorisation supplémentaire. Aucune demande de renouvellement n'ayant été formulée par l'établissement, l'activité a cessé au 1^{er} janvier 2018.

¹⁰⁶ Un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins a été publié en 2012. L'Atlas des variations des Pratiques médicales (2016) analyse, par département, les taux de recours à 10 gestes chirurgicaux et les compare à un taux national moyen. La lffs 2015 a instauré de nouveaux dispositifs pour l'amélioration de la pertinence des soins :

- Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) ;

- L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS).

¹⁰⁷ Actuellement, les Ars ont recours à des actions pédagogiques, le cas échéant appuyées par des financements du FIR lorsque certaines opérations le nécessitent, et, en dernière extrémité, à des sanctions financières en cas de manquement aux règles (mise sous accord préalable)

lui seul, pour motiver un refus de renouvellement ; la procédure d'autorisation pourrait par contre constituer un levier pour faire évoluer une activité jugée non pertinente.

Le cadre de ces travaux a été récemment annoncé¹⁰⁸.

Recommandation n°13 : Réviser et compléter les critères nationaux de référence, sur lesquels les ARS peuvent s'appuyer pour accorder ou refuser les autorisations d'activités

3.1.2.2 L'impact des appels à projet, des appels à candidature et des renouvellements d'autorisations (opération 2017) sur l'évolution de l'offre médico-sociale

- Les AAP et AAC : l'outil est-il correctement pris en charge afin de promouvoir des évolutions de l'offre ?

L'appel à projets (AAP) introduit par la loi « HPST »¹⁰⁹ forme la procédure de droit commun pour la délivrance de l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)¹¹⁰. La circulaire du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des ESSMS notait que « cette procédure assure une visibilité aux porteurs de projets sur les publics et les territoires considérés comme prioritaires par les autorités publiques, ainsi que sur le type d'accompagnement au bénéfice de l'utilisateur, les financements mobilisables et les délais de réalisation attendus, et permet d'organiser une concurrence de nature à faire émerger une offre de proposition de prise en charge de qualité... »

L'appel à candidature (AAC) est utilisé par les ARS lorsqu'elles opèrent en dehors du champ des autorisations médico-sociales¹¹¹, selon une forme plus souple que celle des AAP¹¹².

Dans le cadre du redéploiement qualitatif de l'offre médico-sociale, les AAP et AAC sont largement utilisés par les ARS pour solliciter des évolutions conformes aux orientations nationales ou régionales, notamment en termes de réduction des inégalités territoriales ou de changement des modes de prise en charge.

Dans le domaine du handicap, l'ajustement de l'offre dans le cadre du plan autisme¹¹³ est largement passé par des AAP et AAC. De même pour les besoins de prise en charge des handicaps rares.

¹⁰⁸ Réforme en 2 temps du régime des autorisations des activités de soins

« La révision des activités hospitalières soumises à autorisation se fera en deux temps : en 2020 pour les activités les plus structurantes sur les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie ; en 2022 pour les autres activités.

La révision se fera dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins » (dossier de presse, Ma sante 2022, septembre 2018).

¹⁰⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹¹⁰ L'article 65 de la loi dite ASV du 28 décembre 2015 exonère cependant de la procédure d'AAP les opérations de regroupement si elles n'entraînent pas d'extension de capacité supérieure à 30 % ; les projets de transformation sans changement de la catégorie de bénéficiaires ; les créations et extensions de lieux de vie et d'accueil ; les extensions de capacité pour les structures de petite taille

¹¹¹ PASA, UHR, plateforme d'accompagnement et de répit...

¹¹² Pas de publication de calendrier, cahier des charges allégé, pas de publication des avis au recueil des actes de la préfecture

¹¹³ Par exemple en Bretagne, Schéma cible de l'offre d'appui à l'accompagnement pour les personnes avec troubles envahissants du développement, plan d'actions régional autisme 2014-2017

Encadré 8 : Exemples d'appels à projet et à candidature dans le domaine des personnes handicapées (Auvergne Rhône-Alpes)

- Appel à projet portant sur la création d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour enfants, adolescents et jeunes présentant une épilepsie sévère associée à une ou plusieurs autres déficiences (2016). Pour établir le cahier des charges, l'ARS s'est appuyée sur des associations œuvrant dans ce champ. Elle fait le constat de besoins réels pour accompagner les enfants avec profil d'épilepsie sévère générant un handicap rare, associée à une ou plusieurs autres déficiences. Le cahier des charges décrit les missions du SESSAD, ses modalités d'organisation, la qualité attendue de l'accompagnement et les exigences en matière de personnels.
- Appel à candidatures pour la création de quatre pôles de compétences et prestations externalisées (PCPE), dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », destinés prioritairement aux enfants porteurs de troubles du spectre de l'autisme (2016) n'ayant pas de solution au vu des listes d'attente. Les objectifs principaux sont la construction de parcours personnalisés de scolarisation, le suivi et la coordination du parcours, le soutien et la guidance familiale. L'accès est prescrit par la CDAPH. Les prestations, effectifs et qualifications requises sont décrits dans le cahier des charges.

Source : Mission d'après AAP et AAC

Dans le domaine des personnes âgées, les ajustements qualitatifs sollicités sont la traduction opérationnelle du plan maladie neurodégénératives (PMND) 2014-2019¹¹⁴ ou encore du développement de maisons d'accueil temporaire, illustration de la mise en place d'une offre de répit, ou de places d'accueil de jour ou places d'accueil temporaire en Ehpad.

Globalement, certaines ARS soulignent que les exercices d'AAP et AAC – rédaction des cahiers des charges, exploitation des réponses – nécessitent des compétences dont elles ne disposent pas toujours, ce qui peut obliger à recourir à des appuis extérieurs par exemple associatifs, qui dès lors peuvent s'avérer juge et partie. Répondre à ces questions renvoie à l'adéquation des ressources humaines des ARS aux missions qui sont les leurs.

- La vague de renouvellement des autorisations accordées pour 15 ans en 2002 n'a pu être mise à profit pour faire évoluer l'offre médico-sociale, ce que la mission a pu constater dans les trois ARS retenues.

La vague de renouvellement des autorisations accordées en 2002 a été généralement préparée en étroite collaboration avec les conseils départementaux. Le nombre très élevé de renouvellements, avec une fenêtre de traitement étroite n'a cependant pas permis un examen approfondi des situations. Globalement, très peu d'injonctions¹¹⁵ de présentation d'une demande de renouvellement ont été prononcées, tenant notamment compte des résultats négatifs des évaluations externes de la qualité de service diligentées. L'opération a révélé l'insuffisance de ces évaluations; elles ne sont encadrées par aucun référentiel, et la vague d'évaluations nécessaires n'a évidemment pas favorisé des travaux approfondis, menés par des prestataires spécialisés. Compte tenu de leur qualité inégale et peu opérationnelle, les trois ARS n'ont guère pu s'appuyer sur ces rapports pour faire évoluer l'offre. Au mieux, les situations complexes ont fait l'objet d'un suivi rapproché par le déclenchement d'une inspection régionale, ou par la négociation d'un avenant au cpom de l'établissement.

¹¹⁴ <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>.

¹¹⁵ 24 injonctions pour 900 renouvellements en Bretagne ; qu'au 1er janvier 2017, l'IGAS notait dans un rapport récent que 95 % des renouvellements d'autorisation ont été accordés tacitement, contre 5 % de manière exprès.

L'IGAS concluait récemment sur ce sujet que « les autorités en charge du renouvellement des autorisations soulignent que le dispositif comporte des défauts et faiblesses liées, notamment, au caractère quasi automatique et exclusif ¹¹⁶ du lien entre la simple production du rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation, et au manque de marge de manœuvre en matière de recomposition de l'offre sociale et médico-sociale »¹¹⁷.

La mission ne peut que confirmer, au vu de ses constats, que, dans le cadre actuel, les conclusions mêmes de l'évaluation externe ne peuvent guère être prises en compte pour le renouvellement de l'autorisation. Les évaluations produites ne semblent pas adaptées. Et les ARS ne disposent pas d'alternatives à la demande d'une nouvelle évaluation, ou à l'injonction de dépôt d'une demande expresse de renouvellement de l'autorisation.

Par ailleurs, les conclusions des évaluations de qualité de service ne peuvent demeurer les seuls critères potentiellement pris en compte pour apprécier le renouvellement de l'autorisation et, le cas échéant une évolution de l'offre médico-sociale. Dans le contexte de généralisation des cpom, d'autres critères d'adaptation de l'offre aux besoins pourraient et devraient être pris en compte.

La mission fait ainsi siennes, trois des recommandations du rapport précité de l'IGAS :

- préciser le cahier des charges de l'évaluation externe pour améliorer la qualité des rapports, harmoniser leur présentation et en faciliter l'exploitation ;
- examiner les conditions d'une modification de l'article L. 313-1 du CASF visant à permettre de délivrer une autorisation temporaire, lorsque les conditions de prise en charge le justifient ;
- supprimer le caractère exclusif du lien entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation.

3.2 Les coopérations : les ARS utilisent-elles les GHT pour recomposer l'offre de soins ?

Aux termes des articles L 6132-1, 2 et 3 CSP, le GHT permet aux établissements qui en sont membres de mettre en œuvre une « stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et qualité ». Le projet médical partagé garantit « une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours » et, aux termes du décret d'application (R 6132-3) il comprend « l'organisation par filière d'une offre de soins graduée » et « les principes d'organisation au sein de chaque filière ». La convention constitutive peut définir des « transferts d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties », « l'organisation des activités des équipes médicales communes et la mise en place de pôles interétablissements ». L'ARS apprécie « la conformité (de la convention constitutive) avec le projet régional de santé » et peut demander que lui soit apportées « les modifications nécessaires ».

¹¹⁶ « Le renouvellement, total ou partiel, de l'autorisation est *exclusivement* subordonné aux résultats de l'évaluation externe » (article L. 313-1 du CASF). La circulaire DGCS du 21 octobre 2011 rappelle que l'Ars ne dispose que de trois options : conditionner le renouvellement de l'autorisation à la communication des résultats d'une nouvelle évaluation externe, dans un délai de 6 mois ; conditionner le renouvellement de l'autorisation au changement d'organisme évaluateur, en cas de défaillance ou manquement du précédent, et à la communication des résultats d'une nouvelle évaluation externe, dans un délai de 6 mois ; empêcher la tacite reconduction du renouvellement de son autorisation, en enjoignant de présenter une demande de renouvellement.

¹¹⁷ IGAS, RAPPORT N°2016-113R Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La mission s'est donc demandée si les ARS se sont efficacement saisies de l'opportunité de reconstitution offerte par les GHT, et a procédé à l'analyse de la politique régionale suivie en Auvergne Rhône-Alpes, Bretagne et Nouvelle Aquitaine, lors de la mise en place des GHT.

3.2.1 Les ARS ont mis en place des procédures efficaces d'accompagnement à la constitution des GHT

3.2.1.1 Encadrées par un calendrier serré, les ARS ont assuré un accompagnement systématique de la constitution des GHT, notamment afin d'assurer la cohérence des projets avec les objectifs des PRS. L'intensité et les modalités de cet accompagnement apparaissent cependant variables

Les ARS ont parfois mis à disposition des acteurs des documents détaillés de diagnostic territorial, ainsi que des supports aidant à la formalisation des projets¹¹⁸. Elles ont porté une attention soutenue à l'articulation des GHT avec les orientations des PRS. L'harmonisation recherchée des réflexions a intégré la définition de filières prioritaires¹¹⁹, voire obligatoires dans le cadre des projets. En Nouvelle Aquitaine, l'ARS a élaboré et diffusé des « doctrines »¹²⁰ par activité, articulées avec le PRS et qui ont facilité l'élaboration puis l'approbation des PMP.

Concrètement, les ARS ont organisé des réunions périodiques avec les porteurs des projets, permettant de s'assurer que les travaux progressaient régulièrement, et le cas échéant, d'intervenir en cas de blocage. La concertation menée avec la FHF, l'antériorité des relations nouées entre établissements membres des communautés hospitalières de territoires (CHT)¹²¹, les mutualisations préalables, voire les directions communes et l'instauration de dialogues territoriaux ont pu évidemment favoriser le mouvement de constitution des GHT. L'ARS a donc, de plusieurs manières pu anticiper et favoriser le rapprochement d'établissements ou y inciter avant la constitution des GHT eux-mêmes. Les ARS des trois régions examinées ont également financé des missions d'appui et audit, diligentées auprès des porteurs.

¹¹⁸ En Bretagne, la « proposition de support » du PMP, a permis d'harmoniser les réflexions et la formalisation des projets, en insistant notamment sur la description de l'organisation envisagée pour atteindre les objectifs stratégiques, déclinés en plusieurs enjeux : gradation des soins, démographie médicale, qualité et sécurité des soins, performance.

¹¹⁹ En Bretagne, la définition de huit filières affichées comme prioritaires (urgences, gériatrie, oncologie, pédiatrie et périnatalité, AVC et neurologie, chirurgie, cardiologie, psychiatrie) et la description de schémas cibles par filière répondant aux objectifs du PRS devait constituer un élément majeur du PMP.

¹²⁰ Pour la chirurgie, la « doctrine » comportait notamment les axes suivants pour améliorer l'accès aux soins : « Garantir un maillage du territoire sur l'offre en chirurgie en prenant cet aspect dans les dossiers de demande d'autorisation ; garantir un accès au tarif opposable et intégrer systématiquement cet aspect dans les dossiers de demande de renouvellement d'autorisation ; la qualité des prises en charge chirurgicales étant liée à un minimum d'activité selon les sociétés savantes, la restructuration de la gradation de l'offre en chirurgie, avec le souci de construction d'équipe chirurgicale de territoire, doit permettre de garantir un niveau d'activité suffisant des chirurgiens, que l'on soit dans des domaines chirurgicaux soumis à seuil ou pas, afin de garantir la qualité des prises en charge ; concernant la chirurgie des enfants, un réseau régional devra être mis en place. »

¹²¹ La communauté hospitalière de territoire (CHT) est issue de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST). Sa finalité est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements, la complémentarité entre les acteurs. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

Les ARS avaient chacune adopté des organisations internes *ad hoc*, notamment pour les exercices d'analyse et approbation des conventions constitutives et des PMP¹²². Un comité de concertation et de suivi des GHT avait par exemple été mis en place en Nouvelle Aquitaine¹²³. Il a souvent été procédé à une instruction thématique par filière. Enfin, l'articulation entre siège et directions départementales a permis d'améliorer la qualité des procédures d'approbation.

3.2.1.2 Les lettres d'approbation signées des directeurs d'ARS n'ont jamais conduit à refuser un PMP, mais ont permis d'émettre des observations et réserves, ou de formuler des demandes de complément

Le ton des lettres d'approbation peut, selon les cas, s'avérer assez directif, même si elles s'efforcent de recenser d'abord les points forts des projets présentés, pour les saluer, avant de présenter des recommandations d'évolutions. Certains thèmes sont repris spécifiquement par les ARS. Par exemple en ARA, l'ARS demande la « prise en charge de victimes de situations sanitaires exceptionnelles », ainsi qu'un « élargissement de la réflexion intégrant, dans une logique de parcours, les coopérations entre acteurs ambulatoire, médico- social et sanitaires publics et privés ». En Nouvelle Aquitaine, l'ARS souhaite la structuration des filières, la gradation des soins entre établissements, en précisant les types d'actes et de prise en charge en fonction des niveaux de recours. La description de l'offre existante, son évolution envisagée, la gradation des soins et la structuration qui en découlent sont jugées par l'ARS globalement insuffisamment précises, même si l'exercice de constitution des GHT est apprécié comme une base de départ partagée ayant permis une mise en relation opérationnelle des équipes hospitalières.

3.2.1.3 Enfin, les ARS organisent un suivi de mise en œuvre des GHT, le cas échéant de manière spécifique

En Bretagne, l'ARS organise ainsi des points d'étape annuels sur la mise en œuvre des PMP, par GHT. Ceux-ci donnent lieu à un courrier circonstancié au GHT signalant les points forts et les points de vigilance. La signature de « contrats hospitaliers » avec les GHT permet à l'ARS de poursuivre un accompagnement adapté (facilitation de certains investissements, financement de temps médicaux partagés pour aider à la structuration de certaines filières, aide à la mutualisation de certains fonctions support). En Nouvelle Aquitaine, le comité de concertation et de suivi mis en place pour accompagner la constitution des GHT poursuit ses travaux avec une instance de synthèse et plusieurs groupes thématiques. En ARA, des dialogues de gestion stratégique ciblés avec certains établissements, permettent de suivre la restructuration de l'offre territoriale et les dynamiques d'activité.

¹²² En Bretagne, chaque filière a fait l'objet d'une instruction coordonnée par un référent au siège, et a été effectuée, selon le GHT concerné, par un instructeur en DD, sur la base d'une grille d'instruction normée. En ARA, les PMP ont fait l'objet d'un processus d'approbation cadré au sein de l'ARS avec une instruction conduite en deux temps, de nature thématique au siège puis de nature territoriale par les DD. Des grilles d'instruction normées ont été établies, portant sur le formalisme de la consultation interne au GHT, la gouvernance et le fonctionnement du GHT et enfin, la constitution de filières internes, obligatoires (cancérologie, soins de support/soins urgents et non programmés, aval hospitalier et personnes âgées, psychiatrie) et autres, proposées par le GHT.

¹²³ Le comité de concertation et de suivi des GHT a donné lieu à la constitution de groupes thématiques permettant de suivre l'avancement des travaux et d'en juger la pertinence notamment à travers des analyses comparatives (pharmacie, biologie, imagerie, systèmes d'information, achats...).

Les PMP ont fait l'objet d'un processus d'approbation cadré au sein de l'ARS avec une instruction conduite en parallèle, au siège et au niveau des DD. Des grilles d'instruction normées ont été établies, portant sur la constitution de filières internes.

Recommandation n°14 : S'assurer dans la durée d'un suivi de la mise en œuvre des GHT, pour veiller à des évolutions de l'offre de soins conformes aux objectifs des conventions constitutives

3.2.2 Un suivi et des ajustements vigilants seront nécessaires pour s'assurer de l'effet réel des GHT sur l'offre de soins

3.2.2.1 Dans l'exercice de découpage territorial des GHT, le rôle des ARS est apparu moins prescriptif que porté sur l'organisation d'une concertation territoriale entre acteurs

Les ARS ont tenu compte de critères raisonnés (relations historiques entre établissements, poursuite de la dynamique engagée dans les CHT antérieurs, logique des bassins de populations, état de la démographie médicale, polyvalence), tout en privilégiant la concertation avec les acteurs, au niveau régional (FHF...) et territorial.

Selon les régions, le découpage territorial peut laisser subsister des GHT dont le périmètre ne correspond pas aux objectifs énoncés de la réforme, même si des jalons d'évolution ont pu être posés.

Par exemple, en Bretagne, le GHT Centre Bretagne résulte du refus des communautés et autorités locales de Pontivy de privilégier une relation avec Lorient, malgré l'enclavement du territoire de santé, la fragilité de la démographie médicale et la présence de deux seuls établissements. Néanmoins l'ARS a obtenu l'élaboration d'une convention de coopération médicale Pontivy-Lorient, la création de postes partagés, et le positionnement de Lorient en sur-spécialités, amorçant ainsi des répartitions graduées d'activités. Les liens d'équipes de direction ont par ailleurs été renforcés.

En ARA, le GHT Allier Puy de Dôme apparaît particulièrement étendu.

En Nouvelle Aquitaine, on note à la fois un GHT regroupant les trois départements de l'ancienne région du Limousin, et deux départements scindés en deux GHT, dont le département des Pyrénées Atlantique, pour des raisons historiques.

Des révisions de périmètres pourraient s'avérer utiles voire nécessaires dans l'avenir.

3.2.2.2 Les PMP restent trop peu ambitieux, pour certains d'entre eux

S'agissant des PMP, sans pouvoir à ce stade de la réforme tirer des enseignements généraux, la mission note cependant plusieurs exemples de GHT disposant d'un réel potentiel en termes d'évolution de l'offre, par exemple les GHT d'Armor en Bretagne, ou des Landes en Nouvelle Aquitaine.

Elle souligne en même temps, des limites dans le contenu des PMP, dont certains restent trop peu ambitieux, comme l'indiquent les lettres d'approbation des ARS. Les dispositifs de suivi mis en place doivent permettre aux ARS de s'assurer non seulement de la mise en œuvre des projets actuels mais aussi, et au-delà des rapprochements des fonctions support, que les bases de progrès futurs sont posées : organisation effective de filières internes aux GHT avec cohérence et gradation des soins, articulation avec la médecine de ville, articulation avec les prises en charge en établissements médico-sociaux...

Recommandation n°15 : Anticiper des PMP de deuxième génération plus ambitieux, notamment sur la prise en charge graduée et intégrée des patients dans le cadre de découpages territoriaux, le cas échéant révisés.

3.3 Les contractualisations : en ambulatoire, comme avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, les ARS recourent-elles suffisamment aux instruments contractuels pour orienter la transformation de l'offre ?

3.3.1 En ambulatoire, les instruments à disposition des ARS ont été inégalement maniés

3.3.1.1 L'incitation au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, a été réelle dans les trois ARS

Dans les trois régions, le nombre de MSP a beaucoup augmenté au cours de la dernière année. Ce dispositif est attrayant pour les médecins et les autres professionnels de santé dans son principe, mais la lourdeur des procédures peut être dissuasive en pratique, car longue et complexe.

Aussi, exige-t-elle des efforts de la part des trois ARS :

- de communication
- d'aide au montage du projet
- de simplification de la procédure pour ce qui relève de la marge de manœuvre de l'ARS.

Dans les trois ARS, un ou plusieurs référents ont été désignés, conformément aux textes, pour répondre aux demandes de renseignements des professionnels. La coopération entre l'ARS et l'assurance maladie fait que, quel que soit le point d'entrée du professionnel, il sera orienté vers l'ARS.

Des réunions d'informations sont tenues, en soirée en collaboration avec l'URPS ou la fédération régionale des maisons de santé qui joue un rôle de premier plan dans la vigueur du dispositif.

Dans les trois régions, la procédure pourrait être plus fluide grâce à la réduction du nombre d'étapes : il s'agit surtout de gagner du temps. Ainsi, réduire la durée de la conception du projet à sa mise en œuvre pourrait exiger de mobiliser les forces de l'ARS sur des étapes spécifiques telles que, par exemple, la conception et la mise au point du projet de MSP. Certaines ARS, en dehors de celles qui ont été retenues par la mission, ont fait le choix de mobiliser dans des délais assez courts des prestataires présélectionnés, pour offrir aux candidats à la constitution d'une MSP un accompagnement méthodologique au montage de leur projet, une analyse du volet immobilier des projets et un appui à la structuration juridique.

3.3.1.2 Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont été très vite mises en place

Encadré 9 : Les caractéristiques nationales des plateformes territoriales d'appui

Les plateformes territoriales d'appui (PTA)¹²⁴ ont vocation à aider les professionnels à trouver des solutions concrètes pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients, relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap, et ce dans le but de leur éviter des ruptures dans leur parcours de soins et de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables. Elles agissent dans une logique de subsidiarité, c'est-à-dire sans se substituer aux professionnels de santé.

¹²⁴ art. 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

A ce titre la PTA doit intégrer les différents dispositifs mettant en œuvre des fonctions d'information, d'orientation et d'appui à la coordination (Clic, réseaux, Maia), lorsqu'ils sont présents sur les territoires et mutualiser leurs moyens. Paerpa reste en dehors de cette nouvelle organisation socio-administrative.

Lorsque le territoire ne dispose pas de dispositifs d'appui à la coordination ou lorsque les ressources humaines et techniques existantes ne sont pas suffisantes pour permettre à la PTA d'assurer l'ensemble de ses missions réglementaires, l'ARS peut, dans le champ de compétences qui est le sien et dans la limite de la disponibilité du Fonds d'intervention régional (FIR), étayer les PTA en moyens humains (poste de coordinateurs) ou techniques (appui à la mise en place d'un SI partagé) afin de leur permettre d'atteindre le schéma de fonctionnement et d'organisation cible de la PTA.

Source : ARS

Les trois ARS ont mis en place des PTA. Mais elles l'ont fait avant même de s'attacher à l'organisation des CPTS dont les PTA devaient être le relais pour les cas complexes, puisqu'elles ont vocation à aider les médecins à trouver des solutions notamment d'accueil ou au contraire de maintien à domicile des cas les plus complexes. Aussi, la PTA peut-elle avoir une incidence sur l'offre de soins lorsque son offre de service permet de dégager du temps de prise en charge médicale et oriente le patient vers une prise en charge adaptée et/ou évite l'hospitalisation ou l'institutionnalisation de patients susceptibles de pouvoir rester à domicile.

Par ailleurs, l'analyse de la gouvernance souligne un point principal de fragilité

Les acteurs de la coordination sont principalement les MAIA, les réseaux, et dans certains départements les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La PTA vise donc à coordonner les structures existantes, qui sont essentiellement encore gérontologiques, en fédérant leurs moyens et leurs missions. Sous couvert de simplifier les dispositifs, les trois ARS ont maintenu les structures gérontologiques préexistantes en leur confiant la responsabilité d'une PTA : ce choix fait courir le risque de la persistance d'une orientation gérontologique des PTA. Ainsi, l'association désignée pour prendre la responsabilité de la PTA de la Charente Maritime est-elle confiée à des CLIC, des réseaux gérontologiques et des MAIA. Il en est de même dans le Lot et Garonne. Une évaluation fine du fonctionnement des réseaux aurait été opportune, mais l'évaluation médico-économique semble insuffisamment développée dans les ARS, alors qu'une méthodologie DGOS/CNAMts avait été élaborée pour permettre l'évaluation des réseaux de santé¹²⁵.

La gouvernance des PTA risque en outre de souligner les divergences entre l'ARS et certains conseils départementaux, car ceux-ci devront donner leur accord pour l'intégration des clic aux PTA. Il en est de même pour les MAIA avec la CNSA.

¹²⁵ cf. rapport IGAS coordination de l'appui territorial aux soins

3.3.1.3 Contractualisation avec les professionnels de santé

► Le zonage

Encadré 10 : Le nouveau zonage

Contrairement aux précédents zonages, la dernière actualisation s'inscrit dans le cadre d'une méthodologie nationale, qui laisse toutefois une marge de manœuvre à l'ARS¹²⁶, afin qu'il puisse être tenu compte des spécificités des territoires, par exemple les territoires insulaires. A ce titre, les ARS ont la possibilité de retenir des indicateurs complémentaires pour procéder à la qualification des zones. L'entrée en vigueur de ce nouveau zonage est déterminée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec l'union régionale des professions de santé médecins, et après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Cet arrêté est désormais distinct de celui concernant le projet régional de santé. Le zonage ne concerne pas seulement les médecins.

Source : Mission

► L'installation des médecins, pour autant que l'efficacité des outils existants soit démontrée, est insuffisamment aidée par les trois ARS

Les différentes aides à l'installation¹²⁷ sont graduées en fonction de la zone dans laquelle le médecin décide de s'installer, zone qui est déterminée au terme d'un processus décrit plus haut. Ce sont des aides liées à la convention passée entre l'assurance maladie et les différents syndicats de médecins, des aides de l'Etat, distribuées par les ARS, et des aides des ARS elles-mêmes. Il convient de rajouter à ce dispositif les exonérations fiscales et les aides des collectivités locales.

Aucune aide spécifique aux trois ARS visitées n'apparaît sur leur portail d'accompagnement des professionnels de santé contrairement à d'autres ARS ; ceci témoigne d'une politique en direction des médecins installés en ville peu volontariste. La politique de communication est du reste largement limitée à la mise à disposition de « flyers », quand certaines ARS ont élaboré des guides destinés à expliquer de manière claire mais exhaustive les aides qui peuvent être apportées notamment aux médecins.

Les contrats d'installation ont été critiqués par la Cour des comptes, car coûteux et reposant sur un effet d'aubaine : elle note¹²⁸ que « si le recul fait défaut pour apprécier la portée des quatre dispositifs instaurés par la convention médicale du 25 août 2016, la plupart des dispositifs antérieurs se sont révélés inopérants ou porteurs d'effets d'aubaine excessifs au regard du volume très limité de nouvelles installations qu'ils ont suscitées - ou accompagnées - dans les territoires qui connaissent un déficit d'offre de soins médicaux de spécialité ». Toutefois, il est difficile de savoir sur un échantillon aussi réduit que celui des trois ARS visitées par la mission, et en l'absence d'une méthodologie adaptée, si cette inefficacité tient, au moins pour une part, aux politiques menées dans les trois régions, si celles-ci ont produit un effet et ont pu se limiter, à juste titre, à attribuer les aides de l'Etat définies nationalement, ou si les conditions spécifiques de l'exercice médical dans ces trois régions auraient pu utilement

¹²⁶ La méthodologie nationale définit pour chaque région la part de population pouvant figurer en Zone d'Intervention Prioritaire et cible un ensemble de zones qui composent un vivier.

Au sein de ce vivier, l'ARS doit sélectionner les ZIP et les ZAC en utilisant, si elle le souhaite, des indicateurs complémentaires pour établir ce ciblage. Pour les zones dites « hors vivier », c'est-à-dire non éligibles aux aides à l'installation, la méthodologie nationale permet de disposer d'une marge de manœuvre limitée pour « rattraper » certains territoires qui seraient jugés en difficulté régionalement.

¹²⁷ Voir annexe.

¹²⁸ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017.

bénéficiaire de moyens supplémentaires, tant il est vrai que ces aides ne sont qu'un moyen pour soutenir la démographie médicale et ne doivent pas devenir un objectif en soi.

Par ailleurs, aucune des trois régions n'a, semble-t-il, développé une autre stratégie en ce sens comme, par exemple, celle reposant sur l'analyse des pôles d'attraction des patients, ainsi que proposé par l'ARS Grand est, qui peut être comprise comme une solution permettant de rapprocher les professionnels de santé et les patients, sans attendre toute la solution de la modification des zones traditionnelles d'installation des professionnels.

Encadré 11 : Propositions visant à augmenter les installations des médecins dans certaines zones (ARS Grand est)

Augmenter le nombre d'installations dans les zones identifiées par les schémas cibles territoriaux en accompagnant les jeunes médecins généralistes et spécialistes dans leur parcours d'installation, notamment en portant l'attention sur :

- L'accompagnement des internes dans l'élaboration de leur projet professionnel, afin de favoriser l'installation dans les territoires de la région ;
- La promotion des dispositifs existants auprès des publics ciblés : CESP, PTMG, aides conventionnelles, exonérations fiscales et outils (PAPS, Cartosanté, etc.) ;
- L'accompagnement personnalisé mis en œuvre dans le cadre du laboratoire territorial d'aide à l'installation, à titre expérimental en Lorraine, puis extension à l'ensemble de la région ;
- Les rendez-vous conjoints pour l'installation des médecins (conseil départemental de l'Ordre des médecins, Assurance maladie, etc.) ;
- L'accroissement du nombre de maîtres de stage, l'harmonisation des critères/formations pour devenir maître de stage ;
- L'indemnisation des étudiants pour leurs frais kilométriques, dès lors que leur terrain de stage est dans une zone fragile ; logements mis à disposition des étudiants (financement ou rénovation d'internats ruraux par exemple) ;
- L'harmonisation de la formation initiale en proposant un module dédié à la gestion d'un cabinet ;
- L'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que les autres professions de santé : kinésithérapeute, infirmier diplômé d'État libéral (IDEL), orthophonistes, sages-femmes, dentistes.

Source : ARS grand Est

Le rapprochement des dispositifs entre l'AMO et l'ARS permettrait de rationaliser l'aide à l'installation des professionnels de santé, de la rendre plus lisible, et somme toute, d'éviter un saupoudrage peu favorable à l'efficacité des politiques publiques, sachant que notamment dans les ZIP les aides sont cumulables.

Couplé à ces aides financières, les ARS remplissent en principe un rôle d'information/communication, animation, accompagnement et ingénierie de projets, repérage et diffusion de bonnes pratiques, appui à des porteurs de projets et leaders, dans un cadre nécessairement concerté et pluriprofessionnel (URPS...). La complexité de ces structures et des procédures de constitution justifient que les ARS produisent un *modus operandi* propre à chacune.

Recommandation n°16 : Inciter les DGARS à réfléchir à une organisation réservant toute sa place au pilotage de la médecine ambulatoire, associée à des capacités à mener des travaux d'accompagnement et d'ingénierie de projets pour l'exercice collectif

3.3.2 Dans les secteurs hospitalier et médico-social, malgré des évolutions récentes, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne traitent que résiduellement de la recomposition de l'offre

3.3.2.1 La contractualisation avec les établissements sanitaires : CPOM et CREF

- Analyse de l'utilisation stratégique des CPOM passés par l'ARS avec les établissements sanitaires pour faire évoluer l'offre de soins.

Encadré 12 : Présentation générale du CPOM ARS-établissements sanitaires

Les agences régionales de santé concluent avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du CSP un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans¹²⁹. Il précise notamment les engagements de l'établissement « en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopérations » (L. 6114-2 CSP).

Pour le CPOM 2012-2017, la contractualisation a fait l'objet d'un formalisme très prononcé de la négociation à son évaluation. Le cadre est défini par le guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) annexé à la circulaire de la DGOS du 10 janvier 2012.

Le CPOM de « nouvelle génération » n'a pas fait l'objet de la même démarche de la part de l'administration centrale ; l'initiative est laissée aux agences.

Les CPOM permettent la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales et notamment celles du PRS et de ses programmes d'application et ils donnent le cadre d'un dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements de santé.

Source : Mission

Pour deux agences sur les trois visitées par la mission, les CPOM 2012-2017 n'ont été utilisés que très partiellement pour recomposer l'offre de soins. La mission en a trouvé quelques exemples.

Ainsi, en Bretagne, le regroupement des activités de chirurgie lourde de trois établissements¹³⁰ sur le site du CHIC de Quimper-Concarneau a été porté par leur CPOM dans le cadre de l'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC)¹³¹ créée en 2012 sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire (CHT).

Par ailleurs, les CPOM des cinq établissements du groupement contiennent des objectifs répondant aux orientations nationales et régionales tels le virage ambulatoire des activités hospitalières et le lien avec la médecine de ville.

De même, chacun des CPOM transmis par l'ARS Nouvelle-Aquitaine comporte au moins un objectif stratégique correspondant aux priorités régionales ou nationales susceptible de modifier l'offre de soins, comme la mutualisation des plateaux médico-techniques du centre hospitalier et de la clinique d'Arcachon.

¹²⁹ Cf. article L6114-1 du CSP.

¹³⁰ Les trois établissements concernés sont : le CH de Douarnenez, le CH de Quimper-Concarneau et l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé.

¹³¹ Les cinq établissements de santé qui en font partie sont : les Centres hospitaliers de Douarnenez (CHDz) et Quimper Concarneau (CHIC), l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé (HDPA), l'EPSM Étienne Gourmelen et le Centre Jean Tanguy de St YVI. Trois groupements de coopération sanitaire (GCS) la composent : un en chirurgie, un deuxième en médecine d'urgence et régulation des hospitalisations et un troisième pour le plateau technique (biologie, imagerie et pharmacie).

Cependant, le fait que des mesures de transformation de l'offre aient été introduites dans des CPOM ne suffit pas pour en faire des leviers efficaces.

Ainsi, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes considère que les CPOM 2012-2017 ne sont pas perçus aujourd'hui par les acteurs de terrain, ni par l'agence, comme des leviers d'action efficaces pour faire évoluer l'offre. Dans cette région, la réussite de quelques opérations serait due soit aux lettres de missions transmises aux directeurs des établissements concernés (modernisation des Hôpitaux du Leman), soit au recours à une direction commune (rapprochement du CH Albertville Moûtiers et du CH Métropole Savoie).

De plus, la décision de certaines ARS de substituer au CPOM des « feuilles de route stratégiques et opérationnelles » établies pour la mise en œuvre du plan triennal ¹³² lors des dialogues de gestion, indique bien que c'est la dimension d'instrument de gestion du CPOM qui prévalait alors.

Si elles divergent sur la capacité du CPOM 2012-2017 à faire évoluer l'offre de soins, les trois agences ont la même volonté de faire du « CPOM de nouvelle génération » un véritable instrument de transformation de l'offre.

Faisant le constat que les précédents CPOM étaient des instruments délicats à manier du fait en particulier d'un nombre trop importants d'objectifs et d'indicateurs, les trois ARS ont travaillé pour simplifier la forme et le contenu des contrats.

Encadré 13 : Structure des nouveaux CPOM

ARS Auvergne-Rhône-Alpes :

Le nouveau CPOM est un document en 5 volets spécifiques à chaque établissement. Il est articulé autour de 3 orientations stratégiques regroupant au plus 10 objectifs opérationnels (20 pour les CHU). Trois objectifs sont dédiés à l'évolution de l'offre.

ARS Bretagne :

Le contrat est un document comportant 4 annexes principales, qui comprennent des fiches d'objectifs négociés avec les établissements et dont le nombre varie selon la catégorie de l'établissement.

ARS Nouvelle-Aquitaine :

Le CPOM 2019-2024 comporte un socle et quatre annexes (orientations stratégiques, financière, reconnaissances contractuelles et PDSSES) contre douze pour les CPOM 2012-2017. Seuls quelques indicateurs seront conservés sur des axes principaux considérés comme stratégiques. Un socle commun comporte 12 objectifs (28 à 34 indicateurs contre 200 à 250 pour les CPOM 2012-2017) à partir du PRS, auxquels viennent s'ajouter les objectifs spécifiques à la discrétion des DD sur la base des particularités des établissements du territoire.

Source : Mission

¹³² Dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, le Gouvernement s'est engagé en avril 2014 à mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'euros sur trois ans, dont 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'assurance maladie entre 2015 et 2017.

Le plan triennal de l'ONDAM s'articule autour de quatre axes : 1/concrétiser le « virage ambulatoire » et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville ; 2/accroître l'efficacité de la dépense hospitalière ; 3/poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques ; 4/améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital.

Par ailleurs, compte tenu de la proximité des dates respectives de renouvellement des CPOM de la précédente génération, et de la publication d'un nouveau projet régional de santé (PRS), les agences ont aligné les objectifs de leur CPOM sur la stratégie régionale¹³³.

Les agences considérant que la qualité des dialogues de gestion avec les établissements est l'une des conditions de leur réussite, ont cherché à simplifier et optimiser les procédures et les supports de ces entretiens stratégiques. Elles donnent par exemple une portée transversale au sein du siège à tous les travaux de préparation et de restitution, en y associant les DD et tous les autres partenaires¹³⁴ ; elles procèdent à la désignation de référents ou encore elles développent des outils, tels des espaces de travail numériques protégés, pour fluidifier les relations avec les établissements, afin de réserver les temps de rencontre aux questions stratégiques¹³⁵.

Pour la mission, il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'impact que pourraient avoir ces démarches sur l'appropriation des nouveaux CPOM par toutes les parties, laquelle sera déterminante pour en faire ou pas des instruments de transformation de l'offre de soins. Cette appropriation s'appuie aussi sur d'autres dispositifs :

- le partage des tâches avec les DD qui varie selon les agences et qui renvoie de manière plus générale aux relations entre les sièges et les délégations¹³⁶.

les lettres de mission adressées aux directeurs d'établissements : les trois agences y incluent des objectifs liés à l'évolution de l'offre ; l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes considère même que pour certaines opérations elles sont plus appropriées que les CPOM¹³⁷.

Le succès du nouveau CPOM dépend aussi de son adaptation aux nouveaux cadres de coopération entre les établissements, en particulier aux GHT qui, non dotés de la personnalité juridique, ne peuvent pas contractualiser. Actuellement, les établissements support d'un GHT portent au sein de leur CPOM les objectifs du groupement. Une réflexion devra être menée afin de définir les règles pour sécuriser et optimiser l'utilisation du CPOM pour les GHT.

¹³³ En ARS Auvergne-Rhône-Alpes : Le Cadre d'Orientation Stratégique comprend 6 objectifs stratégiques dont le 3^{ème} concerne l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.

Cet objectif stratégique est couvert notamment par l'un des trois objectifs transversaux du schéma régional de santé qui vise à adapter l'offre hospitalière aux nouvelles modalités de prise en charge, développer les prises en charge en ambulatoire, ainsi que les liens et les complémentarités avec l'offre de premier recours.

Trois objectifs opérationnels du modèle-type du CPOM 2017-2022 de l'ARS ARA concourent à l'atteinte de cet objectif transversal du SRS ; il s'agit de l'objectif opérationnel n°1 : « développer la place de l'établissement dans la gradation des soins et le parcours (ambulatoires et hospitaliers), l'objectif n°2 qui est lié à la recomposition territoriale et de l'objectif n°7 qui vise à améliorer le taux global de chirurgie ambulatoire.

En ARS Nouvelle-Aquitaine : l'un des 8 objectifs stratégiques de l'orientation n°2 « Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires » du COS vise à « optimiser la réponse aux besoins de santé, garantissant les prises en charge ambulatoires, le maintien à domicile et la lisibilité de l'offre pour les citoyens et les professionnels ». Il est traduit dans l'axe 2 : « Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé » du modèle de CPOM 2019-2024 par l'objectif 1 « développer le virage ambulatoire ».

¹³⁴ En Nouvelle-Aquitaine, le dialogue unique de gestion est préparé par l'ensemble des directions métiers et les DD sur la base de fiches thématiques dont le contenu est priorisé.

¹³⁵ L'ARS Bretagne développe un extranet, boîte de dialogue entre l'établissement et l'ARS qui permettra de mener le processus d'évaluation du CPOM. D'après l'ARS, l'établissement pourra ainsi consulter les éléments le concernant, évaluer ses objectifs, donner des précisions sur leur réalisation et proposer le cas échéant des actions correctrices. L'ARS donnera son avis sur l'atteinte des objectifs ; la décision d'évaluation finale, ainsi que le rapport d'évaluation signé par les deux parties contractantes, seront visibles par les parties sur l'extranet.

¹³⁶ Voir supra 2.4.1 : Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre de soins.

¹³⁷ Voir ci-dessus et annexe : Situation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Recommandation n°17 : Conforter l'utilisation du CPOM ARS-établissement de santé comme instrument d'évolution de l'offre de soins

- Analyse du positionnement de l'ARS lors de la conclusion des CREF, et de leur utilisation comme outil de recomposition de l'offre de soins.

Les contrats de retour à l'équilibre financier ne constituent pas selon les ARS, des leviers forts de recomposition de l'offre de soins. Leurs objectifs, leur champ, leurs délais de mise en œuvre semblent *a priori* peu adaptés à la promotion d'évolutions de l'offre, ou même d'appui à ces opérations. Les objectifs classiques des CREF sont parfois jugés éloignés, voire peu compatibles avec les recompositions de l'offre, qui peuvent nécessiter certains investissements et une approche dépassant le périmètre du seul établissement contractant. Les autorités privilégient ainsi naturellement, pour l'amélioration de la marge brute de l'établissement, des mesures de maîtrise des dépenses (personnels, achats, rationalisation de certaines activités support...) ou d'optimisation des recettes. Par définition, des contrats avec un établissement portent plus sur des évolutions de son offre interne que sur des opérations qui engageraient l'environnement territorial. Par ailleurs, une mise en œuvre sur trois ans peut s'avérer courte pour une recomposition de l'offre.

Néanmoins, des CREF peuvent être utilisés en ce sens, avec des effets collatéraux positifs, comme le montrent quelques exemples significatifs analysés par la mission, et peuvent apporter une contribution à l'évolution de l'offre qui, si elle n'est pas déterminante, peut s'avérer utile. Par exemple en Bretagne, les CREF les plus récents acceptent d'établir un lien avec le projet médical, avec certaines réorientations de l'offre de l'établissement, porteuses d'activité et opportunes par rapport aux besoins, dans l'environnement concerné, et le cas échéant en tenant compte des coopérations interhospitalières engagées.

Recommandation n°18 : Dans le cadre des CREF, inciter les ARS à considérer systématiquement des objectifs structurels relatifs à l'évolution de l'offre de soins, en synergie avec la perspective de redressement budgétaire

3.3.2.2 La contractualisation avec les ESSMS

Dans le domaine médico-social, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été créé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il peut être conclu entre des personnes morales gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et les personnes publiques chargées de leur autorisation (agences régionales de santé, conseils généraux, administrations déconcentrées de l'Etat). Initialement fondé sur le volontariat de l'établissement, il est aujourd'hui obligatoire.

Encadré 14 : Généralisation de l'obligation de contracter dans le secteur médico-social

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est en cours de généralisation dans le secteur médico-social.

Dans le secteur des personnes âgées, l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillesse (dite loi ASV) prévoit l'obligation pour les EHPAD de contractualiser avec le Directeur Général de l'ARS (DGARS) et le Président du Conseil départemental, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) tripartites, à compter du 1er janvier 2017 et jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le secteur du handicap, l'article 75 de la LFSS pour 2016 et l'article 89 de la LFSS pour 2017 imposent la conclusion de CPOM avant le 31 décembre 2021, aux établissements à compétence exclusive de l'ARS ou partagée avec les CD, ainsi qu'aux accueils de jour autonomes et aux SSIAD intervenant auprès des personnes âgées.

Source : Mission

➤ Le CPOM est potentiellement un bon vecteur d'évolution de l'offre médico-sociale

En ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 80 % des nouveaux CPOM du secteur PH comportent des objectifs de transformation de l'offre¹³⁸. En Nouvelle Aquitaine, 40 % des CPOM ont des clauses permettant de faire évoluer l'offre, la majorité étant dans le secteur PH (plus de 80 %)¹³⁹.

Sous l'empire des CPOM 2012-2017, des opérations de recomposition de l'offre¹⁴⁰ avaient déjà été menées¹⁴¹. Mais la généralisation de l'obligation de contractualiser et l'émergence d'orientations nationales¹⁴² dans les secteurs du handicap et des personnes âgées offrent l'opportunité de faire des CPOM des outils privilégiés de l'évolution de l'offre de soins et de services médico-sociaux.

L'instruction du 21 mars 2017¹⁴³ rappelle que : « ...le CPOM constitue l'instrument privilégié de déclinaison de la priorité nationale et territoriale dans le domaine d'intervention de la personne morale gestionnaire...constitue aussi un outil volontaire de redéploiement ou de transformation de l'offre... dont les ARS, les départements et les gestionnaires doivent se saisir pour faire évoluer l'offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » ... et permet également de développer les actions de prévention de la perte d'autonomie, conformément aux objectifs de la loi ASV ».

Les trois agences ont intégré les orientations nationales dans leurs démarches de contractualisation ; les guides qu'elles ont établis pour cadrer l'exercice de négociation avec les établissements reprennent ces orientations.

Parmi l'échantillon d'objectifs que propose par exemple l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour les nouveaux CPOM, figurent l'encouragement au recours à la HAD, la recomposition de l'offre en faveur du répit (AJ, HT, SSIAD), le renforcement de la collaboration de l'EHPAD avec d'autres acteurs et le

¹³⁸ Pour le secteur PA, la majorité des CPOM qui ont été négociés en 2017 concernent des établissements dont les taux d'occupation constatés pour les places d'hébergement permanent sont proches des 100 % ; l'ARS n'y a pas inclus de dispositifs d'évolution de l'offre.

¹³⁹ L'ARS Bretagne ayant commencé à contractualiser sur le nouveau type de CPOM en 2018, le recul n'est pas suffisant pour avoir des statistiques pertinentes.

¹⁴⁰ La circulaire de la DGCS du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles évoque en quelques lignes la démarche contractuelle portée par le CPOM au service de la transformation de l'offre : « Les réflexions en cours sur l'évolution du régime des autorisations et de la procédure d'appel à projets visent à conforter l'intérêt du CPOM comme outil volontaire de la transformation de l'offre. Vous veillerez à intégrer dans vos réflexions cette orientation générale, dont les modalités de mise en œuvre vous seront précisées dans des instructions ultérieures dédiées à l'évolution de la procédure d'appel à projet ».

¹⁴¹ Voir l'exemple du rapprochement de deux établissements de la Savoie dans l'annexe : Situation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

¹⁴² La démarche : « Une réponse accompagnée pour tous », est le nom du dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours. Il s'appuie sur le rapport Piveteau commandé par le Gouvernement en décembre 2013, et sur la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle. Cette mission a fait l'objet d'une feuille de route présentée lors de la Conférence Nationale du Handicap de décembre 2016.

La Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale : Le 19 mai 2016, lors de la Conférence nationale du handicap, une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, dotée d'un budget de 180 M€ sur 5 ans (2017-2022) a été annoncée.

Elle est notamment portée par la circulaire de la DGCS du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 et la note complémentaire à l'instruction N° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

¹⁴³ Instruction de la DGCS du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

renforcement de la collaboration avec les centres hospitaliers. Ces objectifs concourent tous à l'évolution de l'offre.

L'examen des contrats qui ont été transmis à la mission permet d'apprécier de manière plus précise l'évolution de l'offre engagée par l'intermédiaire des CPOM. La contractualisation avec les ESSMS fait le plus souvent apparaître des objectifs d'évolution de l'offre alignés sur les orientations nationales (secteur PH: Réponse accompagnée pour tous, approche inclusive, désinstitutionnalisation... ; secteur PA : maintien à domicile, articulation EHPAD-HAD, ...).

Encadré 15 : Exemples de CPOM faisant évoluer l'offre de soins et de services médico-sociaux.

Le CPOM signé en 2017 par l'ARS nouvelle-Aquitaine avec l'association ALEFPA¹⁴⁴ comporte une opération « à tiroirs » qui impacte 7 établissements sur la durée du CPOM et procède à une nouvelle répartition pour 45 places de ces établissements (voir annexe : Situation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine) avec pour objectifs une meilleure qualité d'accompagnement, d'inclusion des enfants et de qualité de vie pour les familles. La prise en compte de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » conduit par exemple à la création d'un poste de coordonnateur permettant la participation de l'établissement au Pôle de Compétence et de Prestations extérieures (PCPE)¹⁴⁵ et un autre d'assistant de service social afin de mieux répondre aux besoins des aidants au sein de l'Association Athéol en Bretagne, ou encore une opération de restructuration d'un IME, d'un ESAT et d'une MAS afin de faciliter le maintien à domicile.

Source : Mission

La généralisation de l'obligation de contracter induit une meilleure connaissance de l'offre par les agences, et, par conséquent une meilleure appréciation des besoins de rééquilibrage et de financement qui en découlent.

Au titre des meilleures pratiques relevées, la mission souligne que l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a repris le dispositif mis en place en ex- région Rhône-Alpes qui permet la constitution d'une marge régionale destinée au rééquilibrage de l'offre par la contribution des établissements.

Encadré 16 : Dispositif de réduction des inégalités de l'offre instauré par l'ARS Rhône-Alpes

Le CPOM Etat-ARS Rhône-Alpes 2015-2018 fixait notamment comme objectif la réduction des écarts de l'offre entre les territoires. Pour atteindre cet objectif, l'ARS a constitué une enveloppe financière à laquelle contribuent les établissements à l'occasion de la signature de leur CPOM. Cette contribution dite "1 % zéro sans solution", repose sur un objectif de performance chiffré à 1 % des ressources pérennes de l'établissement. Cette contribution prend la forme, depuis 2016, soit d'un prélèvement global lors de l'entrée en vigueur du contrat, soit d'une application partielle ou nulle du taux d'actualisation sur les deux premières années du contrat, selon la situation financière de l'établissement. Les dispositions du CPOM PH première génération prévoyant une application systématique du taux directeur, il s'est agi de faire en sorte que tous les ESMS (équité entre ESMS sous CPOM et ESMS hors CPOM susceptible de connaître une régulation annuelle par le taux) participent à la mise en place d'une réponse aux personnes sans solution sur les territoires prioritaires.

¹⁴⁴ Association Laïque et entreprise du secteur de l'économie sociale et solidaire, l'Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie (ALEFPA) a été créée en 1959 et est reconnue d'utilité publique depuis 1973. Plus de 2000 salariés et enseignants et des centaines de bénévoles accompagnent 6 500 personnes et leurs familles dans plus de 130 établissements, services et lieux d'accueil sociaux, médico-sociaux et sanitaires situés dans 16 départements de France métropolitaine et d'Outre-mer.

¹⁴⁵ PCPE : dispositif qui permet d'apporter une réponse ajustée aux besoins les plus complexes, en proposant aux personnes des plans d'interventions individualisées qui exigent la coordination d'une pluralité de professionnels dans une visée inclusive.

Pour les territoires prioritaires, l'application de ce dispositif se matérialise par la création de places nouvelles, conjuguée à l'évolution de l'offre existante (fermeture de places pour développer l'offre de service).
A l'échelle de la région, l'ARS escompte la constitution d'une marge de manœuvre de 3,5 M€. De 2015 à 2018 cette démarche a concerné 33 CPOM pour un montant global de 2,8 M€ et a permis la création de 133 places.

Source : *Mission d'après documents ARS*

➤ Les agences rencontrent des difficultés pour la généralisation des CPOM

La généralisation de l'obligation de contractualiser avant le 31 décembre 2021 dans les deux secteurs PH et PA se traduit par une charge de travail très lourde pour les ARS¹⁴⁶. Malgré l'appui apporté par le niveau national¹⁴⁷, les travaux préparatoires ont été freinés du fait :

- de l'articulation avec les CD, bien que certaines agences aient anticipé les difficultés, en concevant une méthodologie commune de contractualisation avec les départements ;
- des différences substantielles entre le secteur PA plus normé, et le secteur PH plus diversifié, qui limitent et ralentissent l'industrialisation du processus. Dans le secteur PH, les structures sont plus diversifiées avec des coûts à la place très variables ;
- de l'éclatement des gestionnaires, qui, dans les régions retenues par la mission, paraît plus fort dans le secteur PH ;
- des compétences des agents (notamment en analyse comptable et financière) qui pourraient être un obstacle à une mise en œuvre optimale de la contractualisation¹⁴⁸ ;
- de l'arrivée tardive de l'application e-CARS, qui vise à dématérialiser et à automatiser toutes les phases d'élaboration des contrats ;
- de la contradiction entre l'industrialisation des process qui s'accompagne d'une standardisation des documents, et la meilleure prise en compte des spécificités des établissements.

Pour atteindre l'objectif de la généralisation de la contractualisation au 31 décembre 2021, il est indispensable que certaines de ces difficultés soient rapidement traitées, mais aussi que chaque agence puisse faire évoluer son organisation interne, conformément aux orientations énoncées *supra* (cf. 2.4.2 et recommandation 12).

Recommandation n°19 : Conforter l'utilisation du CPOM ARS-établissement comme instrument d'évolution de l'offre médico-sociale, en adoptant si nécessaire une organisation interne aux ARS adaptée aux enjeux (recommandation 12)

¹⁴⁶ Les ARS Auvergne-Rhône-Alpes et de Nouvelle-Aquitaine ont programmé la passation de plus d'un millier de CPOM chacun sur la période et l'ARS Bretagne devra contractualiser avec 454 organismes gestionnaires pour plus de 800 établissements.

¹⁴⁷ Instruction de la DGCS du 21 mars 2017, le guide méthodologique d'appui à la contractualisation de l'ANAP ...

¹⁴⁸ La généralisation de l'obligation de contractualiser s'accompagne d'une modification de la tarification fondée sur la refonte des règles et des cadres budgétaires et comptables des établissements et services (principalement par la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses).

3.4 La concertation : effets et limites de l'articulation de l'ARS avec les autres acteurs du pilotage de l'offre de soins ?

La concertation constitue la méthode de préparation des décisions des ARS, notamment dans le domaine de la planification. Plusieurs directeurs d'ARS contactés par la mission font de ces phases d'échange et d'argumentation des moments essentiels de « pouvoir d'influence » de l'agence. Il n'entraîne cependant pas dans le champ de la mission d'apprécier la dynamique de la démocratie sanitaire au plan régional ; de même, il n'était pas envisageable d'approcher tous les outils (notamment la mission n'a pas examiné les CLS), instances (la mission n'a pas examiné le fonctionnement de la CRSA) et acteurs concernés. Les développements suivants sont donc circonscrits aux acteurs que la mission a pu contacter au cours de ses déplacements, notamment services des conseils régionaux et départementaux et de l'assurance maladie.

3.4.1 Les régions contactées ont investi prudemment le champ de la santé, en synergie avec leurs compétences principales

Les conclusions tirées des contacts établis par la mission avec les conseils régionaux de Bretagne et Nouvelle Aquitaine ne sauraient être généralisées. La mission n'avait pas pour objet et ne disposait pas des moyens d'étendre ses investigations sur ce sujet, qui méritera un suivi.

3.4.1.1 Les régions Bretagne et Nouvelle Aquitaine, contactées par la mission ont investi le domaine de la santé

Les régions ne disposent pas *a priori* de compétences directes en matière de santé, même si, de manière connexe, la santé ne peut leur rester étrangère. Elles sont en effet compétentes notamment en matière de formations sanitaires et sociales, d'aménagement du territoire et de développement économique.

Encadré 17 : Les compétences juridiques des régions et le secteur de la santé

Article L4221-1 CGCT

« Le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région dans les domaines de compétences que la loi lui attribue. Il a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région, ...le soutien aux politiques d'éducation et l'aménagement et l'égalité de ses territoires,...

Il peut engager des actions complémentaires de celles de l'Etat, des autres collectivités territoriales et des établissements publics situés dans la région, dans les domaines et les conditions fixés par les lois déterminant la répartition des compétences entre l'Etat, les communes, les départements et les régions. »

Article L1424-1 CSP

« Dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales, le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'Etat dans la région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre. »

Source : CGCT et CSP

Dès lors, les deux régions ont adopté, de manière récente, des orientations en matière de santé, « feuille de route » (2017) en Nouvelle Aquitaine et « Nouvelles Orientations » (2017) en Bretagne.

Quatre orientations sont mises en exergue en Bretagne : permettre aux jeunes d'être acteurs de leur santé, garantir l'accès aux soins de premier recours à tous les bretons, participer à l'adaptation de la société au vieillissement en soutenant la silver économie, accompagner l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé dans les territoires.

La « feuille de route » de Nouvelle Aquitaine ouvre quatre chantiers : médecine de demain et défis technologiques, innovation et compétitivité des entreprises de santé, prévention et santé environnementale et un quatrième directement lié à l'offre de soins, intitulé « Développement des territoires de santé et lutte contre la déprise médicale ». Elle identifie les défis majeurs, la transition démographique et les transformations imposées du système de santé, notamment le « virage ambulatoire » et la coordination des professionnels de santé.

Encadré 18 : Principes d'action communs aux deux régions en matière d'accès aux soins

Les deux régions dans leur document programmatique s'engagent sur des actions similaires en matière d'offre de soins, en particulier dans deux domaines : l'accès aux soins dans des territoires qui souffriraient de déficit en la matière et le développement de la télémédecine. Dans ces deux domaines, les actions paraissent souvent convergentes : soutien à la mise en place de MSP, aux centres de santé, et plus largement à l'exercice coordonné, à l'accueil de stagiaires médecins, à l'installation des médecins, à des expérimentations en télésanté.

Source : *Mission*

Les régions peuvent jouer de la synergie avec d'autres de leurs compétences ou cadres d'intervention. Ainsi, en Nouvelle Aquitaine, la politique contractuelle régionale prévoit la prise en compte de l'accès aux soins dans les contrats de territoire, particulièrement pour les territoires vulnérables, et encourage les diagnostics territoriaux de santé, la confection de stratégies territoriales (en mettant l'accent sur l'organisation de l'offre de premier recours) et le maillage des MSP et pôles de santé. De même, le schéma de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII), apporte un soutien particulier aux entreprises en matière de transition numérique. Enfin, le numérique est introduit dans les formations sanitaires et sociales, afin que les enjeux de coordination des professionnels de santé et d'accès aux soins soient mieux pris en compte.

3.4.1.2 L'articulation institutionnelle entre ARS et Conseil régional

Le conseil régional participe à de nombreuses instances de gouvernance dans le domaine de la santé, en articulation avec l'ARS. Ce sont à la fois

- des instances d'orientation et surveillance : conseil de surveillance de l'ARS, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie,
- et des instances opérationnelles : commission spécialisée pour l'organisation des soins, commission régionale d'attribution des aides MSP, conseils territoriaux de santé¹⁴⁹.

En Bretagne, les deux institutions ont souhaité formaliser leur travail commun dans le cadre d'une convention, qui indique un certain nombre d'axes de collaboration. Outre les sujets de prévention et promotion de la santé, observation en santé, santé environnementale et formation des professionnels de santé paramédicaux, elle comprend un principe de sollicitation commune dans le cadre des contrats locaux de santé, et d'action conjointe dans le domaine de l'offre de soins de premier recours : «La Région Bretagne et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne concourent toutes deux par leurs

¹⁴⁹ Sur chaque territoire de démocratie sanitaire, le DG de l'ARS constitue un conseil territorial de santé.

politiques à l'accompagnement du développement de l'exercice pluri-professionnel. Au sein du comité de sélection des pôles et MSP, elles sont concertées par le Préfet sur l'attribution des aides aux pôles et maisons de santé par l'Etat. L'Agence Régionale de Santé de Bretagne associe la Région Bretagne à la commission d'analyse des projets de santé qui lui sont soumis. »

La réalité d'un travail commun, confirmé en Nouvelle Aquitaine par des réunions régulières entre président du Conseil régional et directeur général de l'ARS, n'empêche pas le cas échéant l'affichage de certains désaccords ou réserves.

Ainsi, le conseil régional de Bretagne a-t-il émis en juin 2018, un avis réservé sur le nouveau PRS. Le Conseil Régional remarque dans son avis que ce second PRS apporte des réponses aux principales attentes qu'il avait formulées dans le cadre de son avis sur le premier PRS. Il souligne le travail de concertation fourni, les avancées en matière de promotion de la santé et la volonté de coopération interinstitutionnelle. Mais, il souhaite cependant alerter sur les disparités territoriales en matière d'accès aux soins, et sur les moyens mis au service de cette territorialisation de la politique de santé.

En sens inverse, tout en se réjouissant à la fois de la qualité des collaborations développées et de l'investissement de la Région dans le domaine de la santé, l'ARS Nouvelle Aquitaine insistait, dans un courrier au Conseil régional sur deux aspects : le respect du cadre commun d'action constitué par le PRS, et la compétence de pilotage de l'ARS.

Au demeurant, la mission n'a pas noté, au-delà des investissements relevés plus haut, et qui témoignent d'une compréhension commune des enjeux relatifs à l'offre de soins entre CR et ARS, que les Régions Bretagne et Nouvelle Aquitaine souhaiteraient formaliser, de manière institutionnelle, des besoins en la matière, sous forme par exemple d'objectifs d'accès ou de résultats concrets attendus par les usagers-patients.

3.4.2 Les partenaires traditionnels (département et assurance maladie) : une coordination à renforcer

3.4.2.1 Départements : analyse de la coordination des actions menées par l'ARS avec celles des départements dans le champ du pilotage de l'offre de soins

Du fait de leurs compétences respectives dans les champs sanitaire et médico-social, l'ARS et les départements doivent coordonner leurs actions afin d'optimiser les services rendus aux usagers. Cette coordination est de nature et d'intensité différentes selon le champ.

- Dans le champ sanitaire, la compétence de l'Etat est quasi exclusive

Les départements participent à l'élaboration de la politique de l'offre de soins sur un territoire, en raison de leur appartenance aux comités et instances de concertation pilotées par les ARS : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les deux commissions de coordination des politiques publiques de santé¹⁵⁰, les conseils territoriaux de santé, constitués dans chaque territoire de santé par le DG ARS et des avis que donnent les Conseil départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie¹⁵¹ (CDCA) sur le PRS et le schéma régional de santé.

¹⁵⁰ Respectivement compétentes dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et celui des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

¹⁵¹ Issu de la loi ASV du 28 décembre 2015, le CDCA est une instance consultative qui vient remplacer le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et le Conseil départemental consultatif des personnes

L'avis des conseils départementaux a été sollicité pour l'élaboration du dernier PRS. Dans l'une des ARS visitée, la procédure a fait l'objet de critiques de conseils départementaux, la saisine n'ayant pas été précédée d'une collaboration entre les équipes, ni d'entretiens stratégiques au niveau des élus et du DGARS. A l'inverse, dans une autre région, l'intégration des représentants départementaux au sein des groupes de travail et l'implication du DGARS, qui garde à son niveau les discussions avec les élus, ont facilité l'adhésion des conseils départementaux sur le document soumis à leur avis.

La participation aux conseils de surveillance des établissements de santé et au conseil de surveillance de l'ARS offre aussi la possibilité aux départements d'intervenir dans le champ sanitaire, de même que l'octroi d'aides à l'installation des professionnels de santé, ou de structures d'exercice collectif, qui peuvent être un domaine d'interaction entre les ARS et les conseils départementaux.

- Dans le champ médico-social, la compétence du département est large et oblige à la coordination de ses actions avec celles de l'ARS.

Encadré 19 : Les compétences des conseils départementaux et le secteur médico-social

En vertu de l'article L.1111-9-III du CGCT, le département est chef de file pour l'action sociale, l'autonomie des personnes et la solidarité des territoires et l'article L.3211-1 du CGCT dispose que le département « est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes ». La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 renforce, quant à elle, la place du département comme chef de file pour les politiques en faveur des personnes âgées¹⁵².

Source : Mission

Trois politiques publiques découlent des dispositions légales rappelées *supra*, et sont au cœur de l'action sociale départementale : l'aide sociale à l'enfance, la politique en faveur des personnes en situation de handicap, la politique en faveur des personnes âgées. Elles donnent au département une maîtrise partagée de l'offre médico-sociale. Il en est notamment ainsi par le biais des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS)¹⁵³, des schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie¹⁵⁴, de la délivrance des autorisations pour la création et l'extension d'établissements et services¹⁵⁵, et de sa participation aux commissions de

handicapées (CDCPH)prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques.

¹⁵² L'article 113-2 du Code de l'action sociale et des familles dispose désormais que « le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants mentionnés à l'article L. 113-1-3 (...) Le département coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées (...). Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées (...). »

¹⁵³ Les SDOMS définissent sur cinq ans les objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement de l'offre de services.

¹⁵⁴ Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie ont trait à l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants.

¹⁵⁵ L'autorisation est délivrée par selon le cas par :

- le président du conseil départemental exclusivement : lorsque les prestations sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale – établissements d'hébergement non médicalisés et lieux de vie) ;
- le DG ARS exclusivement : lorsque les prestations sont à la charge de l'Assurance-maladie –établissements et services comportant des prestations dispensée au titre de l'Assurance-maladie ; mais aussi pour les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)) ;
- les deux autorités conjointement (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – agréés pour l'aide sociale, foyers d'accueil médicalisés et services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés, centres d'action médicosociale précoce notamment).

sélection d'appels à projet ou à candidature. Enfin, le président du conseil départemental est cosignataire des CPOM.

Ces nombreuses compétences partagées nécessitent des concertations approfondies entre les départements et les ARS.

Pourtant, sauf en Bretagne, les représentants des départements que la mission a rencontrés mettent en exergue les difficultés pour instaurer un cadre de travail propice à la convergence des politiques et à la coordination des actions. Ils soulignent en revanche l'existence de très bonnes relations avec les délégations départementales.

En ARS Bretagne, la plus petite des agences retenues par la mission, des réunions fréquentes entre les équipes et les rencontres régulières du DGARS avec les élus des départements contribuent à prévenir les difficultés. Au surplus, une convention signée entre l'ARS et les quatre départements de la région a créé un comité de pilotage¹⁵⁶ et institué l'élaboration d'un programme de travail annuel commun à l'ARS et à chaque département. Cette convention apporte de la fluidité dans les travaux de coordination.

L'amélioration de la coordination entre les ARS et les départements passe probablement par la formalisation des relations entre les institutions. Mais cette formalisation ne suffit pas à garantir une bonne coordination des actions¹⁵⁷ ; elle doit être accompagnée d'une réflexion sur le niveau auquel doivent être prises les décisions au sein de l'agence (*cf. supra* 2.4).

Recommandation n°20 : Proposer, chaque fois que possible, une formalisation du cadre des travaux de coordination avec les départements, dans le cadre d'une réflexion portant sur l'organisation interne des agences et le niveau de responsabilité des délégations départementales

3.4.2.2 Assurance-maladie : description des interventions de l'Assurance-maladie au sein de la région en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre de soins

Encadré 20 : Coordination entre les ARS et les organismes d'assurance maladie

Un décret¹⁵⁸ de 2016 fixe l'organisation des relations entre les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie, en ce qui concerne le projet régional de santé (PRS) et le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PPRGR). Il instaure une commission régionale de coordination (CRC)¹⁵⁹ des actions de l'ARS et de l'assurance maladie, et prévoit une convention entre les deux institutions.

Par ailleurs une convention conclue entre le DGARS et le représentant de chacun des régimes d'assurance maladie de la région, détermine leurs modalités de collaboration en matière notamment d'offre sanitaire et médico-sociale, d'accès à la santé et de mise en œuvre des parcours de santé.

¹⁵⁶ Composé d'un ou deux élus de chaque département dont le président du CD ou son représentant et du DGARS.

¹⁵⁷ En Nouvelle-Aquitaine, la coopération entre l'ARS et les départements connaît toujours des difficultés malgré la signature d'une convention.

¹⁵⁸ Décret n° 2016-1025 relatif à la coordination des actions des Agences régionales de santé (ARS) et des organismes d'assurance maladie en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

¹⁵⁹ Cette commission est présidée par le directeur général de l'ARS et comprend, outre le président, le directeur d'organisme, représentant, au niveau régional, chaque régime d'assurance maladie, membre de l'UNCAM ainsi que les directeurs des organismes d'assurance maladie du ressort de la région. Au titre de ses principales missions, la CRC organise la participation des organismes d'assurance maladie à l'élaboration et à la mise en œuvre du PRS et du PPRGR et élabore les conventions conclues entre l'ARS et l'assurance maladie au titre de la mise en œuvre de la planification, assure leur suivi et leur évaluation.

Les DCGDR sont associées au développement des structures pluriprofessionnelles, d'exercice coordonné (MSP, centres de santé et CPTS), et des guichets unique d'information, d'orientation et d'accompagnement des professionnels de santé. Elles sont également chargées, conjointement avec l'ARS, de l'analyse des dossiers d'adhésion à l'accord conventionnel ACI.

Enfin, en ce qui concerne le dispositif d'appui à l'innovation en santé (article 51 LFSS 2018), les missions des DCGDR sont avec les ARS, d'identifier et animer un réseau de compétences et d'expertises mobilisables pour l'accompagnement des projets et coordonner la participation de l'assurance maladie à l'instruction des dossiers présentés.

Source : Mission

Les interlocuteurs de la mission ont fait état au cours des entretiens menés dans les trois régions, de relations satisfaisantes entre les agences et l'assurance maladie obligatoire, conformes aux textes : il en est ainsi, par exemple, de toute la procédure de constitution des MSP. La constitution des CPTS pour laquelle les textes prévoient que la DCGDR est associée « avec » l'ARS n'a été en pratique, initiée ni d'un côté ni de l'autre.

Il semble qu'au-delà, les relations reposent, dans les trois régions, principalement sur de l'information réciproque¹⁶⁰. C'est le cas, notamment à l'occasion de l'élaboration du PRS et en sens inverse, pour certaines actions de l'assurance maladie, telles que Prado¹⁶¹ par exemple.

En revanche, il ne semble pas y avoir, dans les trois régions dans lesquelles la mission s'est rendue, de poursuite d'actions communes, hors textes les rendant obligatoires, par exemple sur les déploiements en commun de certains dispositifs tels que le dispositif Asalée et son extension à d'autres pathologies¹⁶², comme ce peut être le cas dans d'autres régions. La complémentarité des deux institutions n'est ainsi pas signalée sur les sites internet des deux catégories d'institutions.

Ce cheminement des deux institutions pourrait être corrigé à l'avenir par l'organisation, pilotée en commun, du « guichet unique » d'orientation des professionnels de santé.

Dominique GIORGI

Christian POIRET

Isabelle YENI

¹⁶⁰ Ainsi que le montre le tableau figurant dans l'annexe nouvelle Aquitaine.

¹⁶¹ Programme de retour à domicile.

¹⁶² Le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe), créé en 2004 et porté par une association de médecins généralistes, avait pour objectif initial d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecins généralistes et infirmières. Formées à l'éducation thérapeutique (ETP), les infirmières interviennent auprès de médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de quatre protocoles : dépistage et prise en charge du diabète, suivi des patients à risque cardiovasculaire, dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et dépistage des troubles cognitifs. Le développement du dispositif Asalée, qui bénéficie du soutien des autorités de santé et de financements de l'assurance maladie, contribue à la transformation des soins primaires, dans un cadre pluriprofessionnel et collectif.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Les propositions formulées par la mission visent à conforter l'autorité régulatrice des ARS, dans le cadre des orientations stratégiques de niveau national, afin qu'elles puissent traduire efficacement les besoins régionaux dans la planification et l'organisation concrète de l'offre de soins. Formant système, elles peuvent toutes être appliquées ou amorcées dans leur mise en œuvre dès 2019.

	N°	Recommandations	Autorités responsables
Pilotage des ARS	1	Poursuivre les efforts engagés par le CNP pour produire des directives nationales moins nombreuses et moins prescriptives, et outiller une co-construction des politiques d'offre entre niveau national et ARS	SGMAS/CNP
	2	Renforcer le fonctionnement en réseau des ARS, en termes de participation aux travaux de conception des politiques de santé, d'échange de bonnes pratiques et appui réciproque	CNP-ARS
	3	Renforcer le CPOM Etat-ARS-en tant qu'outil d'encadrement et d'orientation stratégique effectif, notamment en privilégiant les indicateurs de services attendus par les usagers	SGMAS-CNP
	4	Introduire au sein des lettres de mission annuelles des DGARS, à côté des objectifs nationaux, des orientations régionales et des indicateurs de réalisation hiérarchisés	SGMAS-CNP
Moyens des ARS	5	Adapter fonctionnellement l'enquête relative aux activités des ARS, mise en œuvre par la DFAS, pour l'analyse des besoins de pilotage de l'administration centrale et des ARS	SGMAS-DFAS
	6	Adopter une stratégie d'adaptation des ressources humaines des ARS à l'évolution requise de leurs missions, étayée par l'approfondissement de l'enquête activité.	DFAS-DRH-ARS
	7	Conforter les compétences de la mission « données médico-économiques » créée par trois ARS, et l'aide à l'interprétation et l'analyse de l'ensemble des données nécessaires au pilotage de l'offre de santé. Inciter les ARS à collaborer avec les CPAM pour l'exploitation des données en santé, en inscrivant cette orientation dans la convention qui les lie.	SGMAS-DSSIS-ARS
	8	Laisser davantage de marge de manœuvre aux ARS dans l'utilisation des crédits FIR, et par exemple limiter la croissance des crédits protégés par fongibilité asymétrique et les fléchages nationaux	SGMAS-CNP-DAC
	9	Au sein du FIR, mieux assurer l'identification et l'évaluation des aides récurrentes aux établissements	SGMAS-CNP-ARS

	10	Assouplir les règles de recours à la fongibilité DAF-FIR	SGMAS-CNP-DGOS
	11	Envisager l'intégration dans le FIR de MIG impératives en justification au premier euro	SGMAS-CNP-DGOS
	12	Inciter les DGARS à réfléchir à des organisations alternatives des agences qui favoriseraient une plus grande transversalité des directions métiers et une plus grande responsabilisation des délégations départementales	ARS
Instruments de pilotage à la disposition des ARS	13	Réviser et compléter les critères nationaux de référence, sur lesquels les ARS peuvent s'appuyer pour accorder ou refuser les autorisations d'activités	DGOS
	14	S'assurer dans la durée d'un suivi de la mise en œuvre des GHT, pour veiller à des évolutions de l'offre de soins conformes aux objectifs des conventions constitutives	ARS
	15	Anticiper des PMP de deuxième génération plus ambitieux, notamment sur la prise en charge graduée et intégrée des patients dans le cadre de découpages territoriaux, le cas échéant révisés.	ARS
	16	Inciter les DGARS à réfléchir à une organisation réservant toute sa place au pilotage de la médecine ambulatoire, associée à des capacités à mener des travaux d'accompagnement et d'ingénierie de projets pour l'exercice collectif	ARS
	17	Conforter l'utilisation du CPOM ARS-établissement de santé comme instrument d'évolution de l'offre de soins	DGOS-ARS
	18	Dans le cadre des CREF, inciter les ARS à considérer systématiquement des objectifs structurels relatifs à l'évolution de l'offre de soins, en synergie avec la perspective de redressement budgétaire	DGOS-ARS
	19	Conforter l'utilisation du CPOM ARS-établissement comme instrument d'évolution de l'offre médico-sociale, en adoptant si nécessaire une organisation interne aux ARS adaptée aux enjeux (recommandations 12).	DGCS-ARS
	20	Proposer, chaque fois que possible, une formalisation du cadre des travaux de coordination avec les départements, dans le cadre d'une réflexion portant sur l'organisation interne des agences et le niveau de responsabilité des délégations départementales	CNP-ARS

Par ailleurs, la mission fait siennes, trois des recommandations du rapport IGAS N°2016-113R. Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux :

- préciser le cahier des charges de l'évaluation externe pour améliorer la qualité des rapports, harmoniser leur présentation et en faciliter l'exploitation ;

RAPPORT IGAS N°2018-018R

- examiner les conditions d'une modification de l'article L. 313-1 du CASF visant à permettre de délivrer une autorisation temporaire, lorsque les conditions de prise en charge le justifient ;
- supprimer le caractère exclusif du lien entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)

Sabine Fourcade, secrétaire générale
Eric Ginésy, chef de service, adjoint à la secrétaire générale
Léa Labaye, chargée de mission
Malik Lahoucine, chargé de mission

Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS)

Odile Jamet, chargée de mission SI ARS (DSSIS)

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Cécile Courrèges, directrice générale
Thomas Deroche, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
Marie-Anne Jacquet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Sandrine Pautot, adjointe à la sous-directrice de la stratégie et des ressources
Clémence Mainpin, chef de projet de l'équipe nationale Groupements Hospitaliers de Territoire
Claire-Lise Bellanger-Mauffret, cheffe du bureau Efficience des établissements de santé publics et privés
Gaelle Kuster, adjointe à la cheffe de bureau Efficience des établissements de santé publics et privés
Myriam Burdin, cheffe du bureau Coopérations et contractualisation
Michel Raux, adjoint à la cheffe du bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins
Clémence Charras, cheffe du bureau Premier recours
Laurent Gadot, économiste au Bureau du premier recours
Deborah Cvetojevic, cheffe du bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës
Vincent Haller, chef du bureau Évaluations, modèles et méthodes
Camille Ruiz, adjointe au chef de bureau Évaluations, modèles et méthodes
Odile Brisquet, cheffe du bureau Ressources humaines hospitalières
Lucie Besson, chargée de mission au sein du bureau des ressources humaines hospitalières

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Cécile Tagliana, cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales, adjointe au directeur général de la cohésion sociale
Cécile Lambert, sous-directrice des affaires financières et de la modernisation
Jean-Baptiste Picot, chef du bureau des affaires juridiques
Marie-Claude Marais, adjointe à la cheffe du bureau prévention, perte d'autonomie et parcours de vie des personnes âgées

Direction des finances, des achats et des services (DFAS)

Philippe Louvel, Chef du bureau de la Performance et du Contrôle de Gestion

Caisse nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA)

Anne Burstin, directrice générale

Simon Kieffer, directeur des établissements et services médico-sociaux

Région Auvergne-Rhône-Alpes

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Direction générale

Jean-Yves Grall, directeur général

Serge Morais, directeur général adjoint

Secrétariat général

Eric Virard, secrétaire général

Hervé Blanc, directeur délégué aux systèmes d'information, affaires immobilières et générales

Valérie Genoud, directrice déléguée aux ressources humaines

Laurent Peiser, responsable du service "Qualité et management des risques"

Direction de la Stratégie

Vincent Ruol, directeur de la stratégie et des parcours

Arnaud Rifaux, directeur délégué « pilotage stratégique »

Emmanuelle Amphoux, responsable du service FIR

Direction de l'offre de soins

Igor Busschaert, directeur de l'offre de soins

Hubert Wachowiack, directeur délégué régulation de l'offre de soins hospitalière

Raphael Becker, directeur délégué finance et performance

Corinne Rieffel, directrice déléguée pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé

Frédéric Gjosteen, Responsable du service Performance des établissements de santé

Florence Brossat, chargée de mission campagne budgétaire des établissements de santé

Angélique Grange, Pôle premier recours

Direction de l'autonomie

Marie-Hélène Lecenne, directrice de l'autonomie (DA)
Nelly Le Brun, directrice déléguée « Pilotage budgétaire et de la filière autonomie »
Raphaël Glabi, directeur délégué "Pilotage de l'offre médico-sociale" (DA)
Catherine Gini, responsable du pôle planification de l'offre
Emmanuelle Hedouin, Responsable des autorisations
Christelle Sanitas, adjointe à la responsable du pôle "allocation et optimisation des ressources"
Françoise Tourre, chargée de mission contractualisation, Pôle allocation et optimisation des ressources

Direction de la santé publique

Anne-Marie Durand, directrice de la santé publique

Groupements Hospitaliers de Territoire

Michaël Galy , GHT Loire
Didier Hoeltgen, GHT Allier-Puy-de-Dôme
Michel Cohen, GHT Sud Drôme Ardèche
Virginie Gomez, GHT Sud Drôme Ardèche

Délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon

Jean-Marc Tourancheau, délégué départemental du Rhône et de la Métropole de Lyon

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Dr Anne-Marie Mercier, Directrice régionale du service médical
Chantal Lembakoali-Barthel, responsable de la mission « Gestion des Risques »

Département du Rhône

Nicole Berlière-Merlin, directrice générale adjointe « Solidarités »

Métropole de Lyon

Laura Gandolfi, vice-présidente chargée du déploiement des politiques de solidarités en direction des personnes âgées et personnes en situation de handicap
Sophie Montjotin, directrice, délégation « Développement Solidaire Habitat et Education »

Région Bretagne

Agence Régionale de Santé

Direction générale

Olivier de Cadeville, directeur général

Direction des coopérations territoriales et de la performance

Stéphane Mulliez, directeur général adjoint en charge de la direction des coopérations territoriales et de la performance

Dominique Penhouët, directeur adjoint « Hospitalisation et autonomie »

Olivier Le Guen, pôle « Schémas et programmation »

Vincent Morel, pôle « Contractualisation »

Estelle Avisse, pôle « Autorisations et appels à projets »

Anne-Marie Lorho, directrice adjointe « Coopérations et professions de santé en établissements »

Nathalie Giovannacci, directrice adjointe « Financement et performance du système de santé »

Marie Gueguen, pôle « FIR et allocation de ressources hospitalières »

Direction de la stratégie régionale en santé

Hervé Goby, directeur de la stratégie régionale en santé

Marine Chauvet, directrice adjointe de l'offre ambulatoire

Direction des ressources

Aurélie Bodet, directrice des ressources

Vincent Sevaer, directeur adjoint des ressources humaines

Jean-Christophe Cantinat, Département des systèmes d'information interne

Florence Chouinard, chargée de mission budget

Délégations départementales

Nathalie Le Formal, déléguée départementale d'Ile-et-Vilaine

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Thierry Gamond-Rius, GHT Sud-Bretagne

Véronique Anatole-Touzet, GHT Haute-Bretagne

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Claudine Quéric, directrice de la CPAM Bretagne directrice de la coordination régionale de la gestion des risques

Caroline Bonnet, directrice adjointe de la CPAM Bretagne en charge de la coordination régionale de la gestion des risques

Région Bretagne

Anne Troalen, conseillère régionale déléguée à la santé et à la silver economy

Mathieu Rault, chef du service société à la Direction de l'aménagement

Henri Simorre, directeur de l'emploi et de la formation tout au long de la vie

François Pape, directeur délégué à l'apprentissage et aux formations sanitaires et sociales

Carole HAMON, chargée de mission lycées, enseignement supérieur et recherche, formations sanitaires et sociales, santé

Département de l'Ille-et-Vilaine

Anne-Françoise Courteille, 1ère vice-présidente en charge des solidarités, personnes âgées et handicap

Robert Denieul, directeur général du pôle solidarités humaines

Région Nouvelle-Aquitaine

ARS Nouvelle-Aquitaine

Direction générale

Michel Laforcade, directeur général

Hélène Junqua, directrice générale adjointe

Secrétariat général

Fabienne Rabau, secrétaire générale

Jean-Paul Craff, directeur délégué aux systèmes d'information.

Valérie Dantin, responsable du pilotage des effectifs et de la promotion professionnelle.

Direction des financements

Bénédicte Abbal, directrice adjointe.

Anne-Sophie Marrou, responsable du pôle Fond d'intervention régional.

Direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Samuel Pratmarty, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)

Said Acef, directeur délégué à l'autonomie

France Béréterbide, directrice déléguée à l'offre de soins

Emeline Veyret, responsable du pôle animation de la politique régionale de l'offre

Vincent Pascassio-Comte, responsable adjoint du pôle performance et investissement.

Matthieu Amodéo, adjoint au responsable du département adaptation de l'offre et contractualisation

Karl Fleurisson, responsable du département maintien à domicile

Elodie Weber, responsable du département accès à la profession et ressources humaines hospitalières, référente installation.

Arnaud Tranchant, chef de projet transversalité, pilotage, parcours

Direction du pilotage, de la stratégie et des parcours

Dr Isabelle JAMET, responsable pôle Etudes, statistiques et évaluation

Direction des territoires

Romain Alexandre, directeur départemental de la Corrèze (19)

Maritxu Blanzaco, directrice départementale des Pyrénées-Atlantiques (64)

Eric Morival, directeur départemental du Lot-et-Garonne (47)

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Gaëlle de Surgy, GHT Alliance de Gironde

Hervé Léon, GHT de la Charente

Christian Cataldo, GHT des Landes

Didier Lafage, GHT Moyenne Garonne

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Hélène GORSE, Sous-Directrice de la Coordination Régionale à la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR)

Caroline HETEAU, chargée de mission DCGDR

Région Nouvelle-Aquitaine

Françoise Jeanson, conseillère régionale, déléguée à la santé et à la silver économie

Carole Doucet, Cheffe du service santé et silver économie

Département de la Gironde

Edith Moncoucut, Vice-présidente chargée de l'Autonomie, handicap et politique de l'âge

Assemblée des départements de France (ADF)

Jean-Michel Rapinat, directeur délégué politiques sociales

Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

Dr Pascal Gendry, président

MG France

Dr Jean-louis Bensoussan, secrétaire général

Personnalités qualifiées

Housseyni Holla, directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Michel Louazel, directeur adjoint chargé de la formation à l'Institut du Management (EHESP)

Anne-Marie Brocas, Présidente HCAAM

Dr Nicolas Brugère, adjoint au maire de Bordeaux, en charge de la santé, des seniors, de l'autonomie et du CCAS

Dr Fabrice Broucas, président du Conseil Départemental de Gironde de l'Ordre des Médecins

Sylvia Cailliet-Creppy, directrice de l'EHPAD « Les Balcons de Tivoli »

Dr Denis Passerieux, vice-président de la Fédération Nouvelle-Aquitaine des Maisons Pluri-Professionnelles de Santé

Anne Bouygar, directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire

Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS Grand Est

Pierre Pribille, directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté

Véronique Vallon, ancienne directrice générale de l'ARS Rhône-Alpes

Pierre Ricordeau, ancien secrétaire général des ministères en charge des affaires sociales

Alain Lopez, inspecteur général des affaires sociales honoraire, en charge de l'administration provisoire du centre hospitalier du Forez (Feurs, Montbrison, Loire)

Mustapha Khennouf, inspecteur général des affaires sociales, en charge de l'administration provisoire du centre hospitalier du Forez (Feurs, Montbrison, Loire)

Florence Allot, inspectrice des affaires sociales

Jean-louis Daumas, inspecteur des affaires sociales

Francis Fellingier, conseiller général des établissements de santé

Eve Robert, inspectrice des affaires sociales

LISTE DES SIGLES

AAC	Appel à Candidature
AAP	Appel à Projet
ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADAPEI	Association Départementale de parents et Amis de Personnes handicapées mentales
AH	Adolescent (e) Handicapé (e)
AJ	Accueil de Jour
AMP	Aide Médicale à la Procréation
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Accessibilité Potentiel Localisé
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation (a rejoint l'ARS)
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de Santé Libérale en Equipe
ASIP	Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés
ASV	Allocation Spéciale Vieillesse (professions libérales)
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BCMD	Base des Causes Médicales de Décès
CAIM	Contrat d'Aide à l'Installation Médecin
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CAQOS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins
CARPEC	Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordiné
CARRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CASF	Code de l'action sociale et des Familles
CBU	Contrat de Bon Usage
CBUM	Contrat de Bon Usage du Médicaments
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDAS	Centre Départemental d'Action Sociale
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de dépistage et de Diagnostic
CPDPN	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CH	Centre Hospitalier
CHIC	Centre Hospitalier InterCommunal
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIAS	centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrats Locaux de Santé
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDMCA	Conseil Départemental-Métropolitain de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNG	Centre National de Gestion
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP	Conseil National de Pilotage
CNR	Centre National de Référence
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COMEX	Comité Exécutif
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
COFIL	Comité de Pilotage
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
COSCOM	Contrat de Stabilisation et de Coordination Médecin
COSTRAT	Comité Stratégique
COTRAM	Contrat de Transition Médecin
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSMS	Commission Spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements Médico-Sociaux
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins

CSTM	Contrats de Solidarité Territoriale pour les Médecins
CRC	Commission Régionale de Coordination
CRE	Contrat de Retour à l'Équilibre
CREAI	Centre Régional d'Etude, d'Actions et d'Informations sur le Handicap
CREF	Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CRSA	Conférence Régionale de santé et de l'Autonomie
CSI	Centre de Soins Infirmiers
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAC	Direction d'Administration Centrale
DAF	Dotation Annuelle de Fonctionnement
DAF-PSY	Dotation Annuelle de Fonctionnement-Psychiatrie
DH	Directeur (trice) d'Hôpital
D3S	Directeur (trice) de Sécurité Sociale
DGA	Directeur (trice) Général(e) Adjoint
DCIR	Datamart Consommation Inter-Régime
DD	Délégation Départementale
DDT	Direction Des Territoires (ARS Nouvelle-Aquitaine)
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DFIN	Direction des Financements (ARS Nouvelle-Aquitaine)
DGS	Direction Générale de la Santé
DIM	Département d'Information Médicale
DPO	Dispositif Permanent d'Orientation
DM	Direction Métier
DMP	Dossier Médical Personnel
DOSA	Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie (ARS Nouvelle-Aquitaine)
DPN	Diagnostic PréNatal
DCGDR	Direction de la Coordination et de la Gestion des Risques
DGARS	Directeur(trice) Général(e)d'Agence Régionale de Santé
DR	Direction Régionale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRGDR	Direction Régionale de Gestion du Risque
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRM	Dossier de Régulation Médicale
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DSSIS	Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé
EEAP	Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés
EEP	Ecole d'Education Spécialisée
EGB	Echantillon Généraliste des Bénéficiaires

EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EHLA	Equipe hospitalière de liaison en addictologie
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSM	Échelon Local du Service Médical
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
EMST	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EML	Équipement Matériel Lourd
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ERRD	Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses
ERSEI	Étude des risques sanitaires dans les études d'impact
ES	Etablissement de Santé
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Education Thérapeutique du Patient
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FNAMPoS	Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GO	Gynéco-Obstétrique
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Conventionnée
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HDJ/HJ	Hôpital De Jour
HT	Hospitalisation Temporaire
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/07/2009)
IGJS	Inspection Générale de la Jeunesse et des Sports
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDEL	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e)
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IFSS	Institut de Formation Sanitaire et Sociale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME	Institut Médico-Educatif
INCA	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MAP	Mission d'Appui à la Performance
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCS	Médecin Correspondant SAMU
MERRI	Mission d'enseignement de recherche de référence et d'innovation (CHU)
MG	Médecin Généraliste
MIG	Mission d'Intérêt Général
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
MS	Médico-Social
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NA	Nouvelle-Aquitaine
NMR	Nouveau Mode de Rémunération
OG	Organismes Gestionnaires
ONAC	Office nationale des Anciens Combattants
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
OQN	Objectifs Quantifiés Nationaux
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORS	Observatoire Régional de Santé
PA	Personne Agée
PAACO	Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication
PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PAPRAPS	Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins
PAPS	Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé (dans le cadre du PRAPS)
PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PDSSES	Permanence des Soins en Etablissements de Santé

PDSH	Permanence Des Soins Hospitaliers
PH	Personne Handicapée
PHV	Personne Handicapée vieillissante
PIAS	Praticien Isolé à Activité Saisonnière
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMND	Plan Maladie NeuroDégénératives
PMP	Projet Médical Partagé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMT	Projet Médical de Territoire
POMC	Projet d'Orientations Médicales Commun
PPRGDRESS	Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficiéce du Système de Santé
PRADO	Programme de Retour à Domicile
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PRIAC	Programme Régional et Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Programme Régional de Santé
PS	Professionnels de Santé
PSP	Pôle de Santé Pluri-disciplinaire
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTMA	Praticien Territorial de la Médecine Ambulatoire
PTMG	Praticien Territorial de la Médecine Générale
PTMR	Praticien Territorial Médical de Remplacement
PTS	Programme Territorial de Santé
PUV	Petite Unité de Vie
RAC	Revue Annuelle de Contrat
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RMESS	Répertoire Mutualisé des Entités Sanitaires et Sociales
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico- Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Services d'Aide Médicale Urgente
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDSI	Schéma Directeur des Systèmes d'Information
SEES	Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé
SERDEII	Schéma de Développement Economique, d'Innovation et d'Internationalisation
SESSAD	Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile
SGAR	Secrétariat Général pour l'Administration Régionale
SGMAS	Secrétariat Général des Ministères Sociaux
SGMCAS	Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales

SI	Systeme d'information
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNACS	Service Numérique d'Appui à la Coordination
SNDS	Systeme National de Données de Santé
SNIIRAM	Systeme National d'Informations Inter régimes de l'Assurance Maladie
SNS	Stratégie Nationale de santé
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SROSA	SROS volet ambulatoire
SROSH	SROS volet hospitalier
SRS	Schéma Régional de santé
SSAD	Service de Soins A Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STSS	Stratégie de Transformation de notre Systeme de Santé
SU-UHCD	Service d'Urgence-Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
T2A	Tarifification à l'Activité
TED	Trouble Envahissant du Développement
TPE	Traitement Post-Exposition
TS	Territoire de Santé
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UATE	Unité d'Accompagnement Thérapeutique et Éducatif
UHC	Union Hospitalière de Cornouailles
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée et Interrégionale
UMSIS	Unité Mobile de Soutien à l'Inclusion Scolaire
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USMP	Unité sanitaire en milieu Pénitentiaire
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union régionale des Professionnels de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIC	Zone d'Action Complémentaire

