



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-il 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 recomposer 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 Poirer 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 qui sont 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-il 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
Ecart 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%	83,1	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	1 186,1	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		D	E			H	I			L	M		
			C=B/(A+B)		F=E/(E+D)		G=F-C		J=(H/H+I)		K=J-C		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 précipt 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, SEPPIA 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 PDSES 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 œuvre 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 télé médecine (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 télé médecine, 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 reductibles (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 législatif ⁹⁰: 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 reductible 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 PDSES, 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 télémedecine, 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 recombinaisons 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 L.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 gériatriques, en fédérant leurs moyens et leurs missions. Sous couvert de simplifier les dispositifs, les trois ARS ont maintenu les structures gériatriques préexistantes en leur confiant la responsabilité d'une PTA : ce choix fait courir le risque de la persistance d'une orientation gériatrique 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 gériatriques 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.

bénéficier 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 PDSES) 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 Vieillessement (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 individualisés 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 à 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 ;

- 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

Groupeements 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)

Groupeements 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 Bouygard, 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'Efficienc e des Soins
CAQOS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins
CARPEC	Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné
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
COPIL	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
FINES	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	Groupe Hospitalier de Territoire
GIP	Groupe 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
PDSES	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'Efficiencie 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	Système 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	Système National de Données de Santé
SNIIRAM	Système 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 Système de Santé
SU-UHCD	Service d'Urgence-Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
T2A	Tarification 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



Inspection générale
des affaires sociales

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

ANNEXES TOME II

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 -

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : SITUATION DE L'ARS D'Auvergne Rhône Alpes	5
ANNEXE 2 : SITUATION DE L'ARS Bretagne	51
ANNEXE 3 : SITUATION DE L'ARS DE Nouvelle Aquitaine	107
ANNEXE 4 : AIDES A L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	163
ANNEXE 5 : APPLICATIONS INTERVENANT DANS LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SANTE INSTITUTIONNELLE	165

ANNEXE 1 : SITUATION DE L'ARS D'Auvergne Rhône Alpes

SOMMAIRE

-

1	CADRE GENERAL DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE DANS L'ARS ARA	7
1.1	Encadrement national du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par la région ARA.....	7
1.1.1	CPOM Etat-ARS	7
1.1.2	Lettre de mission du DG ARS	9
1.2	Moyens humains et matériels du pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS ARA	9
1.2.1	Analyse quantitative et qualitative des moyens humains de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes consacrés aux fonctions de pilotage (direct et indirect) de l'offre institutionnelle de santé	9
1.2.2	Analyse de l'utilisation des systèmes d'information par l'ARS ARA pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	14
1.3	Organisation des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS....	15
1.3.1	Analyse de l'exercice des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au siège de l'ARS ARA.....	15
1.3.2	Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre institutionnelle de santé	17
1.4	Leviers financiers à la main de l'ARS ARA pour piloter l'offre institutionnelle de santé.....	18
1.4.1	Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation du FIR par l'ARS ARA pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	18
1.4.2	Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation des MIGAC par l'ARS ARA pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé	21
2	INSTRUMENTS UTILISES PAR L'ARS ARA POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE	23
2.1	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS ARA dans le secteur ambulatoire	23

2.1.1	Incitations au regroupement, à la coordination et à l'installation des professionnels de santé	23
2.1.2	Contractualisation avec les professionnels de santé	26
2.1.3	Planification et identification des besoins de santé	27
2.2	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS ARA dans le secteur hospitalier	28
2.2.1	Autorisations et planification hospitalières	28
2.2.2	Contractualisation avec les établissements sanitaires.....	35
2.2.3	Administrations provisoires dans la région ARA	38
2.3	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS ARA dans le secteur médico-social.....	39
2.3.1	Les autorisations.....	40
2.3.2	Contractualisation avec les ESSMS	43
3	ARTICULATION DE L'ARS ARA AVEC LES AUTRES ACTEURS DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE.....	47
3.1	Départements.....	47
3.2	Assurance-maladie.....	48
4	ANNEXE : ANALYSE DES LETTRES D'APPROBATION DES GHT	49

1 CADRE GENERAL DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE DANS L'ARS ARA

Encadré 1 : Région Auvergne Rhône Alpes : éléments signalétiques

Population : au 1er janvier 2016, 7,9 millions d'habitants, soit 12 % de la population totale française ; deuxième région la plus peuplée de France après l'Ile-de-France
Répartition de la population par âge : 9,1 % de la population d'Auvergne-Rhône-Alpes est âgée d'au moins 75 ans (entre 14,3 % et 14,6 % en 2040)
Superficie : troisième région la plus étendue (70 000 km ²) après la Nouvelle-Aquitaine (84 000 km ²) et l'Occitanie (73 000 km ²) ; 13 % du territoire de la France métropolitaine
Concentration urbaine : une métropole (Métropole de Lyon) et trois villes de plus de 100 000 habitants (Saint-Etienne, Grenoble et Clermont-Ferrand) ; 80 % de la population vivant dans de grandes zones urbaines (pôles urbains rassemblant 10 000 emplois et plus) ou dans les couronnes de ces dernières
Chômage : un taux de chômage parmi les plus bas de France (8,7 % en moyenne annuelle 2016, ex-æquo avec l'Ile-de-France et la Bretagne)
Revenu : deuxième revenu disponible médian le plus élevé après celui d'Ile-de-France
Situation épidémiologique : espérance de vie à la naissance, taux de mortalité générale et de mortalité prématurée, légèrement moins défavorables qu'en France métropolitaine
Facteurs de risques : spécificités régionales souvent marquées (consommation d'alcool ou de cannabis chez les jeunes, certaines expositions environnementales liées à la qualité de l'air...)

Source : Mission d'après le guide régional « données de santé », ARS décembre 2017

1.1 Encadrement national du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par la région ARA

En Auvergne-Rhône-Alpes, le siège de l'ARS est réparti sur deux sites : Clermont-Ferrand et Lyon.

950 agents travaillent au siège (920 ETP) et dans l'une des 12 délégations départementales.

Le budget de fonctionnement est de 90 millions d'euros en 2016.

1.1.1 CPOM Etat-ARS

Un contrat signé en 2016 entre l'Etat et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a repris chacun des CPOM des deux régions préexistantes, pour la période 2016-2018. Le nouveau CPOM adapte les plans d'actions par objectif et les indicateurs correspondant au nouveau périmètre de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Les cinq objectifs prioritaires, inscrits dans le contrat sont : 1. Maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé ; 2. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ; 3. Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé ; 4. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de santé ; 5. Garantir une bonne gestion des ressources en ARS.

Ils sont déclinés en objectifs opérationnels pour lesquels sont définis des chantiers et des actions et des sous-actions auxquelles est associé au moins un indicateur.

L'objectif prioritaire qui impacte le plus l'offre institutionnelle de santé est le n°3 « Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé ». Cet objectif prioritaire est décliné en deux objectifs opérationnels ; le premier est dédié à l'organisation de la coordination de prises en charge adaptées aux besoins des usagers, le second à la garantie et à la promotion de l'égal accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées du système.

- Le premier objectif opérationnel, défini dans le contexte régional correspond à la mise en œuvre des deux anciens PRS, du Pacte Territoire Santé et de l'expérimentation Parcours.

Il se décline en trois thématiques : GHT, organisation du premier recours et parcours qui comprennent les actions suivantes :

Pour la thématique « GHT » : la consolidation du périmètre des GHT, l'approbation des projets médicaux partagés, l'identification des mutualisations logistiques et informatiques et la consolidation.

Pour la thématique « organisation du premier recours » : l'actualisation du diagnostic de l'offre, l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones les plus défavorisées, l'exercice mixte (libéral, salariés en établissements médico-social et/ou sanitaire), l'amélioration de l'accès aux soins non programmés par le renforcement de l'offre de premier recours (cabinets de montagne, cabinets avec petit plateau technique) et l'accompagnement des maisons de santé pluri professionnelles et centres de santé .

Pour la thématique « parcours » : la promotion de l'installation d'instances de pilotage territorial des parcours, le maillage du territoire régional avec des plates formes d'appui, la poursuite des expérimentations et dispositifs dits innovants, la mise en place de services numériques et le suivi projets informatiques.

- Pour le second objectif opérationnel, les actions inscrites dans le CPOM ont pour finalité de favoriser l'accès au système de santé dans certains territoires (zones de montagne) ou par groupes de population, ou pallier l'insuffisance de services dans le champ médico-social.

Il recouvre deux thématiques : accès aux soins et prévention.

En ce qui concerne la première thématique (la seconde est hors du champ de la mission), quatre actions sont inscrites dans le CPOM :

- Le rééquilibrage de l'offre d'équipement PH entre les territoires et la couverture des zones blanches ;
- L'affectation des marges dégagées dans le secteur PA à la diversification et au renforcement des services à domicile dans les territoires prioritaires ;
- Le déploiement des engagements de la charte Romain Jacob¹ sur l'ensemble du territoire régional ;

¹ Lancée en 2014, la charte Romain Jacob fixe une ligne de conduite commune pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

- La promotion des coopérations entre les hôpitaux de proximité et les structures d'exercice libéral regroupé.

1.1.2 Lettre de mission du DG ARS

La lettre de mission du DG ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui servira à son évaluation, a été signée le 26 avril 2017 par la ministre en charge de la santé. Elle lui fixe ses objectifs pour l'année 2017. Cette lettre qui s'inscrit dans le cadre de la procédure de suivi du CPOM Etat-ARS, ne comporte aucun objectif spécifique par rapport à l'ensemble des lettres similaires adressées aux directeurs d'ARS.

1.2 Moyens humains et matériels du pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS ARA

1.2.1 Analyse quantitative et qualitative des moyens humains de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes consacrés aux fonctions de pilotage (direct et indirect) de l'offre institutionnelle de santé

Les travaux de la mission relatifs aux moyens humains s'appuient sur les enquêtes relatives aux activités des ARS réalisées par la direction des finances, des achats et des services (DFAS)².

Encadré 2 : Méthodologie d'analyse des ressources humaines des ARS

Afin d'analyser la répartition des moyens humains, 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'évaluation³. Les constats statistiques présentés doivent être reçus avec prudence, en raison des limites suivantes : qualité variable du recueil des informations, dans leur affectation aux différents rubriques, afin de garantir leur homogénéité ; pertinence à évaluer des référentiels au regard des analyses à mener ; non prise en compte de l'adéquation des compétences aux activités⁴ ; absence de données historiques ou environnementales de l'organisation⁵ ; données brutes non corrigées par des inducteurs de charges.

Source : Mission

² Présenté tardivement à la mission, 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 n'a pas pu être utilisé. S'il était décidé d'adopter cette démarche, il conviendrait de revoir les paramètres de modélisation (identification des groupes homogènes, liste des inducteurs et l'indice de pondération qui est attaché à chacun d'eux), le modèle initial ayant été construit pour un périmètre de missions plus large que celui retenu par l'inspection.

³ 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 institutionnelle de santé

⁴ 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.

⁵ 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.

1.2.1.1 L'effort global de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé⁶

- Au 31 décembre 2016⁷, les ARS comptent 8 558,6 ETP dont 1 273,8 ETP (soit 14,9 %) sont dédiés au pilotage de l'offre institutionnelle de santé et 2 031,2 ETP (soit 23,7 %) y participent. 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 institutionnelle de santé.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes compte 920,6 ETP (soit 10,8 % des ETP totaux des ARS), ce qui la situe à la 2^{ème} place des ARS.

Les ETP contribuant au pilotage de l'offre institutionnelle de santé s'élèvent à 382,5 ETP, soit 41,5 % des ETP totaux de l'ARS. Cette contribution se répartie en deux catégories :

- les ETP intégralement dédiés à cette activité : ils sont 144,1 ETP (soit 15,9 %) ;
- les ETP qui participent pour une part de leur temps à cette mission : ils sont 238,4 ETP (soit 25,9 %).

L'«effort» global de l'ARS pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé (41,5 %) est supérieur de 2,9 points au ratio national des effectifs dédiés au pilotage de l'offre qui est de 38,6 %. Pour le seul territoire métropolitain, pour lequel ce même ratio est de 40,8 %, l'effort de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est supérieur de 0,8 point et celle-ci se place au 4^{ème} rang sur les 13 régions métropolitaines.

- Evolution entre 2014 et 2016

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 %). En ARS Auvergne-Rhône-Alpes, les effectifs ont diminué de 21,8 ETP (soit -2,3 %)

Sur la même période, les ETP consacrés au pilotage de l'offre (ETP dédiés + ETP participant) ont baissé de 2 ETP (soit -0,5 %) en ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Au niveau national cette diminution a été de 4,4 %, au même niveau que pour les ETP globaux.

Les ETP consacrés au pilotage affectés au secteur « direction et actions transverses de régulation » diminuent de 18,2 % (-4,1 % au niveau national).

Tableau 1 : Evolutions des ETP consacrés au pilotage de l'offre institutionnelle de santé

ETP dédiés+participants Secteurs	National			ARA			écarts
	2014	2016	variations	2014	2016	variations	
Dir.+Act. transverses régulation	594,1	569,5	-4,1%	52,6	43,0	-18,2%	-14
Soins ambulatoires	393,2	403,4	2,6%	40,8	42,9	5,2%	3
Soins hospitaliers	1 049,5	956,0	-8,9%	129,1	124,7	-3,5%	5
Professionnels de santé	201,2	220,5	9,6%	18,9	19,3	2,4%	-7
Médico-social	1 219,2	1 155,6	-5,2%	143,2	152,7	6,6%	12
total	3 457,1	3 305,0	-4,4%	384,5	382,5	-0,5%	4

Source : Mission (d'après les données DFAS)

⁶ Les travaux relatifs aux ressources humaines s'appuient sur l'«enquête activités des ARS» menée par la DFAS.

⁷ Dernières données disponibles

1.2.1.2 Les caractéristiques des moyens humains mis à la disposition du pilotage de l'offre par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

- La part des ETP qui concourent au pilotage (direct ou indirect) au sein de chacun des secteurs d'activité de l'ARS

Parmi les douze secteurs qui composent le socle d'analyse de l'enquête d'activités des ARS de la DFAS, quatre secteurs « métiers » sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). Dans ces quatre secteurs, en ARS Auvergne-Rhône-Alpes, comme au niveau national, la part des ETP qui ont une activité de pilotage de l'offre, directe ou indirecte, est très forte (plus de 93 %).

Ceci ne paraît pas anormal s'agissant de secteurs d'activité où l'ARS dispose par nature d'un rôle de pilotage stratégique.

Pour le pilotage direct seul, ce taux varie de 23,8 % (secteur médico-social) à 52,7 % (secteur des soins ambulatoires). Le tableau ci-après présente les taux pour l'ensemble des secteurs et au niveau national pour l'année 2016.

Tableau 2 : ETP que l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes consacre au pilotage de l'offre

Secteurs	National							ARA						
	ETP Totaux	ETP consacrés au pilotage						ETP Totaux	ETP consacrés au pilotage					
		ETP dédiés	Parts ETP totaux	ETP participants	Parts ETP totaux	dédiés + participants	Parts ETP totaux		ETP dédiés	Parts ETP totaux	ETP participants	Parts ETP totaux	dédiés + participants	Parts ETP totaux
Activités de direction	373,5			181,1	48,5%	181,1	48,5%	32,8			16,4	49,9%	16,4	49,9%
Activités transverses de régulation	597,9	388,4	65,0%			388,4	65,0%	39,8	26,7	67,0%			26,7	67,0%
Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations	1 974,7					0,0		195,4						
Prévention et promotion de la santé publique	369,9					0,0		40,5						
Soins ambulatoires	427,7	217,4	50,8%	186,0	43,5%	403,4	94,3%	45,0	23,7	52,7%	19,2	42,7%	42,9	95,3%
Soins hospitaliers	986,2	290,2	29,4%	665,8	67,5%	956,0	96,9%	127,9	46,9	36,6%	77,8	60,8%	124,7	97,5%
Professionnels de santé (régulation de l'offre)	220,5	71,6	32,5%	148,9	67,5%	220,5	100,0%	19,3	8,2	42,2%	11,2	57,8%	19,3	100,0%
Médico-social	1 216,3	306,2	25,2%	849,5	69,8%	1155,6	95,0%	163,2	38,8	23,8%	113,9	69,8%	152,7	93,6%
Fonctions de gestion	364,5					0,0		37,3						
Missions d'appui	547,7					0,0		50,1						
Missions supports	1 186,1					0,0		131,4						
Activités hors périmètre des ARS	293,8					0,0		38,1						
Total général	8 558,7	1 273,8	14,9%	2 031,2	23,7%	3 305,0	38,6%	920,6	144,1	15,7%	238,4	25,9%	382,5	41,5%

Source : Mission

- La répartition des ETP qui se consacrent au pilotage, entre secteurs d'activité

Le tableau qui suit précise la répartition des ETP consacrés par l'ARS au pilotage de l'offre institutionnelle de santé entre les secteurs d'activité.

Tableau 3 : Répartition, entre les différents secteurs d'activité, des ETP que l'ARS consacre Auvergne-Rhône-Alpes consacre au pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Secteurs	ETP dédiés au pilotage					ETP participant au pilotage					ETP dédiés + participant au pilotage				
	national		ARA		écarts	national		ARA		écarts	national		ARA		écarts
	total	%	total	%		total	%	total	%		total	%	total	%	
Dir+Act. transverses de régulation	388,4	30%	26,65	18%	-11,1	181,1	9%	16,4	7%	-1,9	569,5	17,2%	43,0	11,2%	-6,0
Soins ambulatoires	217,4	17%	23,70	16%	-0,8	186,0	9%	19,2	8%	-0,9	403,4	12,2%	42,9	11,2%	-1,0
Soins hospitaliers	290,2	24%	46,85	33%	8,1	665,8	32%	77,8	33%	0,4	956,0	28,9%	124,7	32,6%	3,7
Professionnels de santé	71,6	5%	8,15	6%	0,2	148,9	7%	11,2	5%	-2,5	220,5	6,7%	19,3	5,0%	-1,6
Médico-social	306,2	23%	38,75	27%	3,6	849,5	43%	113,9	48%	5,0	1 155,6	35,0%	152,7	39,9%	4,9
Totaux	1 273,8	100%	144,10	100%		2 031,2	100%	238,4	100%		3 305,0	100%	382,5	100%	

Source : Mission (d'après les données DFAS)

C'est le secteur d'activité médico-social qui mobilise la part la plus importante des ETP consacrés par l'ARS au pilotage de l'offre. Cette part est encore plus importante en Auvergne-Rhône-Alpes qu'au niveau national (+ 4,9 points : 39,9 % des ETP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes contre 35,0 % au niveau national).

Le secteur d'activité des professionnels de santé mobilise 5,0 % des effectifs de pilotage, soit 1,6 point de moins qu'au niveau national.

Le pilotage du secteur des soins ambulatoires et celui de la régulation de l'activité des professionnels de santé bénéficient au total de 16,2 % des effectifs de pilotage, soit 2,7 points de moins que la moyenne nationale.

➤ La répartition par groupes professionnels

L'analyse de la ventilation des ETP consacrés au pilotage entre groupes professionnels fait apparaître, en Auvergne-Rhône-Alpes, les résultats suivants :

- plus de la moitié des ETP (58,4 %) appartient au groupe constitué des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social » ; ce ratio dépasse de 7 points le ratio national. Le groupe des « agents et techniciens » représente 20,6 % des effectifs globaux ; ce ratio est supérieur de 1,8 point au ratio national ;
- en revanche, les ratios sont plus faibles qu'au niveau national pour les cadres et cadres supérieurs (- 8,6 points), et les agents de direction (-0,3 point) ;
- 39,9 % de ces ETP sont affectés au pilotage du secteur médico-social (38,1 % au niveau national), ce qui en fait le secteur le mieux doté en moyens humains consacrés à son pilotage.

Tableau 4 : Répartition, par groupes professionnels, des ETP consacrés au pilotage de l'offre au 31 décembre 2016

ETP dédiés + participant au pilotage	Répartition par groupes									
	Direction		Cadres et Cadres supérieurs		Agents et techniciens		Professionnels de santé, cadres techniques ES et experts Autres agents secteur Médico-Social		Total	
	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Secteurs										
Dir.+Act. transverses régulation	5,7	77,0%	9,1	12,4%	1,4	1,7%	26,9	12,0%	43,0	11,2%
Soins ambulatoires	0,1	1,4%	10,0	13,7%	12,1	15,3%	20,8	9,3%	42,9	11,2%
Soins hospitaliers	0,5	6,8%	28,0	38,4%	27,3	34,6%	68,9	30,8%	124,7	32,6%
	0,1	1,4%	3,4	4,6%	2,8	3,6%	13,1	5,8%	19,3	5,0%
Médico-social	1,0	13,5%	22,5	30,8%	35,4	44,8%	93,9	42,0%	152,7	39,9%
Total	7,4	100,0%	72,8	100,0%	78,85	100,0%	223,45	100,0%	382,5	100,0%
nombre d'ETP par groupes	7,4		72,8		78,85		223,45		382,5	
Part de chaque groupe / ETP totaux consacrés au pilotage	1,9%		19,0%		20,6%		58,4%		100%	

Rappel : national

ETP par groupes	72,6	913,4	621,4	1 697,6	3 305,0
Part de chaque groupe / ETP totaux	2,2%	27,6%	18,8%	51,4%	100%

Source : Mission (d'après les données DFAS)

➤ La répartition siège / délégations départementales

La répartition des ETP affectés au pilotage de l'offre entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD) fait l'objet du tableau de synthèse ci-après. La ventilation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est comparée à celle de l'ensemble des ARS.

Le siège rassemble 44,8 % de ces ETP en ARS Auvergne-Rhône-Alpes contre 52,0 % pour la moyenne nationale.

La répartition des ETP entre DR et DD est très différente de la moyenne nationale pour les ETP consacrés au pilotage du secteur des soins ambulatoires (32,6 % pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et 50,6 % pour la moyenne nationale).

La « concentration » de la fonction de pilotage au niveau du siège est très forte dans le secteur « professionnels de santé » (76,2 % pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes contre 73,2 % pour l'ensemble des ARS).

Tableau 5 : Répartition des ETP consacrés au pilotage de l'offre entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD)

ETP dédiés+participants	National		ARA		poids du niveau DR		
Secteurs	DR	DD	DR	DD	National	ARA	écarts ARA/national poids de la DR (en point)
Dir.+Act. transverses régulation	321,2	248,3	21,7	21,3	56,4%	50,5%	-5,9
Soins ambulatoires	204,1	199,3	14,0	28,9	50,6%	32,6%	-18,0
Soins hospitaliers	620,1	335,9	72,8	51,9	64,9%	58,4%	-6,5
Professionnels de santé	161,3	59,2	14,7	4,6	73,2%	76,2%	3,0
Médico-social	410,2	745,4	48,0	104,7	35,5%	31,4%	-4,1
total	1 717,0	1 588,0	171,2	211,3	52,0%	44,8%	-7,2

Source : Mission (d'après les données DFAS)

Encadré 3 : Synthèse

L'effort global pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

La part des ETP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes consacrée à cette mission est de 41,5 % ; il est supérieur de 0,8 point au ratio des 13 régions métropolitaines qui est de 38,6 %. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes se place au 4ème rang des régions métropolitaines.

L'évolution entre 2014 et 2016

Entre 2014 et 2016 les ETP globaux de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ont diminué de 2,3 % (-4,4 % au niveau national). Sur la même période, les ETP consacrés au pilotage de l'offre (ETP dédiés + ETP participant) n'ont baissé que de 0,5 % en ARS Auvergne-Rhône-Alpes (-4,4 % au niveau national). L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a protégé sa capacité à piloter l'offre institutionnelle de santé.

La part des ETP qui concourent au pilotage (direct ou indirect) par secteur d'activité

Quatre secteurs de l'enquête d'activité des ARS sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). La part des effectifs qui ont une activité de pilotage de l'offre, directe ou indirecte, y est très forte (plus de 93 %). Pour les effectifs de pilotage direct seul, ce taux varie de 23,8 % (domaine médico-social) à 52,7 % (secteur des soins ambulatoires).

La répartition par secteurs d'activité

On note un effort plus important pour le secteur médico-social de + 4,9 points (39,9 % des ETP de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes contre 35,0 % au niveau national). Ce secteur mobilise lui-même une part importante des ETP consacrés au pilotage par rapport aux autres (soins ambulatoires et professionnels de santé : 16,2 %, soins hospitaliers : 32,6 %)

La répartition par groupes professionnels

Plus de la moitié des ETP (58,4 %) appartient au groupe des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé et experts et autres agents du secteur médico-social » ; ce ratio dépasse de 7 points le ratio national (51,4 %).

La répartition siège / délégations départementales

Sur l'ensemble des secteurs, le poids du siège est de 44,8 % en ARS Auvergne-Rhône-Alpes, alors qu'il est de 52,0 % pour la moyenne nationale. Cet écart est de 18 points pour ce qui concerne les ETP consacrés au pilotage du secteur des soins ambulatoires (33 % pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et 51 % pour la moyenne nationale).

Source : Mission

1.2.2 Analyse de l'utilisation des systèmes d'information par l'ARS ARA pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Dans le cadre du schéma directeur du SI mutualisé des ARS, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est référente pour deux systèmes d'information : e-CARS (gestion partagée de la contractualisation avec les ES et ESSMS) et Atlasanté (gestion et utilisation de données géographiques) et participe à la construction de la feuille de route des SI nationaux.

Pour le pilotage de l'offre, sa contribution ⁸ concerne notamment la formalisation :

- du retour d'expérience des utilisateurs relatif à la croissance lente de l'utilisation de DIAMANT (plateforme décisionnelle), les difficultés rencontrées pour l'utilisation de SPICE-ARS (gestion et suivi des CPOM Etat-ARS) et l'utilisation intensive de e-CARS sanitaire (gestion et suivi des CPOM ARS) pour les CPOM sanitaires et les CAQES ;
- des attentes ou des besoins concernant la mise à disposition de l'appliquetif de gestion des autorisations des ESMS ;
- des alertes techniques ou fonctionnelles portant sur la redondance de certains aspects du projet dit « vision à 360° d'un établissement sanitaire ou médico-social », avec l'appliquetif DIAMANT.

Au cours des entretiens avec la mission, certaines directions métiers ont fait part de leur souhait de disposer de l'application e-CARS médico-social, d'interfaces avec d'autres systèmes (tableau de bord de l'ANAP) ou bases de données, de la mesure de l'activité (pour laquelle l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes travaille avec les fédérations) ; elles ont également fait part de leur déception relative aux défaillances et aux incomplétudes de certaines applications comme SEPPIA, application de la CNSA

⁸ D'après la réponse que l'ARS a fournie à la DSISS dans le cadre de la programmation 2018 du SI mutualisé des ARS,

pour le suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations⁹.

Pour pallier les déficiences de SEPPIA, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a élaboré un outil *ad hoc*.¹⁰

1.3 Organisation des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS

1.3.1 Analyse de l'exercice des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au siège de l'ARS ARA

Le siège de l'agence comporte quatre directions dites directions métiers : la direction de la stratégie et des parcours, la direction de l'offre de soins, la direction de l'autonomie et la direction de la santé publique. Seules les trois premières assurent le pilotage de l'offre de santé.

D'autres services sont conduits à s'investir dans le pilotage de l'offre de soins : outre bien sûr la direction générale dans son ensemble, la mission inspection évaluation contrôle qui lui est rattachée et le pôle pilotage stratégique et prospective rattaché au secrétariat général. Au sein de la direction de la santé publique, c'est la direction déléguée prévention et protection de la santé, ou le pôle sécurité des activités de soins et vigilances au sein enfin la direction des ressources humaines.

Il n'y a pas de direction financière au sein de l'ARS, mais une direction déléguée plus particulièrement chargée du financement dans deux directions : à la direction de l'offre de soins, la direction déléguée finances et performance comporte un pôle performance et investissement et un pôle finances et PMSI ; au sein de la direction de l'autonomie c'est une direction déléguée, pilotage budgétaire et de la filière autonomie, avec un pôle allocation et optimisation des ressources qui assure la fonction budgétaire. C'est donc au sein de ces deux directions que s'opèrent les arbitrages financiers.

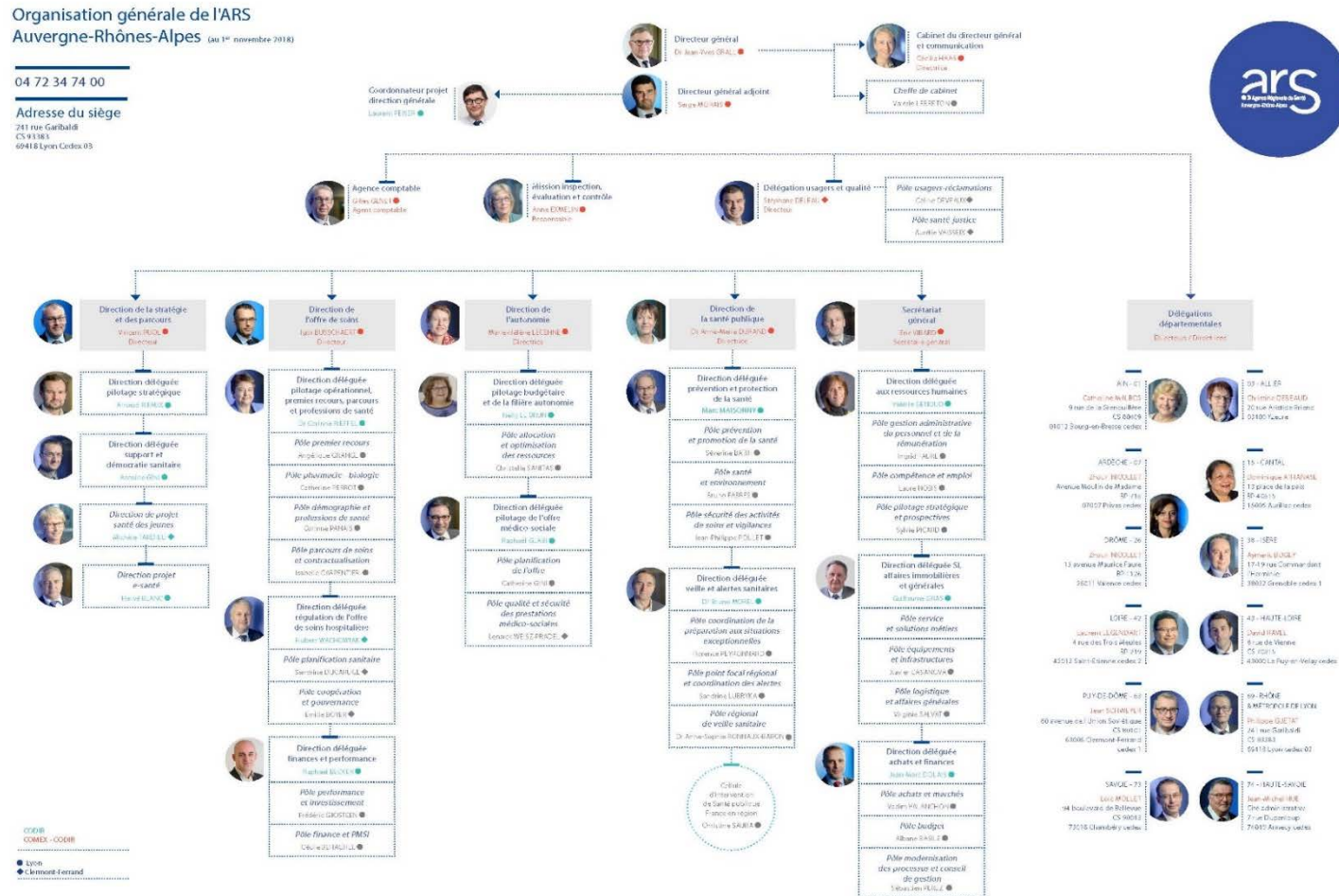
Ce découpage qui correspond à celui des enveloppes de l'ONDAM, peut être considéré comme favorable à la stratégie des directions et à leur responsabilisation de leur confier tout à la fois la réflexion stratégique et le financement des actions qui en découlent. A l'inverse, il peut être plus difficile, dans ce choix d'organisation, de mener une réflexion stratégique de moyen et long terme, tout en apportant à un horizon plus court, les réponses aux contraintes financières et d'anticiper la réflexion sur la fongibilité des financements.

Par ailleurs, les directeurs des délégations départementales sont rattachés directement au directeur général de l'ARS et sont placés sous son autorité. Ils sont en outre rattachés fonctionnellement aux directions métiers. Les agents des délégations sont les référents sur certains thèmes et participent avec les agents du siège aux projets conduits par des équipes projets, afin de faciliter l'articulation entre métiers et territoires.

⁹ Le redéploiement saisi dans SEPPIA ne concernerait que les créations de places et non le solde

¹⁰ Par ailleurs, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a développé des SI métiers qui ne servent pas directement au pilotage de l'offre, soit qu'elle intervient pour l'ensemble des ARS (CBU pour les contrats de bon usage du médicament et SITS « Transporteurs sanitaires »), soit que l'offre n'existe pas au sein du SI mutualisé (Evalie MS pour l'instruction des rapports d'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Bien que l'instruction des rapports d'évaluation externe soit une préoccupation pour l'ensemble des ARS, il n'existe pas encore d'applicatif au niveau national. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, comme toutes les ARS, a développé son propre outil (cf. rapport IGAS 2016-113 de juin 2017 sur l'évaluation interne et externe des ESSMS).

Schéma 1 : Organigramme ARS ARA



Source : ARS

1.3.2 Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Les délégations départementales sont rattachées hiérarchiquement au directeur général de l'ARS et fonctionnellement aux directions métiers.

Pour leur nomination, les délégués doivent répondre à un appel en candidature et seront nommés, le cas échéant, par arrêté, après entretien. Ils ne disposent d'une lettre de mission que depuis récemment. Cette lettre de mission comporte des objectifs fixés par le directeur général sur la base des propositions du délégué. Parmi ces objectifs figurent toujours un volet offre, un volet médicosocial et un volet prévention, ainsi qu'un volet gestion des ressources humaines, sur lesquels ils seront évalués.

Le collège des délégations départementales a été supprimé, mais celles-ci tiennent néanmoins des réunions informelles entre elles. En revanche, elles participent au COMEX aux côtés des directions métiers, soit 12 personnes en sus du siège. Les différents aspects de la politique régionale relevant du pilotage sont exposés en préalable à la réunion sous la forme d'une note qui permet de nourrir des débats qui, aux dires des interlocuteurs de la mission, seraient libres et riches : les délégations y participent sur la base de leur expérience terrain. Le siège a élaboré « un standard » des relations entre les directions et les délégations, qui sont soumises à procédure, sauf l'animation territoriale, car les différences d'un territoire à l'autre empêchent la standardisation.

Les délégations départementales ont un rôle de représentation territoriale plutôt qu'un rôle dans la définition de politiques et sont chargées de faire remonter les données de terrain : elles effectuent ainsi un travail de vigie. Chaque délégation conduit sur son terrain la déclinaison territoriale du PRS telle que le directeur général la définit. Son action est très importante vis-à-vis des collectivités territoriales et en particulier des communes. La concertation avec les élus doit permettre de mener efficacement les dossiers et éviter que leur résolution ne traîne en longueur.

Mais, les délégations départementales ne peuvent engager aucun crédit et n'ont pas, sauf cas exceptionnel, de pouvoir de décision en propre sur la plupart des dossiers, ni technique ni financier ; la réponse qu'elles peuvent apporter à leurs interlocuteurs est rarement immédiate. Globalement, dans le Rhône, les relations avec la métropole et le conseil départemental sont informelles mais fluides et régulières, aux dires à la fois du directeur départemental et des responsables des collectivités concernées.

Le pilotage reste l'apanage du siège. Toutefois l'apport territorial en ce domaine paraît plus marqué dans le cadre de la politique à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées que dans le secteur sanitaire.

Lorsque la stratégie est définie et connue, la latitude d'action des délégations départementales est plus grande. Par ailleurs, la délégation départementale, même si elle n'a pas toutes les compétences techniques nécessaires sur tous les aspects des projets, doit être capable d'assurer la conduite des projets.

Du fait de leur rattachement fonctionnel aux directions métiers, les délégations départementales sont à la fois le lieu de la synthèse territoriale et de gestion des contradictions entre les trois directions métiers.

Un projet emblématique de cette répartition des compétences entre le siège et la délégation départementale est celui du rapprochement du centre médical, soins de suite et de réadaptation, de Bayère à Charnay et d'un établissement privé : le projet est inscrit dans le PRS, établi par le siège, qui en facilite la réalisation. L'accompagnement du projet sur le terrain est assuré dans ses différentes phases par la délégation du Rhône qui en garantit la réalisation. Le projet sera conclu par le siège et la délégation territoriale.

En ce qui concerne les relations avec l'assurance maladie, un des sujets principaux est celui des professionnels libéraux, qui est d'abord une mission du siège. En ce qui concerne plus précisément les installations des professionnels libéraux, les délégations départementales ont examiné le zonage avec la cpam. A cet égard, la présence de médecins dans les délégations paraît très importante pour assurer notamment une fonction médiatrice dans les relations avec les professionnels de santé.

Dans le secteur médico-social, les groupes gestionnaires des établissements font désormais le départ entre relations institutionnelles qui relèvent du siège quand le reste des sujets relève des directions départementales. Lorsque les CPOM relèvent de la compétence du conseil départemental, ils sont pilotés par la délégation territoriale.

1.4 Leviers financiers à la main de l'ARS ARA pour piloter l'offre institutionnelle de santé

1.4.1 Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation du FIR par l'ARS ARA pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

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).

S'agissant de la région ARA, les crédits sont répartis de la manière suivante entre les cinq missions :

Tableau 1 : Répartition des crédits FIR en missions

Crédits comptabilisés (en €)			
Mission		2016	2017
1	Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	65 286 112,00	66 903 105,72
2	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	103 633 715,00	114 597 747,93
3	Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	108 980 816,00	111 063 729,54
4	Efficiences des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	92 143 377,00	98 343 904,54
5	Développement de la démocratie sanitaire	287 767,00	175 257,75
Autres		-	492,92
Total (en €)		370 331 787,00	391 083 745,48

Source : ARS

La mission a demandé à l'ARS de déterminer, au sein de l'ensemble des crédits, ceux qui permettent de favoriser une évolution de l'offre de soins. Les missions 4 et 5 sont globalement hors sujet. Au sein de la mission 3, les actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé sont clairement orientées vers l'évolution de l'offre. Le financement de la permanence des soins a trait à l'organisation de l'offre mais pas à sa recomposition. La mission 2 contient d'assez nombreuses lignes de crédits qui impactent potentiellement l'offre (développement de parcours de santé coordonnés, réseaux de santé, maisons des adolescents, médecins correspondants de Samu, équipes mobiles de gériatrie, paerpa, maia...). Enfin, au sein de la mission 1, de manière plus ciblée, certaines actions impactent l'organisation de l'offre.

Par ailleurs, la mission a demandé que l'ARS classe les crédits en quatre catégories, correspondant à une flexibilité d'utilisation croissante :

1. crédits protégés-sanctuarisés
2. dépense obligatoire (base législative ou réglementaire, orientation politique forte) mais variable
3. dépense non obligatoire mais récurrente
4. crédit d'affectation libre dans le cadre des orientations d'utilisation.

L'appréciation par l'ARS conduit aux proportions suivantes :

Tableau 2 : Répartition des crédits FIR en classes de flexibilité

Qualification	2016		2017	
	Montants	Pourcentage	Montants	Pourcentage
1	60,00	0,00 %	690 218,00	0,18 %
2	126 255 154,00	34,09 %	131 640 808,60	33,66 %
3	133 978 066,00	36,18 %	143 986 436,30	36,82 %
4	110 060 612,00	29,72 %	114 709 776,31	29,33 %
TOTAL	370 293 892,00	99,99 %	391 027 239,21	99,99 %

Source : ARS

Les crédits protégés (par fongibilité asymétrique) ne peuvent être utilisés que pour une affectation précise. Ils ne représentent qu'une très faible part du FIR: dispositif Paerpa par exemple.

Les crédits délégués pour le financement des Maia et Gem constituent une enveloppe minimale et par ailleurs sont utilisables plus largement pour les secteurs médico-social et prévention.

S'agissant des dépenses obligatoires mais variables quant au montant utilisé, de manière générale (catégorie 2), l'ARS remarque que leurs promoteurs politiques ou techniques au niveau national demandent que les crédits soient utilisés sur des projets identifiés, comme en témoignent les orientations assez précises de la circulaire annuelle. La question porte dès lors sur la marge de manœuvre dont dispose réellement l'ARS : le fléchage des crédits au niveau national porte sur l'orientation et la nature des projets, leur choix précis et les montants utilisés relevant de la marge de manœuvre des ARS.

Certaines dépenses importantes de cette même catégorie ne peuvent en réalité être mises en question : par exemple s'agissant de la PDSES et de la PDSA qui représentent 108 M€ en 2017, soit 28 % du FIR régional. Toutefois, des évolutions – lentes - dans l'évolution de ces crédits peuvent être réalisées.

Par ailleurs, l'ARS note globalement une contrainte d'utilisation liée à la parution tardive de l'arrêté de délégation des crédits et de la circulaire annuelle FIR.

Dans la catégorie 3 (dépenses non obligatoires mais récurrentes) et s'agissant des aides en trésorerie versées aux établissements, leur récurrence est variable. L'ARS cherche à maîtriser le montant de cette ligne, qui, de fait, a significativement décru. Un mécanisme de soutien anticipé à l'établissement en difficulté qui se déclenchait de manière automatique sur la base de critères précis a été notamment remplacé par une analyse au cas par cas.

Enfin, l'ARS s'estime libre de l'utilisation des crédits FIR (dans le cadre des orientations de la SNS) pour environ 30 % de leur montant total (catégorie 4).

Les principales lignes concernées sont :

- pilotage de la santé publique/partenariats/études,
- certaines expérimentations (vaccination en pharmacie),
- certaines actions de développement de parcours coordonnés (télémédecine, PTA, SNACs),

- enfin, pour l'essentiel, au sein de la mission 4, les crédits d'appui à la performance hospitalière, des opérations de modernisation, adaptation et restructurations des établissements, des actions de mutualisation de moyens entre établissements (Systèmes d'information, groupements d'achats...).

1.4.2 Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation des MIGAC par l'ARS ARA pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Comme pour le Fonds d'investissement régional, la mission a demandé à l'ARS d'indiquer les marges de manœuvre dont elle dispose dans l'utilisation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et parmi celles-ci, celles qui portent sur l'évolution de l'offre de soins.

S'agissant de l'analyse des marges de manœuvre régionale, 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. C'est par exemple le cas des MERRI, de loin la dotation la plus importante (187M).

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 faire l'objet d'adaptations par l'ARS. L'ARS indique par exemple, s'agissant du financement des SMUR (82M) que des travaux techniques significatifs ont dû être engagés pour égaliser les dotations entre les deux ex régions Auvergne et Rhône-Alpes.

Les MIG dites en base sont déléguées à l'ARS qui décide de leur utilisation. Néanmoins, les plus importantes (unités sanitaires en milieu pénitentiaire, 15M et permanences d'accès aux soins, 6,5M) ont fait l'objet de modélisations régionales et sont de ce fait très peu flexibles.

Enfin, quatorze MIG sont déléguées dans le cadre du FIR¹¹.

Les montants respectifs des quatre catégories de MIGAC¹² sont les suivants pour la région ARA.

Tableau 3 : Répartition des MIGAC par catégorie

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	%
MIG JPE imp.	330102249	43,42 %
MIG JPE ind	209152204	27,51 %
MIG base	49365770	6,49 %
MIG FIR	171653587	22,58 %
	760273810	100,00 %

Source : Mission d'après données ARS

¹¹ 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 télémedecine, 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.

¹² Les MIG FIR sont également incluses dans les précédents tableaux relatifs au FIR

S'agissant de l'impact sur l'évolution de l'offre de soins, la répartition quantitative des MIGAC est la suivante, selon l'analyse de l'ARS.

Tableau 4 : MIGAC à impact sur l'évolution de l'offre de soins

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	Part de la catégorie MIG
MIG JPE imp.	330102249	100,00 %
MIG JPE ind	209152204	100,00 %
MIG base	49365770	100,00 %
MIG FIR	171653587	100,00 %
Total	760273810	100,00 %

Source : *Appréciation ARS*

De ce point de vue, le regard porté par l'ARS ARA diffère notablement de celui d'autres ARS sollicitées, particulièrement sur les MIGAC JPE impératives et les MIG en base. L'ARS considère qu'il est « délicat de mesurer l'impact sur l'évolution de l'offre de soins de chacune des MIG dans la mesure où l'ensemble de ces MIG sont issues de décisions nationales et non régionales. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une politique hospitalière et ont vocation à soutenir l'offre de soins régionale. Les MIG octroyées aux établissements permettent de proposer une offre globale de prise en charge déclinée par établissement avec des degrés de spécialisation divers. L'ensemble de ces MIG financées aux différents acteurs d'un territoire selon des règles définies au niveau national doivent ainsi correspondre à une offre de soins globale cohérente et équitable devant répondre aux besoins de la population du territoire. »

2 INSTRUMENTS UTILISES PAR L'ARS ARA POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE

2.1 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS ARA dans le secteur ambulatoire

Encadré 4 : Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)

Selon les dispositions nationales du 2 décembre 2015, le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) est un service d'information de proximité développé par les agences régionales de santé pour orienter les étudiants, internes, médicaux et paramédicaux à chaque étape clé de leur vie professionnelle.

Source : Ministère de la santé

Selon une note de l'ARS ARA, « le portail d'accompagnement des professionnels de santé » est un site internet qui centralise l'ensemble des questions, informations, aides méthodologiques à destinations des professionnels de santé pour faciliter leur installation mais également leur démarche administrative et leur pratique professionnelle. Dans ce cadre, un comité technique régional de l'accès aux soins permet de partager la politique régionale en termes d'accès aux soins et d'organisation du premier recours.

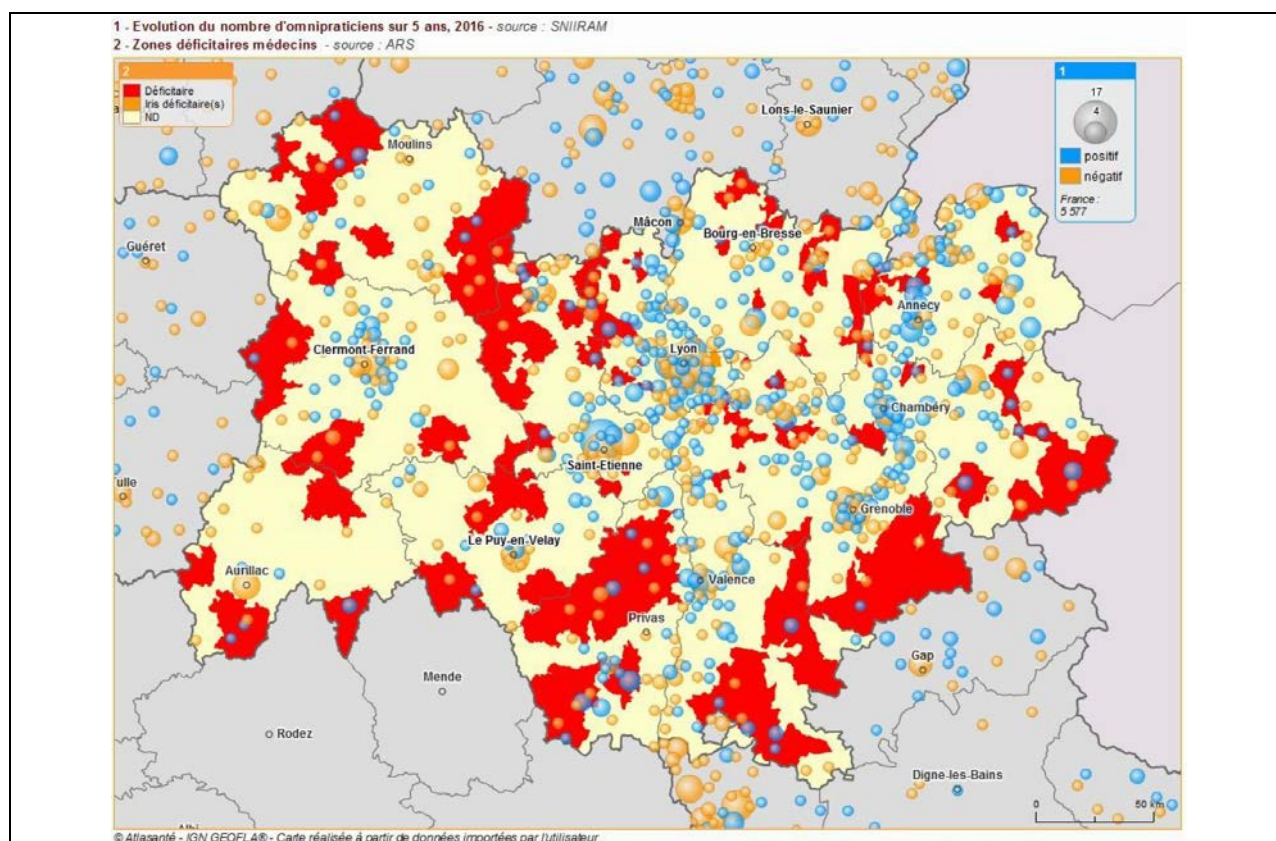
En outre, deux instances, une régionale, une départementale, se réunissent régulièrement « selon un ordre du jour type :

- dossier d'actualité du moment
- validation des dossiers de MSP
- validation des dossiers ESP / CPTS
- Points divers ».

2.1.1 Incitations au regroupement, à la coordination et à l'installation des professionnels de santé

Encadré 5 : Situation de la médecine libérale en région ARA

S'agissant des médecins omnipraticiens libéraux, « En 2011, 4 départements étaient en dessous de la densité nationale (9,6/10 000 hab.) et 2 de ces départements ont encore perdu des médecins depuis, l'Ain et la Haute-Loire. » et « En 2016, un cinquième département passe sous la densité nationale, l'Allier. » Les Zones "fragiles" arrêtées en 2012 par les ARS et évolution du nombre d'omnipraticiens sur 5 ans en Auvergne-Rhône-Alpes sont retracées sur la carte ci-dessous.



Quant aux spécialistes, « Les départements ruraux (Ain, Allier, Ardèche, Cantal et Haute-Loire) sont les plus impactés par la faible offre de médecins spécialistes libéraux. La majorité des spécialités principales enregistre une densité de professionnels pour 100 000 habitants inférieure de plus de 30 % à la densité nationale. »

Source : Mission d'après le guide régional « données de santé », ARS décembre 2017

- Analyse de la politique régionale de santé au regard des maisons de santé pluriprofessionnelles

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 173 MSP en fonctionnement et une quarantaine de projets au 01.01.2018. En mars 2017, 171 MSP étaient réparties sur l'ensemble du territoire¹³. En juin 2016, elle en comptait un peu plus de 120.

La création de l'ARS ARA a été l'occasion de concilier deux politiques différentes menées par les deux anciennes régions. En Rhône-Alpes, les MSP étaient accompagnées directement par l'ARS alors qu'en Auvergne, cette mission était confiée à un prestataire de service.

En 2016 il a été décidé d'évaluer la plus-value des MSP : un échantillon de 12 MSP a été constitué pour réaliser cette évaluation.

¹³ prs données régionales de santé p59

Encadré 6 : Evaluation de 12 maisons de santé

L'évaluation a été lancée sur la base d'un cahier des charges élaboré par une équipe projet de l'ARS et validé lors d'un COPIL réuni en juin 2016. Ce COPIL était composé, outre de représentants de l'ARS, de 3 représentants des professionnels de santé (CROM, URPS médecins et fédération des MSP) et d'1 représentant de l'assurance maladie.

Le nombre de professionnels médicaux est en hausse (6 MSP) ou en stabilisation (4 MSP) pour 10 des 12 MSP évaluées. L'implantation d'une MSP semble maintenir l'offre de soins au sein des territoires sur lesquels elles sont présentes que ceux-ci soient ruraux, périurbains ou urbains. Elles permettent également de développer l'offre de soins sur les secteurs fragiles avec l'arrivée notamment de professionnels tels que des pédicures-podologues, des orthophonistes, des sages-femmes, des gynécologues... afin d'apporter une offre toujours plus riche à sa patientèle.

Les MSP évaluées ont bien mis en œuvre les actions inscrites dans le projet de santé déposé au moment de leur labellisation.

Les principaux axes à améliorer sont l'organisation et la formalisation de la pluri-professionnalité, le partage du système d'information, et la protocolisation.

Toutefois, la mise en œuvre du projet de santé dans sa totalité ne peut-être immédiate. Les professionnels de santé doivent non seulement s'approprier les nouveaux outils mais également apprendre à travailler ensemble.

Globalement, les MSP évaluées répondent bien aux critères de labellisation : les professionnels de santé suivent tous des formations dans le cadre de leur corps de métier ; les médecins participent à la PDSA en lien avec les praticiens du secteur ; les MSP offrent une opportunité de formation aux étudiants...

Toutefois, tout comme pour la mise en œuvre du projet de santé, des axes portant sur l'organisation de la pluri-professionnalité sont à améliorer (réunion, SI partagé, protocoles...), même si les professionnels de santé rencontrés dans le cadre de cette évaluation sont unanimes sur les avantages que présente une MSP, la collaboration entre les différents acteurs de santé au sein de ces structures n'est pas toujours évidente à mettre en place. Le travail d'équipe sera d'autant plus efficace s'il résulte du souhait de chacun de travailler ensemble dans l'intérêt des patients.

Or, le mode de management de l'équipe pluri professionnelle influe fortement sur la dynamique de groupe et sur la capacité à formaliser la coordination entre l'ensemble des professionnels de santé de la structure (réunions, protocoles, formations communes).

Sur certaines structures, il est constaté un manque de formalisation de l'exercice pluri-professionnel qui met en difficulté la MSP si elle souhaite bénéficier des nouvelles modalités de rémunération (NMR). Dans ce cas, la fonction de coordination est attendue par les professionnels de santé. Elle devient nécessaire pour la mise en œuvre du projet de santé.

La localisation géographique de la structure peut également être un frein pour l'installation de jeunes professionnels de santé lorsque le territoire est trop isolé des principaux établissements de santé et des équipements et services pour la population.

Source : ARS ARA

Il semble à la lecture de cette évaluation que le soutien des professionnels de santé dans le montage de leur projet médical est à conforter par l'ARS. De la même façon, il pourrait revenir à l'ARS ou l'assurance maladie et des collectivités locales d'augmenter sélectivement les financements des MSP, en particulier pour soutenir la fonction de coordonnateur.

Le soutien à la professionnalisation de la fonction de coordination pourrait passer par l'utilisation de financements FIR au titre de la politique MSP et la poursuite du soutien de l'ARS à la formation des coordonnateurs notamment pour en augmenter du nombre des bénéficiaires, en lien avec l'EHESP.

Enfin, en matière de système d'information, l'amélioration du réseau internet pourrait faire l'objet d'un projet inter-administrations régionales dont l'ARS serait partie prenante. Les difficultés des professionnels de santé à utiliser le système d'information de leur maison de santé suggère qu'une contribution à l'achat et à l'installation de logiciels pourrait leur être apportée de même qu'une aide à la formation des membres de l'équipe ou un soutien par la mise à disposition des équipes d'un médecin DIM (Département d'information médicale) via la poursuite du soutien au financement de la fédération régionale des maisons de santé (FEMASAURA).

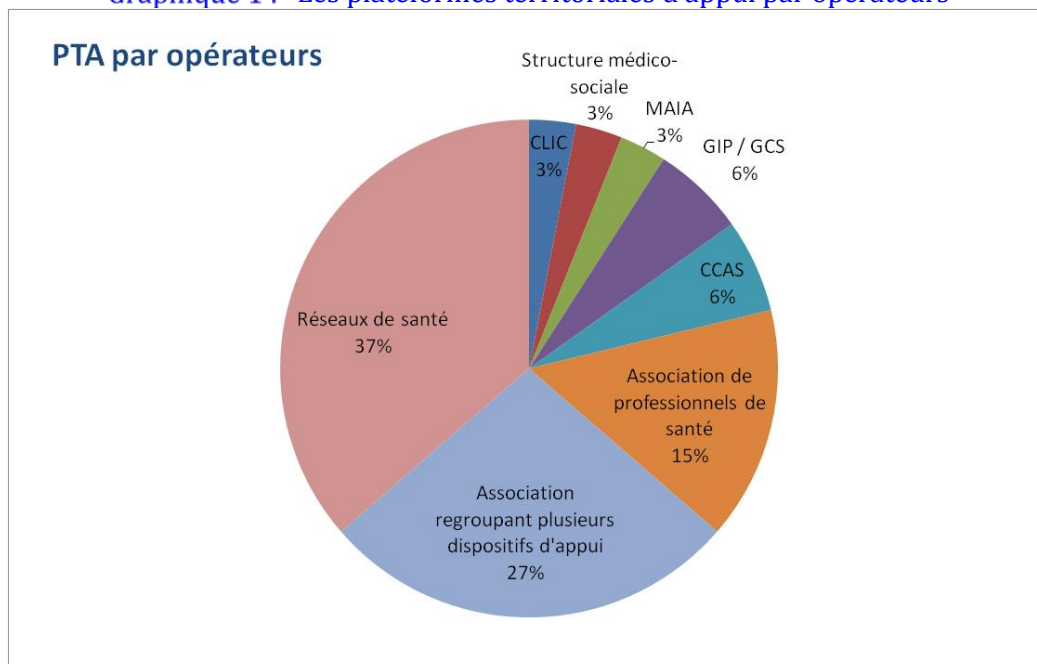
Sur le plan financier, l'ARS attribue pour la création d'une maison de santé une enveloppe de 50 000 € destinée à accompagner le montage de son projet de santé et des statuts de la SISA, en finançant le système d'information et l'équipement des parties communes.

Le conseil régional concourt au financement de l'investissement immobilier pour 200 000 € maximum et la préfecture peut aller jusqu'à 100 000€. Certains conseils départementaux peuvent également apporter une contribution financière.

- Analyse de la politique régionale de la (s) **plateforme(s) territoriale(s) d'appui**, de son adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS ARA

Ainsi qu'il a été dit plus haut, figure au sein des objectifs inscrits dans le CPOM passé entre l'Etat et l'ARS « le maillage du territoire régional avec des plates formes d'appui ».

Graphique 1 : Les plateformes territoriales d'appui par opérateurs



Source : ARS

2.1.2 Contractualisation avec les professionnels de santé

Un tableau des contrats signés, mois par mois, et tenus par l'ARS, permet d'en avoir le bilan statistique.

Ainsi, en ce qui concerne les PTMG, 117 contrats sont actifs au 30 avril 2018 sur les 243 signés depuis 2016. Entre le 31 janvier 2016 et le 31 janvier 2018, l'augmentation du nombre de PTMG actifs est d'un peu moins de 47 %.

Les autres contrats sont nettement moins nombreux : au 30 avril 2018, 10 PTMA ont été signés depuis 2016 et 9 sont actifs ; 3 PIAS ont été signés en 2018 et sont actifs ; aucun PTMR n'a été signé.

En ce qui concerne les CESP, 287 signés depuis 2010 et 24 bénéficiaires se sont installés dans la région.

2.1.3 Planification et identification des besoins de santé

- Description des outils déployés par l'ARS pour identifier les besoins de santé, et de la méthodologie utilisée pour définir le zonage de l'offre ambulatoire

Seul le zonage médecine générale 2018 a été révisé et est effectif à partir du 1er mai 2018.

31 % des communes sont en zone d'intervention prioritaire (ZIP) mais ce chiffre ne peut être traduit en pourcentage de population. On sait toutefois que 2,3 millions de personnes vivent en zone fragile sur une population d'environ 7,9 millions de personnes soit 29 % de la population environ.

Sur le PAPS, les médecins peuvent accéder aux cartes de zonage et le cas échéant, orienter leur installation. Les cartes sont données par département, quand une carte régionale pourrait être également utile.

- Analyse de l'utilisation stratégique du zonage par l'ARS ARA pour piloter l'offre institutionnelle de santé

En 2016, 488 omnipraticiens exerçaient sur les zones fragiles soit un solde positif de 16 médecins par rapport à 2012, pour une densité qui reste nettement inférieure à la densité régionale : 7,6 médecins / 10 000 habitants versus 9,3 médecins / 10 000 hab.

Les départements ruraux (Ain, Allier, Ardèche, Cantal et Haute-Loire) sont les plus impactés par la faible offre de médecins spécialistes libéraux. La majorité des spécialités principales enregistre une densité de professionnels pour 100 000 habitants inférieure de plus de 30 % à la densité nationale.

Le PRS et le SRS, très axés sur les établissements de santé et les établissements médicaux sociaux ne donnent que peu d'indications sur la manière dont les zones déficitaires vont se réduire. Les développements relatifs à la démographie médicale se concentrent sur les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

2.2 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS ARA dans le secteur hospitalier

Encadré 7 : Situation de l'offre hospitalière en région ARA

En termes d'offre hospitalière, la région Auvergne-Rhône-Alpes dispose de plus de 400 établissements (sites géographiques) de santé et de quatre CHU : Hospices civils de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne et Clermont Ferrand.

« Près de 200 d'entre eux pratiquent les soins de courte durée (dits MCO), plus de 200 réalisent des soins de suite et de réadaptation (SSR), une soixantaine ont une activité de psychiatrie, et il y a par ailleurs une trentaine de services d'hospitalisation à domicile (HAD).

Une centaine d'entre eux exercent dans deux, voire trois de ces différents domaines d'activité. Globalement, la totalité des activités de soins soumises à autorisation est dispensée dans la région, y compris les plus spécialisées. Leurs moyens consistent aussi en plus de 55 000 lits et places (30 000 en MCO, 13 000 en SSR, 11 000 en psychiatrie, 2 000 en HAD), plus de 300 équipements matériels lourds (scanographes, appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), gamma-caméras). »

S'agissant de l'accès aux soins urgents, « En Auvergne-Rhône-Alpes, 8,5 % de la population¹⁰ est à plus de 30 minutes de soins urgents. », Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) et structures d'urgences. Globalement, l'activité de soins de traitement des urgences a fortement augmenté au cours des dix dernières années, mais reste dans les valeurs moyennes nationales, malgré la forte fréquentation touristique.

Source : Mission d'après le guide régional « données de santé », ARS décembre 2017

2.2.1 Autorisations et planification hospitalières

2.2.1.1 La planification hospitalière

Le PRS 2018-2023 rappelle que « Le schéma régional de santé doit comporter les objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité et équipement matériel lourd. Pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd et par zone du schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes donnant lieu à la répartition des activités de soins et équipements matériels lourds, des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) ont été définis, le cas échéant par un minimum et un maximum.

La réponse aux besoins de la population est appréciée à l'intérieur de la fourchette, en fonction des évolutions démographiques, des pratiques médicales et des innovations technologiques. »

Les objectifs qualitatifs transversaux poursuivis sont ainsi énumérés, dont plusieurs traitent de l'évolution de l'offre :

- « Garantir où que l'on soit sur le territoire, la qualité et la sécurité des prises en charges ;
- organiser l'accessibilité aux soins ;
- veiller à la pertinence des prises en charge et des soins ;
- adapter l'offre aux nouvelles modalités de prise en charge : développer l'ambulatoire, les liens et les complémentarités avec l'offre de premier recours ;
- mutualiser les ressources médicales et soignantes dans un contexte de raréfaction de ces ressources et notamment en développant la télémédecine ;
- favoriser les coopérations entre tous les acteurs : établissements de santé, médico-sociaux, libéraux dans un but de qualité et d'efficience. »

Ces objectifs se traduisent par des évolutions dans les OQOS. Ces objectifs quantitatifs indiquent néanmoins par territoire, le degré de (non) satisfaction des besoins par les autorisations et les évolutions envisagées. Les objectifs quantitatifs indiquent les perspectives d'évolution de l'offre nécessaires pour répondre aux besoins. Par ailleurs, le régime des autorisations ne s'applique plus en termes de lits et places. Les autorisations sont délivrées par activité.

On note ainsi des bornes hautes supérieures à l'existant, signifiant des besoins de créations (par exemple pour des équipements matériels lourds) et quelques bornes basses inférieures à l'existant, signifiant des projets de suppression ou transformation (par exemple pour les urgences ou les maternités de niveau 1 ou la chirurgie carcinologique).

Encadré 8 : Exemples significatifs d'évolution des OQOS PRS 2018-2023

En médecine : fourchette haute supérieure à l'existant en Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, inférieure à l'existant en Hospitalisation complète ;

En **HAD**, pas d'écart à la borne haute ;

Pour la **chirurgie**, les objectifs affichés sont d'« Améliorer l'accessibilité aux soins par la gradation de l'offre chirurgicale : Renforcer l'organisation de l'offre chirurgicale dans le cadre de coopérations entre établissements de santé et par la mise en place d'organisations médicales innovantes » et de « Développer l'activité de chirurgie ambulatoire dans l'ensemble des établissements de la région disposant d'une autorisation de chirurgie » ; un léger écart négatif à la borne haute est noté en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie conventionnelle¹⁴ ;

Pour les **maternités** de niveau 1, on note un écart négatif à la borne haute, compensé par un écart positif pour les maternités de niveau 2A, et une identité à l'existant pour les maternités de niveaux 2B et 3 ;

Pour les **urgences adultes**, une borne basse significativement inférieure à l'existant, correspondant à une volonté d'évolution vers des centres de soins non programmés

Une borne haute supérieure à l'existant est notée pour les spécialités et services suivants : dialyse péritonéale à domicile et hémodialyse à domicile, en **psychiatrie** (appartements thérapeutiques, centres de crise, centres postcure et hospitalisation à temps partiel de jour), en **SSR** polyvalent temps partiel (écart négatif à l'existant pour l'hospitalisation complète), les affections cardiovasculaires (hospitalisations temps partiel et complètes), les affections de la personne âgée dépendante (hospitalisation à temps partiel, par contre écart négatif pour l'hospitalisation complète), affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (enfants), affections du système nerveux (adultes), affections liées aux conduites addictives (adulte, temps partiel), **affections onco-hémathologiques** (adultes, hospitalisation complète), affections respiratoires (adulte, temps partiel), activités interventionnelles en cardiologie (cardiopathies de l'adulte), affections de l'appareil locomoteur (adultes, hospitalisations temps partiel et complètes), **traitement du cancer** (radiothérapie, par contre des écarts négatifs en chimiothérapie et chirurgie, par exemple pour les cancers digestifs et gynécologiques), et pour certains matériels lourds (scanner, TEP).

Source : Mission d'après PRS

L'ARS confirme que le processus de planification résulte d'une convergence entre projets connus, développés par les opérateurs et volonté régulatrice des pouvoirs publics, en lien avec les besoins de la population ; il est à la fois ascendant et descendant. En effet, l'appréciation des besoins de la population demeure le socle de la planification. Le PRS a donné lieu à de nombreux travaux de diagnostic de l'offre et d'étude des perspectives d'évolution souhaitables.

¹⁴ En ce qui concerne l'écart négatif à la borne haute noté sur la chirurgie, cette situation est liée à des regroupements d'activités sur un même site ou à la fin d'activité concernant une entité géographique.

2.2.1.2 Les autorisations et la recomposition de l'offre

Quant au régime des autorisations qui s'appuie sur la planification, l'ARS confirme qu'il est juridiquement délicat et repose en fait sur des négociations préalables, parfois longues et complexes, avec les acteurs concernés, opérateurs, communautés professionnelles, collectivités environnantes..., et sous le contrôle du juge administratif.

Les motifs de non renouvellement¹⁵ invoqués doivent l'être de manière précise et documentée, notamment le respect des seuils d'activité¹⁶, pour les maternités et la chirurgie carcinologique, qui sont d'interprétation stricte. Selon l'ARS, les démarches de recomposition unilatérales sont inutiles ; tout projet doit faire l'objet d'un étayage argumentaire solide qui offre ainsi une situation de négociation forte.

Les critères de pertinence de l'activité sont très peu utilisés mais peuvent permettre le cas échéant de peser dans le cadre d'une recomposition envisagée.

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'IGAS¹⁷ 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 même en permanence menacées par l'isolement. L'IGAS ne concluait cependant pas entre les deux voies 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 après de longs débats et atermoiements.

Encadré 9 : La fermeture de la maternité de Die (Drôme)

La fermeture de la maternité de Die constitue l'un des dossiers les plus emblématiques des difficultés rencontrées pour la recomposition de l'offre de soins, les arguments avancés de part et d'autre, largement médiatisés et les interventions de niveau national n'ayant permis de conclure qu'au terme de longues années de débats. Ils reposaient, selon la CSOS sur une « question éthique en termes d'accessibilité aux soins dans des conditions identiques de qualité et sécurité, pour la mère et l'enfant, à celles de toute maternité en France et une question d'aménagement du territoire auquel contribue cette offre de proximité ».

Malgré l'avis négatif de la CSOS (28 novembre 2012), une autorisation provisoire et à titre dérogatoire avait été accordée, sur demande expresse de la ministre de la santé, pour l'activité de GO sous forme d'HC, par arrêté du 3 décembre 2012, jusqu'au 30 juin 2015, sous réserve de non dégradation des conditions de sécurité, le délai de 30 mois devant être mis à profit pour dégager une « solution innovante et pérenne pour

¹⁵ Aux termes de l'article L. 6122-1 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 tient compte des éléments des rapports de certification pertinents de la HAS (ordonnance 17 janvier 2018). En outre les règles posées aux termes de l'article L 1151-1 CSP (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, règles de bonne pratique. 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.

¹⁶ 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 règlement 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.

¹⁷ IGAS mars 2012 : « fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années »

garantir proximité et sécurité ». On rappelle que la maternité n'atteignait pas les seuils d'activité en vigueur, mais que le temps d'accès au CH de Valence, le plus proche, varie de 1h15 à 2h selon les conditions climatiques. Une mission IGAS était diligentée en 2013 pour tenter de proposer des solutions.

En 2015, le CH de Die demandait le renouvellement de son autorisation et indiquait en particulier qu'il avait satisfait aux objectifs du SROS mais se trouvait handicapé par le caractère temporaire de son autorisation pour le recrutement de PH, et attendait des financements adaptés à sa situation en zone à faible densité de population.

Le rapport CSOS du 27 février 2015 concluait à la compatibilité de la demande avec les objectifs quantifiés en implantation pour l'activité GO, mais au « non-respect de l'objectif général d'efficience du SROS au vu de l'importance des coûts de fonctionnement et de la situation financière dégradée de l'établissement », et du non-respect de l'objectif de continuité des soins en périnatalité, malgré les « tentatives de coopération », ainsi qu'à la non-conformité avec plusieurs points de réglementation et impératifs de sécurité. La CSOS émettait un avis défavorable au renouvellement d'autorisation.

Néanmoins, l'autorisation des activités de maternités a fait à nouveau l'objet d'un 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.

Source : Mission d'après documents CSOS

2.2.1.3 Analyse de la politique régionale suivie lors de la mise en place des GHT, de leur adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS ARA

- En termes calendaires, le périmètre et la composition des 15 GHT de la région Auvergne Rhône Alpes rassemblant 125 établissements parties¹⁸, ont été arrêtés au 1er juillet 2016, et les conventions constitutives approuvées le 1er septembre, avec un courrier circonstancié du directeur général de l'ARS identifiant le cas échéant certaines insuffisances ou travaux à approfondir. Document essentiel, le projet médical partagé- accompagné d'un projet de soins partagé¹⁹, a été élaboré puis devait faire l'objet d'un avenant à la convention constitutive, approuvé au 1er juillet 2017²⁰. Le transfert de la fonction achat à l'établissement support est effectif au 1er janvier 2018. D'autres fonctions seront progressivement mutualisées d'ici 2020.

Les 15 GHT constitués de la région sont décrits sur la carte ci-dessous.

Au scénario initial comportant 4 GHT aux contours départementaux en ex région Auvergne, on a finalement préféré un découpage en 3 GHT avec regroupement du Puy de Dôme et de l'Allier. Sur l'ex région Rhône Alpes, la réflexion anticipée dès le second semestre 2015 a conduit à la création de 12 GHT.

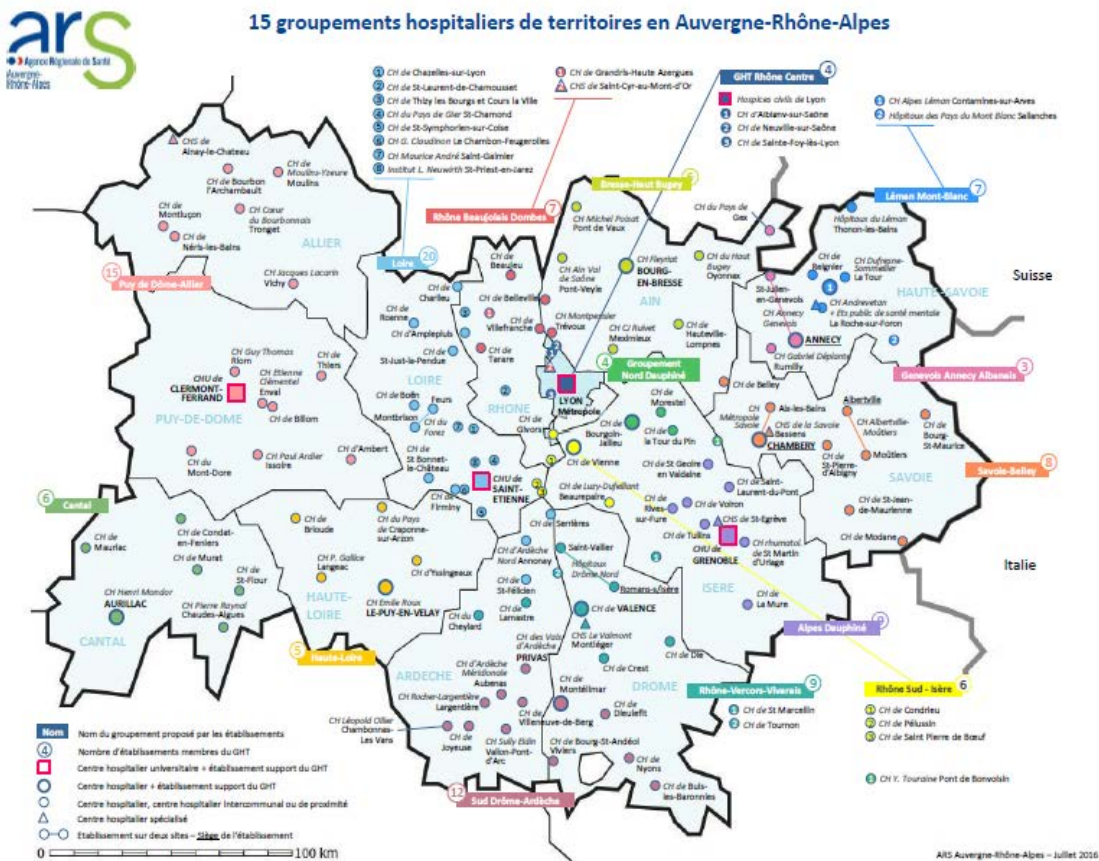
S'agissant du découpage territorial, la question du périmètre de certains GHT devra sans doute être reposée : le fonctionnement du GHT Puy de Dôme Allier devra par exemple être appréciée au regard d'une superficie importante ; certains établissements support souhaiteraient des regroupements qui n'ont pu être effectués (Annecy) ; la viabilité de certains GHT devra être appréciée dans le temps au regard de difficultés de coopération interne mises en évidence (Sud Drôme Ardèche). L'ARS

¹⁸ 121 établissements et 4 EHPAD

¹⁹ Conformément à l'article 6132-5 csp

²⁰ 13 approbations à la date de la mission (manquent Rhône centre et Allier-Puy-de-Dôme)

considère, sans doute à juste titre, que le découpage initialement retenu n'aurait pu être davantage optimisé et que son rôle d'impulsion ne pouvait la conduire à se substituer aux acteurs, ni *a fortiori* à imposer des redécoupages géographiques.



- Une démarche de constitution ascendante avec appui de l'ARS

Globalement la constitution des GHT a été portée par les acteurs locaux sans que l'ARS donne des directives exagérément précises- à l'exception des notes d'orientations de septembre 2016, dans lesquelles les attendus de l'agence sur les orientations stratégiques du PMP et le fonctionnement et la gouvernance du GHT sont précisés. Ces notes apparaissent circonstanciées et parfois assez prescriptives.

La concertation menée avec la FHF, l'antériorité des relations nouées entre établissements membres des CHT, la constitution préalable de mutualisations, voire de directions communes, l'instauration de dialogues territoriaux, ont pu évidemment favoriser le mouvement de constitution. L'ARS a donc, de plusieurs manières pu anticiper et favoriser le ou inciter au rapprochement d'établissements avant la constitution des GHT eux-mêmes. Certaines situations locales complexes ont nécessité l'intervention de l'ARS pour apaiser les tensions et favoriser directement la constitution du GHT, par exemple pour Sud Drôme Ardèche. Son intervention reste nécessaire et sollicitée pour étayer l'établissement support de Montélimar.

Le travail de constitution des GHT a pu en outre être épaulé au cas par cas par des cabinets d'audit partiellement financés par l'ARS au plan régional, voire par des soutiens nationaux (EHESP, UNIHA, accompagnement financier national).

► Une cohérence assurée avec le PRS

La grille d'analyse des conventions constitutives tenait compte de 8 axes prioritaires dont plusieurs en lien avec l'évolution de l'offre (urgences et soins non programmés, cancérologie, personnes âgées, virage ambulatoire, psychiatrie) et devait permettre aux services d'identifier à la fois les points forts du projet (notamment en termes de filières, coopérations et réorganisation de l'offre), les alertes, et les réponses apportées au courrier d'orientation de l'ARS susmentionné. Une note de l'ARS du 25 mai 2018 indique bien que le GHT doit organiser une stratégie de territoire « permettant d'assurer la gradation de l'offre et une égalité d'accès (aux soins) ».

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 établies²¹, portant sur le formalisme de la consultation interne au GHT, la gouvernance et le fonctionnement du GHT et enfin, la constitution de filières internes²², obligatoires (cancérologie, soins de support/soins urgents et non programmés, aval hospitalier et personnes âgées, psychiatrie) et autres, proposées par le GHT. Ce dernier aspect est évidemment central pour l'évolution de l'offre. La cohérence avec les orientations du PRS a été au cœur des analyses menées. Comme l'indique la note de mars 2017 de l'ARS, « il s'agit de mettre en évidence les éléments du PMP en réel décalage avec les orientations du COS et du PRS ».

Les lettres d'approbation n'ont jamais conduit à refuser un PMP mais ont permis d'émettre des observations et réserves, ou de formuler des demandes de complément, comme le montre le tableau annexé (partie 4) sur une sélection de courriers adressés aux GHT.

De manière récurrente dans les lettres adressées par l'ARS, on retrouve l'attention demandée pour 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 ».

Un document de l'ARS portant sur les 10 premiers PMP approuvés indique que certaines filières ne sont pas traitées dans tous les cas.

Tableau 5 : Taux de traitement de certaines filières dans les PMP

Filière	Taux de traitement (%)
Psychiatrie	67
Cancérologie	80
Femme-mère	60
Enfant	73
Handicap	13

Source : Mission d'après document ARS

De même, certains outils potentiellement restructurant pour l'offre de soins ne sont pas systématiquement mis en œuvre.

²¹ Note de cadrage du 14 mars 2017

²² L'article R 6132-5 csp prévoit « l'organisation par filière d'une de soins graduée »

Tableau 6 : Taux de mise en œuvre de certains instruments restructurants dans les PMP

Instruments	Taux de mise en œuvre (%)
Télémédecine en médecine/cardiologie/gériatrie	60
Consultations avancées	80
Equipes médicales de territoire en anesthésie	73
Pôles inter établissement	27

Source : Mission d'après document ARS

- Malgré un contenu peu contraignant et des dynamiques inégales, les prémisses d'un effet sur l'offre sont perceptibles

Si l'ARS s'est essentiellement consacrée dans un premier temps à la détection des incohérences entre PMP et PRS, à l'encouragement d'évolutions trop lentes, elle paraît confiante dans les orientations prises en termes de recomposition de l'offre, et dans la capacité des GHT à les mettre en œuvre. Les PMP restent des documents de portée assez générale, parfois même peu précis, mais la notion de filière y apparaît centrale. Les dynamiques engagées sont évidemment disparates, assez soutenues dans certains cas, plus faibles dans d'autres.

Un tableau de bord des GHT et PMP a été mis en place par l'ARS qui a cependant renoncé à mettre en place un comité de suivi exhaustif et envisage des dialogues de gestion stratégique ciblés permettant de suivre la restructuration de l'offre territoriale et les dynamiques d'activité. Sept établissements prioritaires de ces points de vue ont été sélectionnés²³.

Encadré 10 : GHT Allier Puy de Dôme

Très étendu et mis en œuvre de manière volontariste, le GHT Allier Puy de Dôme a permis de travailler sur la structuration de 14 filières. L'ARS appuie actuellement le GHT sur la mise en œuvre de 4 projets thématiques : des pôles inter établissements, des fédérations inter établissements, une filière de soins, un réseau. Plusieurs collaborations formalisées ou non par des conventions d'association complètent le fonctionnement du GHT au-delà de son périmètre, notamment avec les CH d'Aurillac et Brioude.

Selon le directeur du CHU de Clermont, établissement support, les principales difficultés rencontrées tiennent à la faiblesse de l'ingénierie de pilotage de projet. La mutualisation de certaines fonctions notamment les achats y compris dans les domaines de la pharmacie et des équipements lourds est en place. La taille du GHT oblige à apporter des réponses opérationnelles autres que de simples fusions d'équipe et à proposer des rapprochements plus ambitieux de nature institutionnelle, par exemple une direction commune de la Politique médicale. Un chargé de mission temps plein apparaîtrait nécessaire pour supporter notamment le fonctionnement d'instances particulièrement lourdes.

L'ARS est perçue comme éloignée, évidemment sur le plan géographique depuis la fusion des régions Auvergne et Rhône Alpes. Elle apparaît surtout au GHT préoccupée par l'activité et l'équilibre budgétaire et moins par la structuration de l'offre et l'aménagement de territoire.

Ses orientations n'ont pas été perçues comme directives²⁴ sur le plan de l'organisation médicale. Or la capacité à trancher sur certaines options apparaît faible au sein même du GHT.

Source : Mission d'après documents ARS et entretiens

²³ Notamment Voiron, Albertville, Privat, Chambéry et Annecy

²⁴ L'ARS ARA a en effet régulièrement des réunions avec les EPS du GHT en difficulté, et pose des orientations en matière d'évolution de l'offre de soins ; mais il ne lui appartient pas de se substituer aux GHT dans les choix qui leur appartiennent.

2.2.2 Contractualisation avec les établissements sanitaires

2.2.2.1 Analyse de l'utilisation stratégique des CPOM passés par l'ARS ARA avec les établissements sanitaires pour faire évoluer l'offre institutionnelle de santé.

➤ Le CPOM : un ancrage fort au PRS

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a transmis les CPOM de quatre établissements du ressort des deux ex-ARS :

- ARS Auvergne : Clinique La Châtaigneraie à Beaumont et Centre hospitalier de Moulins-Yseure ;
- ARS Rhône-Alpes : CH Valence et CH Bourg-en-Bresse.

Les CPOM de l'ex-ARS Rhône-Alpes indiquaient clairement leur adhésion au PRS. Ainsi, l'article 2 du contrat rappelait que les priorités régionales retenues par l'ARS, en référence au Projet régional de Santé, faisaient partie des grandes orientations retenues au terme de la négociation.

Les deux CPOM (du CH de Bourg-en-Bresse et CH de Valence) qui ont été examinés par la mission pour évaluer leur lien avec le PRS contiennent des engagements « en rapport avec le positionnement de l'établissement, en référence aux annexes territoriales du SROS-PRS » et « en rapport avec le SROS ».

Dans la première catégorie, on peut citer les objectifs visant à « développer les liens entre l'unité de soins palliatifs du CH de Valence et celle du CH de Crest » et « à faire vivre la communauté hospitalière de territoire de Bresse-Haut-Bugey ».

Dans la seconde on relève des engagements communs aux deux CPOM comme celui dédié au développement de la chirurgie ambulatoire ou encore celui qui concerne la contribution des établissements au bon fonctionnement des filières gériatriques.

Dans le CPOM du CH de Valence, dix des quinze engagements inscrits dans ces deux catégories portent sur l'offre de santé ; dans le CPOM du CH de Bourg-en-Bresse il y en a six sur dix.

➤ Les CPOM des quatre établissements qui ont été transmis par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ne contiennent cependant pas d'engagements portant directement sur la reconfiguration de l'offre

Les objectifs contenus dans ces CPOM, bien que concernant l'offre institutionnelle de santé, ne sont pas des opérations de reconfiguration de l'offre. Nombre d'entre elles sont des opérations de coopération (ex. : le renforcement du pôle de cancérologie du CH de Moulins-Yseure par une meilleure coopération avec la Polyclinique Saint Odilon), d'accompagnement (ex. : accompagnement du CH de Crest par le CH de Valence dans les activités de chirurgie ambulatoire), de participation à des programmes nationaux (ex. : la promotion de l'autonomie et la qualité de vie par la clinique La Châtaigneraie par la création d'un poste à temps partiel d'assistante sociale), ou encore de développement de pratiques (ex. : développement de la dialyse péritonéale à domicile pour le CH de Bourg en Bresse).

Sollicitée pour donner des exemples d'opérations de reconfiguration de l'offre portées par des CPOM, l'agence indique que ceux-ci ne sont pas perçus aujourd'hui par les acteurs de terrain et par ceux de l'ARS comme des leviers d'action. Les CPOM ne sont pas considérés comme étant des points d'appui des réflexions de l'ARS et des établissements de santé sur l'évolution de l'offre.

D'après l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, cette situation est la conséquence du caractère peu adapté des CPOM 2012-2017 en raison du très grand nombre des fiches actions, fonction d'objectifs peu hiérarchisés.

Au total, le mode opératoire privilégié par l'ARS serait l'intervention directe auprès des acteurs de terrain.

Selon l'ARS, le vecteur de restructuration des hôpitaux du Léman (HDL) de Thonon les Bains n'a pas été le CPOM (cf. encadré ci-dessous), mais des lettres de mission adressées aux directeurs de ces deux établissements, comportant des objectifs prioritaires qui seront repris dans les CPOM à venir.

Encadré 11 : Exemple de l'opération de modernisation des Hôpitaux du Léman (HDL)

Les HDL (Thonon-les-Bains en Haute-Savoie), établissement de santé du Chablais permettant de couvrir un bassin de vie de 150 000 habitants nécessitait d'être modernisé et mis aux normes.

Le projet estimé à 30 millions d'euros, qui s'inscrit dans le cadre d'un projet médical partagé sur le territoire, permet de conforter le rôle du centre hospitalier Alpes Léman (CHAL) dans la définition et la mise en œuvre de soins gradués entre les différents hôpitaux du territoire (CH Alpes Léman, Hôpitaux du Léman et Hôpitaux du Mont Blanc notamment).

Le financement a été assuré pour moitié par le CHAL et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Celle-ci a sous-tendu son autorisation à la finalisation par les Hôpitaux du Léman d'un projet médical comprenant notamment un schéma de prises en charge concertées avec le CHAL sur certaines filières de soins. L'analyse des flux de patients et la manière dont les filières de prises en charge se mettent opérationnellement en place sera prévu dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de cette disposition.

Source : Mission d'après document ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans le cas du centre hospitalier Albertville Moûtiers (CHAM), deuxième exemple donné par l'ARS, le vecteur utilisé pour le rapprochement avec le Centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS) a été la direction commune.

➤ Le CPOM : un cadre institutionnel du dialogue ARS-établissements ?

Du fait des limites qu'elle impute aux CPOM 2012-2017, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ne s'en est pas servi comme d'un outil privilégié pour le dialogue avec les établissements, dans le cadre de leur suivi.

L'élaboration des CPOM 2018-2023 offre toutefois l'opportunité d'un dialogue que l'Agence a concentré sur quelques mois²⁵. Le travail de négociation débutera à l'issue.

➤ Les CPOM de nouvelle génération (2018-2023) : une forte attente de la part de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

²⁵ Envoi le 18 juin 2018 à chaque établissement du cadre de réponse - dialogue / formalisation des résultats pour le 31 août 2018

Pour la future génération de CPOM, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a voulu passer à de nouveaux types de contrat dont la nouvelle maquette a été présentée en juin dernier aux fédérations. Ces nouveaux CPOM se démarquent par trois points :

- Une nouvelle architecture des CPOM en 5 volets spécifiques à chaque établissement.

Le nouveau CPOM est articulé autour de 3 orientations stratégiques regroupant au plus 10 objectifs opérationnels (20 pour les CHU). Ces objectifs opérationnels seront cohérents avec la feuille de route du directeur. Trois objectifs sont dédiés à l'évolution de l'offre (oo 1, 2 et 7).

Encadré 12 : Les dix objectifs opérationnels du nouveau CPOM

- **Partie I- Orientation stratégique 1- : Objectif stratégique établi au regard du PRS et des coopérations territoriales = regroupement des 2 rubriques du guide DGOS 2012.**
- La déclinaison de l'orientation stratégique (OS) en objectifs opérationnels (OO) pertinents pour l'établissement (Elaborés à partir du guide DGOS 2012 : exemples de 4 engagements) figure ci-dessous :
- OO 1 : développer la place de l'établissement dans la gradation des soins et le parcours de soins (ambulatoires et hospitaliers) sur son territoire comme...
- OO 2 : objectif lié à la recomposition territoriale
- OO 3 : mise en place d'un objectif prioritaire du plan régional GDR
- OO 4 : objectif issu de la mise en œuvre des plans de santé publique
- **Partie II - Orientation stratégique 2- : OS pour améliorer la qualité, sécurité des soins et le virage ambulatoire = regroupement des 2 rubriques du guide DGOS 2012.**
- La déclinaison de l'OS en OO pertinents pour l'établissement (Elaborés à partir du guide DGOS 2012 : exemples de 3 engagements) est la suivante :
- OO 5 : développer les RCP en
- OO 6 : améliorer le score ICALIN
- OO 7 : améliorer le taux global de chirurgie ambulatoire
- **Orientation stratégique 3- : OS pour faire progresser le pilotage interne de l'établissement et la politique des ressources humaines = regroupement des 2 rubriques du guide DGOS 2012.**
- La déclinaison de l'OS en OO pertinents pour l'établissement (Elaborés à partir du guide DGOS 2012 : exemples de 3 engagements) figure ci-après :
- Objectif opérationnel 8 : développer les performances d'achat responsable PHARE
- Objectif opérationnel 9 : améliorer l'attractivité des postes de PH vacants et d'autres métiers de la santé par
- Objectif opérationnel 10 : améliorer les conditions de sécurité au travail et notamment

Source : Mission d'après données ARS Auvergne-Rhône-Alpes

- Une contractualisation priorisée en fonction de la taille et des enjeux des établissements.

Une première vague concernera les CPOM prioritaires territorialement et à sécuriser (CHU/ CH supports GHT / EPS sensibles / ES privés bénéficiaires du FIR) ; ces CPOM devront être signés au 30 novembre 2018.

Une « 2ème vague » de contrats sera négociée et signée du 1er décembre 2018 au 1er mai 2019.

- Une incitation forte pour asseoir les rapprochements sur la base de filières²⁶.

²⁶ Le projet « Filières de soins » invite les professionnels et les usagers d'un territoire donné, à réaliser une analyse objective de la situation et identifier les dysfonctionnements dans les prises en charge et dans la coordination, en particulier pour les patients qui nécessitent une articulation entre plusieurs structures ou services (étape 1), puis à implémenter des dispositifs

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a mentionné que, dans le cadre des CPOM, elle contractualisera avec les établissements sur la base de filières.

2.2.2.2 Analyse du positionnement de l'ARS ARA lors des CREF et de leur utilisation comme outil de recomposition de l'offre institutionnelle de santé.

Les contrats de retour à l'équilibre financier ne constituent pas selon l'ARS des leviers forts de recomposition de l'offre de soins.

En cas d'inadéquation de l'offre, les négociations nécessaires, internes et externes à l'établissement peuvent dépasser le cadre contractuel plus restreint propre aux CREF, naturellement centrés sur l'optimisation des recettes et la maîtrise des dépenses. Les évolutions de l'offre interne de l'établissement s'intègrent mieux à des contrats négociés que 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.

En outre, les deux ex régions n'avaient pas, selon l'ARS, des approches similaires des CREF. Un principe de contractualisation fort semblait prévaloir en Auvergne, l'ARS Rhône Alpes encourageant les engagements unilatéraux des établissements.

Encadré 13 : Le contrat de retour à l'équilibre financier entre les HCL et l'ARS RA

Une trajectoire de retour à l'équilibre financier avait été contractualisée pour la période 2013/2016. Un bilan présenté en COPERMO a conduit à une extension de la période d'exécution jusqu'en 2019. Les projets de restructuration interne et un projet territorial sont considérés comme des leviers complémentaires pour atteindre l'objectif principal d'amélioration de la marge brute de l'établissement. Ainsi, le « virage ambulatoire » - développement de la chirurgie ambulatoire, ainsi que la réduction d'unités de chirurgie conventionnelle, constituent des engagements de l'établissement. Un projet territorial au sein du GHT et du territoire Lyon centre apparaît nécessaire pour porter de manière conjointe des actions d'efficience : partenariats et mutualisations, au-delà même d'activités médico techniques (biologie) ou support (informatique). Ces projets ne sont cependant pas détaillés. Parmi les opérations majeures d'investissement aidées par l'ARS, on relève par ailleurs peu d'opérations de restructuration de l'offre, l'essentiel des aides portant sur des opérations de rénovation et mises aux normes.

Source : Mission d'après CREF HCL

2.2.3 Administrations provisoires dans la région ARA

Les situations de crise conduisant à la mise en place d'une administration provisoire peuvent être propices à des opérations de recomposition de l'offre. L'administration provisoire peut, selon l'ARS accompagner favorablement certaines restructurations.

innovants susceptibles d'apporter une amélioration (étape 2). Le projet intègre en outre une évaluation de ces dispositifs, afin de valider leur efficience et leur utilité pour les patients concernés (étape 3) (ANAP).

Plusieurs projets, portés par des acteurs et structures de tout statut, ont été élaborés et mis en œuvre dans la région. Ils contribuent à la redéfinition de l'offre de soins, à son adaptation aux besoins de la population et à la création de filières de prise en charge, participant ainsi à la viabilité des établissements, et au maintien d'une réponse aux besoins de santé en proximité (PRS p.55)

Le besoin de renouveler toute ou partie de ces EHPAD et USLD hospitaliers publics mérite d'être réinterrogé par les établissements de santé eux-mêmes dans le cadre des filières de soins et de prise en charge car il entraîne un nouveau cycle d'investissement (PRS p98).

Encadré 14 : L'administration provisoire du CH du Forez

Le CH du Forez résulte de la fusion en 2013 des établissements de Feurs et Montbrison. Cependant, la fusion mal acceptée, voire rejetée par les communautés de chaque établissement, le repli sur leurs périmètres respectifs, l'insuffisance du pilotage commun, du dialogue social et de la communication, associés à des risques en matière de qualité et sécurité des soins, et une situation financière dégradée ont conduit l'ARS à mettre en place une AP. L'AP a été confiée au Dr Alain Lopez et à M. Mustapha Khénouf, IGAS.

Parmi les attentes de l'ARS, peut figurer l'inscription de l'établissement dans une logique de gradation de l'offre de soins et de l'organisation publique hospitalière.

Au-delà de la défaillance de gouvernance ou de risque en matière de qualité et sécurité de soins, la mise en place d'une AP nécessite de réunir des critères financiers et une demande préalable de mise en œuvre d'un plan de redressement.

Le projet médical/projet d'établissement produit en avril 2018 contient ainsi des éléments relatifs au développement des soins ambulatoires et de proximité, la structuration des relations avec la médecine de ville, le renforcement de la présence sur la zone de Feurs, en consolidant l'offre de soins spécialisée de proximité (soins urgents, services d'hospitalisation en médecine à orientation spécialisée, dispositif de télésurveillance, réorganisation des consultations et soins externes), la suppression de l'unité de soins intensifs en cardiologie de Feurs.

Source : Mission d'après documents ARS

2.3 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS ARA dans le secteur médico-social

Encadré 15 : Situation de l'offre médico-sociale en ARA

Pour la population en perte d'autonomie, la région est dotée de plus de 1 000 structures d'hébergement permanent médicalisées : établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD ou EHPA) et 100 résidences autonomie permettent d'offrir 81 000 places. Le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est supérieur aux taux d'équipement national. « Néanmoins, des disparités territoriales notables existent :

« Les trois départements les moins équipés en places d'hébergement médicalisé compte tenu de la population départementale de 75 ans et plus sont l'Isère, la Drôme et la Haute-Savoie. La Métropole de Lyon est parmi le quart des départements d'Auvergne-Rhône-Alpes où le taux d'équipement est le plus faible.

Les alternatives comme les accueils de jour et les hébergements temporaires, qui visent à soutenir le maintien à domicile et proposer une solution de répit aux aidants, viennent compléter cette offre : dans la région, plus de 3 000 places sont installées. »

Quant à l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, « 194 structures, composées d'Instituts Médico-Educatif, Instituts d'Education Motrice (IEM) et Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (EEAP) proposent de l'hébergement pour enfants handicapés, soit 9 014 places installées.

Les trois départements les moins équipés en places pour enfants handicapés sont l'Ardèche, l'Ain et la Métropole de Lyon. Les trois départements les mieux équipés de la région sont l'Allier, la Loire et le Cantal. La Métropole de Lyon est parmi le quart des départements de la région ayant les taux d'équipement les plus faibles. »

Pour le secteur adulte, « 64 Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) proposent de l'hébergement pour adultes handicapés, soit 2 672 places installées.

Les trois départements les moins équipés en places de MAS sont la Haute-Savoie, le Nouveau Rhône et l'Isère. Les trois départements les mieux équipés de la région sont l'Ardèche, le Cantal et la Drôme ». La région dispose également de 135 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) (3 945 places installées) et 199 Etablissements et Services d'Aide par le Travail (14 020 places installées).

Source : Mission d'après le guide régional « données de santé », ARS décembre 2017

2.3.1 Les autorisations

2.3.1.1 Le cadre de planification

Le cadre d'orientation stratégique (COS) de la région ARA, dans sa version soumise à concertation contient des éléments de constat importants pour le secteur médico-social. Il relève notamment que « Le secteur des personnes âgées est organisé à partir de 950 EHPAD gérés pour 51 % d'entre eux par un organisme gestionnaire mono-établissement. En effet, les EHPAD se sont la plupart du temps développés en proximité à partir d'objectifs relevant plus de l'hébergement que de la couverture des besoins en soins.

La gestion de ces structures peut apparaître insuffisamment outillée au regard des enjeux et des réformes à venir : accompagnement de la grande dépendance, âge de plus en plus tardif d'admission, accroissement des pathologies neurodégénératives, accompagnement de la fin de vie.

Aujourd'hui, devant les exigences plus grandes des usagers à l'égard du rapport qualité/prix, auxquelles s'ajoutent une offre plus importante de services alternatifs au modèle classique de l'EHPAD et une charge croissante en soins et dépendance, les gestionnaires de ces structures pourraient ne pas pouvoir disposer des marges de progression en termes d'efficience, voire, se trouver en difficultés ».

Il insiste également dans le secteur du handicap, sur « les attentes nouvelles en faveur d'une participation sociale dans une *société plus inclusive*, l'approche par les droits et la stratégie nationale d'une réponse accompagnée pour tous (qui) invitent les organismes gestionnaires à *repenser l'organisation de l'offre en termes de prestations ou de combinaisons de modalités d'accompagnement privilégiant la logique de service* ».

S'agissant des orientations, l'objectif stratégique 8, intitulé « adapter l'offre médico-sociale en créant de nouveaux dispositifs alternatifs d'accompagnement », indique que « L'orientation générale vers plus d'autonomie pour les personnes âgées et celles en situation de handicap, l'aspiration des personnes elles-mêmes et les enjeux quantitatifs appellent à *imaginer de nouveaux modes d'accompagnement et de prise en charge, s'appuyant le plus possible sur les dispositifs ordinaires*.

L'inclusion scolaire en milieu ordinaire en est la plus emblématique ambition pour le secteur du handicap tandis que le soutien à domicile le plus longtemps possible des aînés structure l'adaptation de la société au vieillissement. » et conclut que « La *diversification des réponses apportées devra prendre en compte les spécificités des déficiences et pathologies* ». Notamment,

« La recherche en matière de polyhandicap invite, y compris pour cette déficience, à construire de *nouveaux dispositifs plus inclusifs*. » Enfin, « il sera incontournable de porter l'effort sur la modernisation du bâti des EHPAD dans le cadre d'une stratégie soucieuse de la qualité et ciblant des *projets structurants au regard des ressources territoriales et de la taille critique des établissements* avec une attention particulière aux EHPAD hospitaliers. »

A partir de ce diagnostic et de ces orientations en matière d'évolution de l'offre, le PRS met en exergue quatre principes d'organisation et de contractualisation avec les établissements

- Principes directeurs de transformation de l'offre : poids des services dans l'offre, place de l'hébergement temporaire, raisonnement en file active et non en place ;

- Territoires prioritaires (départementaux ou infra départementaux) en termes de taux d'équipement caractérisés à l'aide d'indicateurs permettant d'établir des priorités pour l'allocation de moyens sur le secteur handicap ;
- Modes de quantification de l'activité déterminant l'optimisation de l'utilisation des ressources ; l'activité attendue des établissements serait quantifiée en file active plutôt qu'en places, avec des grilles de correspondance selon les types d'établissement et leur activité²⁷ ;
- Cibles de qualité et efficience : demande de plans d'actions pour améliorer les situations éloignées des cibles.

2.3.1.2 Le renouvellement des autorisations

Les autorisations de fonctionnement accordées pour 15 ans en 2002 arrivaient à échéance en 2017. 1580 autorisations ont été renouvelées. L'opération de renouvellement des autorisations a été largement préparée avec les conseils départementaux. Elle a nécessité le traitement des évaluations externes diligentées par les établissements. Très peu de situations de non-conformité avec les autorisations initiales ont été au total documentées.

L'ARS indique que, à son appréciation, la qualité globale des rapports d'évaluation était faible. Elle n'a ainsi pas pu s'appuyer sur leur contenu pour remettre en cause des autorisations, à l'exception d'un établissement. Lorsque l'évaluation était de bonne qualité, l'ARS a pu le cas échéant engager des évolutions en CPOM.

Dans les rares cas d'évaluation défavorable, l'autorisation elle-même n'a pas été remise en cause, mais la situation a pu être suivie en mobilisant une inspection ou en prononçant une injonction.

La pertinence de l'offre médico-sociale n'a au total pas pu être améliorée dans le cadre de l'opération de renouvellement des autorisations, les évaluations fournies s'avérant inadaptées à l'exercice.

L'ARS indique ainsi qu'à son sens l'évaluation externe financée par l'établissement souffre potentiellement d'un défaut d'indépendance et que, par ailleurs, sa cible même (l'autorisation d'origine) n'est pas adaptée, si l'on souhaite non pas renouveler mais adapter l'autorisation aux pratiques et aux besoins nouveaux.

2.3.1.3 Analyse de l'utilisation des appels à projets et appels à candidature par l'ARS ARA pour recomposer l'offre médicosociale

L'ARS recourt assez fréquemment à des appels à projet (AAP) ou appels à candidature (AAC) dans le secteur médico-social (voir tableau *infra*), en application des dispositions pertinentes de la loi HPST²⁸ : en 2016, 6 AP, 3 dans le secteur PH, 3 dans le secteur PA, dont 5 en compétence conjointe avec un conseil départemental. ; en 2017, 7 AP, 3 PH, dont 1 seul en compétence exclusive ARS.

²⁷ Par exemple pour les sessad : activité modulée de 1,3 à 1,8 enfant pris en charge pour 1 place, en fonction des besoins, des ressources et de l'âge ; pour les itep, évolution d'un fonctionnement déterminé par le nombre de places d'internat vers un fonctionnement en dispositif (toutes modalités d'accueil avec renforcement de l'offre en services).

²⁸ La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renouvelé la procédure d'autorisation et de création, extension et transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en introduisant la procédure d'appel à projets ; elle est précisée par le décret du 26 juillet 2010 et la circulaire DGCS du 20 octobre 2014.

L'ARS indique que trois objectifs peuvent être poursuivis : la réduction des inégalités territoriales d'accès, la prise en compte de principes directeurs du SRS et l'évolution recherchée des modes de prise en charge.

L'expertise nécessaire pour établir les cahiers des charges peut nécessiter de faire appel à des experts externes, le cas échéant des associations de parents, ou de personnes bénéficiaires.

Le secteur Personnes handicapées est propice à des initiatives de restructuration ou des évolutions des modes de prise en charge, selon les lignes directrices tracées au plan national (rapport Piveteau et démarche « une réponse accompagnée pour tous »).

Dans le secteur Personnes âgées, les initiatives portent moins sur les évolutions qualitatives de prise en charge que sur des regroupements à vocation capacitaire, des partenariats et des fusions.

Encadré 16 : Exemples d'appels à projet et à candidature dans le domaine des personnes handicapées

- 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 oeuvrant 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

Tableau 7 : Récapitulatif des Appels à projet 2016-2018

Récapitulatif des AAP de l'ARS ARA 2016-2018			
compétence exclusive ARS	compétence conjointe CD		
2016	places	informations complémentaires	Synthèse
Secteur personnes âgées			6 AAP au total dont 3 secteur PA et 3 secteur PH. Total des places créés = 179 dont 111 sur le secteur PA et 68 sur le secteur PH
Accueil de jour 69	10 places	Infructueux 1 dossier reçu et examiné mais non retenu	
EHPAD 69 Lyon Métropole	80 places	17 dossiers classés	
2 Accueils de jour 42	21 places	4 reçus dont 2 refus préalables (territoire non conforme au cahier des charges)	
Secteur Personnes handicapées			
CAMSP 69 Lyon Métropole	40 places	3 dossiers classés	
FAM Autisme 15	8 places	1 projet classé	
SESSAD Handicap Rare 69 Lyon Métropole	20 places	3 dossiers classés	
2017	places	informations complémentaires	Synthèse
Secteur personnes âgées			7 AAP au total dont 4 secteur PA et 3 secteur PH. Total des places créés 198 dont 113 sur le secteur PA et 85 sur le secteur PH
Accueil de jour 07	14 places	Infructueux	
EHPAD 38	48 places dont 44 places d'hébergement permanent et 4 d'hébergement temporaire	1 dossier reçu	
Accueil de jour 38 (3 territoires)	21 places	5 dossiers classés	
SSIAD PA PHV 73	25 places PA et 5 places PHV	4 dossiers classés	
Secteur personnes handicapées			
SAMSAH Autisme 38 (20 places)	20 places	3 dossiers classés	
FAM Autisme 38	45 places dont 3 d'hébergement temporaire et 3 d'accueil de jour	5 dossiers classés	
SAMSAH Autisme 73	20 places	3 dossiers recus. 2 classés	

Source : ARS

2.3.2 Contractualisation avec les ESSMS

2.3.2.1 La contractualisation dans le secteur médico-social

Les secteurs PH et PA sont structurellement différents.

En région Auvergne-Rhône-Alpes il y a plus de 250 organismes gestionnaires (241 OG départementaux, 3 OG interdépartementaux, 5 OG régionaux et 2 OG nationaux) d'établissements pour personnes handicapées. Depuis le lancement de la contractualisation, 45 CPOM départementaux et 4 CPOM régionaux ont été signés, ce qui représente 456 ESSMS sous CPOM pour un nombre total de 1 109 ESSMS.

La région compte 1 354 établissements et services pour personnes âgées représentant 904 CPOM sur lesquels 78 %, soit 706 sont des CPOM mono établissements. En termes de temps de travail, le gain escompté relatif, la possibilité de contractualiser avec un gestionnaire pour le compte de plusieurs établissements ne génère de ce fait pas une économie de temps significative.

Sur la période 2017-2021 le nombre de CPOM (PA+PH) que devra préparer, négocier, signer et suivre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est de 1158 (soit 232/an).

Compte tenu de cette charge et du calendrier de contractualisation, l'Agence et les collectivités départementales ont élaboré des supports contractuels de base par type de structure pour le secteur PA. Ces documents, obtenus à l'issue d'un important travail stratégique et technique et d'une large concertation avec le secteur, ont été diffusés et mis en ligne en décembre 2016. Ils ont notamment pour but de rendre plus efficaces les processus contractuels et la prise en compte des objectifs prioritaires du PRS (cf. bibliothèque d'objectifs).

Pour le secteur PH, un groupe de travail a été constitué en janvier 2018 afin d'établir un processus de contractualisation. Plusieurs outils ont été élaborés : un cadre de document contractuel unique pour la région, des outils de définition du diagnostic partagé, et des objectifs et indicateurs communs à tous les CPOM et déclinant les cibles opposables du volet médico-social du schéma régional de santé. L'ensemble des documents après concertation sera diffusé fin 2018.

En 2017, 12 CPOM PH (sur 15 programmés) et 88 CPOM PA (sur 144 programmés) ont été signés, soit les deux-tiers ; ce résultat doit être apprécié en considérant que 2017 était la première année de la généralisation des CPOM dans le secteur médico-social.

Toutefois l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en tire la conclusion que l'échéance des 5 ans n'est pas réaliste compte tenu de plusieurs facteurs qui peuvent constituer des freins²⁹.

Dans ce contexte, le principal enjeu pour l'Agence est d'inciter les organismes gestionnaires à s'approprier la démarche du CPOM dans le cadre de la négociation puis de son suivi. Elle considère aussi que la réussite des CPOM passe par les deux conditions suivantes :

- L'adossement à un PRS définissant clairement les évolutions souhaitées. Le PRS de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est considéré comme facilitant l'élaboration des CPOM ; il a la particularité d'être décliné par département. Les CPOM sont considérés comme de bons outils pour le mettre en œuvre car ils sont fondés sur la négociation avec les organismes gestionnaires, ce qui permet d'accompagner les opérations de restructuration et le changement de pratiques.
- L'établissement d'un diagnostic partagé de qualité. Dans l'instruction régionale du 22 avril 2015, l'ARS Rhône-Alpes indiquait les axes stratégiques autour desquels les données collectées pour établir le diagnostic devaient être analysées ; il s'agissait des prestations d'accompagnement et de soins aux personnes, du pilotage et de la démarche continue d'amélioration de la qualité, de la mise en place d'une organisation efficiente et de l'inscription des ESMS dans la dynamique territoriale pour le champ PH et la santé et bien-être des résidents, des ressources humaines et, pour le champ PA, de l'environnement de l'EHPAD. Ces axes ont été repris dans les CPOM de nouvelle génération.

2.3.2.2 La prise en compte de la recomposition de l'offre dans les CPOM

➤ Dans le champ PH

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a transmis deux CPOM à la mission, le premier passé avec la fondation OVE, le second avec ALGED.

- La Fondation OVE, créée en 1945 sous le régime associatif gère 90 d'établissements et services médico-sociaux en Rhône-Alpes.

Sur la période 2012-2017, sur les 42 ESSMS de la fondation couverts par un CPOM, 17 soit 36 %, portaient des actions restructurant l'offre. D'après le bilan partagé entre l'ARS ARA et l'organisme gestionnaire, les objectifs de ces 17 ESMS ont été atteints à 72 % en moyenne (le résultat est de 80 % pour l'ensemble).

²⁹ Cf. réponses de l'ARS au guide de préparation pour le dialogue de gestion

Encadré 17 : Le rapprochement de l'IME Guy Yver du SESSAD de Faverges (74)

L'opération concerne l'IME Guy Yver de Faverges (74) et le SESSAD qui lui est rattaché. L'objectif qui est inscrit dans le CPOM consiste à « engager un établissement sur-dimensionné par sa taille, sous-dimensionné par ses moyens, recrutant sur quatre départements dans un processus de désinstitutionnalisation pour aller vers un dispositif qui diversifie et enrichit ses niveaux d'accompagnement, qui répond aux besoins du territoire dans lequel il est inscrit ».

Les actions prévues dans le CPOM étaient de rapprocher le SESSAD sur le site de l'IME pour récupérer des moyens en matière de location immobilière, valoriser le dispositif de scolarisation individualisée installé au collège pour développer la future Unité d'Accompagnement Scolaire et développer une UMSIS, s'appuyer sur l'expérience développée pour poursuivre le développement de l'UATE et maintenir une offre de formation professionnelle dans le strict respect de la réglementation en vigueur mais en développant l'inscription dans le dispositif de RSFP (Reconnaissance des Savoir-Faire Professionnel).

Lorsque le bilan de cette opération a été dressé en 2017, toutes les actions avaient été réalisées à l'exception du rapprochement du SESSAD sur le site de Faverges. Le taux de réalisation a été évalué à 75 % en fin de CPOM.

Lorsque le bilan de cette opération a été dressé en 2017, toutes les actions avaient été réalisées à l'exception du rapprochement du SESSAD sur le site de Faverges. Le taux de réalisation a été évalué à 75 % en fin de CPOM du fait de la transformation d'une partie de la partie de l'IME en SESSAD et de la réussite de l'externalisation de l'unité d'enseignement avec création de l'unité médico-sociale associée dénommée.

Source : Mission d'après document ARS

La part des CPOM comportant des objectifs de transformation de l'offre est d'environ 80 % pour ceux de la nouvelle génération³⁰. Cette démarche requiert une mobilisation forte de l'ARS pour appuyer les établissements qui ont encore besoin de son impulsion et de son accompagnement.

Dans le CPOM 2017-2021, la mission a relevé par exemple l'action n°1.3 « accompagner l'accès prioritaire à l'autonomie des personnes accueillies en portant une attention particulière à certains ESMS », par laquelle la Fondation OVE s'engage à contribuer à la création d'une marge régionale destinée à la création de places nouvelles dans les territoires en déficit d'offre et à optimiser ses ressources pour permettre l'adaptation de son offre aux besoins des personnes en situation de handicap³¹.

- Le CPOM signé le 7 mai 2018 (2018-2022) avec ALGED (Association Lyonnaise pour la Gestion d'Etablissements pour personnes Déficiantes), organisme qui gère 30 établissements répartis sur 14 sites et qui propose plus de 1400 places en région lyonnaise, illustre également l'utilisation de cet outil pour adapter l'offre.

L'axe stratégique 1 : « garantir le parcours et l'accès aux soins somatiques » comporte plusieurs actions impactant l'offre. Elles concernent l'organisation du parcours et l'accès aux soins somatiques par l'organisation de la continuité des soins de nuit et week-end, la promotion de l'inclusion en milieu ordinaire avec sa déclinaison en IME, en SESSAD et en ESAT ou la création d'un pôle de Compétence Externalisé à destination d'enfants en attente d'intégration en SESSAD.

³⁰ Réponses ARS au guide de préparation au dialogue de gestion

³¹ Parmi les 18 sous-actions, plusieurs comportent des objectifs de restructuration de l'offre comme l'affectation de places de SESSAD pour une offre de service de type PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées), la transformation de l'ITEP (Institut Thérapeutique Educatif & Pédagogique) l'Ecossais en IME ou encore l'optimisation du site de Monferrand par l'installation d'un accueil de jour pour adolescents, une unité mobile et un SESSAD.

L'article 5.3 : « Contribution à la marge régionale destinée au rééquilibrage de l'offre » du CPOM de l'ALGED reprend un dispositif mis en œuvre par l'ex-ARS Rhône-Alpes (cf. encadré *infra*). En amont de la stratégie quinquennale, l'instruction régionale (ex Rhône-Alpes) du 22 avril 2015 faisait du niveau d'économies un objectif contractualisé et instaurait un objectif de réduction des écarts entre territoires de santé ayant pour cible 1 % des ressources en base pérenne.

Encadré 18 : 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 réaliser cet objectif l'ARS s'est constitué une enveloppe financière à laquelle contribuent les établissements à l'occasion de la signature de leur CPOM. Cette contribution repose sur un objectif de performance chiffré à 1 % des ressources pérennes de l'établissement. Cette contribution ("1 % zéro sans solution") 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.

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).

Les dispositions du CPOM PH première génération prévoyant une application systémique 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 mettre en place une réponse aux personnes sans solution sur les territoires prioritaires.

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

➤ Dans le champ PA

La majorité des CPOM qui ont été négociés en 2017 sont des CPOM mono établissement, avec des taux d'occupation constatés sur les places d'hébergement permanent proche des 100 % ; ils comportent très peu de dispositifs d'évolution de l'offre³².

Dans les CPOM de nouvelle génération, 4 objectifs sur 25 sont plus particulièrement porteurs de la restructuration de l'offre : 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 les autres acteurs de la filière ou du BSI pour développer de nouvelles prestations favorisant notamment le lien entre le domicile et l'EHPAD et le renforcement de la collaboration avec les centres hospitaliers (pour les établissements publics avec les GHT).

Encadré 19 : CPOM conclu avec l'EPA Vivre ensemble

Le CPOM (2018-2022) signé le 31 décembre 2017 avec l'EPA Vivre ensemble qui gère un EHPAD d'une cinquantaine de places à Saint-Pierre en Faucigny (74) comporte un objectif de recomposition de l'offre en faveur du répit, consistant à transférer des places d'AJ (Accueil de jour) vers l'EHPAD d'Andrevet et à augmenter la capacité d'accueil de 30 places en lien avec l'EHPAD de Reignier (axe 2 : continuité du parcours de soins/thématique 2 : inscription de l'établissement dans la dynamique territoriale/objectif général : accentuer la diversification de l'offre).

Source : Mission d'après documents ARS

³² Cf. Guide d'entretien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour les dialogues de gestion 2017 avec la DGCS et la CNSA.

3 ARTICULATION DE L'ARS ARA AVEC LES AUTRES ACTEURS DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE

NB : il n'a pas été possible de s'entretenir avec le Conseil régional ARA.

3.1 Départements

Hors les rencontres institutionnelles prévues par les textes (conseil départemental-métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie (CDMCA), conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, conseils de surveillance des établissements de santé, conseil territorial de santé...) il n'y a pas de rendez-vous réguliers entre l'ARS et les départements.

Le lien entre les structures se fait essentiellement au niveau technique, à l'occasion du traitement de dossiers pour lesquels la compétence est partagée (ex : négociation et élaboration des CPOM dans le champ médico-social) ou de la tenue de groupes de travail (ex : préparation des schémas départementaux des solidarités pour lesquels le conseil départemental du Rhône et le conseil de la Métropole de Lyon ont intégré des représentants de la délégation départementale dans les groupes de travail).

Les relations sont étroites avec les équipes des délégations départementales ; plusieurs outils méthodologiques comme des grilles d'évaluation des ESMS et des grilles d'évaluation pour l'analyse des réponses à appels à projets ont ainsi été définies en commun.

Une convention régissant les relations de travail entre l'ARS et les départements ou une note de cadrage global comportant une programmation des travaux communs à mener ainsi qu'un inventaire des dossiers sur lesquels des échanges réciproques d'informations seraient nécessaires fait défaut.

A titre d'illustration, la Métropole de Lyon rappelle que lors de la fermeture de deux EHPAD à Villeurbanne à l'été 2016, l'absence d'information suffisamment en amont de la part de l'ARS sur la baisse des subventions octroyées à ces deux établissements, a provoqué des difficultés médiatiques et politiques alors que l'orientation stratégique sous-jacente a été acceptée par le conseil de la Métropole dès lors qu'elle a été connue ; la mise en œuvre du dossier a ensuite été optimale entre les services de la délégation départementale, ceux de la Métropole et les services du centre communal d'action sociale de Villeurbanne.

L'institutionnalisation de temps d'échange au niveau stratégique faciliterait la coordination des actions du fait du chevauchement de champs de compétence, d'objectifs qui parfois divergent et de priorités différentes. Le département du Rhône donne l'exemple du problème des places en psychiatrie et en pédiatrie, dossier sensible au niveau des territoires et pour lequel il n'y a pas, de son point de vue, de concertation suffisante avec l'ARS.

Pour les départements, les difficultés pour mettre en place un mode de travail collaboratif pérenne avec l'ARS sont dues essentiellement à deux facteurs :

- La taille de la nouvelle région : l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes couvre 12 départements et la Métropole de Lyon.
- Les enjeux pour l'ARS et les départements ne sont les mêmes : l'ARS serait plus présent dans le champ du sanitaire, notamment sur le plan financier, que dans celui du médico-social, alors que la compétence du CD est plus sur le médico-social.

Encadré 20 : Les points marquants de la coordination

- Convention ARS-Départements :
Il n'y a pas de convention entre l'ARS et les départements.
- Partage sur les objectifs et contraintes de chacune des structures :
Les objectifs de l'ARS et ceux des départements ne convergent pas toujours. Les contraintes ne sont pas identiques. Cette situation est propice à l'émergence de blocages et nuit à la fluidité des relations.
- La dimension des nouvelles régions :
La nouvelle ARS compte 12 départements et la Métropole de Lyon. De ce fait le siège de l'ARS ne peut entretenir des relations suivies avec toutes les structures ; les délégations départementales sont, pour ces derniers, les interlocuteurs de premier recours. Mais il y a une attente forte vis-à-vis du siège.
- Les outils :
Les CPOM (médico-social) sont de bons outils mais nécessitent un travail de concertation important.
Le PRS est un outil d'aménagement du territoire mais il lui manque des indications sur la temporalité et le mode opératoire. Son élaboration n'a pas assez associé les départements surtout au niveau des élus : pour ce dossier notamment des échanges stratégiques et politiques font défaut.
- Le financement :
L'ARS est plus présent dans le champ sanitaire que dans celui du médico-social.

Source : Mission

3.2 Assurance-maladie

Les aides aux professionnels de santé ont été déployées avec retard par l'assurance maladie, en raison de la volonté d'attendre la fin de l'élaboration du zonage relatif aux médecins, dont l'arrêté au lieu d'être pris en 2017 le fut en 2018.

L'assurance maladie se félicite d'avoir été associée à la définition du zonage, et à la présentation aux professionnels du résultat de l'application régionale du modèle national. Ceci a permis de montrer que le résultat de cette application pouvait être différent de la réalité locale et notamment masquer l'existence de certaines zones sous denses. Ainsi la marge de manœuvre autorisée par les textes a-t-elle été utilisée, pour créer dans certains départements de telles zones (Allier, Drome, Cantal) sur la base de critères spécifiques tels que l'absence de médecins traitants, les difficultés d'accès aux soins ou une offre insuffisante de soins. Toutefois, les difficultés du territoire de la Savoie n'ont pu être prises en compte du fait de la saisonnalité de la patientèle.

Par ailleurs, le bilan tiré par l'assurance maladie de la mise en œuvre de ces aides est mitigé : il ne semble pas en effet que la décision d'un médecin de s'installer en zone sous-dense tienne à l'aide financière versée par l'ARS (50 000 €) mais bien plutôt à un projet personnel.

En ce qui concerne les MSP, dont la création dans la région est très dynamique, la contribution de l'assurance maladie se fait à travers l'adhésion de la structure à l'accord conventionnel : celle-ci exige de la structure une certaine maturité et, partant, du temps. Pour l'ensemble des aides, l'ARS et l'assurance maladie travaillent de concert notamment en ce qui concerne l'attribution du label qui déclenche la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La contribution est fixée en fonction du projet rédigé par la MSP, la forme juridique adoptée, l'organisation retenue, les indicateurs choisis ainsi que la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels. Sur chacune de ces catégories, des points sont attribués qui déclenchent un financement. La marge de manœuvre est dans l'examen du dossier et l'attribution des points plus que dans le calcul même de l'aide.

Dans chaque caisse, un référent MSP est désigné pour aider les msp, avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins.

4 ANNEXE : ANALYSE DES LETTRES D'APPROBATION DES GHT

Encadré 21 : Analyse des lettres d'approbation des GHT

GHT	Points forts en matière d'évolution de l'offre	Observations ou demandes
Groupeement hospitalier de territoire Bresse-Haut-Bugey	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne prise en compte de l'échelle territoriale dans la déclinaison de l'organisation des soins palliatifs, de l'hospitalisation à domicile ainsi que la structuration de la filière cardiologie. - Orientations de la filière des soins de suites ou de réadaptation en faveur du virage ambulatoire et de l'amélioration des prises en charge spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Le parcours de la personne âgée, tant en intrahospitalier, qu'en lien avec l'amont et l'aval parait pouvoir être encore approfondi - Les coopérations avec les acteurs ambulatoire, médico-social et sanitaire, notamment concernant les soins de suite ou de réadaptation et la psychiatrie, sera un enjeu majeur de l'évolution du projet.
GHT Val Rhône santé	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des prises en charge d'urgence entre deux équipes - Fluidification de la filière gériatrie (consultations mémoire, hébergement temporaire - Equipe médicale de territoire en anesthésie - Transfert d'activité entre établissements en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer dans une logique de parcours les coopérations avec les acteurs ambulatoire, médico-social et sanitaires publics et privés sera un enjeu majeur de révolution du projet.
Sud Drôme Ardèche	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination de trois filières de territoire en gériatrie avec outils et actions communs et prise en charge spécifique de la personne âgée - Création d'une équipe médicale de territoire permettant de sécuriser les lignes d'urgence et smur 	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser les contours d'un projet périnatal liant les maternités du GHT - Développer la coopération en chirurgie du cancer - Approfondir les travaux sur la filière SSR
GHT Savoie Belley	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes mobiles de chirurgie - Equipes médicales partagées en gynécologie obstétrique - Création d'équipes médicales de territoire en urgence (liens avec la médecine de ville et la psychiatrie) et radiologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les liens avec médecine de ville et psychiatrie (télémédecine, cahier des charges pdsa) - Tenir compte des fortes variations de populations en période touristique
GHT Rhône Vercors Vivarais	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisation de la filière urgence et aval (bed management, télémédecine) - Fluidification de la filière obstétrique (avec inclusion de la maternité de Die) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les filières prises en charge ambulatoires, SSR et chirurgie n'ont pu être abordées

GHT Rhône nord Beaujolais Dombes	<ul style="list-style-type: none"> - Cellule territoriale de régulation du parcours patient en aval de l'hôpital - Prises en charge en cancérologie - Développement de l'HAD 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les travaux sur d'autres filières
GHT nord Dauphiné	<ul style="list-style-type: none"> - Réorganisation de la filière SSR (commission d'admission unique, échanges entre équipes) - Mutualisation de pratiques entre équipes urgence - Développement de la chirurgie ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Approfondissement des travaux sur la filière psychiatrie
GHT Loire	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des ressources médicales (gestion prévisionnelle, équipe de territoire en anesthésie) - Fluidification de la filière urgence (commission territoriale) - Unité territoriale en pédiatrie - Commission de suivi des hospitalisations en pédopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - En périnatalité, le positionnement et l'évolution des maternités sont à préciser - Approfondir les travaux sur l'évolution des plateaux techniques de chirurgie, et sur les coopérations médico-techniques
GHT Haute Loire	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'équipes spécialisées (équipes de territoire ou équipes mobiles) - Parcours de soins sans rupture d'accompagnement pour personnes en situation de handicap - Fluidification de l'aval des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Approfondir la réflexion sur la permanence des soins - Sur la filière cardiologie - Et sur la pédiatrie et la gériatrie
GHT Genevois Annecy Albais	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la prise en charge en soins palliatifs - Mise en place d'équipes territoriales - Fluidification de la filière SSR (commission d'admission commune, virage ambulatoire) 	<ul style="list-style-type: none"> - Approfondir la réflexion sur la filière psychiatrie - Et le premier recours non programmé
GHT Cantal	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes médicales de territoire en filières urgence, cancérologie et médecine polyvalente - En chirurgie, création d'une fédération en orthopédie - en cancérologie, le projet de lien entre dépistage et prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Envisager une fédération en chirurgie digestive - La question de l'organisation de l'offre de maternité - La question de la prise en charge des troubles psychiatriques aux urgences

Source : Mission d'après lettres d'approbation

ANNEXE 2 : SITUATION DE L'ARS BRETAGNE

SOMMAIRE

1	CADRE GENERAL DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE DANS L'ARS BRETAGNE	53
1.1	Encadrement national du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par la région BRETAGNE	53
1.1.1	CPOM Etat-ARS	53
1.1.2	Lettre de mission du DG ARS	55
1.2	Moyens humains et matériels du pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS BRETAGNE	55
1.2.1	Analyse quantitative et qualitative des moyens humains de l'ARS BRETAGNE consacrés aux fonctions de pilotage (direct et indirect) de l'offre institutionnelle de santé	55
1.2.2	Analyse de l'utilisation des systèmes d'information par l'ARS BRETAGNE pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	61
1.3	Organisation des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS....	63
1.3.1	Analyse de l'exercice des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au siège de l'ARS BRETAGNE	63
1.3.2	Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre institutionnelle de santé	65
1.4	Leviers financiers à la main de l'ARS Bretagne pour piloter l'offre institutionnelle de santé ..	67
1.4.1	Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation du FIR par l'ARS BRETAGNE pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	67
1.4.2	Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation des MIGAC par l'ARS BRETAGNE pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	70
2	INSTRUMENTS UTILISES PAR L'ARS BRETAGNE POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE.....	71
2.1	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS BRETAGNE dans le secteur ambulatoire.....	71

2.1.1	Incitations au regroupement, à la coordination et à l'installation des professionnels de santé	72
2.1.2	Contractualisation avec les professionnels de santé	76
2.1.3	Planification et identification des besoins de santé	77
2.2	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS BRETAGNE dans le secteur hospitalier	79
2.2.1	Autorisations et planification hospitalières	80
2.2.2	Contractualisation avec les établissements sanitaires.....	86
2.2.3	Administrations provisoires dans la région BRETAGNE.....	91
2.3	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS BRETAGNE dans le secteur médico-social	92
2.3.1	Autorisations	92
2.3.2	Contractualisation avec les ESSMS	98
3	ARTICULATION DE L'ARS BRETAGNE AVEC LES AUTRES ACTEURS DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE.....	103
3.1	Région.....	103
3.1.1	Description des interventions de la région BRETAGNE en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	103
3.1.2	Analyse des modalités de coordination entre l'ARS BRETAGNE et la région BRETAGNE dans le champ du pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	103
3.2	Départements.....	104
3.3	Assurance-maladie.....	106
3.3.1	Description des interventions de l'Assurance-maladie au sein de la région BRETAGNE en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre institutionnelle de santé	106

1 CADRE GENERAL DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE DANS L'ARS BRETAGNE

Encadré 22 : Région Bretagne : éléments signalétiques

Population : au 1er janvier 2016, 3,3 millions d'habitants, soit 5,2 % de la population totale française ;

Répartition de la population par âge : la population bretonne est plus âgée et vieillit plus rapidement que la population métropolitaine dans son ensemble ; la région Bretagne verrait ainsi augmenter la part de sa population âgée de plus de 60 ans (un tiers en 2040 contre 27 % en 2015)

Superficie : la Bretagne est désormais une des régions les moins étendues avec 5 % du territoire de la France métropolitaine

Concentration urbaine : une métropole (Métropole de Rennes)

Chômage : le taux de chômage demeure l'un des plus faibles de France ; Le chômage des jeunes de 15 à 24 ans a néanmoins fortement augmenté entre 2008 et 2014. Ainsi, « plus d'un jeune actif Breton de 15-24 ans sur cinq est au chômage et plus de la moitié des 15-24 ans ayant un poste sont en emploi précaire. »

Revenu : Le taux de pauvreté (11,2 %) est moins élevé qu'en moyenne nationale ; mais, « certaines populations sont particulièrement exposées (à la précarité) notamment les familles monoparentales et les jeunes, habitants des agglomérations. »

Situation épidémiologique : L'espérance de vie à la naissance et à 60 ans se situe en dessous de la moyenne nationale, du fait, en particulier des décès prématurés (avant 65 ans). La surmortalité est importante tant pour les cancers que pour les maladies de l'appareil circulatoire (+15 %) ou les causes dites externes.

Facteurs de risques : La mortalité prématurée par suicide est près de deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine. La situation tend cependant à s'améliorer dans les dernières années pour l'ensemble des indicateurs de mortalité prématurée, malgré la prévalence forte des accidents de la vie courante et des conduites addictives, et le poids de catégories socio-professionnelles qui connaissent des espérances de vie plus faibles (ouvriers, agriculteurs).

Source : Mission d'après documents ARS

1.1 Encadrement national du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par la région Bretagne

Créée en avril 2010, l'ARS Bretagne n'a pas été impactée par la réforme de l'organisation régionale de 2015. Son siège est situé à Rennes. Elle compte 388 ETP.

Une délégation départementale est présente dans chacun des 4 départements bretons.

1.1.1 CPOM Etat-ARS

Le périmètre de la Région Bretagne n'a pas été modifié par la loi NOTRE ; le périmètre de l'agence régionale de santé de Bretagne n'a pas évolué et le CPOM signé en 2015³³ reste donc valide.

Les cinq objectifs prioritaires inscrits dans le contrat : 1. Maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé ; 2. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ; 3. Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé ; 4. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de santé ; 5. Garantir une bonne

³³ La première génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2010-2013 (prolongés par voie d'avenant jusqu'à fin 2014) est arrivée à échéance fin 2014.

gestion des ressources en ARS, sont déclinés en objectifs opérationnels pour lesquels sont définis des chantiers et des actions et des sous-actions auxquelles est associé au moins un indicateur.

L'objectif prioritaire qui impacte le plus l'offre institutionnelle de santé est l'objectif n°3 « Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé ». Cet objectif prioritaire est décliné en deux sous objectifs (opérationnels) ; le premier est dédié à l'organisation de la coordination de prises en charge adaptées aux besoins des usagers, le second à la garantie et à la promotion de l'égal accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées du système.

- Sur la base du constat d'un besoin prégnant de coordination, l'ARS Bretagne a décliné le premier sous-objectif (opérationnel) en cinq chantiers spécifiques, pour y répondre : le découpage territorial, les dispositifs de coordination et d'intégration, les GHT, le DMP et l'organisation du second recours. Ces chantiers comprennent douze actions dont trois d'entre elles concernent plus directement le pilotage de l'offre :
 - L'élaboration et la diffusion du cahier des charges régionales sur les plateformes d'appui ;
 - La mise en place des huit conventions de GHT dans les territoires santé ;
 - La structuration de la coordination de la prise en charge en développant les systèmes d'informations partagés sur les pôles et les MSP et, ultérieurement, sur les autres dispositifs de coordination (MAIA, CTA, plateforme ETP...).

Pour l'ensemble de ces douze actions, trois indicateurs régionaux ont été retenus par l'ARS Bretagne : le taux d'équipement en MAIA, le taux d'équipement plateforme ETP et le taux d'équipement CTA (PTA depuis le décret du 4 juillet 2016).

- Pour construire le plan d'actions du second sous objectif (opérationnel), l'ARS Bretagne prend en compte les retards et les difficultés constatées à l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées : taux de recours hospitaliers moindre qu'en moyenne nationale du fait de populations sensibles ou de territoires isolés...

Six actions³⁴ permettent la mise en œuvre de ce sous objectif opérationnel. Trois d'entre elles impactent plus directement l'offre de soins :

- La déclinaison des mesures du Pacte Territoire Santé favorisant l'installation des professionnels de santé : PTMG, futurs PTMA (praticien territorial de médecine ambulatoire) et CESP, stages en ambulatoire, et la promotion des exercices coordonnés pluri professionnels, l'organisation d'un « généraliste dating » sur les facultés de médecine de Rennes et Brest ;
- Le développement des dispositifs de télémédecine afin de favoriser la coordination entre les structures médicosociales, sanitaires et la médecine de ville.
- L'organisation des relations entre les différents dispositifs « santé précarité » existant au sein d'un même territoire

³⁴ Huit indicateurs propres à l'ARS sont associés à ces six actions ; ce sont :

- Le rapport du nombre de contrats de PTMG conclus sur le nombre de contrats proposés par le « national ». (2013 : 7contrats signés/7 contrats fixés par arrêté, 2014 :22/20, 2015 :34/25 ,2016 : 43/30) ;
- Le nombre de projets de santé de MSP/PSP ;
- Le nombre de projets de télémédecine opérationnels (objectifs 2014 : 25, objectifs 2015 : 35) ;
- La mise en place de 4 comités départementaux du PRAPS (2015) ;
- CLS signé avec les territoires insulaires ;
- Le nombre de médecins correspondants du SAMU (objectifs 2014 : 10, objectifs 2015 : 15) ;
- La réduction des écarts infrarégionaux d'équipement en ESMS ;
- La mise en œuvre du système de gestion des listes d'attente en ESMS.

- La mise en place des comités départementaux du PRAPS ;
- L'inscription d'actions ciblées à l'attention des personnes les plus éloignées du système de santé dans les démarches territoriales ;
- La mise en place d'un système d'information ayant pour objectif de connaître le nombre des personnes handicapées inscrites ou en attente de places en établissements et services.

1.1.2 Lettre de mission du DG ARS

La lettre de mission du DG ARS Bretagne qui servira à son évaluation, a été signée le 26 avril 2017 par la ministre en charge de la santé. Elle lui fixe ses objectifs pour l'année 2017. Cette lettre qui s'inscrit dans le cadre de la procédure de suivi du CPOM Etat-ARS, ne comporte pour la Bretagne aucun objectif spécifique par rapport à l'ensemble des lettres adressées aux directeurs d'ARS.

1.2 Moyens humains et matériels du pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS Bretagne

1.2.1 Analyse quantitative et qualitative des moyens humains de l'ARS Bretagne consacrés aux fonctions de pilotage (direct et indirect) de l'offre institutionnelle de santé

Les travaux de la mission relatifs aux moyens humains s'appuient sur les enquêtes relatives aux activités des ARS réalisées par la direction des finances, des achats et des services (DFAS)³⁵.

Encadré 23 : Méthodologie d'analyse des moyens humains des ARS

Afin d'analyser la répartition des moyens humains 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'évaluation³⁶. Les constats statistiques présentés doivent être reçus avec prudence, en raison des limites suivantes : qualité variable du recueil des informations, dans leur affectation aux différents rubriques, afin de garantir leur homogénéité ; pertinence à évaluer des référentiels au regard des analyses à mener ; non prise en compte de l'adéquation des compétences aux activités³⁷ ; absence de données historiques ou environnementales de l'organisation³⁸ ; données brutes non corrigées par des inducteurs de charges.

Source : Mission

³⁵ Présenté tardivement à la mission, 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 n'a pas pu être utilisé. S'il était décidé d'adopter cette démarche, il conviendrait de revoir les paramètres de modélisation (identification des groupes homogènes, liste des inducteurs et l'indice de pondération qui est attaché à chacun d'eux), le modèle initial ayant été construit pour un périmètre de missions plus large que celui retenu par l'inspection.

³⁶ 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 institutionnelle de santé

³⁷ 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.

³⁸ 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.

1.2.1.1 L'effort global de l'ARS Bretagne pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé³⁹

- Au 31 décembre 2016⁴⁰, les ARS comptent 8 558,6 ETP dont 1 273,8 ETP (soit 14,9 %) sont dédiés au pilotage de l'offre institutionnelle de santé et 2 031,2 ETP (soit 23,7 %) y participent. 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 institutionnelle de santé.

L'ARS Bretagne compte 387,34 ETP (soit 4,5 % des ETP totaux des ARS), ce qui la situe à la 11^{ème} place des ARS.

Les ETP contribuant au pilotage de l'offre institutionnelle de santé s'élèvent à 155,5 ETP, soit 40,1 % des ETP totaux de l'ARS. Cette contribution se répartie en deux catégories :

- les ETP intégralement dédiés à cette activité : ils sont 66,9 ETP (soit 17,3 %) ;
- les ETP qui participent pour une part de leur temps à cette mission : ils sont 88,5 ETP (soit 22,8 %).

L'«effort» global de l'ARS pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé (40,1 %) est supérieur de 1,5 point au ratio national des ETP consacrés au pilotage de l'offre de soins qui est de 38,6 %. Pour le seul territoire métropolitain, pour lequel ce même ratio est de 40,8 %, l'effort de l'ARS Bretagne est donc inférieur de 0,7 point et celle-ci se place au 10^{ème} rang sur les 13 régions métropolitaines.

- Evolution entre 2014 et 2016

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 %). En ARS Bretagne, les ETP ont diminué de 12,4 ETP (soit -3,1 %)

Sur la même période, les ETP consacrés au pilotage de l'offre (ETP dédiés + ETP participants) ont baissé de 7,71 ETP (soit -4,7 %) en ARS Bretagne. Au niveau national cette diminution a été de 4,4 %, au même niveau que pour les ETP globaux.

En ARS Bretagne les ETP participant au pilotage ont diminué comme au niveau national (respectivement -5,7 % et – 8,3 %) ainsi que les effectifs dédiés intégralement au pilotage (-3,4 %) alors qu'ils ont progressé au niveau national (+2,5 % au niveau national).

Les ETP consacrés au pilotage de deux secteurs d'activité sont en hausse : celui des professionnels de santé (+46,3 % au niveau de l'ARS Bretagne –les ETP passant de 7,5 à 10,9-, +9,6 % au niveau national), et celui des activités transverses et de direction (+10,6 % contre -4,1 % au niveau national).

Les ETP affectés au pilotage des autres secteurs ont diminué sur la période : -27,5 % pour celui des soins ambulatoires dont les effectifs sont passés de 24,3 ETP à 17,7ETP, -10,7 % pour celui du médico-social (-5,2 % au niveau national), et -4,85 % pour le domaine des soins hospitaliers (-8,9 % au niveau national).

³⁹ Les travaux relatifs aux effectifs s'appuient sur l'«enquête activités des ARS» menée par la DFAS.

⁴⁰ Dernières données disponibles

Tableau 8 : Evolutions des ETP totaux consacrés au pilotage de l'offre institutionnelle de santé

ETP consacrés au pilotage (dédiés + participant)	National			Bretagne			écarts
	2014	2016	variations	2014	2016	variations	
Secteurs							
Dir.+Act. transverses régulation	594,1	569,5	-4,1%	31,9	35,3	10,6%	14,7
Soins ambulatoires	393,2	403,4	2,6%	24,3	17,7	-27,5%	-30,1
Soins hospitaliers	1 049,5	956,0	-8,9%	48,1	45,7	-4,8%	4,1
Professionnels de santé	201,2	220,5	9,6%	7,5	10,9	46,3%	36,7
Médico-social	1 219,2	1 155,6	-5,2%	51,4	45,9	-10,7%	-5,5
total	3 457,1	3 305,0	-4,4%	163,1	155,4	-4,7%	-0,3

Source : Mission (d'après les données DFAS)

1.2.1.2 Les caractéristiques des moyens humains mis à la disposition du pilotage de l'offre par l'ARS Bretagne

- La part des ETP qui concourent au pilotage (direct ou indirect) au sein de chacun des secteurs d'activité de l'ARS

Parmi les douze secteurs⁴¹ qui composent le socle d'analyse de l'enquête d'activités des ARS de la DFAS, quatre secteurs « métiers » sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). Dans ces quatre secteurs, en ARS Bretagne, comme au niveau national, la part des effectifs qui ont une activité de pilotage de l'offre, directe ou indirecte, est très forte (plus de 90 %) ⁴².

Ceci ne paraît pas anormal s'agissant de secteurs d'activité où l'ARS dispose par nature d'un rôle de pilotage stratégique.

Pour le pilotage direct seul, ce taux varie de 30,0 % (secteur du médico-social) à 45,8 % (secteur des soins ambulatoires). Le tableau ci-après présente les taux pour l'ensemble des secteurs, en ARS Bretagne et au niveau national pour l'année 2016.

⁴¹ Les douze secteurs d'activités sont : direction, Activités transverses de régulation, Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations, Prévention et promotion de la santé publique, Soins ambulatoires, Soins hospitaliers, Professionnels de santé, Médico-social, Fonctions de gestion, Missions d'appui, Missions supports, Activités hors périmètre des ARS.

Les secteurs regroupent des missions qui correspondent à des briques élémentaires d'activité comme, par exemple : coopération entre établissements de santé (GHT, GCS...) dans le secteur « Soins hospitaliers », autorisation des structures pharmaceutiques dans le secteur « Soins ambulatoires » ou encore coopération entre les professionnels de santé dans le secteur « professionnels de santé ».

⁴² La part des ETP ayant une activité de pilotage est dépendant de la composition en missions des secteurs d'activité ; ainsi l'ensemble des missions qui composent le secteur des professionnels de santé sont consacrées, directement ou indirectement au pilotage de l'offre ; ce sont notamment la coopération entre les professionnels de santé, la démographie des professions de santé, la contractualisation avec les opérateurs, la qualité des formations (initiale et continue), les allocations de ressources liées au secteur ... (voir appendice 1 du « 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 institutionnelle de santé.

Tableau 9 : ETP que l'ARS Bretagne consacre au pilotage de l'offre

Secteurs	National							Bretagne						
	ETP Totaux	ETP consacrés au pilotage						ETP Totaux	ETP consacrés au pilotage					
		ETP dédiés	Parts ETP totaux	ETP participants	Parts ETP totaux	dédiés + participants	Parts ETP totaux		ETP dédiés	Parts ETP totaux	ETP participants	Parts ETP totaux	dédiés + participants	Parts ETP totaux
Activités de direction	373,5			181,1	48,5%	181,1	48,5%	20,8			10,3	49,5%	10,3	49,5%
Activités transverses de régulation	597,9	388,4	65,0%			388,4	65,0%	44,3	25,0	56,4%			25,0	56,4%
Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations	1 974,7					0,0		83,1						
Prévention et promotion de la santé publique	369,9					0,0		14,6						
Soins ambulatoires	427,7	217,4	50,8%	186,0	43,5%	403,4	94,3%	19,5	8,9	45,8%	8,8	45,0%	17,7	90,7%
Soins hospitaliers	986,2	290,2	29,4%	665,8	67,5%	956,0	96,9%	47,3	14,9	31,4%	30,9	65,3%	45,7	96,7%
Professionnels de santé (régulation)	220,5	71,6	32,5%	148,9	67,5%	220,5	100,0%	10,9	3,8	34,4%	7,2	65,6%	10,9	100,0%
Médico-social	1 216,3	306,2	25,2%	849,5	69,8%	1 155,6	95,0%	48,2	14,5	30,0%	31,4	65,2%	45,9	95,2%
Fonctions de gestion	364,5					0,0		17,0						
Missions d'appui	547,7					0,0		28,9						
Missions supports	1 186,1					0,0		42,2						
Activités hors périmètre des ARS	293,8					0,0		10,9						
Total général	8 558,7	1 273,8	14,9%	2 031,2	23,7%	3 305,0	38,6%	387,3	66,9	17,3%	88,5	22,8%	155,4	40,1%

Source : Mission ('après données DFAS)

- La répartition des ETP qui se consacrent au pilotage, entre secteurs d'activité

Le tableau qui suit précise la répartition, entre les secteurs d'activité, des ETP que l'ARS consacre au pilotage de l'offre institutionnelle de soins.

Tableau 10 : Répartition, entre les différents secteurs d'activité, des ETP que l'ARS Bretagne consacre au pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Secteurs	ETP dédiés au pilotage					ETP participant au pilotage					ETP consacrés au pilotage (dédiés + participant)				
	national		Bretagne		écarts sur %	national		Bretagne		écarts sur %	national		Bretagne		écarts sur %
	total	%	total	%		total	%	total	%		total	%	total	%	
Direction+Activités transverses de régulation	388,4	30%	25,0	37,3%	7,8	181,1	9%	10,3	11,6%	2,9	569,5	17,2%	35,3	22,7%	5,5
Soins ambulatoires	217,4	17%	8,9	13,3%	-4,0	186,0	9%	8,8	9,9%	0,9	403,4	12,2%	17,7	11,4%	-0,8
Soins hospitaliers	290,2	24%	14,9	22,2%	-2,2	665,8	32%	30,9	34,9%	2,7	956,0	28,9%	45,7	29,4%	0,5
Professionnels de santé	71,6	5%	3,8	5,6%	0,2	148,9	7%	7,2	8,1%	0,9	220,5	6,7%	10,9	7,0%	0,3
Médico-social	306,2	23%	14,5	21,6%	-1,7	849,5	43%	31,4	35,5%	-7,3	1 155,6	35,0%	45,9	29,5%	-5,5
Totaux	1 273,8	100%	66,9	100%		2 031,2	100%	88,5	100%		3 305,0	100%	155,4	100%	

Source : Mission (d'après les données DFAS)

La part la plus importante des ETP est celle consacrée au pilotage du secteur d'activité médico-social. Mais cette part est moins importante en Bretagne qu'au niveau national (-5,5 points : 29,9 % des ETP de l'ARS Bretagne contre 35,0 % au niveau national).

Le pilotage du secteur d'activité des professionnels de santé mobilise 7,0 % des ETP consacrés par l'agence au pilotage de l'offre, soit 0,3 point de plus qu'au niveau national.

Le pilotage du secteur des soins ambulatoires et celui du secteur des professionnels de santé bénéficient au total de 18,4 % des ETP de pilotage, soit 0,5 point de moins que la moyenne nationale.

- La répartition par groupes professionnels

L'analyse de la ventilation des ETP consacrés au pilotage entre groupes professionnels fait apparaître, en Bretagne, les résultats suivants :

- un peu moins de la moitié des ETP (48,6 %) appartient au groupe constitué des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social » ; ce ratio est inférieur de 2,7 points au ratio national : 31,3 % de ces ETP sont affectés au domaine médico-social, ce qui est inférieur de 7,2 points à la moyenne nationale (38,1 %). Le ratio est aussi légèrement inférieur pour le groupe des cadres et cadres supérieurs (-2,1 points).
- en revanche, les ratios sont plus importants qu'au niveau national pour le groupe des agents de direction (+1 point) et pour celui des agents et techniciens (+2,9 points).

Tableau 11 : Répartition par groupes professionnels des ETP consacrés au pilotage de l'offre au 31 décembre 2016 :

ETP consacrés au pilotage (dédiés + participant)	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	
Secteurs	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Direction+Activités transverses régulation	4,9	100,0%	10,1	25,5%	1,2	3,4%	19,1	25,2%	35,3	22,7%
Soins ambulatoires	0,0	0,0%	3,8	9,5%	6,6	18,7%	7,3	9,7%	17,7	11,4%
Soins hospitaliers	0,0	0,0%	14,4	36,3%	10,4	29,5%	21,0	27,7%	45,7	29,4%
Professionnels de santé	0,0	0,0%	2,1	5,2%	4,3	12,1%	4,6	6,1%	10,9	7,0%
Médico-social	0,0	0,0%	9,4	23,6%	12,8	36,3%	23,7	31,3%	45,9	29,5%
Total	4,9	100,0%	39,65	100,0%	35,25	100,0%	75,60	100,0%	155,4	100,0%
nombre d'ETP par groupes	4,90		39,65		35,25		75,60		155,40	
Part de chaque groupe / ETP totaux consacrés au pilotage	3,2%		25,5%		22,7%		48,6%		100,0%	

Source : Mission (d'après les données DFAS)

➤ La répartition siège / délégations départementales

La répartition des ETP affectés au pilotage de l'offre entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD) fait l'objet du tableau de synthèse ci-après. La ventilation de l'ARS Bretagne est comparée à celle de l'ensemble des ARS.

Le siège rassemble 60,9 % de ces effectifs en ARS Bretagne contre 52,0 % pour la moyenne nationale.

La « concentration » de la fonction de pilotage au niveau du siège est supérieure dans tous les secteurs à la moyenne nationale. Les ratios sont particulièrement forts pour les secteurs d'activité des professionnels de santé (78,4 % en ARS Bretagne et 73,2 % au niveau national), des soins hospitaliers (respectivement 69,5 % et 64,9 %).

Le secteur des activités transverses de régulation, comprenant les activités de direction, est également très concentré sur le siège (69,9 % contre 56,4 % au niveau national), ce qui est probablement dû au fait que l'ARS Bretagne ne compte que quatre délégations départementales et qu'elle n'a pas fait l'objet d'une restructuration dans le cadre de la loi NOTRE. Effectivement, les régions reconfigurées comportent de nombreuses délégations départementales et présentent une déconcentration nécessairement plus forte des processus.

Tableau 12 : Répartition des ETP entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD)

ETP consacrés au pilotage (dédiés + participant)	National		Bretagne		poids du niveau DR		
Secteurs	DR	DD	DR	DD	National	Bretagne	Ecart du poids de la DR (en point)
Dir.+Act. transverses régulation	321,2	248,3	24,7	10,6	56,4%	69,9%	13,5
Soins ambulatoires	204,1	199,3	9,3	8,4	50,6%	52,4%	1,8
Soins hospitaliers	620,1	335,9	31,8	14,0	64,9%	69,5%	4,6
Professionnels de santé	161,3	59,2	8,6	2,4	73,2%	78,4%	5,3
Médico-social	410,2	745,4	20,4	25,5	35,5%	44,4%	8,9
total	1 717,0	1 588,0	94,6	60,8	52,0%	60,9%	8,9

Source : Mission (d'après les données DFAS)

Encadré 24 : Synthèse

L'effort global pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

La part des ETP de l'ARS Bretagne consacrée à cette mission est de 40,5 % ; il est très légèrement supérieur de 0,8 point au ratio des 13 régions métropolitaines qui est de 38,6 %. L'ARS Bretagne se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines.

L'évolution entre 2014 et 2016

Entre 2014 et 2016 les ETP globaux de l'ARS Bretagne ont diminué de 3,1 % (-4,4 % au niveau national). Sur la même période, les ETP consacrés au pilotage de l'offre (ETP dédiés + ETP participant) ont baissé de 7,71 ETP (soit -4,7 %) en ARS Bretagne ; cette diminution est plus prononcée que celle constatée au niveau national qui a été de 4,4 %.

La part des ETP qui concourent au pilotage (direct ou indirect) par secteurs d'activité

Quatre secteurs d'activité de l'enquête d'activité des ARS sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). La part des ETP qui ont une activité de pilotage de l'offre, directe ou indirecte y est très forte (plus de 90 %). Pour les ETP consacrés totalement au pilotage, ce taux varie de 30 % (secteur médico-social) à 45,8 % (secteur des soins ambulatoires).

La répartition des ETP qui se consacrent au pilotage, entre secteurs d'activité

La part la plus importante des ETP est celle consacrée au pilotage du secteur d'activité médico-sociale. Toutefois cette part est moins importante en Bretagne qu'au niveau national (- 5,5 points : 29,9 % des ETP de l'ARS Bretagne contre 35 % au niveau national). La part des ETP consacrés au pilotage du secteur soins hospitaliers est sensiblement identique (29,4 %) alors que la part cumulée des ETP dédiés au pilotage des secteurs des soins ambulatoires et des professionnels de santé est de 18,4 % (-0,5 points par rapport au niveau national qui est de 18,9 %).

La répartition par groupes professionnels

Un peu moins de la moitié des ETP (48,6 %) appartient au groupe des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé et experts et autres agents du secteur médico-social » ; ce ratio est inférieur de -2,8 points le ratio national (51,4 %).

La répartition siège / délégations départementales

Sur l'ensemble des secteurs, le poids du siège est de 60,9 % en ARS Bretagne, alors qu'il est de 52,0 % pour la moyenne nationale (12,9 points). Cet écart est de 8,9 points pour ce qui concerne les ETP consacrés au pilotage du secteur médico-social (44,4 % pour l'ARS Bretagne et 35,5 % pour la moyenne nationale). Il peut apparaître « logique » que la région Bretagne, petite et non reconfigurée, soit moins déconcentrée que les grandes régions.

Source : Mission

1.2.2 Analyse de l'utilisation des systèmes d'information par l'ARS Bretagne pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

L'ARS Bretagne s'inscrit dans le schéma directeur du SI mutualisé des ARS. Elle n'établit pas de schéma directeur des systèmes d'information propre à l'agence. Elle considère que la DSISS est maître d'ouvrage pour les applicatifs dans le cadre du système d'information mutualisé des ARS et que la DSI l'est pour l'infrastructure.

Elle est référente pour ARGHOS (suivi des autorisations et PUI), SI ETP (autorisations des programmes d'éducation thérapeutique des patients) et HAPI « autres champs » (gestions des allocations). L'agence est très impliquée dans le déploiement d'e-CARS et s'est engagée à son utilisation en phase 2 qui concernera l'évaluation des contrats.

L'ARS Bretagne a dressé une cartographie des applications utilisées par ses agents.

Encadré 25 : Cartographie des applications utilisées par l'ARS Bretagne

Cette cartographie comprend 95 applications dont un tiers intervient directement ou de manière indirecte dans le processus de pilotage. Il s'agit de plateformes de données (E-PMSI, ERASME, FINISS, PHAR2, SAE, RPPS, SNIRAAM, Hospidiag), de SI de gestion de ressources financières (HAPI, SI-BC, GALIS, GALAAD) et humaines (DPEMS), de gestion de processus (SPICE), de décisionnels et SI pour le pilotage (DIAMANT, TB DGARS, SPICE pour les CPOM Etat-ARS ...), SI de gestion des processus d'autorisation (ARGHOS, PHAR, BIOMED, SEPPIA, SI ETP ...), d'enregistrements (EPARS, IMOtEP) de contractualisation (e-CARS sanitaire et médico-social) ou encore de systèmes d'information géographique (AtlaSanté).

Source : Mission d'après documents ARS

L'ARS Bretagne a développé des SI, généralement pour compléter l'offre nationale ou pour des besoins très spécifiques. Dans le champ du pilotage de l'offre on peut citer les deux exemples ci-après :

- WSS CPOM, outil collaboratif qui permet aux établissements de santé et aux agents de l'ARS en charge de la négociation de travailler à la construction du CPOM sur un espace sécurisé.
- L'«Observatoire des territoires», 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) fait partie d'une offre de services globale du pôle statistique de l'ARS (voir encadré ci-dessous). La démarche conduit à optimiser les fonctionnalités des applications du SI mutualisés des ARS ainsi que les données des banques et dépôts du champ sanitaire et médico-social. Cette réalisation apporte une réelle plus-value dans le pilotage, elle est le résultat d'un investissement humain important et de la présence de compétences spécifiques, particulièrement dans le domaine des statistiques.

Encadré 26 : L'offre de service du « pôle statistique » de l'ARS Bretagne

Le « pôle statistiques » de l'ARS Bretagne a développé une offre de services sur la base d'outils nationaux et de réalisations internes à l'agence.

Le dispositif mis en place doit permettre aux agents de l'agence, en fonction de leurs besoins, de disposer de manière continue d'informations fiabilisées, facilement exploitables et partagées.

Dans le domaine des SI, les actions qui ont été menées consistent à :

- Assurer le bon déploiement des outils décisionnels nationaux : DIAMANT, AtlaSanté, ScanSanté dans le but d'optimiser l'utilisation des données qu'ils produisent ;
- Développer des outils régionaux : bibliothèque de documents, l'« Observatoire des territoires ».

Pour ce qui concerne les outils régionaux, l'agence a notamment :

- Développé une bibliothèque de documents accessible sur le site internet de l'agence et créé un répertoire partagé de fichiers « STATS-PARTAGE » ;
- Réalisé une application régionale, « l'observatoire des territoires » qui permet de dresser le profil d'un territoire sur plusieurs champs d'observation comme par exemple, l'offre de soins de 1^{er} recours, l'offre sanitaire (associée aux indicateurs de qualité HAS) et l'offre médico-sociale pour personnes âgées et personnes handicapées.
- Construit un entrepôt de données (DWH) qui a pour vocation de collecter des données provenant de sources internes ou externes à l'agence (INSEE, Finess, Arhgos, PMSI, enquête SAE etc...) et d'alimenter la bibliothèque de documents et l'Observatoire des territoires.

Source : Mission

L'agence est globalement satisfaite des applications mises à sa disposition par le niveau national, et notamment ARGHOS.

Elle pointe toutefois quelques difficultés concernant les applications ci-après :

- DIAMANT (Décisionnel Inter-Arh pour la Maîtrise et l'ANTicipation) est un portail composé d'un espace commun à l'ensemble des ARS composé d'indicateurs et de tableaux de bord définis par l'ensemble des ARS et d'un espace dédié pour chaque ARS permettant la diffusion de documents au sein d'une région et l'administration des données correspondantes. Il est alimenté par les données provenant d'applications « sources » telles que SAE, FINESS, RMESS, E-PMSI (référentiels des établissements), ICARE (données financières), IPAQ et QALAS (données qualité et certification). Mais les données concernant les personnels de santé ne sont pas introduites dans DIAMANT, ce qui limite son champ d'utilisation.
- AtlaSanté est le système d'information géographique des ARS. Il produit des cartes « à façon » accessibles sur tous types de supports, fixes ou mobiles via une plateforme (web atlasante.fr). Les possibilités offertes par l'outils sont importantes (carte des services de prise en charge des personnes âgées, des cartes 1^{er} recours, des cartes PDSA et PDSES, une carte Handicap, cartes nécessaires à l'évaluation des PRS de 1^{ère} génération et à la préparation des futurs PRS etc ...), dans la mesure où les bases de données documentaires sont constituées.
- e-CARS : l'agence est très impliquée dans le déploiement d'e-CARS et s'est engagée à son utilisation en phase 2 qui concernera l'évaluation des contrats. L'ARS Bretagne fait part de deux difficultés majeures :
 - La première est conjoncturelle et concerne le calendrier de déploiement de l'application qui n'est pas en phase avec le renouvellement effectif des CPOM. Les CPOM devront donc être réintégrés dans le SI une fois qu'ils auront été négociés générant une procédure longue et fastidieuse en interne.

- La seconde est structurelle : l'environnement ne correspond pas forcément au format des CPOM de chaque région ; la DGOS n'ayant pas donné d'instruction sur un modèle de CPOM nouvelle génération qui serait applicable dans toutes les régions, des modèles différents existent dont le format ne permet pas toujours une intégration dans e-CARS (ex : les CPOM sous format Word ne pourront pas être intégrés dans e-CARS qui n'accepte que le format Excel).

Une fois ces difficultés surmontées, l'ARS Bretagne considère que l'outil apportera une véritable plus-value pour la contractualisation :

- Il induit une centralisation des données des établissements de santé au niveau de l'ARS et exclut les arborescences distinctes d'une direction ou d'un service. Il limite donc la perte d'informations ou de données.
- Par la dématérialisation des échanges et l'industrialisation d'une procédure contractuelle lourde, tant au niveau des échanges qu'à celui du travail de remplissage de documents divers et variés e-CARS simplifie et fiabilise la procédure de contractualisation. Et si la signature électronique est un jour envisagée implémentée dans e-CARS, le gain de temps en sera accru en même temps que les charges seront sensiblement réduites surtout dans le champ médico-social qui compte un nombre important de gestionnaires.

Le bon déploiement d'e-CARS, qui est une nécessité pour la généralisation de l'obligation de contractualiser repose sur trois conditions : 1. La résolution des difficultés actuelles en termes d'environnement et de déploiement ; 2. L'interfaçage avec d'autres systèmes d'information (Ex : HAPI pour suivi budgétaire⁴³) ; 3. Un investissement fort au niveau de chaque ARS pour l'acquisition des fonctionnalités de l'outil.

1.3 Organisation des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS

1.3.1 Analyse de l'exercice des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au siège de l'ARS Bretagne

1.3.1.1 Description de l'organisation interne des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS Bretagne

L'ARS Bretagne dispose de trois directions métiers :

- La direction des coopérations territoriales et de la performance
- La direction de la stratégie régionale en santé
- La direction de la santé publique

⁴³Cible : Interfaçage FINESS, pour récupérer les dénominations des établissements de santé

Tableaux de bord de la performance de l'ANAP pour les ESMS

(Catalogue des applications et projets associés DSSIS Octobre 2017)

Interfaçage avec ARHGOS : a débuté en 2017

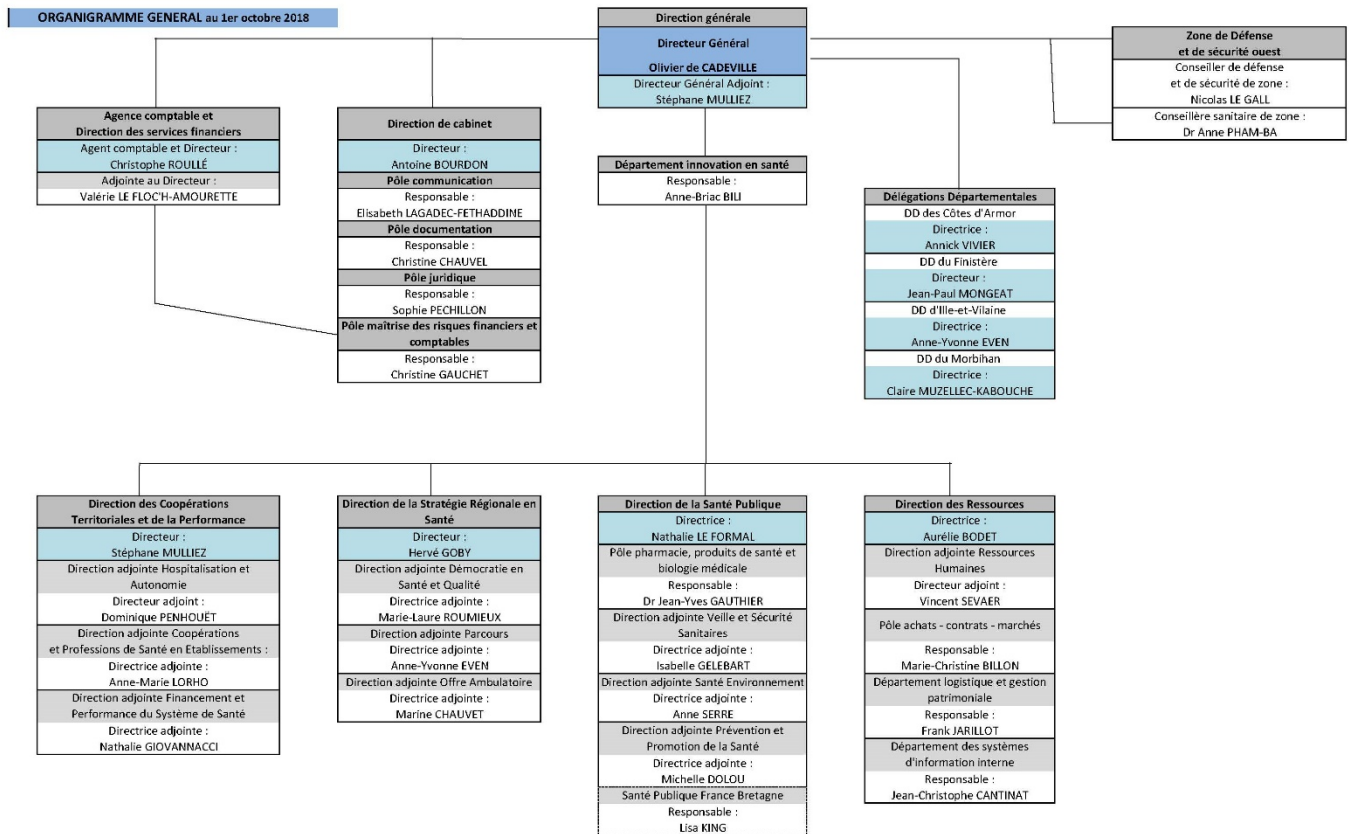
Interfaçage avec le tableau de bord de la performance de l'ANAP prévu pour 2018

(Réalizations 2017 et perspectives 2018 du SI mutualisé des ARS – présentation de la DSISS du 30 novembre 2017)

A ces directions se rajoutent deux structures : la direction des ressources ainsi que l'agence comptable et direction des services financiers.

Enfin, une délégation départementale est installée dans chacun des quatre départements.

Schéma 2 : Organigramme général ARS Bretagne mars 2018



Source : ARS

1.3.1.2 Appréciation des effets de cette organisation sur l'efficacité du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS Bretagne

Sur cet ensemble, deux directions sont principalement concernées par le pilotage de l'offre de santé : la direction des coopérations territoriales et de la performance et la direction de la stratégie régionale en santé.

La transversalité voulue par l'esprit de la réforme des ARS paraît particulièrement respectée par l'intégration de l'hospitalisation et de l'autonomie dans la direction des coopérations territoriales et de la performance. Elle est également réelle au sein de la direction adjointe financement et performance du système de santé de la même direction avec en son sein l'allocation des ressources hospitalières et médico-sociales, ainsi que la gestion du FIR. Mais, dès lors, il paraît difficile de comprendre pourquoi les parcours et l'offre ambulatoire se retrouvent dans une autre direction, celle de la stratégie régionale en santé.

Le financement de l'ensemble de l'offre est quant à lui intégré à la première direction (cf. supra).

Ainsi, la lecture de l'organigramme ne permet-elle pas de prendre aisément connaissance de la répartition des missions entre les services. Il semble qu'une réorganisation de l'agence ait été progressivement mise en œuvre en 2015/2016, avec prudence pour ne pas déstabiliser les agents et ne pas rompre le dialogue avec les institutions représentatives du personnel.

1.3.2 Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

- Description de la répartition des compétences entre l'ARS et les DD en matière de pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Les délégations départementales (DD) sont placées directement auprès du directeur général de l'ARS, sans qu'un autre lien hiérarchique ou fonctionnel soit documenté. Aucune lettre de mission n'a été communiquée à la mission. Toutefois, selon l'ARS, il est envisagé de faire par délégation départementale des revues de projets territoriales comex/DD à l'appui d'une feuille de route stratégique territoriale révisable annuellement. Selon les interlocuteurs de la mission, l'articulation du siège avec les délégations départementales est importante. L'ARS a décrit, dans un document interne de 27 fiches, la répartition des tâches entre les DD et le siège. Fiche par fiche, tâche par tâche, est indiqué qui est pilote, qui est contributeur et qui doit, à défaut, être tenu informé. Le siège y est inscrit comme une entité sans distinguer les directions.

Cette description très détaillée de la procédure concerne :

- Les coopérations (coopérations médico-sociales, directions communes CH/EHPAD, fusions d'établissements publics autonomes et les groupements hospitaliers de territoire,
- Le financement (contrats de retour à l'équilibre, l'instruction/validation de l'EPRD, feuille de route et dialogues de gestion, plan triennal, les investissements médico-sociaux, les Investissements sanitaires, le recensement des besoins de financement (FIR et enveloppes hospitalières), le suivi budgétaire des centres hospitaliers et des ESMS, et la tarification au sein de ces derniers.
- Le domaine hospitalier (les autorisations, l'instruction des demandes, CAQOS – CBU – CAQES les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, le suivi des instances CH/CS/commission d'activité libérale , la planification sanitaire et la revue annuelle des contrats) et la revue annuelle de contrat.
- Dans le domaine médico-social (autorisations et visites de conformité, la contractualisation, la planification médico-social, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et situations complexes
- En ce qui concerne la vie des établissements (évaluation des directeurs d'établissement (DH, D3S), la nomination aux chefferies (CH, EHPAD) et la veille sociale)
- Enfin, dernier thème, la rencontre avec les élus et les inaugurations

Les DD ne sont pilotes que pour ce qui concerne l'instruction des dossiers, la détermination des besoins, les visites de conformité, la négociation des CPOM des établissements de santé ou la rédaction d'avenants qualifiés de « simples » dans le domaine médico-social. Elles sont pilotes pour une trentaine d'actions sur 140 environ, qui vont de la négociation des CPOM des établissements de santé à la remontée des chiffres de grève ou l'envoi des fiches de postes de chefferie de service au CNG.

Il semble que ce soit la mise en œuvre du plan triennal avec l'assurance maladie⁴⁴ qui ait fait basculer vers le siège l'instruction des dossiers et le dialogue de gestion avec les établissements sensibles au regard des enjeux financiers et de la sensibilité politique et notamment les établissements supports de GHT. Ainsi, en ce qui concerne le CHU de Brest, le représentant de l'ARS au conseil de surveillance est la DD qui assure aussi le suivi « de proximité » de cet établissement même si les dialogues de gestion budgétaire et la contractualisation, ainsi que les dossiers à enjeux tels que le projet d'investissement COPERMO relèvent en première intention du siège. Enfin, les CPOM avec les établissements médico-sociaux sont le plus souvent négociés par la délégation départementale même s'ils sont signés par le siège dont la mission est alors essentiellement de valider et d'apporter les outils nécessaires.

Les délégations départementales participent au comex élargi. Des Comités opérationnels de territoire, mensuels, animé par le DGA permettent de faire le point sur l'ensemble des sujets avec les délégations. L'intérêt des délégations réside dans leur abord transversal des sujets.

- Appréciation des effets de cette organisation sur l'efficacité du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS Bretagne

Selon certains interlocuteurs de la mission, les DD seraient, en Bretagne, importantes et fortes ; mais la répartition des missions entre le siège et ces dernières conduits à nuancer cette affirmation. Les missions pour la réalisation desquelles elles sont placées en pilote ne sont pas nombreuses et sont loin d'être parmi les plus importantes. Dans les documents qui ont été transmis à la mission il est difficile d'apprécier tant leur place que les modalités selon lesquelles elles sont associées aux décisions.

L'encadré ci-dessous reprend toutefois des exemples de restructuration de l'offre dans lesquels une délégation départementale a été impliquée.

Encadré 27 : Exemples de dossiers de recomposition de l'offre avec implication de la DD (37)

1/ Trois EHPAD (EHPAD du Theil (ex-office national des anciens combattants), Centre Hospitalier de la Roche aux fées (Janzé) et EHPAD de CORNU) ont fait l'objet d'une répartition différente en termes de places et d'une recomposition territoriale au bénéfice bassin Rennes/Vitré. Cette recomposition s'est traduite par la création de 25 places à Cornu et le regroupement de Le Theil/Janzé.

2/ La capacité d'accueil des établissements de Dol de Bretagne/le Tronchet était trop faible pour équilibrer les opérations financières et les besoins d'adaptation de l'immobilier. La solution trouvée passe par l'organisation de la complémentarité entre les établissements (transferts de places d'Ehpad sur Le tronchet et de l'activité de la psychiatrie sur Dol).

3/ Les Marches de Bretagne

La restructuration se traduit par une direction commune puis la fusion de 2 hôpitaux locaux. Il en est de même pour les trois Ehpad et un foyer de vie : portant sur 900 lits et places, cette recomposition permet de sortir du modèle de direction isolée des Ehpad.

Source : Mission

⁴⁴ 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

1.4 Leviers financiers à la main de l'ARS Bretagne pour piloter l'offre institutionnelle de santé

1.4.1 Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation du FIR par l'ARS Bretagne pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

- Les missions du FIR sont réglementairement 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).

S'agissant de la région Bretagne, les crédits sont répartis de la manière suivante entre les cinq missions, pour un total de 134M€ d'autorisations d'engagement en 2017 :

Tableau 13 : Répartition des crédits FIR en missions (AE)

Crédits comptabilisés (en €)			
Mission		2016	2017
1	Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	17 657 069,00	19 678 129,00
2	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	42 386 442,00	43 911 946,00
3	Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	43 311 098,00	45 473 076,00
4	Efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	24 415 898,00	24 717 546,00
5	Développement de la démocratie sanitaire	183 689,00	145 249,00
Autres			
Total (en €)		127 954 196,00	133 925 946,00

Source : ARS

- La mission a demandé à l'ARS de déterminer, au sein de l'ensemble des crédits, ceux qui permettent de favoriser une évolution de l'offre de soins.

Sauf exception, les missions 4 (Efficience des structures sanitaires et médico-sociales)⁴⁵ et 5 (Développement de la démocratie sanitaire) sont globalement hors sujet.

Au sein de la mission 3 (Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire), les actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé sont clairement orientées vers l'évolution de l'offre. En outre, l'ARS Bretagne considère que le financement de la permanence des soins tant en ambulatoire qu'en établissement a un impact sur l'offre de soins. Le financement de la permanence des soins a trait à l'organisation de l'offre mais pas à sa recomposition.

La mission 2 (Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale) contient d'assez nombreuses lignes de crédits qui impactent potentiellement l'offre (développement de parcours de santé coordonnés, actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé, réseaux de santé, maisons des adolescents, médecins correspondants de samu, équipes mobiles de gériatrie, centres périnataux de proximité, télémédecine, plateformes territoriales d'appui, paerpa, maia...).

Enfin, au sein de la mission 1 (Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie), l'ARS ne note aucune action dédiée à l'évolution de l'offre de soins.

- Par ailleurs, la mission a demandé que l'ARS classe les crédits en quatre catégories, correspondant à une flexibilité d'utilisation croissante :

1 : crédits protégés-sanctuarisés

2 : dépense obligatoire (base législative ou réglementaire, orientation politique forte) mais variable

3 : dépense non obligatoire mais récurrente

4 : crédit d'affectation libre dans le cadre des orientations d'utilisation.

L'appréciation par l'ARS conduit aux proportions suivantes :

Tableau 14 : Répartition des crédits FIR en classes de flexibilité

Qualification	2016		2017	
	Montants	Pourcentage	Montants	Pourcentage
1	17 362 159,00	13,57 %	17 237 287,89	12,89 %
2	83 199 450,76	65,02 %	87 587 126,29	65,52 %
3	6 340 690,00	4,96 %	4 458 912,00	3,34 %
4	20 802 416,48	16,26 %	24 392 312,64	18,25 %
TOTAL	127 704 716,24	99,81 %	133 675 638,82	100,00 %

Source : ARS

⁴⁵ Pour l'ARS Bretagne, la mission 4 comporte des crédits qui concourent pour l'agence à la restructuration de l'offre, comme l'accompagnement aux contrats de retour à l'équilibre.

- Les crédits fléchés pour utilisation exclusive ne représentent qu'une très faible part du FIR: dispositif Paerpa par exemple (0,4 M). Les crédits protégés (par fongibilité asymétrique) sont sanctuarisés et ne peuvent être utilisés que pour une affectation précise. Les crédits délégués pour le financement des Maia et Gem (6,5M au total) constituent une enveloppe minimale et par ailleurs sont utilisables plus largement pour les secteurs médico-social et prévention. L'ARS classe par ailleurs dans la catégorie des crédits « protégés » (catégorie 1) de nombreuses lignes, constituant au total 13 %⁴⁶ des crédits FIR.
- S'agissant des dépenses obligatoires mais variables quant au montant utilisé (catégorie 2 représentant deux tiers des crédits FIR selon l'ARS Bretagne), de manière générale, l'ARS remarque que leurs promoteurs politiques ou techniques au niveau national demandent que les crédits soient utilisés sur des projets identifiés, comme en témoignent les orientations assez précises de la circulaire annuelle. La question porte dès lors sur la marge de manœuvre dont dispose réellement l'ARS, le fléchage des crédits portant sur l'orientation et la nature des projets, pas sur leur choix précis ni les montants utilisés.

Certaines dépenses importantes ne peuvent en réalité être mises en question : par exemple s'agissant de la PDSES et de la PDSA qui représentent 44 M€ en 2017, soit 33 % du FIR régional.

- S'agissant des Actions de modernisation et de restructuration (soutiens de fin d'exercice), l'ARS estime que ces dépenses qui représentent 4,5M, ne sont pas obligatoires mais récurrentes, ce qui limite évidemment fortement la marge de manœuvre régionale dans leur utilisation. Globalement les crédits classés par l'ARS en catégorie 3 ne représentent qu'une part très faible des crédits FIR.
- Enfin, l'ARS s'estime libre de l'utilisation des crédits FIR (dans le cadre des orientations de la SNS) pour environ 18 % de leur montant total (catégorie 4).

Les principales lignes concernées sont

- Mission 1 : actions de prévention de la perte d'autonomie
- Mission 2 : télémedecine, réseaux, Dispositifs de consultations dédiées aux personnes handicapées, Programme National pour la sécurité des patients
- Mission 4 : Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires ; appui à des opérations de Réorganisation hospitalières / Gestion des risques / Accords de bonnes pratiques hospitalières (4,2M); Autres aides à la contractualisation / Maintien de l'activité déficitaire / Amélioration de l'offre / Aides à l'investissement (13,5M), Aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération destinés à favoriser l'efficacité des structures sanitaires engagées dans des opérations de modernisation et d'adaptation, spécialement la mobilité et l'adaptation de leurs personnels (2,3M)
- Mission 5

⁴⁶ Notamment les crédits de la sous mission 12 Actions en matière de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux (plan cancer, santé mentale, prévention des pratiques addictives, santé et obésité, santé environnementale...), sous mission 13 Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles

1.4.2 Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation des MIGAC par l'ARS Bretagne pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Comme pour le Fonds d'investissement régional, la mission a demandé à l'ARS d'indiquer les marges de manœuvre dont elle dispose dans l'utilisation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et parmi celles-ci, celles qui portent sur l'évolution de l'offre de soins.

S'agissant de l'analyse des marges de manœuvre régionale, 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 faire l'objet d'adaptations par l'ARS. Les MIG dites en base sont déléguées à l'ARS qui décide de leur utilisation.

Enfin, quatorze MIG sont déléguées dans le cadre du FIR⁴⁷.

Les montants respectifs des quatre catégories de MIGAC sont les suivants pour la région Bretagne.

Tableau 15 : Répartition des MIGAC par catégorie

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	%
MIG JPE imp.	42030477	24,40 %
MIG JPE ind	52559640	30,51 %
MIG base	16199227	9,40 %
MIG FIR	61452876	35,68 %
	172242220	100,00 %

Source : ARS

S'agissant de l'impact sur l'évolution de l'offre de soins, la répartition quantitative des MIGAC est la suivante, selon l'analyse de l'ARS :

Tableau 16 : MIGAC à impact sur l'évolution de l'offre de soins

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	Part de la catégorie MIG
MIG JPE imp.	12438925	29,60 %
MIG JPE ind	3187253	6,06 %
MIG base	14566225	89,92 %
MIG FIR	52803265	85,92 %
Total	82995668	48,19 %

Source : ARS

⁴⁷ 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 télémedecine, 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

Parmi les MIGAC en justification au premier euro, impératives, 30 % environ ont un impact sur l'offre, selon l'analyse de l'ARS⁴⁸.

Parmi les MIGAC en justification au premier euro, indicatives, très peu ont un impact sur l'offre selon l'ARS.

Enfin, entre 85 et 90 % des MIGAC en base et en FIR ont un impact sur l'offre selon l'ARS, avec des postes très importants : le financement de la permanence des soins, UHSI, USMP....

2 INSTRUMENTS UTILISES PAR L'ARS BRETAGNE POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE

2.1 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Bretagne dans le secteur ambulatoire

Encadré 28 : Situation de la médecine libérale en région Bretagne

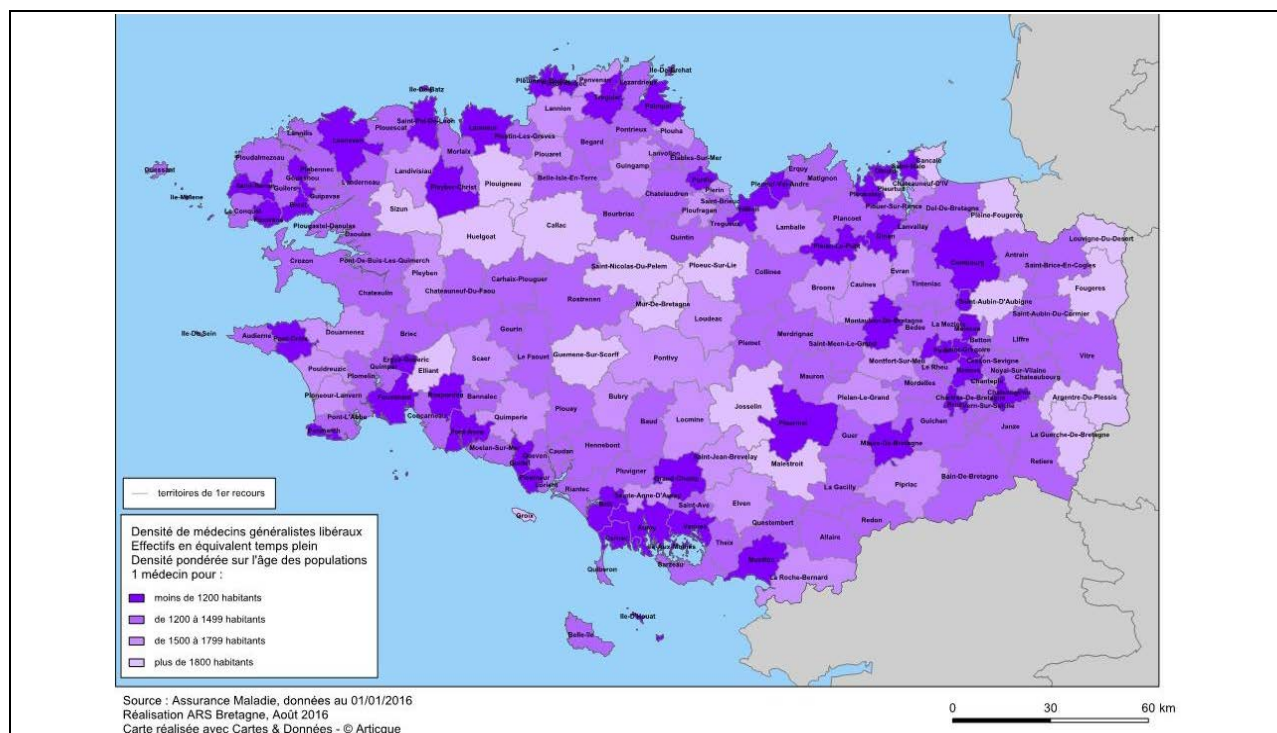
La densité de médecins généralistes libéraux est comparable à la moyenne nationale (9,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants en Bretagne, 9,1 en France), mais la répartition territoriale fait apparaître des inégalités en faveur des zones urbaines et côtières. Les autres professionnels de premier recours sont en densité comparable à la densité nationale, celle des infirmiers étant cependant nettement plus élevée (16,1 IDE pour 10 000 habitants en Bretagne /13,6 IDE en France)⁴⁹.

La situation est beaucoup moins favorable pour les spécialistes avec une densité inférieure de 20 % à la moyenne nationale.

Densité des médecins généralistes libéraux

⁴⁸ Les centres mémoire de ressources et de recherche, Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage, Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares, Centres de ressources et de compétence sur l'hémophilie, Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose, autres centres de ressources, Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)... Scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation, équipes mobiles de SSR

⁴⁹ En Bretagne, 3035 médecins généralistes ont une activité libérale (9,2 MG pour 10 000 habitants pour 9,1 en France métropolitaine) et 2249 médecins spécialistes autres que médecins généralistes (7,4 pour 9,37 en France métropolitaine)



Source : ARS

2.1.1 Incitations au regroupement, à la coordination et à l'installation des professionnels de santé

2.1.1.1 Analyse de la politique régionale des maisons de santé pluriprofessionnelles, de son adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil par l'ARS Bretagne dans son pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Le nombre de maisons de santé en Bretagne s'élève à 95 au mois de mai 2018. Le nombre de sites accompagnés par l'ARS au cours des dernières années fait l'objet du tableau suivant. Les professionnels de santé sont accompagnés pour élaborer un projet de MSP et le projet une fois validé et la MSP labellisée, peuvent être accompagnés à la mise en œuvre de celui-ci :

Tableau 17 : Accompagnement des MSP entre 2015 et mai 2018

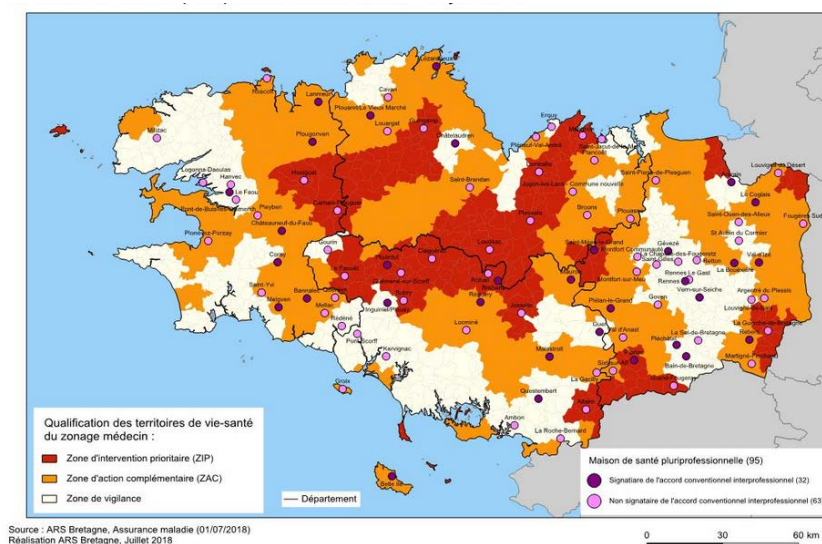
Sites accompagnés par l'ARS	2015	2016	2017	Mai 2018
Pour l'élaboration d'un projet de santé	3	11	9	4
Pour la mise en œuvre du projet de santé	12	3	7	0

Source : ARS

Pour une centaine de maisons de santé en fonctionnement ou en projet, exercent dans ce cadre 15 % des généralistes installés en libéral dans la région, 14 % des infirmiers et des sages-femmes et 21 % des diététiciens. En pourcentage du groupe professionnel dont ils relèvent, ces derniers sont proportionnellement plus attirés par ce mode d'exercice collectif.

Les maisons de santé sont présentes pour $\frac{3}{4}$ d'entre elles dans les zones d'intervention prioritaire et dans les zones fragiles d'action complémentaire. La carte de l'implantation des maisons de santé montre toutefois que ces zones ont un périmètre très important en Bretagne ce qui nuance l'appréciation qu'on peut porter sur les effets de la politique menée à l'égard des MSP en zone sous dense. Cette carte montre une plus grande concentration autour de Rennes (7 MSP sur 95 sont situées à moins de 30 kms de cette ville) qui ne fait partie d'aucune des deux zones précédemment citées, alors que la répartition sur le reste du territoire paraît harmonieuse, toutes zones confondues.

Schéma 3 : Maisons de santé pluridisciplinaires



Source : ARS

La procédure de soutien à la création et au fonctionnement des MSP poursuit 3 objectifs :

- fédérer dans une MSP une équipe de professionnels de santé ;
- contribuer à la réflexion et à la détermination d'axes de travail ;
- apporter un appui méthodologique en vue de la formalisation du projet de santé

Le financement accordé par l'ARS permet de :

- financer un temps de consultant pour accompagner les professionnels dans l'élaboration de leur projet de santé⁵⁰. Le nombre de jours est variable en fonction du nombre de professionnels ;
- indemniser les professionnels de santé pour le temps de travail⁵¹.

Les professionnels qui ne souhaitent pas bénéficier de l'appui d'un consultant peuvent néanmoins bénéficier d'une indemnisation dans les mêmes conditions d'application.

Le financement intervient en 2 temps : 80 % à la signature de la convention, 20 % à la réception du projet de santé.

⁵⁰ Entre 7 et 11 jours + 1 jour optionnel s'il y a un projet immobilier

⁵¹ Entre 4 et 8 jours en fonction du nombre de professionnels

Une fois le projet de santé formalisé, ce dernier est présenté devant la CARPEC⁵² pour avis, avant d’être validé par le Directeur général de l’ARS.

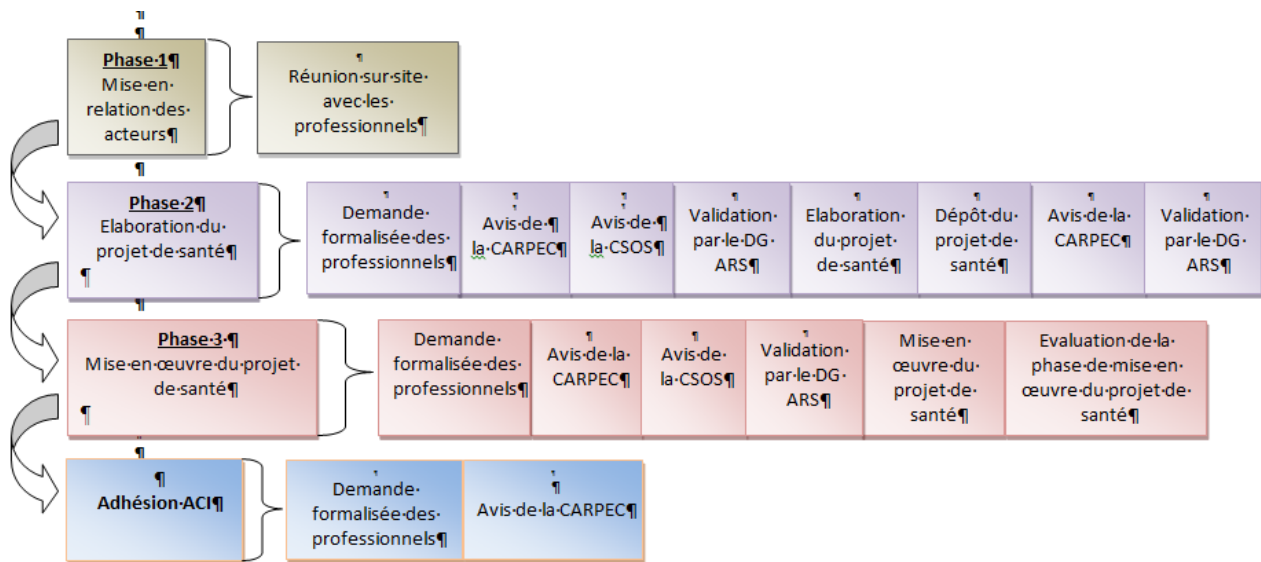
Suite à la validation de leur projet de santé, les professionnels de santé libéraux peuvent formaliser une demande d’accompagnement pour sa mise en œuvre. Cette demande est également présentée devant la CARPEC pour avis. Suite à ces avis, la validation revient au DG de l’ARS.

Cette phase a pour objectifs de soutenir la mise en place et préparer l’adhésion à l’ACI. Dans l’hypothèse d’une absence d’inclusion immédiate du site dans l’ACI, l’ARS apporte son soutien aux acteurs par la conclusion d’une convention, pour une durée d’un an, sur la base d’un plan d’actions permettant à la maison de santé d’envisager l’adhésion dans l’ACI avec un niveau de maturité suffisant au regard des critères exigés.

L’accompagnement est limité à 15 000 euros et s’appuie sur un plan d’actions défini par les professionnels et en lien avec les engagements de l’Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Le financement intervient en 2 temps : 50 % à la signature de la convention, 50 % à l’adhésion de la MSP à l’ACI.

Schéma 4 : Instances de concertation et de validation des MSP

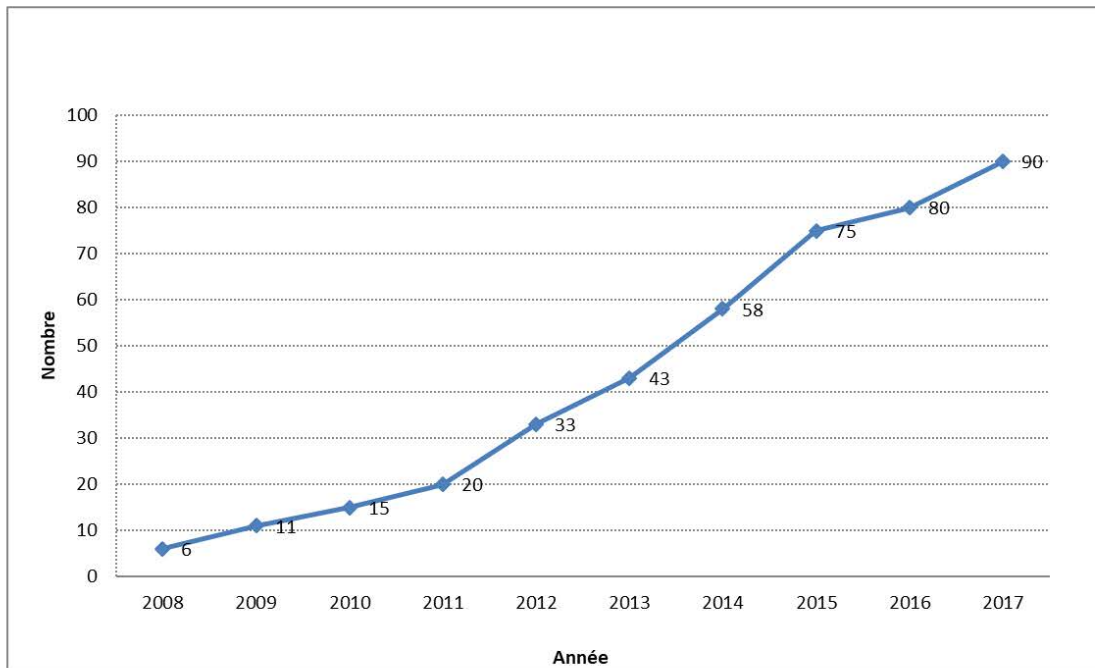


En pratique, le travail se fait en concertation avec les URPS. Aux dires des interlocuteurs de la mission, il ne serait pas nécessaire que les services de l’ARS soient proactifs ; il suffit qu’ils répondent aux sollicitations des élus et des professionnels très dynamiques. A ce titre, des réunions de début de soirée sont organisées pour présenter les dispositions après lesquelles, le cas échéant, la procédure présentée dans le Schéma 4 : se poursuivra. Toutefois les zones sous denses mériteraient un effort particulier.

Compte tenu de la complexité de cette procédure, il serait utile que ses effets soient appréciés.

⁵² Commission d’appui régionale des projets d’exercice coordonné

Schéma 5 : Evolution du nombre de maisons de santé en fonctionnement en Bretagne (2008-2017)



Source : ARS

2.1.1.2 Analyse de la politique régionale de la (s) plateforme(s) territoriale(s) d'appui, de son adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS Bretagne

Depuis début 2013, sur la base du guide de la DGOS demandant l'évolution des réseaux en CTA, puis en PTA en 2016, les réseaux de santé sont amenés à passer d'un appui monothématique à un appui à la coordination de tous les patients estimés être en situation complexe par le médecin traitant, quelle que soit leur pathologie. A ce titre, les associations porteuses des quarante réseaux ont fusionné de sorte qu'il existe aujourd'hui cinq PTA en fonctionnement et qu'elles devraient être dix fin 2018 (cinq PTA sont en projet).

Quelques réseaux demeureront, qui sont très spécifiques (trouble de l'apprentissage de l'enfant dans les Côtes d'Armor, un réseau régional soins dentaires pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, un réseau neurologie, un réseau addictions et un réseau « migrants » en Ille-et-Vilaine ...) ; demeure également un paerpa amené à converger vers les PTA qui se déploient sur le même territoire. Enfin, la convergence est amorcée entre PTA et MAIA, certaines associations portant déjà les missions d'appui à la coordination et les missions d'intégration.

Ainsi les PTA ont-elles été créées essentiellement à partir des réseaux (une PTA en fonctionnement est à l'initiative d'une association de professionnels de santé libéraux sur le Pays de Fougères, une seconde est en préfiguration sur le Pays de Brocéliande) et sont, comme ailleurs, une des voies de transformation/prolongation des réseaux de santé le plus souvent monothématiques. On peut se demander comment les PTA pourront, à partir d'un tel historique, évoluer vers la polyvalence attendue des PTA.

Ici comme dans beaucoup d'autres ARS, la priorité a été donnée dans le temps à la création des PTA, plutôt qu'aux CPTS par exemple.

2.1.2 Contractualisation avec les professionnels de santé

Les aides aux professionnels de santé font l'objet d'une plaquette complète reprenant l'ensemble des dispositifs auxquels les professionnels peuvent faire appel lorsqu'ils veulent exercer en Bretagne. Ce document décrit l'ensemble des démarches et fournit les contacts et les adresses nécessaires. Cette plaquette constitue un réel effort d'information probablement plus exhaustif que le simple « flyer ».

Sur les mesures d'aide à l'installation, une convention de partenariat avec la Région a pour objet de faciliter l'installation des médecins de médecine générale dans les zones à privilégier. Dans ce cadre, est élaboré un programme de travail commun et une coordination avec la Région, l'assurance maladie, l'URPS Médecins, l'ordre des médecins, les représentants des internes et l'université.

Au titre de sa politique de communication avec les professionnels de santé, l'ARS met en ligne sur son site, le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (Paps). Les responsables du secteur à l'ARS se rendent dans les facultés de médecine et participent aux séminaires installations et du remplacement, mais ne tiennent pas de statistiques sur ces déplacements. Les professionnels de santé sont également reçus à l'ARS mais viennent peu nombreux⁵³.

De même qu'il est difficile d'avoir un suivi des contacts, sous leur différente forme avec les professionnels de santé, il n'y a pas d'évaluation des contrats passés avec eux : il est difficile de savoir à quel coût les médecins ont signé les différents contrats qui leur sont proposés.

Toutefois des statistiques relatives aux différents contrats signés avec les médecins en Bretagne qui ont été communiquées à la mission, il ne semble pas qu'on puisse parler d'une réussite exceptionnelle. Ainsi pour l'année 2017, ont été signés au cours de l'année⁵⁴ :

- 15 contrats d'aide à l'installation des médecins (CAIM)⁵⁵
- 20 contrats de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)⁵⁶
- 3 contrats de transition pour les médecins (COTRAM)⁵⁷
- 4 contrats de solidarité territoriale pour les médecins (CSTM)⁵⁸.

⁵³ Les professionnels de santé conviés à l'ARS sont les étudiants signataires d'un CESP, ils sont en moyenne 40 chaque année pour affiner leur projet professionnel

⁵⁴ Ces contrats sont en vigueur uniquement depuis le 1^{er} janvier 2017, contrairement au CESP ou au PTMG

⁵⁵ Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones d'intervention prioritaire définies par l'ARS

⁵⁶ Ce contrat a pour objet de valoriser la pratique des médecins qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé

⁵⁷ Ce contrat vise à soutenir les médecins installés préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet

⁵⁸ Ce contrat vise à inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone d'intervention prioritaire définie par l'ARS, à consacrer une partie de leur activité médicale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées

A ce jour, on dénombre 29 praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)⁵⁹ en exercice, 1 praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)⁶⁰, 0 praticien territorial médical de remplacement (PTMR)⁶¹, 14 médecins correspondant du SAMU (MCS)⁶², 9 contrats en cours de chef de clinique contrats d'engagement de service public (CESP)⁶³.

S'agissant des CESP, l'ARS Bretagne s'organise selon le dispositif suivant :

- Participation au jury de sélection des futurs signataires, organisé par la faculté.
- Durant la formation du signataire, accompagnement individualisé des signataires permettant notamment d'approfondir le projet professionnel, et de faire correspondre au mieux son parcours de formation et les besoins médicaux de la région.
- Tous les ans, envoi à chaque signataire d'une fiche de suivi de l'évolution du projet de ce dernier.
- Ce document, adressé annuellement, doit être impérativement complété, signé et retourné à l'ARS. En effet, il permet de suivre l'évolution du projet du signataire, et de préciser sa situation lors de son installation au regard des exceptions possibles d'application du zonage et / ou de priorisation de projets.
- Organisation d'un entretien individuel (à l'ARS ou par téléphone) la première année de signature du contrat ainsi que l'année précédant l'installation du signataire, et / ou sur demande du signataire.

Afin de renforcer l'information auprès de futurs signataires, l'ARS Bretagne finalise un support de présentation du dispositif, qui sera effectif en octobre 2018.

2.1.3 Planification et identification des besoins de santé

Le zonage a été élaboré avec un groupe de travail composé de l'URPS Médecins libéraux, du Conseil régional et des Conseils départementaux de l'ordre des médecins, du Conseil régional, des Conseils départementaux, de l'Assurance maladie, de représentants des internes, de représentants des médecins remplaçants et des jeunes installés, de la Préfecture, d'un représentant des usagers et de l'Association régionale des maires depuis avril 2017 pour une publication du zonage à la mi 2018.

Cette concertation a permis d'intégrer trois nouveaux indicateurs : le niveau de précarité de la population, l'état de santé de la population et enfin, l'accessibilité aux services d'urgence. La marge de manœuvre régionale⁶⁴ a été utilisée pour récupérer deux territoires hors du vivier défini nationalement, Châteaulin et Plouigneau, qui sont maintenant en ZAC.

⁵⁹ Le contrat PTMG offre aux médecins s'installant dans des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins

⁶⁰ Ce contrat signé avec le médecin (généraliste ou spécialiste), prévoit pendant le congé maternité/paternité ou maladie un complément de rémunération pour les médecins installés en zone fragile

⁶¹ Ce contrat vise à inciter les jeunes praticiens remplaçants à exercer dans des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins

⁶² Les MCS sont des médecins généralistes volontaires formés à l'urgence, qui interviennent en avant-poste des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale des services d'aide médicale urgente (SAMU) dans les territoires situés à plus de 30 minutes de soins urgents.

⁶³ Le CESP est un dispositif ouvert aux étudiants et internes. Il ouvre droit à une allocation mensuelle pendant la formation. En contrepartie les étudiants ou internes s'engagent à exercer leurs fonctions à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice où l'offre médicale est menacée ou insuffisante

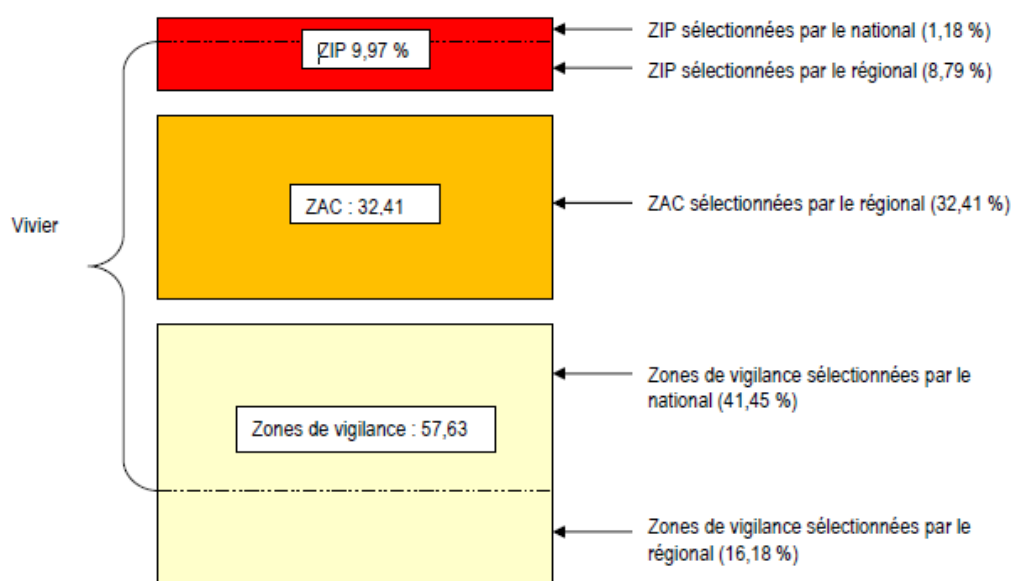
⁶⁴ Contrairement aux précédents zonages, la dernière réactualisation s'inscrit dans le cadre d'une méthodologie nationale, qui laisse toutefois une marge de manœuvre à l'ARS⁶⁴ afin qu'il puisse être tenu compte des spécificités des territoires tels que les territoires insulaires de la Région bretonne. A ce titre, les ARS ont la possibilité de retenir des indicateurs

La combinaison des méthodologies nationale et régionale a permis de définir les trois zones suivantes :

- les zones d'intervention prioritaire qui couvrent 10 % de la population régionale, soit près de 325.000 habitants,
- les zones d'action complémentaire qui représentent 32,4 % de la population régionale, soit plus d'un million d'habitants,
- les zones de vigilance, quant à elles, qui comptent 57,6 % de la population régionale, soit près d'1,9 million d'habitants.

Le schéma ci-dessous montre comment se sont articulés les résultats de la méthodologie nationale et de la méthodologie régionale ainsi que la marge de manœuvre régionale.

Schéma 6 : Marge de manœuvre régionale



L'articulation entre le zonage et les aides accordées aux médecins est reprise dans le tableau suivant :

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.

Tableau 18 : Eligibilité des aides et zonage

	Mesures en faveur de l'installation	Mesures en faveur des MSP	Autres mesures
ZIP (zones d'intervention prioritaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Aides de l'ARS (CESP-PTMR-PTMG-PTMA, mises à disposition d'un praticien)* - Aides de l'assurance maladie (CAIM-COSCOM-COTRAM-CSTM)* - Aides des collectivités territoriales (aide à l'exercice des professionnels, bourse d'étude, indemnité de logement, indemnité de déplacement etc.)* - Aides fiscales (limitées aux seules rémunérations des actes de la permanence des soins.)* 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ARS pour rédaction et mise en œuvre du projet de santé - Soutien financier pour l'immobilier selon les orientations prises par les préfetures, le conseil régional et certains conseils départementaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA*
ZAC (zones d'action complémentaire)	<ul style="list-style-type: none"> - Aides de l'ARS (CESP-PTMR-PTMG-PTMA, mises à disposition d'un praticien)* - Aides des collectivités territoriales (aide à l'exercice des professionnels, bourse d'étude, indemnité de logement, indemnité de déplacement etc.)* 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ARS rédaction et mise en œuvre du projet de santé - Soutien financier pour l'immobilier selon les orientations prises par les préfetures, le conseil régional et certains conseils départementaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA*
Zones de vigilance		<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ARS rédaction et mise en œuvre du projet de santé (en vigueur lors de la parution du nouveau zonage) 	

Source : ARS

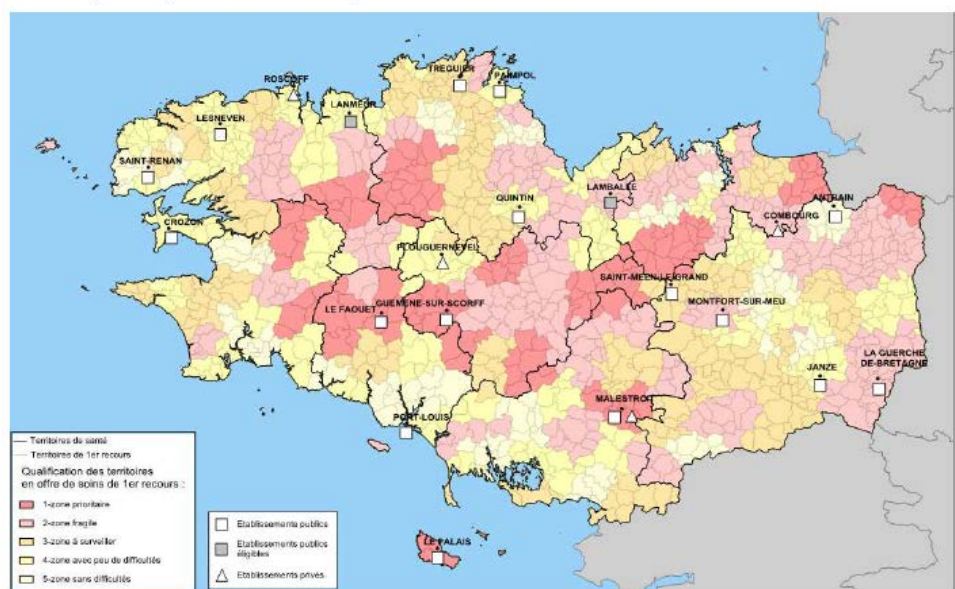
2.2 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Bretagne dans le secteur hospitalier

Encadré 29 : Situation de l'offre hospitalière en Bretagne

La Bretagne dispose de 123 établissements, 46 publics dont deux CHU (Brest et Rennes), qui réalisent plus de 80 % de l'activité en médecine et obstétrique, 42 ESPIC et 35 cliniques privées, qui réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale

Les missions des 22 établissements de proximité ont été redéfinies et confortées en 2015.

Carte 7 : Hôpitaux de proximité et territoires de premier recours



Source : ARS Bretagne mai 2016, Territoires de 1er recours (SROS AMBU Février 2014)
Réalisation ARS Bretagne, Juin 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Alors qu'elle accusait un fort retard en chirurgie ambulatoire, la Bretagne est désormais au-dessus du taux national, du fait d'un important effort de rattrapage.

En obstétrique, la gradation des soins en trois niveaux paraît garantir une bonne adéquation entre risques et niveau de prise en charge ; mais la situation de certaines maternités de niveau 1 reste fragile.

S'agissant des urgences, 98 % de la population est à moins de 30 mn d'un accès aux soins, notamment grâce à la mise en place de médecins correspondants de SAMU.

Source : ARS

2.2.1 Autorisations et planification hospitalières

2.2.1.1 La planification hospitalière

Le COS présente 7 objectifs stratégiques dont le deuxième vise à « garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile », décliné en quatre orientations clefs, une portant sur les soins ambulatoires, deux sur les soins hospitaliers et une sur le médico-social : conforter la structuration des soins de premier recours, assurer l'accessibilité à une offre en évolution sur les territoires, poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, développer la souplesse et l'accessibilité de l'offre médico-sociale.

Le PRS décline de manière claire les objectifs et chantiers afférents à la recomposition de l'offre. Il ne présente pas d'originalité marquante de ce point de vue et précise régionalement les axes principaux de la stratégie nationale de santé (virage ambulatoire, développement d'alternatives à l'hospitalisation complète, meilleure gradation de l'offre notamment grâce à la mise en place des GHT...). Ces objectifs sont affichés par grands domaines d'activité, notamment

- chirurgie : gradation des plateaux techniques, retour du patient à domicile, développement de la chirurgie ambulatoire ;
- hospitalisation de jour en médecine : développement de l'HDJ multidisciplinaire et renforcement des liens ville-établissements ;
- HAD : renforcement de l'HAD dans les réponses coordonnées et globales aux besoins des patients à domicile ;
- accès équitable à l'imagerie diagnostique ;
- SSR : prise en charge graduée, formalisation des liens avec le MCO, et articulation avec les PMP des GHT.

La présentation indique certes que « l'offre hospitalière continue d'être orientée vers l'évolution des modes de prise en charge, en optimisant la gradation des plateaux techniques et en développant des alternatives à l'hospitalisation complète ». Mais l'offre proposée « ne retient pas d'évolution majeure » et « s'inscrit dans la continuité de l'organisation » du premier PRS. Les ambitions de l'exercice sont donc réduites.

Par ailleurs, il est bien précisé 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.

Les OQOS sont déclinés selon 7 territoires de santé. Cependant, contrairement à d'autres ARS, ces territoires ne sont pas gradués⁶⁵- par exemple en distinguant des zones régionales ou infra régionales garantissant un niveau d'expertise élevé, des zones intermédiaires permettant des complémentarités et mutualisations de compétences entre établissements, et enfin des zones infra départementales permettant de maintenir des réponses de proximité.

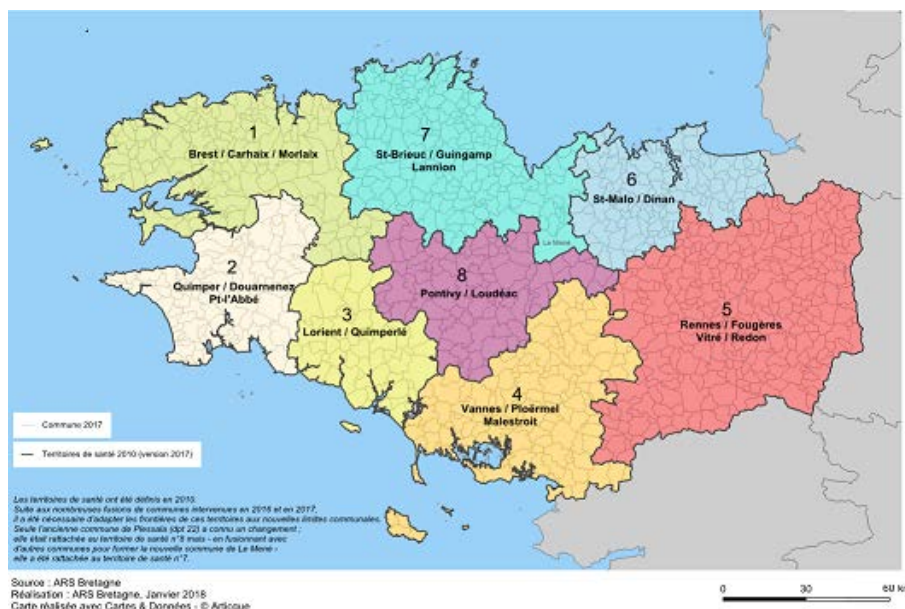
⁶⁵ Ceci n'empêche pas l'ARS de travailler sur la gradation des soins, dans le cadre notamment de chaque GHT

L'ARS indique ainsi qu'à son sens « déterminer un nombre de sites ne permet pas de déterminer une capacité ». C'est ensuite le travail de négociation des CPOM qui permet d'affiner le nombre de lits ou places.

L'ARS insiste également sur la « rigidité de la présentation » actuelle avec un seul niveau territorial ; il s'agit en effet d'un seul niveau territorial par « activité » : le zonage doit être unique pour chacune des activités listées à l'article L 6122-25 CSP, sans pouvoir distinguer de niveaux au sein de ces activités (par exemple pour la cancérologie, on ne peut distinguer un zonage pour les activités de recours et un autre pour les activités de proximité, alors que le champ « traitement du cancer » couvre un large panel d'activités) alors qu'avec le SROS 3 et le PRS 1, on pouvait programmer les OQOS de manière plus fine et graduée au niveau régional et au niveau territorial, approche cependant risquée sur le plan réglementaire.

Enfin, l'ARS souligne que « les autorisations sont saturées » et qu'il n'y a pas de suppressions ou créations de sites annoncées *a priori*. Les OQOS n'ont donc que peu d'impact direct, mais « stabilisent les choses et évitent des demandes superfétatoires ».

Graphique 2 : Carte des territoires de santé Région Bretagne



Source : ARS

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. L'ARS assume clairement qu'aucune « annonce lisible » de restructuration n'est faite dans le cadre de l'annexe opposable du PRS.

Encadré 30 : Exemples d'évolution des OQOS dans les zones territoriales PRS 2018-2023

En médecine : des « ajustements très ponctuels » liés à des recompositions territoriales (arrêt programmé d'activité dans certains hôpitaux de proximité) sont programmés ; dans le cadre du virage ambulatoire, on note une stabilité du nombre d'autorisations ; enfin, le développement de l'hospitalisation de jour et la réduction de l'hospitalisation complète ne sont pas directement lisibles.

En médecine d'urgence : le maillage territorial vise à assurer un accès aux soins urgents à moins de 30 minutes ; les évolutions ne sont au total pas lisibles dans le PRS qui annonce de possibles révisions dans le cadre des GHT.

En chirurgie : le PRS se traduit par certaines suppressions du fait de regroupements ou recompositions en cours (Finistère Penn Ar Bed) ; il acte des décisions prises après concertation.

En périnatalité, le PRS note un maillage de proximité dense, une diminution de la natalité, et des problèmes d'activité et d'attractivité potentielle de certaines maternités ; il propose le maintien de l'offre « qui devra s'inscrire dans une nécessaire qualité et sécurité des prises en charge ».

En SSR : il « n'est pas retenu d'évolution majeure », sauf recompositions engagées (territoires Finistère, Lorient-Quimperlé) ou taux d'équipement insuffisant (digestif sur le territoire Brocéliande Atlantique, personnes âgées polypathologiques en haute Bretagne et Cœur de Breizh).

En chirurgie carcinologique, le PRS se contente de proposer une stabilité des implantations, sauf sur le territoire Finistère Penn ar Bed compte tenu des recompositions en cours. Il annonce cependant que l'évaluation d'activité dans le cadre du renouvellement des autorisations programmées en 2019 permettra le cas échéant de revoir certaines situations.

En psychiatrie, la stabilité des implantations est proposée, sauf pour des formes alternatives à l'hospitalisation complète (appartement thérapeutique et placement familial thérapeutique).

Source : Mission d'après PRS

2.2.1.2 Les autorisations et la recomposition de l'offre

L'ARS identifie les autorisations qui nécessiteront un dépôt de dossier sur injonction, en fonction de différents critères : non-conformité au PRS, non-conformité technique, problématique de sécurité, normes d'activité non respectées... Les procédures de renouvellement d'autorisation sont néanmoins le plus souvent traitées de manière tacite. Les renouvellements soumis à injonction de dépôt d'un dossier d'autorisation restent rares.

Tableau 19 : Autorisations sanitaires : 2016-2017

	2016	2017
Nouvelles demandes	17	11
Remplacements d'équipements lourds	14	11
Transferts géographiques / cessions / fusions	14	9
Examens de dossiers de renouvellement faisant suite à injonction	11	1
Renouvellements « tacites » (sans passage en CSOS)	139	145

Source : ARS

Encadré 31 : Exemples de dépôt de dossier d'autorisation sur injonction

La maternité de Guingamp

L'autorisation de l'activité de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Guingamp venait à échéance le 20 mai 2018. L'ARS a écarté la possibilité d'un renouvellement tacite et demandé le dépôt d'un dossier complet, compte tenu du contexte de baisse du nombre d'accouchements, inférieur à 500 en 2017, mais surtout de la fragilité de l'équipe d'anesthésie et de la couverture pédiatrique, alors même que le territoire de santé comprend également trois autres maternités proches de Guingamp.

La CSOS saisie s'est prononcée favorablement à la fermeture de la maternité du CH de Guingamp et l'arrêté de non renouvellement de l'autorisation a été pris par l'ARS.

L'HAD du pays briochin

Par courrier du 10 mars 2017, l'ARS a enjoint l'HAD de déposer un dossier complet de renouvellement compte tenu de faiblesses constatées dans son fonctionnement, en particulier la fragilisation des prises en charge et de la continuité des soins, du fait de départs successifs de médecins coordonnateurs, des taux de recours inférieurs aux taux régionaux, des prises en charge peu diversifiées, de l'absence de programme d'action comportant des objectifs de développement, enfin de l'implication insuffisante du conseil d'administration dans la gouvernance de l'HAD. Compte tenu du dossier présenté et des engagements de redressement pris, la CSOS s'est prononcée favorablement au renouvellement de l'autorisation, le 21 septembre 2017, la décision étant prise par l'ARS le 3 octobre. L'injonction de dépôt d'un dossier de renouvellement complet a clairement servi de levier pour faire évoluer la gouvernance et la gestion de l'association.

Services de chirurgie carcinologique

178 autorisations réparties entre 30 établissements arrivent à échéance en juillet 2019. Les dossiers de demande de renouvellement pouvaient être déposés jusqu'au 15 mai 2018, l'ARS disposant de deux mois pour demander un dossier de renouvellement complet, en fonction en particulier de l'examen du respect des seuils réglementaires d'activité.

A titre d'exemple historique, il a été par exemple noté le retrait de l'autorisation de traitement du cancer ORL-maxillo facial, par chirurgie, détenu par la clinique Saint Michel et Sainte Anne de Quimper, compte tenu d'une activité inférieure au seuil réglementaire de 20 actes par an (décision du 7 décembre 2016). A l'inverse, l'autorisation du traitement des cancers digestifs par chirurgie du CH de Vitré a été maintenue (courrier ARS du 20 juin 2016), même s'il ne dépassait pas le seuil de 30 actes par an, compte tenu de la perspective de gradation des soins dans le cadre des coopérations territoriales (organisation de la filière dans le cadre du GHT) et de la compétence des intervenants universitaires (adossés au CHU de Rennes).

Source : Mission d'après documents ARS

2.2.1.3 Analyse de la politique régionale suivie lors de la mise en place des GHT, de leur adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS Bretagne

- Les 8 GHT constitués de la région sont décrits sur la carte ci-dessous. L'ARS paraît avoir joué un rôle prescriptif dans le découpage territorial des GHT, en privilégiant des 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.

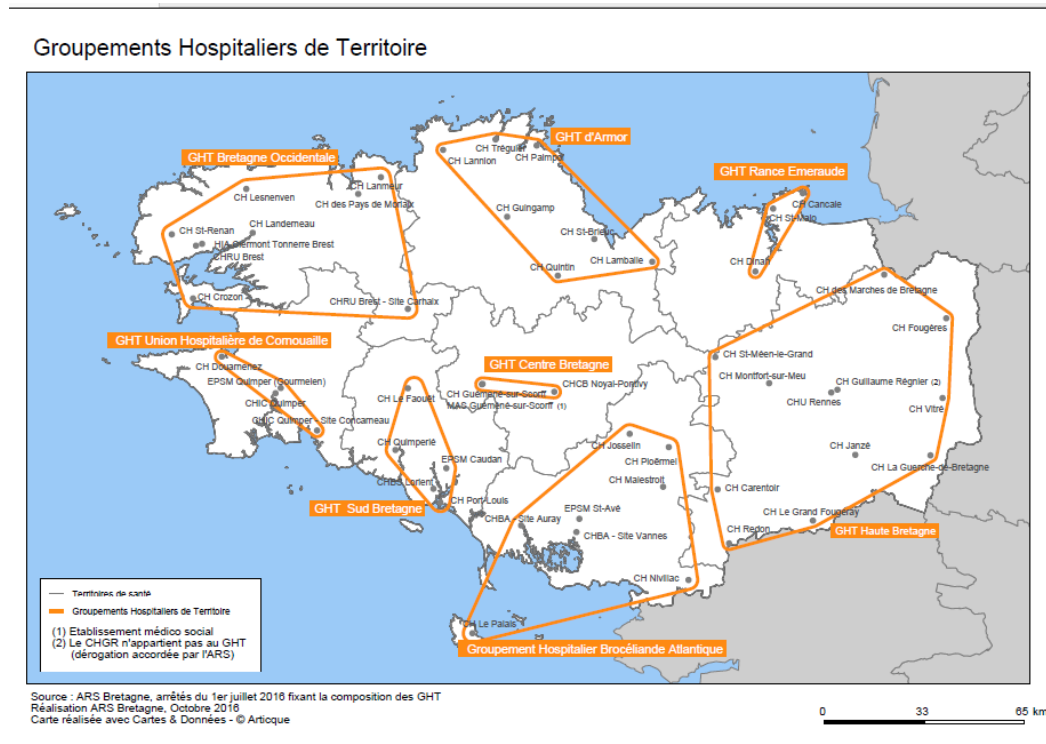
Les territoires des GHT ne correspondent pas aux territoires départementaux.

La situation particulière de certains GHT a été soulignée par l'ARS. Le GHT Centre Bretagne apparaît notamment de taille particulièrement réduite, et de même dans le Finistère, deux GHT ont été constitués, l'opposition de la communauté du CH de Quimper ayant empêché la constitution d'un GHT unique.

Encadré 32 : Le GHT Centre Bretagne

L'enclavement du territoire de santé Pontivy-Loudéac, la fragilité de la démographie médicale et la présence de deux seuls EPS auraient dû conduire, conformément à la proposition initiale de l'ARS, à la constitution d'un GHT réunissant Pontivy-Loudéac et le territoire Lorient-Quimperlé. Devant le refus des communautés et autorités locales de Pontivy de privilégier une relation avec Lorient, et leur volonté de développer des coopérations y compris avec les CH de Brest et le CHBA, un GHT spécifique dit « centre Bretagne », centré sur les CH de Pontivy et Loudéac a été constitué. Néanmoins l'ARS a obtenu l'élaboration d'une convention de coopération médicale Pontivy-Lorient, la création de postes partagés, le renforcement de l'attractivité du Centre Bretagne 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.

Source : Mission d'après entretiens



► Une cohérence assurée avec le PRS

L'ARS a pu capitaliser sur une certaine antériorité en termes de coopération : 6 CHT, des habitudes de fonctionnement commun au niveau territorial, des « contrats hospitaliers de territoire », conclus en appui à des recompositions hospitalières, accompagnés financièrement et couvrant surtout le champ des systèmes d'information et des fonctions support.

L'ARS s'est organisée rapidement pour mener un travail d'analyse et d'approbation des conventions constitutives et des PMP ; le calendrier comportait trois échéances : 1^{er} juillet 2016 (orientations stratégiques du PMP), 1^{er} janvier 2017 (objectifs et organisation par filière), 1^{er} juillet 2017 (déclinaison opérationnelle par filière).

Deux documents ont été mis à disposition des acteurs : un document détaillé de diagnostic territorial, ainsi qu'une « proposition de support » du PMP, qui a permis d'harmoniser les réflexions et la formalisation des projets, en insistant sur :

- Le diagnostic portant sur les forces et faiblesses des organisations par filière et des coopérations existantes,

- La définition de huit filières affichées comme prioritaires⁶⁶, la description de schémas cibles par filière répondant aux objectifs du PRS constituant un élément majeur du PMP,
- 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.

Des réunions intermédiaires bilatérales entre les porteurs du PMP et l'ARS, fin 2016, puis au printemps 2017, ont permis de cadrer l'exercice et d'en tenir le calendrier.

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.

La constitution des GHT a été accompagnée par l'ARS⁶⁷ qui a globalement délégué à cet effet une enveloppe régionale de plus de 5,5 M€ en sus d'une enveloppe nationale de 1,5 M€ (2016-2018).

- Les lettres d'approbation n'ont jamais conduit à refuser un PMP, mais ont permis d'émettre des observations et réserves, ou de formuler des demandes de complément, comme le montre le tableau ci-dessous sur une sélection de courriers adressés aux GHT. Leur ton peut, néanmoins, selon les cas, s'avérer assez directif. Sur le fond, l'analyse de l'ARS part d'une vision claire des objectifs à atteindre en termes de structuration des filières de prise en charge et de gradation des soins dans les GHT.

Encadré 33 : Analyse de courriers d'accompagnement de l'approbation de la convention constitutive et du PMP de GHT

GHT Haute Bretagne

Par courrier du 24 août 2016, l'ARS accompagne l'arrêté d'approbation du GHT Haute Bretagne, daté du même jour. Elle attire l'attention sur différents points qui nécessiteront d'être précisés, notamment l'intégration du CH Guillaume Régnier à la filière santé mentale, malgré la dérogation à l'obligation d'être partie au GHT, la formalisation des partenariats avec les structures d'HAD privées et les établissements privés d'hospitalisation.

Sur le plan stratégique, l'ARS appelle l'attention sur la définition de parcours gradués et coordonnés. Elle souligne l'intérêt de l'état des lieux diagnostic de chaque filière. Un courrier du 14 février 2017 accompagnant l'approbation de deux avenants à la convention constitutive, commente la situation de certaines filières :

Pour la filière « urgences », l'ARS demande d'interroger les organisations internes des sites, notamment pour les structures à faible activité, encourage la « structuration d'une équipe médicale de territoire », le « partage du temps inter établissements » et la « préparation commune de la gestion de crise ».

Pour la filière « santé mentale », l'ARS demande de « prioriser les travaux concernant les interfaces entre soins psychiatriques et somatiques, notamment les questions liées aux urgences et aux situations de crise »

Pour la filière « gériatrie », l'ARS note qu'elle vise à « gérer au mieux les conditions d'entrée et de sortie, les modalités de transfert inter hospitalier, les outils de liaison et la télémédecine », tout en identifiant les « partenariats possibles avec les établissements médico-sociaux ».

⁶⁶ Urgences, gériatrie, cancérologie, pédiatrie et périnatalité, AVC et neurologie, chirurgie, cardiologie, psychiatrie

⁶⁷ En synthèse, depuis le déploiement des GHT, l'ARS Bretagne a mobilisé 5,5M€ sur son FIR en soutien au déploiement des systèmes d'information convergent, de la campagne d'assistants spécialistes partagés entre établissements, de la prime d'exercice territorial ou encore complément AAP national GHT. Ces mesures viennent en complément des soutiens nationaux, tel que celui de l'AAP national GHT 2018 pour lequel l'ARS Bretagne a bénéficié d'un accompagnement de 1 478 394 euros

GHT territoire Rance Emeraude

Par courrier du 11 août 2017, l'ARS accompagne l'approbation du PMP du GHT de commentaires circonstanciés et relève, malgré une « visibilité sur la gradation des soins par filière », des manques relatifs notamment à la chirurgie et à la biologie absents du PMP et à la pédiatrie absente de la filière maternité-périnatalité. Elle invite à poursuivre la réflexion sur les filières cardiologie, SSR, santé mentale et addictologie. Un tableau détaillé de plusieurs pages vient en appui de ces commentaires généraux.

Source : Mission d'après courriers ARS

➤ Le suivi de la mise en œuvre et l'impact sur l'offre de soins

L'ARS organise 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 certaines fonctions support).

Au total, plusieurs GHT paraissent disposer d'un réel potentiel en termes d'évolution de l'offre, notamment le GHT d'Armor.

Encadré 34 : Le GHT d'Armor

Le GHT a pour vocation, selon les termes employés sur la présentation de son site internet, de « construire et mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». Il comprend les Centres Hospitaliers de Guingamp, Lannion-Trestel, Paimpol, Quintin et Lamballe, Saint-Brieuc et Tréguier et remplace la CHT créée en 2012. La CHT avait bénéficié d'un soutien de l'ARS grâce à un contrat hospitalier de territoire. En termes de structuration de l'offre de soins et d'organisation de filières, sont notables : pour la filière urgences, la formalisation d'un pôle inter établissements entre Paimpol et St Brieuc, complété par un travail en cours sur l'harmonisation des pratiques au sein du GHT et la définition de filières graduées ; pour les personnes âgées, la réflexion porte sur la répartition de l'offre USLD/Ehpad entre l'est et l'ouest du territoire et sur des parcours de soins visant à diminuer les adressages aux urgences ; en gynécologie-obstétrique, une fédération inter hospitalière a été constituée qui permettra de préciser l'organisation territoriale, dans le contexte de fermeture de la maternité de Guingamp ; en chirurgie, le GHT doit faire face à une problématique de démographie médicale et rechercher à la fois la gradation des soins et l'équilibre entre les établissements disposant d'un plateau technique de chirurgie.

Source : Mission d'après documents ARS

2.2.2 Contractualisation avec les établissements sanitaires

2.2.2.1 Analyse de l'utilisation stratégique des CPOM passés par l'ARS Bretagne avec les établissements sanitaires pour faire évoluer l'offre institutionnelle de santé.

➤ Le CPOM : un outil de recomposition de l'offre articulé avec le PRS

La méthodologie régionale édictée en juin 2012 par l'ARS Bretagne en complément du cadre national communiqué par la circulaire DGOS du 10 janvier 2012 entendait préciser certains attendus découlant du PRS-SROS.

L'ARS y indique que les CPOM mis en œuvre en Bretagne doivent notamment permettre de définir la mission et le rôle de chacun des contractants dans la structuration de l'offre de soins et de préciser les synergies attendues avec les autres acteurs du territoire en référence aux orientations du PRS-SROS.

A titre d'exemple, l'ARS Bretagne a transmis, à la mission, les CPOM des établissements constituant L'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC) créée en 2012 sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire (CHT)⁶⁸, qui promeut le Projet d'Orientations Médicales Commun (POMC). Celui-ci consiste principalement à concentrer sur le CHIC de Quimper-Concarneau les activités de chirurgie lourde avec la fermeture des services de chirurgie du CH de Dournenez et de l'HPDA et la redistribution des soins de suite et de réadaptation entre ces deux établissements⁶⁹.

Le CPOM traduit pour l'UHC le virage ambulatoire des activités hospitalières souhaité au niveau national, et le lien avec la médecine de ville pour chacune des filières.⁷⁰

Huit objectifs prioritaires⁷¹ ont été négociés entre les cinq membres de l'UHC et ont été intégrés dans chacun des CPOM des établissements membres de la CHT⁷².

Ces objectifs prioritaires ont été pris en compte par chacun des établissements concernés. A titre d'exemple figure dans l'encadré ci-dessous l'objectif prioritaire n°1 qui recompose l'offre en matière de chirurgie.

⁶⁸ 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).

⁶⁹ Comportant notamment la création de 5 places de soins de suite et de réadaptation (SSR) des systèmes digestifs métabolique et endocrinien et l'extension de 16 lits des SSR polyvalents (10 apports CHIC et 6 création ARS) à l'HDPA afin de le doter de deux unités modernes de 24 lits.

⁷⁰ Chacun des établissements a inscrit dans son CPOM des objectifs concourant à cette orientation du PRS (§III.A. du SROS : Offre des soins ambulatoires) comme par exemple l'objectif opérationnel n°2-2 du CPOM de l'HDPA relatif au développement sur site de l'activité de médecine interventionnelle, en privilégiant l'ambulatoire, l'objectif opérationnel n°3-2 : « fluidifier les hospitalisations et renforcer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle », et l'objectif opérationnel n°2-3 : « renforcer les alternatives à l'hospitalisation de l'EPSM Gourmelen ». Le CHIC a inscrit un objectif précis portant sur la création d'une maison médicale à Concarneau en complémentarité avec le service des urgences et avec les médecins libéraux.

⁷¹ Ces objectifs prioritaires sont :

- OP 1 : organiser les filières chirurgicales au sein de l'UHC et promouvoir le bloc opératoire de Cornouaille ;
- OP 2 : pérenniser l'offre de biologie médicale sur le territoire de santé n°2 par la création d'un laboratoire multi-sites au sein de l'UHC ;
- OP 3 : maintenir un plateau technique d'imagerie multi-sites, performant, pour répondre aux besoins de santé de la population et au développement des activités médicales et chirurgicales ;
- OP 4 : sécuriser le dispositif de dispensation du médicament et de stérilisation et rationaliser les organisations au travers d'une PUI territoriale unique multi sites ;
- OP 5 : améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences et organiser le parcours patient ;
- OP 6 : mise en œuvre territoriale du projet d'orientations médicales commun sur la base des filières du parcours patient ;
- OP 7 : recomposer l'offre de soins de suite et de réadaptation du territoire permettant d'améliorer la pertinence des prises en charge ;
- OP 8 : construction de l'UHC.

⁷² La CHT n'étant pas dotée de la personnalité morale, elle ne peut pas conclure de contrat

Encadré 35 : Objectif prioritaire n°1 (Organiser les filières chirurgicales au sein de l'UHC et promouvoir le bloc opératoire de Cornouaille) dans le CPOM des Centres hospitaliers de Douarnenez (CHDz) et Quimper Concarneau (CHIC), l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé (HDPA)

OP 3.1 du CHIC : Mettre en place, promouvoir et évaluer le bloc opératoire de Cornouaille au sein du GCS de chirurgie ; la centralisation de la chirurgie lourde et la permanence des soins sur le site de Quimper à compter de janvier 2014 a donné lieu à un travail d'adaptation des vacations opératoires et de l'organisation anesthésique en cohérence avec l'activité des sites de Douarnenez et Pont l'Abbé. Une gouvernance projet *ad hoc* est en charge de la mise en œuvre et du suivi de l'ensemble des chantiers afférents.

OP 1.1 du CHDz : intégrer le bloc opératoire de Douarnenez dans le bloc opératoire de Cornouaille dans le cadre du GCS de chirurgie de l'UHC.

OP 1.1 de l'HDPA : transfert intégral des actes opératoires sous anesthésie générale et de l'hospitalisation sur le site de Quimper dès 2014 dans le cadre du GCS territorial.

Source : CPOM

➤ Le CPOM : un élément du dialogue ARS-établissements

En complément du guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens diffusé par la circulaire DGOS du 10 janvier 2012, l'ARS Bretagne a élaboré en juin 2012 une méthodologie régionale qui précise les éléments d'organisation de la contractualisation.

D'après ce guide méthodologique, la campagne de contractualisation 2012 concernait 126 établissements de santé, 30 titulaires d'autorisations d'équipements et matériels lourds (scanners, IRM, Tep, Radiothérapie) et d'activités d'aide médicale à la procréation (AMP) et ou diagnostic prénatal (DPN) et 1 GCS de moyens.

En mars 2012, l'ARS a adressé un courrier accompagné d'un outil d'aide méthodologique à l'autodiagnostic préalable au CPOM comportant notamment le cadre d'une analyse stratégique à dresser par l'établissement : analyse de l'activité, de l'environnement, du positionnement de l'établissement au sein de son territoire, de la démographie médicale.

C'est cet autodiagnostic réalisé par les établissements qui leur a permis de proposer les points clés de leur CPOM négocié entre juin 2012 et juillet 2013.

Le suivi de la contractualisation reposait sur un « dialogue stratégique de gestion » permettant de tracer la réalisation des objectifs du CPOM.

La procédure prévue pour le suivi des contrats s'appuyait sur une revue annuelle de contrat (RAC) couvrant l'analyse de l'intégralité des engagements contractuels de l'établissement (CBUM, CRE, etc.).

Cependant, en 2015, pour la mise en œuvre du plan triennal, chaque établissement a dû adresser à l'ARS une « feuille de route stratégique » et une « feuille de route opérationnelle », selon un processus ascendant (une trentaine d'ES ont été sélectionnés) et sur des thématiques déterminées, travaillées avec l'assurance maladie.

En début 2016, sur instruction de l'ARS, la feuille de route devient ainsi l'outil de suivi privilégié des dialogues de gestion par rapport au CPOM ; l'ARS rencontrait ces établissements deux fois par an sur la base de ces feuilles de route.

➤ Le CPOM 2018-2023 : un effort de simplification et une industrialisation de la procédure

L'ARS Bretagne a fait le choix d'un objectif de signature pour une durée limitée (jusqu'à fin 2018) d'un CPOM simplifié, dans l'attente du PRS et du cycle de contractualisation pour les CPOM de nouvelle génération, qu'elle a engagé en mai 2018, et qui doit s'achever en décembre 2018.

Une rencontre avec les Fédérations hospitalières en février 2018 a permis de les associer à l'élaboration de la maquette rénovée du CPOM, présentée en avril 2018 aux établissements.

La nouvelle campagne de CPOM s'appuie sur des documents plus ramassés et plus simples, ainsi que sur des dispositifs facilitant la collaboration des acteurs intervenant dans la négociation.

Ainsi, le nouveau CPOM paraît à l'ARS :

- plus simple : c'est un document comportant 4 annexes principales qui comportent des fiches objectifs, inspirées d'un modèle « Démarche qualité », familier aux établissements de santé.
- plus synthétique : le nombre d'annexes est réduit à 8 (au lieu de 11). Le nombre de fiches objectifs négociées varie selon la catégorie de l'établissement (objectif de 5 à 10 FO pour une structure mono-activité, 10 à 15 pour un CH de proximité, 15 à 20 pour un CH de support de GHT ou CHU).
- plus cadré : des documents préparatoires pré-remplis laissent en réalité une marge de négociation sur le fond. Ces éléments de cadrage redonnent du sens et de la lisibilité au contrat comme outil de pilotage et de dialogue de gestion et faciliteront son suivi qui fera une large place à l'automatisation (voir ci-dessous).

L'ARS Bretagne a mis en place des dispositifs pratiques afin de faciliter au maximum la tâche des agents en charge de la négociation et du suivi des CPOM, en ARS, DD, et établissements, comme par exemple :

- La désignation d'un interlocuteur en DD pour chaque établissement,
- L'installation d'une plateforme informatique d'échange facilitant le partage structuré des documents précontractuels et contractuels et permettant ainsi de fluidifier la procédure contractuelle,
- Le choix d'un format de fiche d'objectif,
- La mise à disposition des gestionnaires d'un répertoire de fiches d'objectifs prédéfinies pour déterminer les modalités de mise en œuvre des objectifs opérationnels retenus.

Enfin, compte tenu des délais très resserrés, l'ARS a priorisé les CPOM en classant en deux catégories les établissements concernés :

- 1er groupe : établissements support de GHT et établissements sous contrat de retour à l'équilibre (CRE) ;
- 2ème groupe : autres catégories d'établissements.

Le suivi des CPOM- qui restait difficile selon l'ARS- n'est pas profondément modifié par rapport à la précédente campagne. Il s'appuiera toujours sur des Revues Annuelles de Contrat (RAC) et l'analyse contradictoire des indicateurs inscrits au contrat. Toutefois, l'ARS espère que la simplification des contrats et la mise en œuvre d'e-CARS permettront de consacrer plus de temps aux débats stratégiques. Les établissements à forts enjeux, notamment budgétaires (établissements support de GHT, établissements faisant l'objet d'un CRE) font l'objet d'un dialogue de gestion et d'une RAC animés par le siège,

Pour la mission, il apparaît trop tôt pour se prononcer sur les bénéfices potentiels de l'effort de simplification du cadre de préparation, négociation et suivi des CPOM, qui s'appuie en outre sur les dispositifs suivants :

- Le partage des tâches avec les DD :

La procédure de 2012 reposait amplement sur les délégations départementales qui, sur le cadrage de l'ARS, préparaient les contrats, ensuite harmonisés au niveau régional. Pour les CPOM de nouvelle génération, les DD sont compétentes pour négocier directement avec les petits établissements. Pour les autres, elles interviennent pour faire des propositions et des contre-propositions au siège de l'ARS, sur la base des diagnostics établis par les ES.

- Les lettres de mission adressées aux directeurs de CH

Les lettres de mission adressées aux directeurs d'établissements peuvent comporter des objectifs de recomposition de l'offre de soins⁷³.

- L'utilisation de l'outil de gestion électronique des contrats e-CARS pour l'évaluation

Après signature du CPOM, l'ensemble des annexes, objectifs et indicateurs du contrat sont introduits dans e-CARS. Un extranet, boîte de dialogue entre l'établissement et l'ARS permettra de mener le processus d'évaluation. 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. Si ce dispositif est réellement mis en œuvre, il constituera un progrès dans le suivi des CPOM.

2.2.2.2 Analyse du positionnement de l'ARS Bretagne lors des CREF et de leur utilisation comme outil de recomposition de l'offre institutionnelle de santé

L'ARS Bretagne a fréquemment recours aux CREF. Selon son analyse, les CREF actuels font plus que ceux de la génération précédente, appel à des mesures d'évolution de la structure capacitaire et de l'offre de l'établissement. Centrés sur l'optimisation de la facturation, l'efficacité interne, la réduction des dépenses, l'effort sur les effectifs, les CREF des années 2013-2015 n'autorisaient que rarement le développement des recettes et de l'activité.

Les CREF 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 de coopérations interhospitalières engagées.

⁷³ L'ARS Bretagne a transmis à la mission la lettre de mission adressée le 8 janvier 2018 à la directrice du centre hospitalier Centre Bretagne de Pontivy. Ce courrier contient 29 objectifs regroupés en cinq thématiques, dont celles relatives à la mise en œuvre du Projet Médical Partagé (13 objectifs) et au développement des modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle (3 objectifs) portent des mesures de recomposition de l'offre : développement de l'activité ambulatoire en lien notamment avec le GH Bretagne Sud et le CHU de Rennes, construction d'un projet médical imagerie partagé, renforcement et formalisation de la coopération avec l'HAD ...

Tableau 20 : Liste des CREF engagés par l'ARS avec mention de leurs effets restructurant sur l'offre de soins

	CREF 2014-2016	restructurant l'offre de soins	CREF 2017-2019	restructurant l'offre de soins
Brest	x	révision du capacitaire	x	
		fin chirurgie HC et augmentation des capacités de SSR		
Douarnenez	x	(finalement fin chirurgie HC et ambu)		
Fougères	x			
Guingamp	x		x	Filière périnatalité du groupement
				révision du capacitaire, réflexion en cours sur coopération avec la clinique
Lannion	x		x	
Lorient	x			
Paimpol	x	fin pédiatrie	x	organisation des urgences
				réorganisation de la répartition des capacités de SSR sur le territoire
Ploermel	x	révision du capacitaire	x	
Pont l'Abbé	x	fin chirurgie et augmentation des capacités de SSR		
Pontivy	x			
		développement de nouvelles activités (chirurgie ophtalmologique)	x	
Redon	x			
Saint Malo	x	révision du capacitaire	x	
				révision du capacitaire, réflexion sur projet médical Saint-Malo/Dinan, gouvernance et possible réorganisation de l'offre (CRE non signé à ce stade)
Dinan			x	
Vitré	x	Reconnaissance d'un niveau IIA de la maternité	x	
PGR Chantepie			x	

Source : ARS

Encadré 36 : Deux exemples de CREF comportant des mesures d'évolution de l'offre de soins de l'établissement

<p>Le CH de Pont L'Abbé</p> <p>Le CREF du 20 octobre 2015 comprend plusieurs mesures portant sur l'évolution de l'offre de l'établissement, notamment le développement de l'activité de la médecine gériatrique, l'extension du SSR polyvalent (16 lits) et la création de places d'hôpital de jour en SSR nutrition, en contrepartie du transfert d'actes opératoires au CH de Quimper.</p> <p>Le CH de Paimpol</p> <p>Le CREF du 11 avril 2018 comprend les mesures suivantes : développement du service de plaies et cicatrisation, mise en œuvre de l'autorisation en SSR nutrition, développement de l'HAD, constitution d'une équipe médicale de territoire des urgences. Un précédent CREF du 25 novembre 2015 comportait plusieurs mesures de développement de l'activité : mise en place ou consolidation de filières avec le CH de St Brieuc en cardiologie et neurologie, développement de l'HDJ (plaies chroniques, gériatrie), fermeture du service de pédiatrie.</p>
--

Source : Mission d'après documents ARS

2.2.3 Administrations provisoires dans la région Bretagne

L'ARS Bretagne n'a pas eu recours à la mise sous administration provisoire d'établissement. Par contre, elle peut faire appel, selon les circonstances, à l'appui d'un pair expérimenté, directeur d'hôpital choisi notamment pour son expérience dans la conduite du changement, pour accompagner des équipes de direction dans des situations dégradées sur le plan de la gestion.

Encadré 37 : La situation du CH de Lannion

Soumise au COPERMO, la situation du CH de Lannion se caractérise par une forte dégradation de la situation de gestion depuis 2009 (faible taux de marge, déficit du compte de résultat principal, endettement) malgré plusieurs CREF successifs et un accompagnement de l'ANAP. L'importance du plan d'action 2016-2020 et la taille limitée de l'équipe de direction ont conduit l'ARS à faire appel, fin 2016, et pour une période de 6 mois, à un directeur d'hôpital, jeune retraité expérimenté, pour participer à la mise en œuvre effective des mesures du plan d'action, qui devait être traduit par un plan de redressement, ajuster le plan d'action en fonction des recommandations du COPERMO, examiner les possibilités de négociation avec les banques, appuyer la direction pour la mise en œuvre du plan.

S'agissant de l'offre de soins, la mission comprenait également un appui à la mise en œuvre de l'articulation prévue avec le CH de St Brieuc, notamment pour le développement de la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour et l'utilisation de l'HAD.

Source : Mission d'après documents ARS

2.3 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Bretagne dans le secteur médico-social

Encadré 38 : Situation de l'offre médico-sociale en Bretagne

S'agissant des personnes âgées, la région Bretagne dispose de 487 Ehpad, le taux d'équipement en places rapporté à 1000 habitants de plus de 75 ans étant très supérieur à la moyenne nationale. L'offre d'infirmières à domicile est également favorable.

L'offre médico-sociale pour les personnes âgées souffre cependant d'une sous-représentation de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour. Le taux d'équipement en structures non médicalisées est également inférieur à la moyenne nationale. De même pour le taux d'équipement en ssia.

S'agissant des personnes en situation de handicap, l'offre en établissement est conforme aux moyennes nationales, tant pour les enfants que pour les adultes ; elle est même supérieure pour les places en ESAT. Près de 10 % des places d'établissements pour enfants sont occupées par de jeunes adultes. Trop peu d'unités sont consacrées aux personnes handicapées vieillissantes.

Source : ARS

2.3.1 Autorisations

2.3.1.1 Le cadre de planification

- Le PRS, dans le cadre national visant à la prévention de la perte d'autonomie et au maintien à domicile, comprend en particulier une orientation « prévenir et accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées », déclinée en quatre chantiers⁷⁴, dont un concerne plus particulièrement l'évolution de l'offre : « favoriser le maintien à domicile par l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement ». Les objectifs afférents sont précisés en cinq points :
 - Organisation de la réponse aux besoins en soins primaires (développement d'une prise en soins coordonnée à domicile et développement des PTA)

⁷⁴ Prévenir la perte d'autonomie et éviter son aggravation, favoriser le maintien à domicile par l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement, renforcer le soutien aux aidants, favoriser l'intégration des politiques et des services en faveur de l'autonomie des personnes âgées.

- Choix des parcours de vie par la mise en place d'une palette de solutions : offre en SSIAD, offre en accueil temporaire, développement de l'HAD, intervention des équipes mobiles de soins palliatifs en EHPAD et à domicile, développement d'organisations innovantes (plateformes de services et habitat alternatif-inclusif)
 - Evolution de l'offre d'EHPAD (adaptation à un public plus âgé et dépendant, coopérations avec les structures hospitalières et développement de la télémédecine, opérations de regroupement ou mutualisation, rééquilibrage territorial de l'offre en concertation avec les conseils départementaux)
 - Poursuite du maillage des dispositifs spécialisés pour les personnes atteintes de maladies neuro dégénératives.
- S'agissant des personnes handicapées, dans le cadre national de construction d'une « société plus inclusive », l'orientation « apporter à chaque personne en situation de handicap une réponse adaptée » comprend 5 chantiers⁷⁵, dont en particulier « faire évoluer l'offre médico-sociale de manière à répondre aux enjeux de modularité, de gradation et de qualité ». Les objectifs afférents sont précisés en trois points :
- Amélioration de la répartition et de l'organisation territoriale de l'offre à l'échelle d'un territoire de référence ;
 - Amélioration du service et des prises en charge (privilégier l'accompagnement en milieu ordinaire, les mutualisations et regroupements entre gestionnaires, gradation de l'offre avec identification de l'offre de recours et d'appui sur chaque territoire, avec protocolisation de l'accès) ;
 - Développement de l'offre modulaire (accueil non programmé en réponse à l'urgence médico-sociale, réponses de transition, accueils temporaires ; mise en place de pôles de compétences et de prestations externalisées visant le maintien à domicile, en attente d'une réponse en établissement ; développement des dispositifs intégrés Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ITEP favorisant la souplesse des accompagnements).

2.3.1.2 Le renouvellement des autorisations en 2017

Les autorisations de fonctionnement accordées pour 15 ans en 2002 arrivaient à échéance en 2017. 890 structures autorisées par l'ARS ou conjointement par l'ARS et les Conseils Départementaux étaient concernées pour un renouvellement à effet du 4 janvier 2017, auxquelles il faut ajouter 16 structures sur le reste de l'année 2017, soit un total de plus de 900 structures, sur près de 1100 existantes en Bretagne.

L'ARS indique que 24 injonctions pour défaut de qualité ou défaut de dossier d'évaluation ont été prononcées, en tenant compte des résultats négatifs des évaluations externes diligentées.

L'ARS souligne néanmoins que la qualité des évaluations externes n'est pas garantie ; elle n'est encadrée par aucun référentiel et la vague d'évaluations nécessaires n'a évidemment pas favorisé des travaux approfondis menés par des prestataires spécialisés. Au total, le nombre d'injonctions est

⁷⁵ Apporter une réponse accompagnée construite avec la personne ou son entourage, promouvoir des modalités de travail plus intégrées entre acteurs, faire évoluer l'offre médico-sociale de manière à répondre aux enjeux de modularité, de gradation et de qualité ; garantir l'accès à un panier de soins et services pour faciliter l'inclusion des personnes, assurer la continuité des parcours de vie aux âges charnières.

resté très faible et l'opération de renouvellement des autorisations n'a pu être mise à profit pour faire évoluer l'offre médico-sociale.

2.3.1.3 Analyse de l'utilisation des appels à projets et appels à candidature par l'ARS Bretagne pour recomposer l'offre médicosociale

L'ARS recourt fréquemment à des appels à candidatures ou appels à projets (voir tableaux infra).

Dans le domaine du handicap, l'ajustement de l'offre dans le cadre du plan autisme⁷⁶ est largement passé par des AAP et AAC. De même pour les besoins de prise en charge des handicaps rares.

Dans le domaine des personnes âgées, les ajustements qualitatifs sollicités conformément au PRS (cf. *supra* ; places d'accueil de jour ou places d'accueil temporaire en Ehpad...) passent également par des procédures de ce type, en l'absence de créations de places au cours des 3 dernières années.

A la frontière des deux domaines, l'ARS a sollicité les établissements pour la transformation de places d'Ehpad en places d'accueil de personnes handicapées vieillissantes. Les départements du Finistère et Côtes d'Armor ont accepté de s'engager en ce sens.

Globalement, l'ARS considère que la transformation qualitative de places existantes, la réorientation de l'offre à moyens constants, constituent un exercice complexe, même si les efforts en la matière sont réels⁷⁷.

En termes de répartition géographique de l'offre, l'ARS a engagé en 2017, par AAC lancé conjointement avec le département du Morbihan, un transfert de places d'Ehpad non installées en Côte d'Armor, vers le Morbihan, où les besoins sont plus importants.

Certains besoins d'évolution de l'offre - mutualisations, regroupements - ne relèvent cependant pas de procédures d'AAP ou AAC et nécessitent le recours à d'autres leviers d'intervention, qui se heurtent au partage des compétences entre Etat et départements, voire aux gestions communales de certains établissements.

Compte tenu de la structure de l'offre des EHPAD, caractérisée par une grande dispersion (moins de 40 places par structure, en moyenne), et des difficultés qui peuvent en résulter (équilibre de gestion, qualité de service), des rapprochements et mutualisations sont encouragés par l'ARS : GCSMS, rapprochements entre Ehpad ou avec des centres hospitaliers⁷⁸.

Le partage des compétences avec les départements freine cependant la capacité d'initiative de l'ARS sur ce terrain, alors qu'elle pourrait par exemple suivre la vétusté des équipements mobiliers et immobiliers des établissements, anticiper leurs besoins d'investissements et normer une politique de soutien en la matière en fonction de leur taille.

⁷⁶ 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

⁷⁷ Par exemple, dans le secteur PH, l'agence a diffusé en septembre 2018 un appel à manifestation d'intérêt pour permettre la mise en place de modalités innovantes de prise en charge des personnes en situation de handicap qui seront proposées par les gestionnaires et retenues par l'agence.

⁷⁸ Par exemple Ehpad Châteaulin et CH de Douarnenez

Encadré 39 : Un appel à candidatures dans le domaine des TED : renforcement de l'offre en institut médico-éducatif

Dans le cadre du plan autisme et par AAC du 2 mars 2017, l'ARS sollicite une adaptation et un renforcement de l'offre en IME destinée aux enfants présentant des TED. Le Schéma cible de l'offre d'appui à l'accompagnement pour les personnes avec troubles envahissants du développement, arrêté par l'ARS début 2016, en concertation avec les départements, définit les attentes en la matière. Le Cahier des charges sollicite une organisation territoriale de l'offre- sur chaque territoire de santé- articulant une offre d'appui (spécialisation de la prise en charge et appui aux structures accueillant des personnes avec autisme ou TED) et un accompagnement de proximité, « au sein de structures sans unités dédiées, pour maintenir le plus possible les liens de la personne avec son environnement ». Il ne s'agit pas de création de places, mais de l'identification des établissements qui possèdent une expertise en termes d'accompagnement et prise en charge des enfants avec TED, qui disposeront d'une labellisation et seront chargées de soutenir les structures « de base » et les partenaires du territoire, et d'accueillir des situations critiques. Un renforcement budgétaire est prévu, pour porter le coût annuel par place à 60k€, dans les seules situations où le coût antérieur était inférieur à ce montant.

Source : Mission d'après document ARS

Tableau 21 : Appels à projet 2015-2017

Année de publication de l'avis d'AAP	Autorités compétentes	Nature de l'AAP	Implantation	Public	Capacité prévue	Nombre de dossiers reçus	Nombre de Candidatures retenues
2015	ARS+CD35	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) AAP N° 2015-35-01	Ille-et-Vilaine	Personnes Handicapées (Handicap psychique)	50	3	1
2015	ARS	Places d'Appartement de Coordination Thérapeutiques (ACT) AAP N° 2015-ARS-04	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	8	11	2
2015	ARS	Lits Halte Soins Santé (LHSS) AAP N° 2015-ARS-05	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	8	3	1
2015	ARS	Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) AAP N° 2015-ARS-06	Région	Personnes Handicapées + PH précarité sociale	52	16	9
2015	ARS	Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM) AAP N° 2015-ARS-07	Finistère	Enfants autistes + TED	7	1	1
2015	ARS+CD56	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) AAP N° 2015-56-01	Morbihan	Personnes Handicapées (tout handicap avec ½ Handicap psychique)	20	2	1
2016	ARS	Equipes Mobiles d'intervention Autisme (EMIA) 2016-ARS-02	Région	Autisme	4 équipes mobiles (file active)	6	3
2016	ARS+CD29	Service d'Accueil de Jour Pour adultes Handicapés Vieillissantes (SAJ-PHV) AAP N° 2016-29-01	Finistère	Personnes handicapées vieillissantes	10	5	1
2016	ARS	Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) AAP N° 2016-ARS-01	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	15	2	1
2016	ARS	Places d'Appartement de Coordination Thérapeutiques (ACT) AAP N° 2016-ARS-03	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	4	4	1
2016	ARS	Equipes Mobiles d'intervention Autisme (EMIA) 2016-ARS-04	Ille-et-Vilaine	Autisme	1 équipe mobile (file active)	1	1
2017	ARS	Places d'Appartement de Coordination Thérapeutiques (ACT) AAP N° 2017-ARS-01	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	11	7	en cours d'instruction
2017	ARS	Lits Halte Soins Santé (LHSS) AAP N° 2017-ARS-01	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	5	2	en cours d'instruction
2017	ARS+CD22	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) Troubles Envahissants du Développement (TED) AAP N° 2017-22-01	Côtes d'Armor	Autisme	10	2	en cours d'instruction
2017	ARS+CD29	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) Troubles Envahissants du Développement (TED) AAP N° 2017-29-01	Finistère	Autisme	17	2	en cours d'instruction
2017	ARS+CD35	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) Troubles Envahissants du Développement (TED) AAP N° 2017-35-01	Ille-et-Vilaine	Autisme	17	3	en cours d'instruction
2017	ARS+CD56	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) Troubles Envahissants du Développement (TED) AAP N° 2017-56-01	Morbihan	Autisme	10	2	en cours d'instruction

Source : ARS

Tableau 22 : Appels à candidature 2015-2017

Année de publication de l'avis d'AAC	Autorités compétentes	Nature de l'AAP	Implantation	Public	Capacité prévue	Nombre de dossiers reçus	Nombre de Candidatures retenues
2015	ARS	Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)	Morbihan	Autisme	7	1	1
2016	ARS	Places d'Appartement de Coordinaton Thérapeutiques (ACT)	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	3	3	2
2016	ARS	Lits Halte Soins Santé (LHSS)	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	1	3	1
2016	ARS	Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)	Côtes d'Armor	Autisme	7	2	1
2016	ARS+CD29	Requalification places en EHPAD pour Personnes Handicapées Vieillissantes	Finistère	Personnes Agées	34	7	5
2016	ARS	Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM)	Ille-et-Vilaine	Autisme	7	2	1
2016	ARS	Offre d'appui adaptation et renforcement en Maison d'Accueil Spécialisées (MAS) ou Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	Région	Personnes Handicapées	/	14	10
2016	ARS+4CD	Expérimentation Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)	Région	Personnes Handicapées	/	39	17
2016	ARS	Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	Région	Personnes Agées	6 pôles	38	6
2017	ARS	Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)	Région	Personnes en Difficulté Spécifiques	4	1	1
2017	ARS+CD35	Places d'accueil de jour en Ehpad	Ille-et-Vilaine	Personnes Agées	6	1	1
2017	ARS	Dispositif Emploi Accompagné	Région	Personnes Handicapées	/	4	1
2017	ARS+CD29	Places d'accueil permanent en Ehpad	Finistère	Personnes Agées	6	3	3
2017	ARS+CD56	Places d'accueil permanent en Ehpad	Morbihan	Personnes Agées	49	4	4
2017	ARS	Dispositif Handicap rare renforcé	ARS	Personnes Handicapées	/	12	2
2017	ARS+CD56	Places d'accueil temporaire en Ehpad	Morbihan	Personnes Agées	10	5	2
2017	ARS	Offre d'appui - Adaptation et renforcement de l'offre en Institut Médico Educatif (IME) pour enfants présentant des troubles du	Région	Personnes Handicapées	/	21	11
2017	ARS	ENI hébergement temporaire de MAS	Région	Personnes Handicapées	13	3	3
2017	ARS	Niveau 2 Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) Dispositif de diagnostic pour enfants avec TED : Labellisation équipes de diagnostic et d'intervention et création d'une mission d'appui	Région	Personnes Handicapées	/	12	7
2017	ARS	Expérimentation d'un appui de psychologue en Sservices de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) / Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)	Région	Personnes Agées	/	17	4
2017	ARS	Fonds 2017 de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile	Finistère	Personnes Agées	/	21	7
2017	ARS	Fonds 2017 de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile	Morbihan	Personnes Agées	/	11	?
2017	ARS	Unité d'hébergement renforcée (UHR) en EHPAD	Région	Personnes Agées	3 unités	9	3
2018	ARS	Niveau 2 Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) Dispositif de diagnostic pour enfants avec TED : Labellisation équipes de diagnostic et	Ille-et-Vilaine et Morbihan	Personnes Handicapées	/	7	en cours d'instruction
2018	ARS	Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)	Région	Personnes Handicapées	2 groupes	4	en cours d'instruction

Source : ARS

2.3.2 Contractualisation avec les ESSMS

2.3.2.1 L'ARS Bretagne a mené d'importants travaux préparatoires anticipant l'obligation de conclure des CPOM

L'obligation de contractualiser est désormais généralisée dans le secteur des personnes handicapées, comme dans celui des personnes âgées et induit une programmation pluriannuelle sur 5 ans à compter de janvier 2017. En fin d'année 2017, conjointement avec chacun des conseils départementaux de la région, l'ARS Bretagne a pris des arrêtés afin de programmer la signature des CPOM des EHPAD d'une part et des autres ESSMS d'autre part sur la période 2018-2021 : 454 organismes gestionnaires sont concernés représentant 810 établissements dont 464 EHPAD.

Pour 2018, la contractualisation⁷⁹ concernera 137 organismes gestionnaires (soit 30 % des organismes concernés) et 216 établissements (soit 27 % des établissements concernés) dont 94 EHPAD.

Pour faire face à la charge que représentent la négociation et le suivi des CPOM, l'ARS Bretagne a mené d'importants travaux préparatoires avec les services des quatre conseils départementaux, qui ont abouti à la conception d'une méthodologie commune de contractualisation avec les ESSMS. L'ultime validation de ces travaux a été conduite en collaboration avec les fédérations d'établissements, en réunissant les représentants des établissements avec l'ensemble des financeurs de la région, indépendamment de la nature des activités (PA et PH) et de leur situation géographique en Bretagne (particulièrement pour les gestionnaires intervenant sur plusieurs départements).

Dans ce cadre plusieurs outils ont été élaborés :

- Un modèle de contrat pour chacun des deux secteurs (PH et PA), comparables aux CPOM hospitaliers⁸⁰.

Les modèles de contrat ont été conçus en vue de l'industrialisation du process qui sera informatisé via l'application e-CARS⁸¹.

⁷⁹ Cf. Préambule de l'annexe de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF : « Conclu pour une durée de cinq ans, le CPOM couvre l'ensemble des EHPAD d'un même gestionnaire relevant d'un même ressort départemental ou régional avec l'accord des parties au contrat, à la différence des conventions tripartites pluriannuelles qui étaient signées par établissement. De plus, en cas d'accord des parties, le CPOM peut être étendu à d'autres catégories d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant du gestionnaire signataire du CPOM et du même ressort territorial. L'assise du CPOM est départementale, mais en cas d'accord entre les différents acteurs, elle pourra ainsi être étendue à plusieurs départements d'une même région ».

⁸⁰ Ces modèles s'articulent avec les travaux nationaux menés sur les CPOM et notamment l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF et le guide méthodologique d'appui à la contractualisation de l'ANAP « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social » (janvier 2017).

⁸¹ Par exemple, les données des annexes 3 relatives à la synthèse du diagnostic partagé, des annexes 4 concernant les synthèses des fiches d'objectifs (CPOM PH) ou d'actions (CPOM PA) et des annexes 5 dédiées aux fiches détaillées d'objectifs ou d'actions sont collectées sous format excel, ce qui en facilite le traitement et prépare leur intégration dans l'application e-CARS.

- Un guide d'objectifs avec des fiches actions associées qui doit aider les organismes gestionnaires à la formalisation des objectifs qu'ils souhaitent sélectionner et au suivi de ces objectifs à travers des indicateurs cibles. Dans un souci d'efficacité, ceux-ci sont limités à 15 au maximum sur le CPOM PH et le CPOM PA⁸².

De même, une comitologie adaptée au délai imparti pour contractualiser avec l'ensemble des organismes gestionnaires pour tous les établissements concernés a été mise en place. Ainsi, l'ARS Bretagne a prévu de tenir trois réunions au maximum entre les autorités, ARS et le conseil département (voire les conseils départementaux de la région Bretagne concernés si les établissements objets du contrat s'étendent sur plusieurs départements) et l'organisme gestionnaire, le reste des échanges se faisant par voie télématique ou par téléphone.

La généralisation de l'obligation de conclure des CPOM dans le champ médico-social a aussi conduit à généraliser la pratique des dialogues de gestion. Après la négociation du contrat qui aura nécessité des échanges nourris entre les organismes gestionnaires et les autorités, le suivi du CPOM induit des rendez-vous qui donneront lieu aussi à des dialogues de gestion.

Aussi, en application des directives nationales qui font l'objet notamment de l'instruction DGCS du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017, l'ARS Bretagne a organisé le suivi et l'évaluation des CPOM⁸³.

Pour l'ARS Bretagne, le CPOM est encore un outil récent dans le champ médico-social, auquel elle attribue au moins trois qualités :

- il offre un temps d'échange avec l'ARS et les établissements autour de leurs offres ;
- il permet à l'ARS d'amener les établissements dans les objectifs prioritaires de la région ;
- il invite l'ARS et les établissements à travailler sur des évolutions de l'offre d'une structure ou entre elles par des rapprochements de gouvernance.

2.3.2.2 La prise en compte de la recomposition de l'offre dans les CPOM

L'ARS Bretagne fait le constat que depuis 10 ans, et dans le cadre des CPOM d'ancienne génération, il n'y a pas eu de transformation fondamentale de l'offre médico-sociale, et pas d'augmentation significative du nombre de places. Aussi n'a-t-elle transmis à la mission aucun CPOM de l'ancienne génération.

⁸² Dans le cadre de l'arrêté du 3 mars 2017 le parti a été pris de ne pas lister des objectifs spécifiques mais plutôt des thématiques qui pourraient faire l'objet d'objectifs contractualisés, parmi lesquels figurent ceux imposés par la loi afin de permettre aux acteurs de personnaliser le CPOM pour qu'il réponde aux besoins identifiés localement.

⁸³ La procédure, décrite à l'article 5 des contrats, s'appuie sur :

- un comité de suivi du contrat qui est instauré dès la conclusion du contrat et qui est composé de l'Agence régionale de santé, du Conseil départemental et de l'organisme gestionnaire ;
- deux rendez-vous, le premier au cours de la troisième année, pour examiner la trajectoire de réalisation des objectifs fixés et déterminer des mesures correctrices le cas échéant et le second au cours de la cinquième année du contrat, pour établir le bilan final et préparer le renouvellement du contrat.
- l'examen annuel de la synthèse du suivi des fiches objectifs du CPOM (annexe 4), les états réalisés des ressources et des dépenses (ERRD), les rapports d'activités qui les accompagnent ainsi que le Tableau de bord médico-social⁸³ renseigné par l'organisme gestionnaire.
- hors de ces rendez-vous institutionnels, le contrat-type rappelle que chaque partie doit saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles font peser un fort risque sur la réalisation des objectifs ciblés du CPOM.

Pour les nouveaux CPOM, elle a repris au niveau régional l'objectif national et général d'« amplifier la transformation de l'offre » de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale⁸⁴.

Aussi pour rendre effective la transformation de l'offre via les CPOM, l'ARS s'est inscrite dans la lignée des travaux menés au niveau national, et notamment le guide méthodologique d'appui à la contractualisation de l'ANAP « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social » (janvier 2017) et elle a privilégié le travail collaboratif en amont avec les différents acteurs de l'offre de soins dans le champ médico-social : les quatre conseils départementaux (réunions techniques et décisionnels) et les fédérations (cf. ci-dessus).

Dans les guides de négociation des CPOM qu'elle a élaborés à l'intention des équipes en charge de la contractualisation, l'ARS indique que celle-ci constitue :

- Un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du PRS et des schémas départementaux, permettant notamment la mise en cohérence des objectifs des gestionnaires d'établissements avec les orientations régionales et/ou départementales.

Ainsi, dans le guide dédié à la contractualisation avec les EHPAD, l'objectif du PRS Breton concernant la diminution du nombre d'hospitalisations des personnes de plus de 75 ans est donné en exemple ; il se traduit par une priorité de négociation avec les EHPAD portant sur l'intégration des dispositifs de l'hospitalisation à domicile.

- Un outil favorisant la transformation et la structuration de l'offre médico-sociale sur le territoire, dont elle permet de prévoir et d'accompagner les opérations de mise en œuvre. Si les trois CPOM transmis à la mission par l'ARS Bretagne ne comprennent pas de mesures de recomposition des structures, ils comportent en revanche des dispositifs propres à faire évoluer l'offre par création de nouveaux services (cf. ci-dessous)

L'ARS Bretagne considère que la généralisation de l'obligation de contractualiser peut faire évoluer l'offre, mais que des difficultés devront être surmontées dont :

- L'éclatement du secteur PA et dans une moindre mesure PH⁸⁵, qui peut limiter les capacités de transformation des acteurs,
- Une convergence parfois incomplète des politiques publiques nationales portées par l'ARS et les politiques portées par les conseils départementaux^{86 87},
- Le niveau parfois insuffisant de compétence (notamment en analyse comptable et financière) des agents de l'ARS Bretagne qui ne permet pas une mise en œuvre optimale de la contractualisation, laquelle s'accompagne d'une modification de la tarification fondée sur la refonte des règles et des cadres budgétaires et comptables des établissements et services, notamment par la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). C'est pourquoi l'ARS, dans le cadre de la centralisation au siège des missions d'allocation de ressources MS, procède au gré des remplacements à des recrutements disposant de qualifications plus élevées en contrôle de gestion

⁸⁴ 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

⁸⁵ 301 organismes gestionnaires représentant 346 établissements pour le secteur PH alors que pour le secteur PA l'ARS Bretagne a dénombré 153 organismes gestionnaires pour 463 établissements

⁸⁶ ex : développement des places d'hébergement temporaires et d'accueil de jour non financées par la dotation globale APA (allocation personnalisée d'autonomie)

⁸⁷ Cf.§ 4.1.1.2.2 « l'hébergement temporaire et l'accueil de jour » du modèle de socle pour le CPOM EHPAD

- Le poids d'une infrastructure immobilière vétuste et peu adaptée⁸⁸.
- Pour le secteur des personnes handicapées, la réponse accompagnée pour tous est, pour l'ARS Bretagne, le fil conducteur de sa politique et l'objectif vers lequel de nombreux chantiers ayant trait aux évolutions de l'organisation et du fonctionnement des établissements médico-sociaux convergent.

Les deux CPOM du secteur PH transmis par l'ARS Bretagne comportent des mesures tendant à faire évoluer les services mis à la disposition des patients et des personnes les accompagnant.

Encadré 40 : Actions du CPOM de l'EPSMS Vallée du loch faisant évoluer l'offre

Pour le CPOM passé entre l'EPSMS Vallée du loch à Grand-Champ, l'ARS Bretagne et le CD Morbihan, deux des quatre orientations stratégiques (OS) s'inscrivent dans ce cadre ; il s'agit de l'OS 1 : « Renforcer la qualité et adapter les modalités d'accompagnement des personnes accueillies » et de l'OS 2 : « Valoriser le cadre architectural et les infrastructures logistiques pour une plus grande qualité hôtelière ». Ces orientations stratégiques se déclinent en objectifs opérationnels qui visent, pour le premier d'entre eux à conforter l'accompagnement spécifique des personnes avec TED ou avec un polyhandicap, appréhender et s'adapter au vieillissement des personnes accueillies, développer des modalités alternatives d'hébergement et d'accueil, et pour le second à conduire l'ensemble des opérations de travaux pour une réponse adaptée aux personnes accueillies. Cet objectif opérationnel comporte notamment la réalisation d'une opération de restructuration ou de construction sur l'IME, l'ESAT et la MAS et le déménagement du SAVS afin de faciliter le maintien à domicile ce qui constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution.

Source : Mission d'après documents ARS

Encadré 41 : Actions du CPOM de l'Association ATHEOL faisant évoluer l'offre

Le CPOM signé le 2 mai 2018 entre l'Association ATHEOL à Lamballe, l'ARS Bretagne et le CD Côtes d'Armor compte trois orientations stratégiques, déclinées en six objectifs opérationnels et 11 actions (qui sont rappelées dans le contrat socle en plus d'être listées dans l'annexe 5 comme le prévoit le contrat-type). Seule l'OS 1 : « Apporter une réponse adaptée, inclusive et évolutive aux besoins des personnes en situation de handicap » comprend des mesures d'évolution de l'organisation et de fonctionnement.

Au sein de l'OS n°1, l'objectif opérationnel n°1-1 : « Participer à la démarche Réponse accompagnée pour tous » et l'objectif opérationnel n°1-3 : « Donner la place à l'usager, aux familles, soutenir les aidants, développer la guidance parentale » portent plus particulièrement des actions d'évolution de l'offre, comme par exemple :

- La création d'un poste de coordinateur « réponse accompagnée pour tous » (en partenariat avec l'Association Les Vallées) permettant d'assurer et d'organiser la participation de l'Association ATHEOL au DPO (actions 1 et 2 du CPOM), au PCPE (action 3) aux instances de concertation de proximité ou groupes de travail (action 8) mis en place dans le cadre du dispositif RAPT afin de l'engager résolument dans la construction de réponses individuelles ;
- La construction d'une extension en 2020, comportant la création d'une salle d'apaisement, destinée à recevoir des adultes avec TSA présentant des comportements-problèmes et/ou des troubles sévères du comportement en 2020 (actions 4 et 5) ;
- La création d'un poste d'assistant de service social (en partenariat avec l'Association Les Vallées) afin de mieux identifier et répondre aux besoins des aidants et création d'un poste de chargé de mission « habitat inclusif » afin de développer cette option d'offre (action 8).

⁸⁸ Le taux moyen de vétusté de la région Bretagne est de 44 % alors que le taux national est de 41,3 % ; voir infra encadré EHPAD Monseigneur Bouché de Rostrenen (Côte d'Armor)

La création de postes se fait en association avec l'Association Les Vallées, installée à Dinan où elle met en œuvre un institut médico-éducatif SEES. Le CPOM permet de formaliser les coopérations existantes à mises en place entre les établissements.

Source : Mission d'après documents ARS

- Pour le secteur des personnes âgées, l'ARS Bretagne n'a pas transmis de CPOM (ancienne génération) comportant des mesures de recomposition de l'offre. Par contre, le CPOM de l'EHPAD Monseigneur Bouché à Rostrenen, passé avec l'ARS Bretagne et le CD Côtes d'Armor le 16 mars 2018, porte onze objectifs prioritaires dont deux s'inscrivent dans le cadre des directives nationales et régionale de l'évolution de l'offre médico-sociale.

Encadré 42 : Actions du CPOM de l'Association Monseigneur Bouché faisant évoluer l'offre

L'objectif n°4 du CPOM conduit à développer l'intervention d'un service HAD : l'EHPAD devra développer le partenariat avec le service concerné et mobiliser son expertise en appui de l'accompagnement des personnes âgées accueillies.

L'objectif n°5 vise à adapter l'intervention des professionnels à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (personnes vieillissantes en situation de handicap) par la création d'une unité spécifique dédiée à l'accueil et à l'accompagnement des PHV sur des places existantes au sein de la structure.

Le CPOM de l'EHPAD Monseigneur Bouché comporte aussi deux mesures qui, bien qu'elles n'impactent pas directement ni immédiatement l'évolution de l'offre, pourraient ne pas être sans conséquence pour elle.

La première (objectif n°1), concerne la mise en place d'une direction commune avec l'EHPAD de Corthai, établissement relevant comme l'EHPAD Monseigneur Bouché de la fonction publique hospitalière. La dernière phase de l'opération, dont la finalisation est fixée à la fin de l'année 2022, consiste à préparer la fusion des deux structures. La seconde (objectif n°11) vise la programmation de la construction, par phases successives, d'un nouvel EHPAD d'ici fin 2022.

Le CPOM permet dans ce cas d'inscrire un projet important pour l'établissement et l'offre régionale de soins. L'immobilier est un paramètre dimensionnant dans les opérations de rapprochement et de fusion de structure.

Source : Mission d'après documents ARS

3 ARTICULATION DE L'ARS BRETAGNE AVEC LES AUTRES ACTEURS DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE

3.1 Région

3.1.1 Description des interventions de la région Bretagne en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Appuyée sur des travaux préalables relatifs à la démographie médicale en Bretagne, la Région a adopté ses « nouvelles orientations pour la politique régionale de santé » en décembre 2017, en rappelant ses compétences en matière d'aménagement du territoire, de développement économique et de formations sanitaires et sociales. Le conseil régional ne dispose pas en effet en propre de compétence en matière de santé.

Quatre orientations sont mises en exergue : 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.

S'agissant de la deuxième orientation (premier recours), la région

- « continuera à soutenir la mise en place de MSP portées par des communes ou groupements de communes, dans le cadre des contrats de partenariat Europe-Région-pays, dès lors qu'ils sont localisés dans une zone en déficit d'offre de soins ». Le document marque l'attention régionale aux « dynamiques pluriprofessionnelles », ainsi qu'à l'accueil de stagiaires, et à l'égal accès aux soins de la population ;
- développera le soutien aux centres de santé, compte tenu de l'appétence pour l'exercice salarié ;
- soutiendra l'expérimentation territoriale en matière d'accès à la santé (télésanté) ;
- accompagnera l'installation des médecins, notamment par la mise en place d'avances remboursables destinées au financement de secrétariats ou actions de coordination ;
- soutiendra l'exercice coordonné des professionnels de santé (mise en réseau des maisons de santé) ;
- contribuera à renforcer l'attractivité des territoires pour les jeunes internes (développement de l'hébergement temporaire).

3.1.2 Analyse des modalités de coordination entre l'ARS Bretagne et la région Bretagne dans le champ du pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Au-delà des instances auxquelles la région participe dans le domaine de la santé et en articulation avec l'ARS⁸⁹, les deux institutions ont souhaité formaliser leur travail commun dans le cadre d'une convention.

⁸⁹ Instances d'orientation et surveillance : conseil de surveillance de l'ARS, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ; Instances opérationnelles : commission spécialisée pour l'organisation des soins, commission régionale d'attribution des aides MSP, conseils territoriaux de santé.

Encadré 43 : Les axes de collaboration dans le projet de convention ARS-Région Bretagne

La formation des professionnels de santé paramédicaux

L'offre de soins de premier recours : la convention précise que « La Région Bretagne et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne concourent toutes deux par leurs 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. »

L'observation en santé : « L'Agence Régionale de Santé de Bretagne s'engage à impulser et à coordonner l'harmonisation des politiques en matière d'observation sanitaire et sociale sur le territoire régional avec l'ensemble des acteurs concernés, dont la Région Bretagne »

La santé environnementale

La prévention et la promotion de la santé : En matière de prévention, « la Région Bretagne et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne s'engagent à coordonner leurs actions », notamment sur la santé des jeunes. En matière de promotion de la santé, « la Région soumettra pour avis à l'Agence Régionale de Santé de Bretagne une analyse d'impact en santé des schémas relatifs à l'aménagement du territoire » (transports...).

Les contrats locaux de santé (CLS) : « L'Agence Régionale de Santé de Bretagne s'engage à solliciter la Région Bretagne avant d'engager tout contrat local de santé sur le territoire régional afin d'examiner l'opportunité d'une association de la Région Bretagne à ce contrat. »

Source : Mission d'après convention région Bretagne -ARS

En juin 2018, le conseil régional a toutefois émis 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.

Le Conseil Régional souhaite cependant alerter l'ARS 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.

3.2 Départements

En plus des instances de concertation auxquelles les ARS et les départements sont parties : conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, conseils de surveillance des établissements de santé, conseil territorial de santé..., une convention cadre signée à la création de l'Agence de Bretagne avec les quatre départements de la région prévoit la tenue, deux fois par an, d'un comité de pilotage, instance politique composée notamment d'un ou deux élus de chaque département dont le Président du conseil du département ou son représentant et un Vice-Président et du DG de l'ARS, et la réunion d'instances techniques, dont la périodicité n'est pas fixée, afin de réaliser le programme de travail arrêté par le comité.

Cette convention prévoit aussi des rencontres bilatérales régulières entre le DG de l'ARS et les instances exécutives de chaque département pour faire vivre le programme de travail.

Le champ de la convention cadre porte sur les compétences conjointes ou partagées entre les départements et l'ARS, qui couvrent en particulier les politiques sociales et médico-sociales en matière d'aide et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées. Trois thèmes de coopération sont fixés : le partage des données et l'observation partagée, l'articulation des schémas départementaux et du PRS et la territorialisation des politiques.

Indépendamment du cadre fixé par la convention, les équipes de l'ARS et celles des directions générales des services des départements se rencontrent régulièrement au moins une fois par mois pour gérer les dossiers au niveau technique. Les aspects politiques et stratégiques sont gérés au niveau du DG (c'est lui par exemple qui répond aux questions des élus du conseil départemental sur le PRS).

La fluidité des relations entre les équipes de gouvernance de l'ARS et des départements est importante ; les compétences partagées sont nombreuses ainsi que les chantiers traités en commun. Au cours de ces derniers mois l'ARS et les départements ont par exemple mené une réflexion commune sur le dispositif d'hébergement temporaire pour personnes âgées et dressé un diagnostic territorial de l'offre en hébergement temporaire.

En outre, deux chantiers ont plus particulièrement sollicité les équipes :

- La démarche « Réponse accompagnée pour tous », qui leur a permis de travailler autour de préoccupations communes couvrant par exemple le Dispositif Permanent d'Orientation (Groupe Opérationnel de Synthèse et Plan d'Accompagnement Global) et le contrat partenarial, lequel a été élaboré sous le pilotage de l'ARS dans le cadre d'une trame régionale commune.
- Les travaux préparatoires sur les CPOM qui ont abouti à une méthodologie partagée de contractualisation avec les ESMS.
- La qualité des relations entre l'ARS et les départements est essentielle aussi :
- Parce que les logiques et les intérêts ne convergent pas nécessairement. Ainsi le conseil départemental de l'Ille et Vilaine, que la mission a rencontré, estime que l'ARS privilégie la sécurisation financière des opérations et des établissements, là où le département est à la poursuite de la satisfaction rapide d'un besoin (ex : places en EHPAD).
- En raison des problématiques liées aux financements : manque de visibilité sur les opérations et les montants par manque d'échanges des structures , défaut de programmation (le PRS fixe de grandes orientations et des priorités sans en définir le mode opératoire ni le financement, ce que faisait en revanche le PRIAC même si le caractère glissant de la programmation en réduisait le caractère opérationnel), diminution des capacités de financement des départements du fait de la limitation de la croissance des dépenses de fonctionnement des collectivités territoriales à 1,2 % par an de 2018 à 2022 .

Mais le CD de l'Ille et Vilaine souligne aussi que malgré des objectifs parfois différents, la collaboration entre l'ARS et le département est possible comme le montre la gestion de la fusion de l'EHPAD du Theil de Bretagne et le CH de Janzé. L'ARS a dû gérer le désengagement de l'ONAC de la gestion de l'EHPAD et le CD le maintien d'une structure de proximité.

Encadré 44 : Les points marquants de la coordination

- Convention ARS-Départements :
Une convention lie l'ARS et les quatre départements de la région Bretagne
- Partage sur les objectifs et contraintes de chacune des structures :
Les logiques et les intérêts ne convergent pas toujours. L'ARS privilégie les objectifs financiers alors que les départements recherchent des solutions à des besoins immédiats.
- La dimension des nouvelles régions :
Le périmètre de la région Bretagne n'a pas été modifié par la loi du 16 janvier 2015

- Les outils :
Les CPOM sont de bons outils qui permettent aux différents acteurs de partager un constat et des objectifs.
Le PRS n'est pas un outil de pilotage car il ne comporte pas de mode opératoire ni d'indications sur le financement.
- Le financement :
Défaut de visibilité et de lisibilité sur les financements par manque d'échanges et de de programmation.

Source : Mission

3.3 Assurance-maladie

3.3.1 Description des interventions de l'Assurance-maladie au sein de la région Bretagne en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

3.3.1.1 Analyse de la coordination des actions menées par l'ARS Bretagne avec celles l'Assurance-maladie dans le champ du pilotage de l'offre institutionnelle de santé

La direction régionale de la gestion du risque se félicite des relations que l'assurance maladie obligatoire entretient avec l'ARS qui travaille de concert avec elle en ce qui concerne tant l'élaboration de certains outils que leur mise en œuvre. Ainsi du zonage et de la conduite du dialogue de gestion pour laquelle les représentants de l'une et de l'autre se rendent dans les établissements de santé.

Le pilotage de l'offre est conjoint et concerté avec l'assurance maladie : des rencontres trimestrielles sont ainsi l'occasion d'évoquer les sujets d'intérêt commun et de se doter de plans de travail tels que le volet conventionnel avec les professionnels de santé ou la filière visuelle ; au reste la msa se mobilise sur ce secteur et a fait un plan d'intervention intégré dans le programme d'action de l'AMO.

En ce qui concerne le bilan sur les actions menées conjointement, il reste à construire en ce qui concerne les contrats avec les professionnels de santé. En ce qui concerne les MSP, sur la centaine existante, une trentaine est éligible aux aides de l'assurance maladie. Prado est une interface utile entre établissements et libéraux. Enfin le choix entre Ssr et Had doit être conduit, au-delà de la nécessité de choisir le mode d'intervention pertinent, par la nécessité de fluidifier l'accès aux soins par un mode de soins le moins coûteux.

Enfin, l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), comporte dans ses membres le directeur de l'ARS et un représentant de l'AMO ; elle doit contribuer à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. L'ARS attend de pouvoir mettre en œuvre ses recommandations.

Les actions de 2018 ont principalement porté sur la sensibilisation des professionnels à la thématique pertinence et au rôle de l'IRAPS via l'organisation de réunions régionales et de présentations au sein des CME des établissements. A noter également une action au sein des services d'urgences sur la pertinence des hospitalisations consécutives à un passage dans ces structures. A compter de 2019 la pertinence sera également couverte par la contractualisation dans le cadre des volets pertinence du CAQES qui porteront sur les examens préanesthésiques.

ANNEXE 3 : SITUATION DE L'ARS DE NOUVELLE AQUITAINE

SOMMAIRE

1	CADRE GENERAL DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE DANS L'ARS NOUVELLE AQUITAINE	109
1.1	Encadrement national du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par la région Nouvelle Aquitaine.....	109
1.1.1	CPOM Etat-ARS	109
1.1.2	Lettre de mission du DG ARS	111
1.2	Moyens humains et matériels du pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS... ..	111
1.2.1	Analyse quantitative et qualitative des moyens humains de l'ARS consacrés aux fonctions de pilotage (direct et indirect) de l'offre institutionnelle de santé.....	111
1.2.2	Analyse de l'utilisation des systèmes d'information par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	117
1.3	Organisation des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS.	118
1.3.1	Analyse de l'exercice des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au siège de l'ARS Nouvelle Aquitaine	118
1.3.2	Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre institutionnelle de santé	121
1.4	Leviers financiers à la disposition de l'ARS Nouvelle Aquitaine pour piloter l'offre institutionnelle de santé.....	124
1.4.1	Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation du FIR par l'ARS pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	124
1.4.2	Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation des MIGAC par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé	127
2	INSTRUMENTS UTILISES PAR L'ARS NOUVELLE AQUITAINE POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE.....	130
2.1	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS dans le secteur ambulatoire	130

2.1.1	Incitations au regroupement, à la coordination et à l'installation des professionnels de santé	130
2.1.2	Contractualisation avec les professionnels de santé	134
2.1.3	Planification et identification des besoins de santé	134
2.2	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le secteur hospitalier...	135
2.2.1	Autorisations et planification hospitalières	136
2.2.2	Contractualisation avec les établissements sanitaires.....	143
2.2.3	Administrations provisoires dans la région Nouvelle Aquitaine (s'il y a lieu).....	147
2.3	Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le secteur médico-social.....	147
2.3.1	Autorisations	148
2.3.2	Contractualisation avec les ESSMS	151
3	ARTICULATION DE L'ARS NOUVELLE AQUITAINE AVEC LES AUTRES ACTEURS DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE	155
3.1	Région.....	155
3.1.1	Description des interventions de la région Nouvelle Aquitaine en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	155
3.1.2	Analyse des modalités de coordination entre l'ARS Nouvelle Aquitaine et la région Nouvelle Aquitaine dans le champ du pilotage de l'offre institutionnelle de santé.....	156
3.2	Départements.....	157
3.3	Assurance-maladie.....	158
4	ANNEXE : ANALYSE DES LETTRES D'APPROBATION DES GHT	160

1 CADRE GENERAL DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE DANS L'ARS NOUVELLE AQUITAINE

Encadré 45 : Région Nouvelle Aquitaine : éléments signalétiques

<p>Population : 5,9 millions d'habitants au 1er janvier 2015, soit 9 % de la population de France métropolitaine</p> <p>Répartition de la population par âge : Plus de 11 % des habitants ont 75 ans ou plus (9 % en métropole). Cette proportion devrait atteindre 17 % en 2040.</p> <p>Superficie : La région est la plus vaste des nouvelles régions françaises</p> <p>Densité : varie fortement selon les départements allant de 21 habitants/km² pour le moins peuplé en Creuse, à 68 habitants/km² en Haute-Vienne et jusqu'à 155 habitants/km² en Gironde. 70 % de la population est concentré dans les grandes aires urbaines. Globalement la densité est très inférieure à la densité métropolitaine</p> <p>Chômage : le taux de chômage est un peu moins fort qu'en France métropolitaine (8,6 % en juin 2018), de même que la part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté (13,5 % contre 14,5 %)</p> <p>Revenu : Le niveau de vie médian est au plus haut dans les grands pôles urbains et leurs couronnes, au plus bas dans les espaces hors de l'influence des villes.</p> <p>Situation épidémiologique : Les premières pathologies chroniques des Néo-aquitains sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies mentales.</p> <p>Facteurs de risques : Des risques comportementaux liés à la nutrition, la consommation d'alcool et de tabac et les conduites à risques</p>

Source : Mission d'après ARS et DRJSCS

L'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, aujourd'hui dénommée ARS Nouvelle Aquitaine, a été créée le 1er janvier 2016 par regroupement des agences régionales de santé d'Aquitaine, du Limousin et de Poitou-Charentes.

L'ARS Nouvelle Aquitaine compte 828,65 ETP (soit 9,7 % des ETP totaux des ARS), ce qui la place à la 3ème place des ARS.

1.1 Encadrement national du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par la région Nouvelle Aquitaine

1.1.1 CPOM Etat-ARS

Un contrat signé entre l'Etat et l'ARS Nouvelle Aquitaine en 2016 s'est substitué aux anciens CPOM⁹⁰ pour la période 2016-2018⁹¹. Le nouveau CPOM adapte les plans d'actions par objectif et les indicateurs correspondants au nouveau périmètre de l'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.

Les cinq objectifs prioritaires, inscrits dans le contrat, sont : 1. Maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé ; 2. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ; 3. Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé ; 4. Faire

⁹⁰ Article L1433-2 : Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence. Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

⁹¹ Cf. instruction SG n°2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM Etat-ARS 2015-2018

le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de santé ; 5. Garantir une bonne gestion des ressources en ARS.

Ils sont déclinés en objectifs opérationnels pour lesquels sont définis des chantiers et des actions et sous-actions ; à chaque sous action est associé au moins un indicateur.

L'objectif prioritaire qui concerne plus particulièrement la mission est l'objectif n°3 « Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé ». Cet objectif prioritaire est décliné en deux objectifs opérationnels ; le premier est dédié à l'organisation de la coordination de prises en charge adaptées aux besoins des usagers, le second à la garantie et à la promotion de l'égal accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées du système.

Pour l'ARS Nouvelle Aquitaine, le premier objectif opérationnel est composé de cinq chantiers, qui traitent tous de l'évolution de l'offre de santé :

- La mise en œuvre d'une politique régionale de parcours comprenant notamment la mise en place de plateformes territoriales d'appui dont l'indicateur est la part de la population régionale couverte par une fonction d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.
- La mise en place de GHT qui doit s'appuyer en particulier sur la rédaction d'une doctrine GHT grande région ; les indicateurs associés sont le pourcentage de lits et de places en secteur public et le pourcentage d'établissements publics couverts.
- La mutualisation des outils SI santé sur l'ensemble de la région par le déploiement de solutions de télémédecine (AVC...) avec pour indicateur le nombre de dispositifs de télémédecine mise à disposition.
- L'organisation du premier recours par la mise en œuvre d'un plan global visant à maintenir les compétences médicales et paramédicales sur les territoires (indicateurs : nombre d'installations, de PTMG, de CESP).
- Le développement de l'exercice coordonné et regroupé dont l'une des actions est la mise en place dans les douze délégations départementales d'un comité départemental des MSP et d'un comité régional des MSP ; la couverture territoriale (zones fragiles et prioritaires) par des maisons et pôles de santé est l'indicateur retenu pour cet objectif opérationnel.

Le second objectif opérationnel comprend six chantiers dont trois impactent plus particulièrement l'offre de santé :

- La promotion de l'accès au système de santé des populations éloignées géographiquement par le développement des dispositifs répondant à l'éloignement géographique ; les deux indicateurs associés sont, d'une part, le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et centres de santé ouverts et, d'autre part, la part de la population n'ayant pas accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.
- La mise en œuvre d'un plan régional d'actions pour l'accès au système de santé des personnes en situation de handicap en adaptant par exemple l'offre sanitaire et médico-sociale (indicateurs : part des services dans l'offre globale médico-sociale pour les PH et nombre de consultations dédiées).
- La garantie de l'intégration et de la correspondance du projet de soins dans le parcours et le projet de vie en santé mentale ; les indicateurs sont la couverture territoriale des GCS Santé mentale et le nombre de CLSM.

Ces huit objectifs sont précis; les indicateurs sont simples ce qui est un atout pour le suivi du CPOM.

D'après l'ARS Nouvelle Aquitaine, le CPOM Etat-ARS est un outil de pilotage de la structuration de l'offre institutionnelle de santé : il met en cohérence les stratégies nationales et régionales.

Ainsi l'objectif n°3 du CPOM relatif à la garantie de la continuité et de l'égal accès au système de santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale (axe stratégique A : réduire les inégalités territoriales de santé) et de la stratégie régionale de l'ARS Nouvelle Aquitaine⁹².

1.1.2 Lettre de mission du DG ARS

La lettre de mission du DG ARS Nouvelle Aquitaine qui servira à son évaluation, a été signée le 26 avril 2017 par la ministre en charge de la santé. Elle lui fixe ses objectifs pour l'année 2017. Cette lettre qui s'inscrit dans le cadre de la procédure de suivi du CPOM Etat-ARS, comporte pour la Nouvelle Aquitaine un seul objectif spécifique par rapport à l'ensemble des lettres adressées aux directeurs d'ARS ⁹³, qui cependant ne relève pas de l'évolution de l'offre de soins.

1.2 Moyens humains et matériels du pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS

1.2.1 Analyse quantitative et qualitative des moyens humains de l'ARS consacrés aux fonctions de pilotage (direct et indirect) de l'offre institutionnelle de santé

Les travaux de la mission relatifs aux moyens humains s'appuient sur les enquêtes relatives aux activités des ARS réalisées par la direction des finances, des achats et des services (DFAS)⁹⁴.

⁹² L'axe stratégique n°1 de l'ancien PRS 2014 de l'ARS Poitou-Charente visait déjà à permettre à toute personne de la région d'accéder à une offre de premier recours en santé (prévention, médical, pharmaceutique, paramédical et odontologique), quelle que soit sa situation géographique sur le territoire ; de même, l'orientation stratégique n°2 du PRS Aquitaine 2012-2016 consistait à faciliter l'accès aux soins et aux prises en charge de premiers recours avec notamment son objectif n°4 qui visait à réduire les inégalités territoriales en matière d'équipements et de service au niveau infrarégional avec, pour ce qui concerne les établissements de santé, la poursuite des actions de coopération, complémentarité et regroupements.

⁹³ « mettre en oeuvre l'expérimentation liée aux conseils territoriaux de santé, nouvelles instances créées par la LMSS visant à faciliter les démarches des usagers du système de santé en termes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. »

⁹⁴ Présenté tardivement à la mission, 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 n'a pas pu être utilisé. S'il était décidé d'adopter cette démarche, il conviendrait de revoir les paramètres de modélisation (identification des groupes homogènes, liste des inducteurs et l'indice de pondération qui est attaché à chacun d'eux), le modèle initial ayant été construit pour un périmètre de missions plus large que celui retenu par l'inspection.

Encadré 46 : Méthodologie d'analyse des ressources humaines de l'ARS

Afin d'analyser la répartition des moyens humains, 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'évaluation⁹⁵. Les constats statistiques présentés doivent être reçus avec prudence, en raison des limites suivantes : qualité variable du recueil des informations, dans leur affectation aux différents rubriques, afin de garantir leur homogénéité ; pertinence à évaluer des référentiels au regard des analyses à mener ; non prise en compte de l'adéquation des compétences aux activités⁹⁶ ; absence de données historiques ou environnementales de l'organisation⁹⁷ ; données brutes non corrigées par des inducteurs de charges.

Source : Mission

1.2.1.1 L'effort global de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé⁹⁸

- Au 31 décembre 2016⁹⁹, les ARS comptent 8 558,6 ETP dont 1 273,8 ETP (soit 14,9 %) sont dédiés au pilotage de l'offre institutionnelle de santé et 2 031,2 ETP (soit 23,7 %) y participent. 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 institutionnelle de santé.

L'ARS Nouvelle Aquitaine compte 828,65 ETP (soit 9,7 % des ETP totaux des ARS), ce qui la situe à la 3^{ème} place des ARS.

Les ETP contribuant au pilotage de l'offre institutionnelle de santé s'élèvent à 329,4 ETP, soit 39,7 % des ETP totaux de l'ARS. Cette contribution se répartie en deux catégories :

- les ETP intégralement dédiés à cette activité : ils sont 135,0 ETP (soit 16,7 %) ;
- les ETP qui participent pour une part de leur temps à cette mission : ils sont 194,4 ETP (soit 23,5 %).

L'«effort» global de l'ARS pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé (39,7 %) est supérieur de 1,1 point au ratio national des effectifs dédiés au pilotage de l'OS qui est de 38,6 %. Toutefois pour le seul territoire métropolitain, pour lequel ce même ratio est de 40,8 %, l'effort de l'ARS Nouvelle Aquitaine apparaît inférieur et celle-ci se place au 11^{ème} rang sur les 13 régions métropolitaines.

- Evolution entre 2014 et 2016

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 %). En ARS Nouvelle Aquitaine, les ETP ont diminué de 36,9 ETP (soit -4,3 %)

⁹⁵ 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 institutionnelle de santé

⁹⁶ 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.

⁹⁷ 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.

⁹⁸ Les travaux relatifs aux effectifs s'appuient sur l'«enquête activités» des ARS menée par la DFAS.

⁹⁹ Dernières données disponibles

Sur la même période, les ETP consacrés au pilotage de l'offre (ETP dédiés + ETP participant) ont baissé de 7,6 ETP (soit -2,3 %) en ARS Nouvelle-Aquitaine. Au niveau national cette diminution a été de 4,4 %, sensiblement au même niveau que pour les effectifs globaux.

Ce sont les ETP participant au pilotage qui ont très sensiblement baissé (-13 % au niveau de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, 8 % au niveau national,) alors que les ETP dédiés intégralement au pilotage ont progressé (+18 % au niveau de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, +2 % au niveau national).

Les ETP consacrés au pilotage de deux secteurs sont en forte hausse : celui des professionnels de santé (+13 % au niveau de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, +10 % au niveau national) et celui des soins ambulatoires (+12 % au niveau de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, +3 % au niveau national).

D'autres secteurs comme celui du médico-social ont vu les moyens humains consacrés à leur pilotage baisser au niveau national (-5 %) alors que ces moyens se sont maintenus au niveau de l'ARS, avec un bouleversement du rapport entre les ETP dédiés et les ETP participants ; pour ce qui concerne les premiers, leur croissance est de +60 % (de 25,5 ETP à 40,9 ETP) alors qu'ils sont en baisse sensible pour les effectifs participants au pilotage de l'offre.

Les ETP affectés au secteur « activités de direction et actions transverses de régulation » diminuent de 11,0 % (-4 % au niveau national).

Tableau 23 : Evolutions des ETP totaux consacrés au pilotage de l'offre institutionnelle de santé

ETP dédiés+participants Secteurs	National			NA			écarts
	2014	2016	variations	2014	2016	variations	
Dir.+Act. transverses régulation	594,1	569,5	-4,1%	62,0	55,2	-11,0%	-7
Soins ambulatoires	393,2	403,4	2,6%	34,3	38,5	12,1%	9
Soins hospitaliers	1 049,5	956,0	-8,9%	98,3	90,4	-8,0%	1
Professionnels de santé	201,2	220,5	9,6%	16,5	18,6	12,9%	3
Médico-social	1 219,2	1 155,6	-5,2%	125,9	126,7	0,7%	6
total	3 457,1	3 305,0	-4,4%	337,0	329,4	-2,3%	2

Source : Mission (d'après les données DFAS)

1.2.1.2 Les caractéristiques des moyens humains mis à la disposition du pilotage de l'offre par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

- La part des ETP qui concourent au pilotage (direct ou indirect) au sein de chacun des secteurs d'activité de l'ARS

Parmi les douze secteurs qui composent le socle d'analyse de l'enquête d'activités des ARS de la DFAS, quatre sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). Dans ces quatre secteurs, en ARS Nouvelle-Aquitaine, comme au niveau national, la part des effectifs qui ont une activité de pilotage de l'offre, directe ou indirecte, est très forte (plus de 94 %).

Ceci ne paraît pas anormal s'agissant de secteurs d'activité où l'ARS dispose par nature d'un rôle de pilotage stratégique.

Pour le pilotage direct seul, ce taux varie de 28,4 % (secteur des soins hospitaliers) à 57,0 % (secteur des soins ambulatoires). Le tableau ci-après présente les taux pour l'ensemble des secteurs, en ARS Nouvelle-Aquitaine et au niveau national pour l'année 2016.

Tableau 24 : ETP que l'ARS Nouvelle-Aquitaine consacre au pilotage de l'offre

Secteurs	National							NA						
	ETP Totaux	ETP consacrés au pilotage						ETP Total X	ETP consacrés au pilotage					
		ETP dédiés	Parts ETP totaux	ETP participants	Parts ETP totaux	dédiés + participants	Parts ETP totaux		ETP dédiés	Parts ETP totaux	ETP participants	Parts ETP totaux	dédiés + participants	Parts ETP totaux
Activités de direction	373,5			181,1	48,5%	181,1	48,5%	42,0			16,6	39,6%	16,6	39,6%
Activités transverses de régulation	597,9	388,4	65,0%			388,4	65,0%	59,9	38,6	64,3%			38,6	64,3%
Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations	1 974,7					0,0		164,9						
Prévention et promotion de la santé publique	369,9					0,0		42,2						
Soins ambulatoires	427,7	217,4	50,8%	186,0	43,5%	403,4	94,3%	40,6	23,2	57,0%	15,3	37,7%	38,5	94,7%
Soins hospitaliers	986,2	290,2	29,4%	665,8	67,5%	956,0	96,9%	93,4	26,5	28,4%	63,9	68,4%	90,4	96,8%
Professionnels de santé (régulation)	220,5	71,6	32,5%	148,9	67,5%	220,5	100,0%	18,6	5,9	31,5%	12,8	68,5%	18,6	100,0%
Médico-social	1 216,3	306,2	25,2%	849,5	69,8%	1 155,6	95,0%	133,8	40,9	30,6%	85,8	64,2%	126,7	94,7%
Fonctions de gestion	364,5					0,0		35,9						
Missions d'appui	547,7					0,0		47,0						
Missions supports	1 186,1					0,0		122,4						
Activités hors périmètre des ARS	293,8					0,0		28,1						
Total général	8 558,7	1 273,8	14,9%	2 031,2	23,7%	3 305,0	38,6%	828,7	135,0	16,3%	194,4	23,5%	329,4	39,7%

Source : Mission (d'après données DFAS)

- La répartition des ETP qui se consacrent au pilotage, entre secteurs d'activité

Le tableau qui suit précise la répartition, entre les secteurs d'activité, des ETP que l'agence consacre au pilotage de l'offre de soins.

Tableau 25 : Répartition, entre les différents secteurs d'activité, des ETP que l'ARS Nouvelle-Aquitaine consacre au pilotage de l'offre de soins

Secteurs	ETP dédiés au pilotage					ETP participant au pilotage					ETP dédiés + participant au pilotage				
	national		NA		écarts sur %	national		NA		écarts sur %	national		NA		écarts sur %
	total	%	total	%		total	%	total	%		total	%	total	%	
Dir+Act. transverses de régulation	388,4	30%	38,6	29%	-1,0	181,1	9%	16,6	9%	-0,2	569,5	17,2%	55,2	16,7%	-0,5
Soins ambulatoires	217,4	17%	23,2	17%	-0,1	186,0	9%	15,3	8%	-1,1	403,4	12,2%	38,5	11,7%	-0,5
Soins hospitaliers	290,2	24%	26,5	20%	-4,8	665,8	32%	63,9	33%	0,6	956,0	28,9%	90,4	27,4%	-1,5
Professionnels de santé	71,6	5%	5,9	4%	-1,1	148,9	7%	12,8	7%	-0,6	220,5	6,7%	18,6	5,7%	-1,0
Médico-social	306,2	23%	40,9	30%	7,0	849,5	43%	85,8	44%	1,3	1 155,6	35,0%	126,7	38,5%	3,5
Totaux	1 273,8	100%	135,0	100%		2 031,2	100%	194,4	100%		3 305,0	100%	329,4	100%	

Source : Mission (d'après les données DFAS)

La part la plus importante des ETP est consacrée au pilotage du secteur médico-social. Cette part est encore plus importante en Nouvelle Aquitaine qu'au niveau national (+ 3,5 points : 38,3 % des ETP de l'ARS Nouvelle Aquitaine contre 34,8 % au niveau national).

Le pilotage du secteur des soins hospitaliers mobilise 27 % des effectifs de pilotage, soit deux points de moins qu'au niveau national.

Les soins ambulatoires et la régulation de l'activité des professionnels de santé bénéficient au total de 18 % des effectifs de pilotage, soit 1 point de moins que la moyenne nationale.

- La répartition par groupes professionnels

L'analyse de la ventilation des ETP consacrés au pilotage entre groupes professionnels fait apparaître, en Nouvelle-Aquitaine, les résultats suivants :

- plus de la moitié des ETP (56,4 %) appartient au groupe constitué des « Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé, experts et autres agents du secteur médico-social » ; ce ratio dépasse de 5 points le ratio national. 40,2 % de ces effectifs sont affectés au secteur médico-social, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (38,1 %) ;

- en revanche, les ratios sont plus faibles qu'au niveau national pour le groupe des agents et techniciens (- 2,4 points), des cadres et cadres supérieurs (-2,1 points) et des agents de direction (-0,6 points).

Tableau 26 : Répartition par groupes professionnels des ETP consacrés au pilotage de l'offre au 31 décembre 2016 :

ETP dédiés + participant au pilotage	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	
Secteurs	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Dir.+Act. transverses régulation	4,8	92,2%	16,2	19,2%	2,5	4,5%	31,8	17,1%	55,2	16,7%
Soins ambulatoires	0,1	1,9%	6,3	7,4%	9,0	16,6%	23,1	12,4%	38,5	11,7%
Soins hospitaliers	0,1	1,9%	26,8	31,8%	15,7	29,0%	47,8	25,7%	90,4	27,4%
Professionnels de santé	0,1	1,9%	4,5	5,3%	5,7	10,5%	8,3	4,5%	18,6	5,7%
Médico-social	0,1	1,9%	30,6	36,3%	21,3	39,3%	74,8	40,2%	126,7	38,5%
Total	5,15	100,0%	84,3	100,0%	54,15	100,0%	185,79	100,0%	329,4	100,0%
nombre d'ETP par groupes	5,15		84,3		54,15		185,79		329,4	
Part de chaque groupe / ETP totaux consacrés au pilotage	2%		26%		16%		56%		100%	
Rappel : national										
ETP par groupes	72,6		913,4		621,4		1697,6		3305	
Part de chaque groupe / ETP totaux	2%		28%		19%		51%		100%	

Source : Mission (d'après les données DFAS)

► La répartition siège / délégations départementales

La répartition des ETP affectés au pilotage de l'offre entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD) fait l'objet du tableau de synthèse ci-après. La ventilation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine est comparée à celle de l'ensemble des ARS.

Le siège rassemble 48,8 % de ces ETP en ARS Nouvelle-Aquitaine contre 52,0 % pour la moyenne nationale.

La répartition des ETP entre DR et DD est cependant très différente de la moyenne nationale pour les ETP consacrés au pilotage du secteur « activités de direction et activités transverses de régulation » (le poids du siège est de 41,2 % pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine contre 56,4 % pour la moyenne nationale). Ces données sont cohérentes avec le niveau de délégation important dont ont fait part les délégués départementaux et les directeurs adjoints de l'ARS lors des entretiens.

La « déconcentration » de la fonction de pilotage apparaît également forte pour le pilotage du secteur « professionnels de santé » (le poids du siège est de 50,7 % pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine contre 73,2 % pour l'ensemble des ARS).

Tableau 27 : Répartition des ETP entre le siège (DR : direction régionale) et les délégations départementales (DD)

ETP dédiés+participants	National		NA		poids du niveau DR		
Secteurs	DR	DD	DR	DD	National	NA	Evolution du poids de la DR (en point)
Dir.+Act. transverses régulation	321,2	248,3	22,8	32,4	56,4%	41,2%	-15,2
Soins ambulatoires	204,1	199,3	15,9	22,6	50,6%	41,4%	-9,2
Soins hospitaliers	620,1	335,9	53,1	37,2	64,9%	58,8%	-6,0
Professionnels de santé	161,3	59,2	9,5	9,2	73,2%	50,7%	-22,5
Médico-social	410,2	745,4	59,5	67,2	35,5%	47,0%	11,5
total	1 717,0	1 588,0	160,8	168,6	52,0%	48,8%	-3,1

Source : Mission (d'après les données DFAS)

Encadré 47 : Synthèse

L'effort global pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

La part des ETP de l'ARS NA consacrée à cette mission est de 39,7 % ; il est inférieur de 1,1 point au ratio national qui est de 40,8 %. L'ARS Nouvelle-Aquitaine se place au 11^{ème} rang national.

L'évolution entre 2014 et 2016

Entre 2014 et 2016 les effectifs globaux de l'ARS Nouvelle Aquitaine ont diminué de 4,3 % (-4,4 % au niveau national). Sur la même période, les effectifs consacrés au pilotage de l'offre (ETP dédiés + ETP participant) n'ont baissé que de 2 % en ARS NA (-4 % au niveau national). L'ARS Nouvelle Aquitaine a protégé sa capacité à piloter l'offre institutionnelle de santé.

La part des effectifs qui concourent au pilotage (direct ou indirect) par secteurs

Quatre secteurs de l'enquête d'activité des ARS sont plus particulièrement concernés par le pilotage de l'offre (soins ambulatoires, soins hospitaliers, professionnels de santé et médico-social). La part des ETP qui ont une activité de pilotage de l'offre, directe ou indirecte y est très forte (plus de 94 %). Pour les ETP de pilotage direct seul, ce taux varie de 28 % (domaine des soins hospitaliers) à 57 % (domaine des soins ambulatoires).

La répartition par domaine

On note un effort plus important pour le domaine médico-social de + 3,5 points (38,3 % des ETP de l'ARS Nouvelle Aquitaine contre 34,8 % au niveau national). Ce domaine mobilise lui-même une part importante des ETP consacrés au pilotage par rapport aux autres (soins ambulatoire et professionnels de santé : 18 %, soins hospitaliers : 27 %)

La répartition par groupes socio-professionnels

Plus de la moitié des effectifs (56,4 %) appartient au groupe des Professionnels de santé, cadres techniques d'établissements de santé et experts et autres agents du secteur médico-social ; ce ratio dépasse de 5 points le ratio national.

La répartition siège / délégations départementales

Sur l'ensemble des secteurs, le poids du siège est de 49 % en ARS Nouvelle Aquitaine, alors qu'il est de 52 % pour la moyenne nationale. Cet écart est de plus de 15 points pour ce qui concerne les effectifs de la direction et des activités transverses de régulation. (41 % pour ARS NA et 56 % pour la moyenne nationale). Ces chiffres sont cohérents avec le niveau de délégation important dont ont fait part les délégués départementaux et les directeurs adjoints de l'ARS lors des entretiens.

Source : Mission

1.2.2 Analyse de l'utilisation des systèmes d'information par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

1.2.2.1 Les systèmes d'information pour le pilotage de l'offre de soins sont majoritairement nationaux

Dans le cadre de ses compétences réglementaires, la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSISS) a lancé des travaux de mise en cohérence et de mutualisation des SI des ARS qui sont inscrits dans un schéma directeur depuis 2014.

Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) actuellement en vigueur couvre la période 2016-2018 et fait suite au premier SDSI 2012-2014 qui avait pour objectif de constituer un socle commun prioritaire au regard de leurs besoins métiers et qui a permis de lancer une quinzaine de projets structurants pour la réalisation des missions des ARS dont certains concernent plus particulièrement le pilotage de l'offre institutionnel de santé : DIAMANT, plateforme décisionnelle pour le pilotage et la performance de l'offre de soins, ARHGOS pour le suivi des autorisations, E-Cars pour le pilotage et la gestion des CPOM, AtlaSanté système d'information géographique de santé, CartoSanté système de représentation cartographique, HAPI outil de gestion des ressources financières et SEPPIA pour la programmation, l'autorisation et l'installation des places en ESMS.

Ce SDSI, dénommé système d'information mutualisé des ARS, est réputé offrir «une vision exhaustive des outils à disposition des ARS correspondants à la transversalité de leurs missions »¹⁰⁰, y compris les applications développées par l'assurance maladie et la CNSA qui sont membres du comité de pilotage des systèmes d'information du secteur santé. Les ARS sont associées à plusieurs niveaux : la conduite des projets du fait de la désignation d'une ARS comme responsable de chacun des projets et le pilotage global par la participation du référent SI de chaque ARS à des réunions périodiques animées par le SGMCAS.

1.2.2.2 Le système d'information mutualisé des ARS connaît des limites

L'ARS NA s'inscrit dans le SI mutualisé des ARS (elle est pilote du projet SIICEA, outil pour la conduite et le suivi des inspections-contrôles). De ce fait, elle n'estime pas nécessaire d'établir un schéma directeur interne pour les SI de l'ARS. Il n'y a pas non plus de procédure pour recenser les besoins des directions métiers ou recueillir leurs appréciations sur les applications qui sont mises à leur disposition.

La mission en a pris connaissance lors des entretiens ; il s'agit en particulier des besoins :

- pour lesquels il existe une application dont les fonctionnalités doivent évoluer pour les satisfaire (ex : ImportCA et ImportEPRD pour l'analyse des comptes administratifs, le suivi des campagnes tarifaires dans le secteur médico-social, ARGHOS ...) ;
- d'interfaces entre des applications et d'autres applications ou entre des applications et des bases de données (ex : DIAMANT, ARGHOS et FINESS)
- de licences d'exploitation, le nombre fourni par l'administration centrale étant insuffisant (ex : DIAMANT),

¹⁰⁰ Cf. Présentation du Système d'information des ARS. Synthèse (Janvier 2016) p.3

non encore couverts, soit que les applications qui sont programmées dans le cadre du SDSI 2016-2018 n'ont pas encore été déployées (c'est le cas de E-Cars médico-social –voir encadré-) soit qu'aucun système d'information n'a été prévu comme par exemple pour la gestion des appels à projets et des appels à concurrence, pour le suivi des campagnes tarifaires dans le secteur médico-social et pour la gestion des transports. Ces deux exemples interrogent les procédures mises en place au niveau central et à celui des ARS pour le recueil des besoins (ex : gestion des appels à projets et des appels à concurrence) et pour la réalisation des applicatifs pour y répondre (ex : Transports, application qui avait été lancée par l'ARS Poitou-Charente et qui concurrence un logiciel quasi identique de l'ARS Ile de France).

Encadré 48 : E-Cars médico-social

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, cette programmation concerne 1094 CPOM (PA et PH). En 2017 sur 244 CPOM arrêtés, seuls 46 ont été signés (cf. § 2.3.2.1 contractualisation avec les ESSMS). L'absence d'une application idoine est l'une des causes de cette situation.

L'application E-Cars qui vise à dématérialiser et à automatiser toutes les phases d'élaboration des contrats a été développée par la DSSIS et testée auprès de quelques ARS à partir d'octobre 2017 pour un déploiement prévu et réalisé en avril 2018.

Alors que l'objectif de généralisation des CPOM est connu depuis la fin de l'année 2015, le chantier du volet médico-social de l'application E-Cars qui existe depuis 2013 pour le sanitaire n'a été ouvert qu'à la fin de l'année 2016.

Source : Mission

1.3 Organisation des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS

1.3.1 Analyse de l'exercice des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au siège de l'ARS Nouvelle Aquitaine

1.3.1.1 Description de l'organisation interne des fonctions de pilotage de l'offre institutionnelle de santé au sein de l'ARS

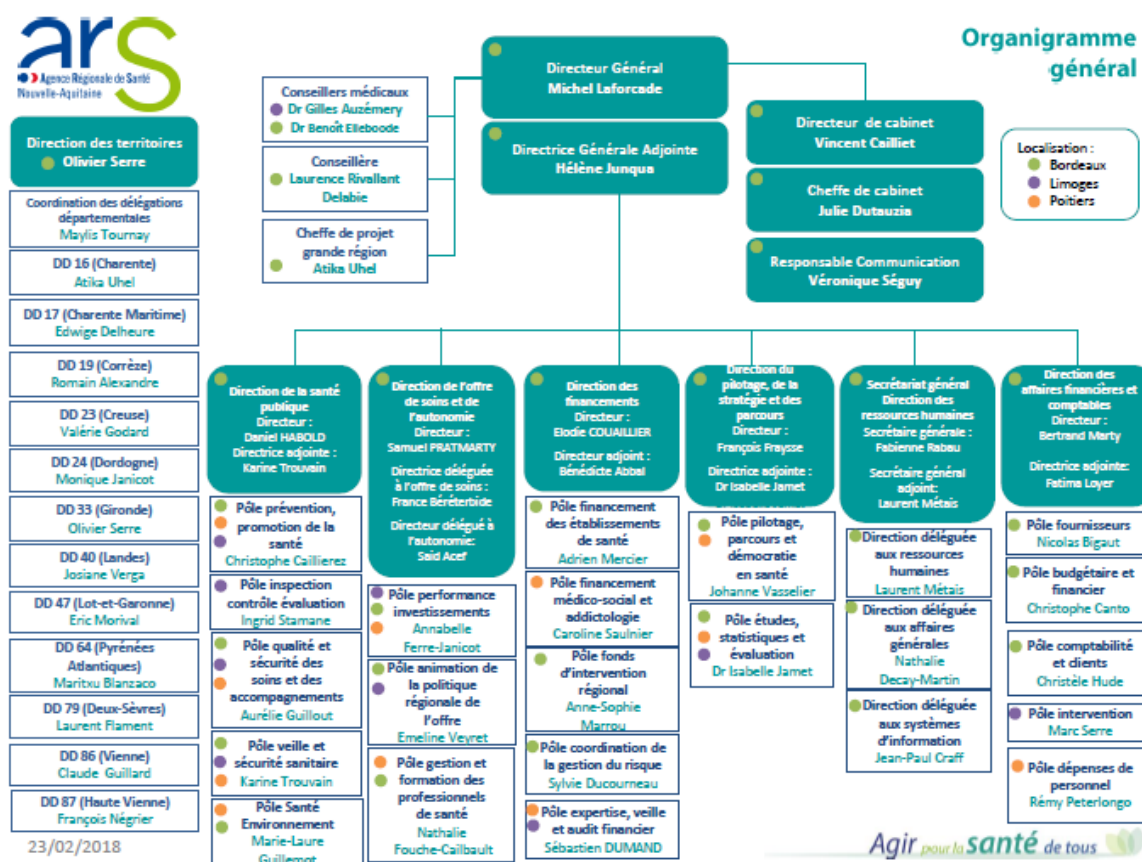
Sur les sept directions du siège, trois directions comptent le pilotage de l'offre de soins au nombre de leurs missions principales :

- La direction de l'offre de soins et de l'autonomie
- la direction du pilotage, de la stratégie et des parcours
- la direction des territoires, composée des délégations départementales

Des thèmes transversaux conduisent d'autres directions à s'investir dans le pilotage de l'offre de soins : ainsi, dans la direction de la santé publique, le pôle inspection, contrôle, évaluation ou le pôle veille et sécurité sanitaire ; l'ensemble des pôles de la direction des finances ; le pôle statistiques études de la direction du pilotage, de la stratégie et des parcours ; enfin la direction des ressources humaines.

Les délégations départementales, au nombre de 12, ont le périmètre exact des départements.

Schéma 7 : Organigramme général ARS février 2018



Source : ARS

1.3.1.2 Appréciation des effets de cette organisation sur l'efficacité du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS

- Les services de l'offre de soins et de l'autonomie sont rassemblés dans une seule et même direction : la direction de l'offre de soins et de l'autonomie.

Cette intégration des deux missions, qui avait justifié la réforme des ARS à l'origine, doit permettre, au sein de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de rapprocher les méthodologies et les approches des différents outils de pilotage de l'offre de santé.

Il semble, en outre, que d'avoir confié les opérations de financement à une direction distincte soit positif pour les autres directions : l'évaluation financière n'est pas confondue avec l'opportunité politique des projets et des restructurations.

- Le pôle statistique/étude de la direction du pilotage, de la stratégie et des parcours

Le Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation au sein de la Direction du Pilotage, de la stratégie et des parcours dispose de compétences qui lui permettent de répondre aux questions des directions métier.

Dans ce but, le pôle dispose de données notamment des données sources, dont la validation relève de l'ARS, que ce soit en matière sanitaire ou sur le domaine médico-social (cf. encadré *infra*).

La reconfiguration territoriale impose de gérer les demandes des 3 anciennes régions. Un formulaire de demande de représentations cartographiques, avec expression des objectifs suffisamment explicite, est mis à disposition des directions pour formuler leurs besoins.

Dans la réalisation du diagnostic régional et des douze diagnostics territoriaux nécessaires à l'élaboration du PRS 2018-2028, l'ARS et son pôle études statistiques et évaluation ont selon ce qui a été indiqué à la mission, disposé d'une totale autonomie de conception ; y sont abordées les questions classiques de diagnostic, déterminants de santé, niveau de l'offre, épidémiologie.

En revanche, les relations entre le pôle et les directions métiers pourraient être facilitées par la mise au point d'un document récurrent de synthèse permettant de répondre aux demandes régulières de la DOSA, (au niveau plus fin des établissements et territoires, avec évolution d'activité sur plusieurs exercices, évolution des parts de marché...). Des fiches territoriales avec analyse d'attractivité sont en cours de normalisation.

L'autonomie du pôle semble par ailleurs priver ses agents de la possibilité de connaître, de manière rapide et itérative, le contexte des demandes des directions. Il semble en effet que les autres directions peuvent parfois vivre en Nouvelle Aquitaine comme dans d'autres régions, cette fonction synthèses et statistiques comme un surcroît de travail : formaliser la demande et l'offre de service dans un accord formel pourrait permettre de corriger cette difficulté.

Le pôle souhaiterait également disposer de la possibilité de réaliser des diagnostics prolongés de préconisations, au-delà de simples états des lieux statistiques.

Encadré 49 : Typologie des statistiques régionales concernant l'offre de soins

« Les travaux statistiques exploités par l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont produits par le Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation au sein de la Direction du Pilotage, de la stratégie et des parcours.

Ce Pôle est constitué de 3 statisticiens dont deux issus de la DREES et de 8 chargés d'études statistiques soit 10,2 ETP.

Les différentes statistiques proviennent de l'exploitation :

- des différentes bases de données disponibles à l'ARS : SAE, PMSI, SNDS, RPPS, FINESS entre autre,
- des données des enquêtes Nationales ES et EHPA,
- des éléments des tableaux de bord ANAP,
- des productions de l'INSEE.

En fonction des études, les sources de données telles que Scan Santé ou DIAMANT sont utilisées.

Enfin, des sources d'information spécifiques à la région sont utilisées :

- observatoire des AVC, registre de cardiologie interventionnelle, registre de prise en charge initiale des infarctus du myocarde. Ces trois types de recueil ne sont encore qu'ex-aquitains.
- observatoire des Longs Cours (en établissements de psychiatrie).
- registres des cancers dont la couverture territoriale est assez importante en Nouvelle-Aquitaine.

Des collaborations assez efficaces avec l'ORS et CREAI permettent également de mutualiser des compétences et de produire des documents communs.

Du fait de la réforme territoriale, les années 2016 et 2017 ont entraîné un gros travail pour le Pôle ESE de reconstitution à l'échelle Nouvelle-Aquitaine de support d'analyse et de cartographie.

Les travaux PRS ayant suivi le même calendrier, la priorité du Pôle a été de fournir des documents d'état des lieux avec ce nouveau périmètre les plus exhaustifs possibles pour éclairer les travaux PRS.

Documents produits dans le cadre du PRS et SRS :

- diagnostic régional
- diagnostic Santé Mentale
- 12 Diagnostics territoriaux
- une cartothèque est à disposition des agents ARS sur le réseau.

Par ailleurs, le Pôle répond à de nombreuses demandes de cartographies et/ou analyses émanant de l'ARS (siège et DD) mais aussi de l'extérieur.

A titre d'exemple, en 2017, le Pôle a réalisé 742 cartographies et 443 demandes d'analyses ont été instruites dont 182 pour la DOSA.

Le Pôle travaille actuellement à :

- l'organisation des travaux de suivi et évaluation du PRS avec la collaboration du chargé de mission Evaluation qui est au sein du Pôle,
- l'élaboration des indicateurs de suivi et évaluation du PRS/SRS,
- l'industrialisation d'analyses de données PMSI à l'échelle d'un établissement (fiche établissement) et d'un territoire,
- l'élaboration d'analyses prospectives tenant compte des projections de population entre autre.»

Source : ARS

1.3.2 Analyse du rôle des délégations départementales dans le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Pour mémoire, l'ARS de nouvelle Aquitaine comprend 12 délégations départementales. Chacune comprend un pôle d'animation territoriale : un chargé de mission impulse, sur un bassin de santé, la politique sanitaire et médico-sociale, ce qui permet le décroisement des deux champs. Ce pôle d'animation territoriale comprend 3 animateurs encadrés par un responsable, et deux collaborateurs ainsi qu'un chargé de mission par bassin de santé. Ces effectifs correspondent en moyenne à 40 % des effectifs de la délégation départementale, par ailleurs composée de deux autres pôles : santé publique et santé environnement.

Leur animation relève, au niveau du siège, de la direction des territoires composée d'un directeur, d'une coordinatrice et d'une assistante.

1.3.2.1 Description de la répartition des compétences entre l'ARS et les DD en matière de pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Encadré 50 : La direction des territoires en Nouvelle Aquitaine

La direction des territoires a deux missions principales : l'animation des délégations départementales, autant sur les aspects d'organisation, que sur leurs contributions à la stratégie régionale ; la supervision de la mise en œuvre des missions parcours sur le territoire, de la mise en œuvre du PRS sur le territoire et de la convergence des politiques sur le territoire.

Elle assure, notamment, une mission générale d'information partagée entre directions métiers et les délégations départementales ainsi qu'une harmonisation des missions et des pratiques des DD, en lien avec les DM du siège.

Source : ARS

Le siège de l'ARS élabore la planification. Les délégations départementales¹⁰¹ contribuent aux missions régionales, grâce à leur connaissance du terrain et oeuvrent à la coordination des politiques publiques au niveau départemental, avec notamment les collectivités territoriales.

En ce qui concerne « la régulation des acteurs du système de santé (activité organisation fonctionnement) » le siège « fixe le cadrage des outils de régulation (cahiers des charges, appels à projet), quantifie les besoins, détermine les procédures d'autorisation/de renouvellement/de contractualisation, conduit la concertation régionale et définit le cadre de la concertation locale, produit les modèles d'actes et de documents et apporte son expertise sur les dossiers complexes. »

Les délégations départementales « conduisent la concertation locale, instruisent les projets, préparent et rédigent les décisions et les contrats (sur la base de modèles régionaux), évaluent les actions, assurent la notification des actes (autorisations, contrats,...), assurent la publicité, veillent à la mise en œuvre et gèrent les recours. Elles rencontrent les acteurs pour accompagner, voire susciter les projets ou les réorienter, réaliser une revue des engagements et négocier les nouveaux contrats. »

Les exemples suivants illustrent la répartition des compétences, dans des dossiers dont certains sont particulièrement restructurants :

- Département du Lot et Garonne : lors de la négociation du projet médical partagé du GHT, la direction départementale a réuni les partenaires pour faciliter et accompagner l'aboutissement du projet ; le siège quant à lui, avait contribué aux éléments de cadrage.
- Dans les Pyrénées Atlantiques, l'organisation de la PTA a été emblématique des relations entre le siège et la délégation départementale : dans ce département, il était impossible de mettre en œuvre la doctrine définie par le siège (à savoir une PTA par département), en raison de la volonté des deux entités historiques, Béarn et pays basque, de disposer de leur propre PTA : deux entités opérationnelles, l'une pour le Béarn, l'autre pour le pays basque ont été créées qui travaillent sous l'égide d'une gouvernance départementale. La délégation départementale a œuvré en faveur de ce compromis qui a dû être arbitré par le directeur général de l'ARS. Dans un autre dossier, celui de la fermeture de la maternité d'Oloron remplacée par un centre de proximité de périnatalité, la délégation départementale de ce département a été très impliquée dans la concertation avec les élus et la préfecture.

¹⁰¹ Missions ars, niveau régional niveau départemental (doc ARS 2015)

- Dans le département de la Creuse : l'activité d'obstétrique de la clinique St Germain de Brive gérée la mutualité a été transférée à la maternité du centre hospitalier de Brive. La délégation départementale a conduit les négociations. De la même façon, en ce qui concerne la politique d'accueil des personnes handicapées, la délégation départementale indique être très impliquée dans la nouvelle politique du « virage inclusif » (au titre de laquelle le bénéfice de services est préféré à l'accueil en institution) notamment dans la conduite de la concertation avec l'ADAPEI.

Enfin, les relations des délégations départementales avec leurs partenaires semblent satisfaisantes :

- Avec le Conseil général du département du Lot et Garonne, le sujet du premier recours fait l'objet de travaux au sein d'une commission, mise en place avec la préfecture pour traiter le dossier.
- Avec la cpam, les relations sont saluées des deux côtés, qui reposent notamment sur l'organisation de réunions communes à l'occasion des procédures relatives aux MSP en particulier.
- Enfin la préfecture de Corrèze paraît, selon la direction territoriale concernée, très impliquée dans le domaine santé.

Les directeurs départementaux ne reçoivent pas de lettres de mission, sauf lorsqu'ils sont investis d'une mission qui excède le périmètre du département. Ce type de mission concerne généralement des processus de gestion ou des problématiques d'organisation (exemple : transports sanitaires au niveau de la région).

1.3.2.2 [Appréciation des effets de cette organisation sur l'efficacité du pilotage de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS Nouvelle Aquitaine](#)

Le bon fonctionnement des relations entre le siège et les délégations départementales repose sur l'échange régulier d'informations sur toute décision du siège relevant des attributions des DD et la communication par ces dernières de toutes informations utiles au siège. Ce fonctionnement suppose également que les directions départementales puissent recourir à l'expertise des directions métiers chaque fois que nécessaire. Il nécessite enfin que les directions départementales puissent participer de manière active à l'élaboration de la stratégie régionale, que ce soit au niveau des objectifs du CPOM, des différents plans issus de la stratégie Nationale de santé que sur le suivi et la réalisation de la feuille de route.

Il semble que ce soit largement le cas en Nouvelle Aquitaine ainsi qu'en témoigne le fonctionnement des comités de direction (CODIR) : ces comités réunissent les directions du siège et les directions départementales, en présentiel et/ou en visioconférence, en alternance avec un comité de direction réunissant les seules directions du siège ; ils s'assurent de l'harmonisation des pratiques, du fonctionnement du réseau ainsi que de la bonne information des uns et des autres et de la mise en œuvre des décisions prises par le directeur général de l'agence régionale.

L'examen de quelques-uns des comptes rendus des réunions du CODIR entre les directions métiers et les directions départementales montre que les directions départementales sont informées ou sollicitées, par les directions métiers du siège, pour donner leur avis à chaque étape de l'exercice des missions de l'ARS.

Au sein du COMEX siège également le DDT (qui est aussi directeur de la DD33) ; les territoires sont donc présents au sein de toutes les instances de directions de l'ARS.

Au total, les directions départementales déclarent se féliciter d'une attribution claire des missions, qui s'écarte d'une répartition traditionnelle selon laquelle les directions métiers élaborent la politique, les objectifs, la méthode et stratégie et les délégations départementales exécutent sans être plus associées aux missions du siège. Elles ont un vrai pouvoir d'appréciation et sont des structures de plein exercice. Dans cette nouvelle organisation, les directions du siège fournissent l'expertise, l'outillage et la doctrine ; les directions départementales mettent en œuvre, au niveau départemental les outils de pilotage tels que les CPOM et leur suivi. En revanche, les outils utilisés au niveau régional (CPOM des CHU ou évaluation des directeurs des établissements régionaux) restent l'apanage du siège. Cette répartition paraît stimulante et propice à l'exploitation de la connaissance du terrain par les directions départementales¹⁰². Elle exige toutefois de la part des directions départementales tout à la fois des compétences larges et polyvalentes, face à des directions du siège fonctionnant par catégorie de compétences, et une spécialisation pointue. En sus de l'animation territoriale, elles doivent transmettre à leurs interlocuteurs, œuvrant dans le cadre du département, les informations venant du siège et faire connaître à ce dernier les besoins du département. De ce fait leur dotation en personnel leur paraît insuffisante d'autant que le fonctionnement des directions du siège n'exclut pas de fait des co-instructions de certains dossiers. Enfin, certaines directions départementales soulignent les faiblesses du système d'information afférent à leurs activités (cf. *supra* 1.2.2).

1.4 Leviers financiers à la disposition de l'ARS Nouvelle Aquitaine pour piloter l'offre institutionnelle de santé

La mission analyse ici l'impact du FIR et des MIGAC. L'impact potentiel de la dotation annuelle de financement en psychiatrie et SSR, destinée à des établissements du secteur public ou à des structures privées à but non lucratif, n'a pas été abordé.

1.4.1 Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation du FIR par l'ARS pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

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).

¹⁰² Un planning des différentes activités de l'une des directions départementales (DD 47) est trop ancien pour permettre l'appréciation de la mise en œuvre effective de la répartition des missions entre le siège et la délégation départementale.

S'agissant de la région Nouvelle Aquitaine, sur la base de la nomenclature nationale, les crédits en Nouvelle Aquitaine sont répartis de la manière suivante entre les cinq missions :

Tableau 28 : Répartition des crédits FIR en missions

Crédits comptabilisés (en €)			
Mission		2016	2017
1	Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	40 006 433,45	47 495 775,69
2	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	87 914 846,68	98 994 824,23
3	Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	71 228 784,46	81 382 092,71
4	Efficiences des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	83 919 716,67	82 091 072,26
5	Développement de la démocratie sanitaire	361 745,04	271 747,00
Autres			
Total (en €)		283 431 526,30	310 235 511,89

Source : ARS

La mission a demandé à l'ARS de déterminer, au sein de l'ensemble des crédits, ceux qui permettent de favoriser une évolution de l'offre de soins. Les missions 4 (Efficience des structures sanitaires et médico-sociales) et 5 (Développement de la démocratie sanitaire) sont globalement hors sujet.

Au sein de la mission 3 (Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire), les actions favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé sont clairement orientées vers l'évolution de l'offre. Le financement de la permanence des soins a trait à l'organisation de l'offre mais pas à sa recomposition. Cependant, l'attribution ou le retrait de financement à ce titre peut constituer un outil actif pour consolider une offre ou au contraire contribuer à son évolution voire sa suppression.

La mission 2 (Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale) contient d'assez nombreuses lignes de crédits qui impactent potentiellement l'offre (développement de parcours de santé coordonnés, réseaux de santé, maisons des adolescents, médecins correspondants de samu, équipes mobiles de gériatrie, paerpa, maia...).

Enfin, au sein de la mission 1 (Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie), l'ARS ne note aucune action dédiée à l'évolution de l'offre de soins.

Par ailleurs, la mission a demandé que l'ARS classe les crédits en quatre catégories, correspondant à une flexibilité d'utilisation croissante :

1. crédits protégés-sanctuarisés
2. dépense obligatoire (base législative ou réglementaire, orientation politique forte) mais variable
3. dépense non obligatoire mais récurrente
4. crédit d'affectation libre dans le cadre des orientations d'utilisation.

L'appréciation par l'ARS conduit aux proportions suivantes :

Tableau 29 : Répartition des crédits FIR en classes de flexibilité

Qualification	2016		2017	
	Montants	Pourcentage	Montants	Pourcentage
1	41 572 567,37	14,67 %	53 615 804,23	17,28 %
2	130 559 811,01	46,06 %	144 662 471,28	46,63 %
3	80 397 426,21	28,37 %	74 211 180,24	23,92 %
4	32 361 932,72	11,42 %	39 341 888,14	12,68 %
TOTAL	284 891 737,31	100,52 %	311 831 343,89	100,51 %

Source : Source ARS

- Les crédits fléchés pour utilisation exclusive ne représentent qu'une très faible part du FIR: dispositif Paerpa par exemple (0,4 M). Les crédits protégés (par fongibilité asymétrique) sont sanctuarisés et ne peuvent être utilisés que pour une affectation précise.

Les crédits délégués pour le financement des Maia et Gem (20M au total) constituent une enveloppe minimale et par ailleurs sont utilisables plus largement pour les secteurs médico-social et prévention.

L'ARS classe par ailleurs dans la catégorie des crédits « protégés » de nombreuses lignes, constituant au total 17 %¹⁰³ des crédits FIR.

- S'agissant des dépenses obligatoires mais variables- catégorie 2- quant au montant utilisé, de manière générale, l'ARS remarque que leurs promoteurs politiques ou techniques au niveau national attendent que les crédits soient utilisés sur projets identifiés, comme en témoignent les orientations assez précises de la circulaire annuelle. La question porte dès lors sur la marge de manœuvre dont dispose réellement l'ARS, le fléchage des crédits portant sur l'orientation et la nature des projets, pas sur leur choix précis ni les montants utilisés.

Certaines dépenses importantes ne se prêtent qu'à des évolutions lentes : par exemple s'agissant de la PDES et de la PDSA qui représentent 79 M€ en 2017, soit 25,5 % du FIR régional. Cependant, l'analyse de l'évolution des crédits en question sur longue durée fait apparaître une réduction de l'enveloppe globale affectée à la PDES et un transfert progressif à l'intérieur de l'enveloppe PDSA entre les crédits affectés à la régulation et ceux affectés à l'effectif. Par ailleurs au-delà de l'évolution des grandes masses, selon l'ARS, « une analyse fine met en évidence une redistribution significative sur la durée entre bénéficiaires. Ces crédits se prêtent donc comme les autres à une gestion dynamique comme en témoignent le nouveau schéma de PDES de Nouvelle-Aquitaine et le futur cahier des charges régional de PDSA. Seul le rythme est différent au regard des enjeux et de la durée nécessaire de concertation pour préparer les évolutions. »

¹⁰³ Notamment les crédits Pilotage santé publique/partenariats/études (4,8M), Plan cancer (structures de dépistage du cancer) (3,5M), Prévention pratiques addictives (2,2M), Promotion santé mentale (1,9M), Nutrition santé et obésité (2,1M), Santé environnementale (2,1M), Promotion santé des populations en difficultés (1,7M), Lutte contre le VIH et des hépatites virales, (article 39 de la loi MNSS) : extension des missions des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) : délivrance des autotests, accès à traitements préventifs : prophylaxie pré-exposition (PrEP) et traitement post-exposition (TPE)(6,2M), Télémédecine - expérimentation article 36 LFSS 2014 (0,7M),

- S'agissant des Autres aides à la contractualisation / Maintien de l'activité déficitaire / Amélioration de l'offre / Aides à l'investissement, l'ARS estime que ces dépenses qui représentent également quasiment un quart du FIR régional, ne sont pas obligatoires mais récurrentes (catégorie 3), ce qui limite évidemment fortement la marge de manœuvre régionale dans leur utilisation.
- Enfin, l'ARS s'estime libre de l'utilisation des crédits FIR (dans le cadre des orientations de la SNS) pour environ 13 % de leur montant total (catégorie 4).

Les principales lignes concernées sont

- Mission 1 : actions de prévention de la perte d'autonomie
- Mission 2 : télémedecine, réseaux, Dispositifs de consultations dédiées aux personnes handicapées, Programme National pour la sécurité des patients
- Mission 3 : maisons de santé et centres de santé
- Mission 4 : Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires ; appui à des opérations de Réorganisation hospitalières / Gestion des risques / Accords de bonnes pratiques hospitalières ; appui à des Actions permettant la mutualisation des moyens des professionnels et structures sanitaires de la région.

1.4.2 Analyse quantitative et qualitative de l'utilisation des MIGAC par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

Comme pour le Fonds d'investissement régional, la mission a demandé à l'ARS d'indiquer les marges de manœuvre dont elle dispose dans l'utilisation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et parmi celles-ci, celles qui portent sur l'évolution de l'offre de soins.

S'agissant de l'analyse des marges de manœuvre régionale, 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 faire l'objet d'adaptations par l'ARS. Les MIG dites en base sont déléguées à l'ARS qui décide de leur utilisation.

Enfin, quatorze MIG sont déléguées dans le cadre du FIR¹⁰⁴.

Les montants respectifs des quatre catégories de MIGAC sont les suivants pour la région Nouvelle Aquitaine.

¹⁰⁴ 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 télémedecine, 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

Tableau 30 : Répartition des MIGAC par catégorie

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	%
MIG JPE imp.	179185052	34,23 %
MIG JPE ind.	181274148	34,62 %
MIG base	41146092	7,86 %
MIG FIR	121944427	23,29 %
Total	523549719	100,00 %

Source : Mission d'après données ARS

S'agissant de l'impact sur l'évolution de l'offre de soins, la répartition quantitative des MIGAC est la suivante, selon l'analyse de l'ARS :

Tableau 31 : MIGAC à impact sur l'évolution de l'offre de soins

Répartition MIG	Montants HAPI 2017 (€)	Part de la catégorie MIG
MIG JPE imp.	51692296	28,85 %
MIG JPE ind	179187286	98,85 %
MIG base	18492591	44,94 %
MIG FIR	121120427	99,32 %
Total	370492600	70,77 %

Source : Mission d'après données ARS

Parmi les MIGAC en justification au premier euro, impératives, un peu moins de 30 % ont un impact sur l'offre, selon l'analyse de l'ARS¹⁰⁵. Cependant, l'ARS note que la « MIG MERRI B02 qui représente la part résiduelle de la MERRI historique couvre un ensemble de missions ayant un impact ou pas sur l'offre et elle est de 105 M€ sur un total de 179, impossibles à retracer précisément. ». On peut s'interroger sur la neutralisation éventuelle de ce montant dans l'analyse, ce qui augmenterait significativement la part des MIG en JPE impératives ayant un impact sur l'offre.

¹⁰⁵ Le financement des activités de recours exceptionnel, des centres de ressources et de référence, Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières (7M), La coordination des parcours de soins en cancérologie, Equipes mobiles en SSR, Unités cognitivo-comportementales. La question de l'impact indirect sur l'offre peut se poser pour le financement des actes de biologie et d'anatomocytopathologie non-inscrits aux nomenclatures (à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers), mission qui représente 23M€. Enfin,

L'ARS considère que la quasi-totalité des MIGAC JPE indicatives ont un tel impact, essentiellement les MERRI dédiées au financement des études médicales¹⁰⁶, le financement des SAMU¹⁰⁷, des SMUR¹⁰⁸ ou encore des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Environ 45 % des MIG en base ont un effet sur l'offre de soins selon l'ARS, qui classe dans cette catégorie les centres de coordination des soins en cancérologie (3C), les équipes de cancérologie pédiatrique, les consultations hospitalières d'addictologie, les consultations hospitalières de génétique, les permanences d'accès aux soins de santé, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

Enfin, selon l'ARS, la quasi-totalité des MIG en FIR a un impact sur l'offre de soins, dont en particulier le financement de la permanence des soins.

¹⁰⁶ « L'ARS utilise l'enveloppe de financement des études médicales pour améliorer la répartition territoriale des médecins hospitaliers en favorisant la réalisation de stages dans des établissements dits "périphériques" (autres que les 3 CHU), sous réserve de l'appréciation pédagogique des facultés sur les capacités d'accueil de ces établissements. L'objectif est également de tisser les nécessaires liens professionnels qui faciliteront l'installation de ces jeunes médecins dans leur région d'origine. Deux points à noter :

- les internes en stage en établissements psychiatriques sont financés par le biais de la DAF PSY (2,6 M€ en 2017, qui s'ajoutent au 67 M€ de MIG MCO et SSR, soit 69,6 M€ au total).
- le critère pédagogique s'agissant des internes limite les marges de manoeuvre de l'ARS ; le levier financier à la main de l'ARS est surtout apporté par les enveloppes afférentes au financement des postes d'assistants spécialistes partagés post-internat : enveloppe annuelle MIGAC (2,1 M€ en 2017) que l'ARS fait le choix de compléter par des crédits issus du FIR (1,1 M€ en 2017). Dans ce cadre, l'ARS répond aux demandes en priorisant les territoires fragiles en matière de démographie médicale (Dordogne, Lot-et-Garonne, Landes, Creuse, Corrèze, Deux-Sèvres et Charente) et en assurant le financement de 50 % du coût des postes. »

¹⁰⁷ « Depuis la définition en 2014 du nouveau modèle de financement des SAMU, l'ARS applique les dotations fléchées calculées par la DGOS sauf aux 2 SAMU du département 64 : reconduction de leur dotation "historique" sans la revalorisation prévue par le nouveau modèle afin de les inciter à mettre en œuvre une mutualisation territoriale, conformément aux objectifs Nationaux de territorialisation de la régulation médicale des SAMU en ciblant plus particulièrement les CRRAs dont l'activité est inférieure à 50 000 DRM ou les situations où 2 CRRAs co-existent dans le même département. »

¹⁰⁸ « L'ARS s'est saisie des implications budgétaires de l'application du modèle National de financement défini en 2016 (adapté par l'ARS sur quelques points) pour engager des discussions avec certains établissements : outre les échanges réguliers avec la FHF, des fiches déclinant le modèle National de financement des activités d'urgence dans leur globalité (SU-UHCD et SMUR) ont été transmises à chaque établissement.

Ces fiches déclinent les effectifs théoriques par type de poste, les autres charges, et l'ensemble des recettes théorique en application du nouveau modèle. Elles doivent donc permettre aux établissements "perdants" dans l'application du nouveau modèle de comprendre la raison de leur "surdotation" actuelle : par exemple, un nombre de lignes de garde médicale plus important que dans le modèle ; ou un coût moyen IDE plus élevé ; ou une sous-valorisation des recettes d'activité. »

2 INSTRUMENTS UTILISES PAR L'ARS NOUVELLE AQUITAINE POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE

2.1 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS dans le secteur ambulatoire

Encadré 51 : L'offre libérale en Nouvelle Aquitaine

L'ARS déplore une offre de praticiens libéraux insuffisante dans certaines disciplines et inégalement répartie. Ainsi « La densité des médecins spécialistes est inférieure à la moyenne Nationale et la pédiatrie est la discipline la plus affectée. Celle des médecins généralistes est supérieure à la moyenne nationale mais l'accès aux soins est difficile dans les territoires ruraux comme les Deux-Sèvres, le Lot-et-Garonne, la Charente, la Creuse et la Dordogne. De plus, près d'un tiers des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus. »

Source : Mission d'après ARS

2.1.1 Incitations au regroupement, à la coordination et à l'installation des professionnels de santé

2.1.1.1 Analyse de la politique régionale des **maisons de santé pluriprofessionnelles**, de son adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans son pilotage de l'offre institutionnelle de santé

- Description et analyse de l'action de ARS Nouvelle Aquitaine relative aux MSP : politique régionale de sélection et d'accompagnement des MSP, aides mises à la disposition des MSP :

Au 1^{er} avril 2018, on recense 141 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en Nouvelle-Aquitaine (correspondant à environ 200 sites compte tenu des MSP multi-sites), contre une trentaine en 2012.

La validation des projets de santé des MSP relève de l'agence régionale et est préparée par la délégation départementale qui aide au préalable au montage de ces projets et à leur formalisation de même que, le cas échéant, au montage et à la formalisation des projets immobiliers.

Les maisons de santé peuvent bénéficier d'un accompagnement financier de l'ARS (financement sur le FIR), dans la limite de 50 000€, notamment pour la conception du projet de santé, pour un accompagnement juridique en vue de la structuration de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, SISA (forfait de 10 000 €) ou au titre d'un forfait de coordination (20 000 €) non renouvelable.

Les MSP peuvent également bénéficier d'une aide de l'AMo visant à les inciter à adhérer à l'accord conventionnel interprofessionnel¹⁰⁹ (ACI) : **cet accord permet de généraliser les rémunérations forfaitaires d'équipes pour les professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé (mono-sites et multi-sites), afin de financer, notamment, la coordination (rémunération**

¹⁰⁹ Cet accord a été signé le 20 avril 2017, approuvé par arrêté du 24 juillet 2017 et publié au JO du 5 août 2017. Il permet de valoriser financièrement notamment l'accès aux soins proposé aux patients (amplitude des horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés), la diversité de l'offre de soins au sein de la structure, la prise en charge coordonnée des patients, l'acquisition d'un système d'information partagé.

moyenne, au niveau national, de 60 000€ par an par structure)¹¹⁰. Au premier avril 2018, 59 MSP avaient adhéré à l'accord soit 42 % environ des MSP.

Au-delà des cas de droit commun, l'ARS cherche à favoriser l'implantation de nouvelles MSP dans les territoires les plus en difficulté, choisis sur la base d'un indicateur composite (nombre de médecins manquant pour atteindre la moyenne Nationale de 1 médecin pour 1 000 habitants). Elle cherche à définir, au-delà du cahier des charges des MSP, les conditions permettant de lutter contre une densité insuffisante de professionnels de santé (au moins 3 médecins, au moins un médecin maître de stage, des locaux permettant d'accueillir des médecins supplémentaires...). L'organisation de réunions territoriales avec les médecins généralistes de ces territoires (en lien avec l'union régionale des professionnels de santé -URPS, le CDOM, la FNAMPoS et les collectivités locales), doit avoir pour but d'inciter ces professionnels à créer des MSP sur la base des critères ainsi définis.

Les différents interlocuteurs des porteurs de projets sont associés à ces politiques incitatives à l'installation de MSP :

- Le cas échéant, l'ARS participe au montage et à la formalisation des projets immobiliers des porteurs de projets. Ces derniers sont soumis à une procédure de sélection par un comité régional coprésidé par le préfet de région, le directeur général de l'ARS et le président du conseil régional selon une procédure définie en 2016 avec le Conseil régional et le SGAR. Le comité régional comprend également l'union régionale des professionnels de santé (URPS), des représentants du conseil général, de l'assurance maladie obligatoire et des représentants des usagers. Des comités départementaux en amont permettent d'avoir des dossiers mieux aboutis.
 - En ce qui concerne la CPAM, la validation du projet de santé dont elle prend acte, est une condition pour permettre à la maison de santé d'adhérer à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'avis, avec ses points d'alerte et de vigilance, requis en cas de demande d'adhésion à l'ACI, est conjoint avec la CPAM.
 - Enfin, la fédération régionale des maisons de santé est également associée aux travaux en faveur de l'installation des MSP en ce qu'elle participe à la politique régionale d'incitation et peut aider à faire naître des projets.
- Analyse qualitative de l'impact des MSP sur l'offre institutionnelle de santé dans la région Nouvelle Aquitaine

Le nombre de MSP installées a été multiplié par 4 entre 2012 et 2018. C'est une évolution remarquable à laquelle la contribution de l'ARS n'est pas contestable.

On peut se demander toutefois si à côté de l'aide technique, les aides financières de l'ARS réservées au fonctionnement de la MSP, ont un poids réel : elles sont limitées à 50000 € par MSP, non renouvelables. En effet, selon l'ARS, il semble que les maisons de santé privilégient les aides de l'AMO ou du conseil régional et des fonds européens qui peuvent se monter à 200000€. En tout état de cause, la disparité entre les aides régionales et européennes et l'aide de l'ARS pose la question de l'évaluation de son efficacité en regard notamment du souhait des jeunes médecins de s'installer dans des structures collectives.

En ce qui concerne les zones dites « sous-denses » où des MSP doivent être encore plus activement incitées à se créer, elles paraissent très voire trop nombreuses, ce qui pourrait être contraire à un ciblage efficace des territoires à aider. L'écart à la norme de référence (densité moyenne de médecins

¹¹⁰ Cf. CNAMTS ameli.fr paiement des rémunérations des MSP

libéraux au plan National), devrait être appréciée en valeur absolue afin d'identifier des zones extra prioritaires.

Au total, l'examen du projet de santé se limite aujourd'hui à la conformité au cahier des charges, sans que soit examinée son adaptation à la volonté de cibler certaines zones. L'objectif de l'exercice coordonné et la qualité de prise en charge sont également tout aussi importants.

En revanche, pour les aides à l'investissement, on priorise les opérations en zone déficitaire. Chaque financeur peut avoir ses propres priorités, mais pour le conseil régional, par exemple, le zonage est clairement pris en compte.

2.1.1.2 Analyse de la politique régionale de la (s) plateforme(s) territoriale(s) d'appui, de son adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS NA

- Description et analyse de l'action de ARS de Nouvelle Aquitaine relative à la plateforme territoriale d'appui : promotion, accompagnement, et encadrement de la ou des PTA(s)

C'est la PTA des Landes qui a servi de modèle à l'extension des PTA en Nouvelle Aquitaine. Sous l'appellation « Santé Landes », cette plateforme a été mise en place au bénéfice des professionnels de santé et des personnes atteintes de maladies chroniques dans le cadre du programme national « Territoire de Soins Numérique ». Dans ce cadre, l'objectif était de moderniser le système de soins en expérimentant des services et des technologies novateurs en matière d'e-santé. Le programme « territoire de soins numériques » a été arrêté mais la plateforme pérennisée. Une équipe pluri-professionnelle intervient, gratuitement et à distance, pour orienter, accompagner et coordonner les prises en charge. Elle dispose d'outils numériques permettant de faciliter et de fluidifier les parcours de santé.

Ce dispositif qui est un appui à la coordination des prises en charge doit permettre de privilégier les prises en charge à domicile dans des conditions optimales de qualité et de sécurité. Dans ce cadre, la PTA aide à l'orientation dans l'offre de santé, à la prévention et à l'appui dans les démarches administratives, le partage d'informations utiles à la coordination, l'appui au parcours des patients, et l'appui aux entrées et sorties d'établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Santé Landes est opérationnelle depuis le 15 septembre 2015, et 2400 personnes environ avaient bénéficié des services de la plateforme Santé Landes fin 2017. Santé Landes accompagne une file active de plus de 1400 patients.

La moitié des médecins, des infirmiers et la quasi-totalité des pharmaciens et des structures partenaires ont bénéficié des services de la PTA. Les structures partenaires sont les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), les centres communaux d'action sociale (CCAS), des associations, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'ARS fait un lien entre l'organisation de cette coordination et une stabilisation des passages aux urgences, la baisse du nombre de séjours en médecine, et l'augmentation des admissions directes dans les services au Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan.

Dès la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a entamé une réflexion sur la stratégie de généralisation des PTA avec une volonté de mettre en place une seule PTA par département autour d'une gouvernance commune avec tous les acteurs de la communication. Toutes les équipes de coordination de proximité (niveau infradépartemental) d'un même territoire de démocratie sanitaire seront, à terme, coordonnées par

une même instance de pilotage stratégique au niveau départemental et utiliseront le même système d'information partagé, le même numéro de téléphone, les mêmes outils d'évaluation et de coordination. Elles doivent adopter une stratégie de communication commune que le siège a définie et soutient à travers un kit de communication et une charte graphique.

C'est ainsi que projet de PTA est adressé à la Délégation départementale de l'ARS du lieu d'implantation de la PTA. Après approbation de ce projet par le Directeur général de l'ARS, une convention est signée entre l'ARS, l'opérateur, et le cas échéant, les composantes de la PTA. L'ARS, pour préparer cette évolution a réalisé un document devant y présider.

Cette politique mise en œuvre sur la base des textes nationaux montre que les conditions de réussite sont :

- Les résultats positifs obtenus dans les Landes, qui ont permis la définition d'un modèle organisationnel dont la gouvernance doit comprendre les professionnels de santé, intéressés au premier chef au fonctionnement de la plateforme.
- une coordination appuyée sur un outil numérique adapté. Pour cela, l'outil PAACO, fruit de l'intégration de « santé landes » à l'expérimentation « territoire de santé numérique », a été mis gratuitement à disposition des professionnels du territoire. Cet outil permet d'échanger des informations autour des cas complexes, car doté de possibilités d'échanges directs sur internet (chat). Selon l'instruction « service numérique d'appui à la coordination » (SNACs), la dgos devrait déléguer des moyens importants pour financer les outils informatiques des PTA : des indicateurs d'usage devraient en permettre l'évaluation.
- un numéro unique régional afin de faciliter l'accès aux PTA (en cours de mise en place).

Enfin, la coordination ne peut résoudre seule les problèmes d'accès aux soins dans le ressort de l'ARS. En Nouvelle Aquitaine, une prise en charge spécifique à certaines affections a été organisée : ainsi, de l'accompagnement par téléphone de personnes atteintes de cancer avec dans certains cas, l'appui de dispositifs connectés, l'accès facilité à des avis spécialisés dans les cas de plaies et les problèmes de cicatrisation, ainsi que sur la sécurisation du circuit du médicament grâce à l'usage de nouvelles fonctionnalités de l'outil numérique pour notamment favoriser l'observance médicamenteuse à domicile.

L'analyse de la gouvernance souligne toutefois 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, on maintient les structures gérontologiques préexistantes en leur confiant la responsabilité d'une PTA : ce choix peut faire 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 pourrait être opportune, mais l'évaluation médico-économique semble insuffisamment développée à l'ARS, alors qu'une méthodologie DGOS/CNAM avait été élaborée pour permettre l'évaluation des réseaux de santé (cf. rapport IGAS coordination de l'appui territorial aux soins).

La mise en place de cette gouvernance 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.

2.1.2 Contractualisation avec les professionnels de santé

Analyse de la politique régionale en matière de contrats d'installations et de service, de leur adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS Nouvelle Aquitaine

Le bilan des contrats tel qu'il ressort des entretiens menés par la mission paraît mitigé.

En ce qui concerne le CESP : sur 228 cocontractants médecins en Nouvelle Aquitaine depuis 2012¹¹¹, 31 se sont installés dont 6 hors région. Le dispositif national prévoit que bénéficient du dispositif les étudiants qui s'engagent à s'installer en zone sous-dense, mais il les autorise à s'installer dans n'importe quelle région. Les délégations départementales font chaque année le point avec les signataires du contrat pour savoir dans quelles conditions ils exercent.

5 contrats PTMA ont été signés en 2017 et 115 contrats PTMG depuis 2013. Quant au PTMR un seul contrat a été signé mais ce type de contrat n'.

Les référents installation des délégations départementales de l'ARS mènent des actions de communication auprès des étudiants et des internes pour faire connaître ce contrat et interviennent également auprès des jeunes médecins non couverts par un contrat pour les informer sur l'aide existante.

Il n'existe pas d'évaluation de l'impact des dispositifs sur le repeuplement médical toutefois il semble que

- l'impact soit faible et n'aurait que peu d'effet incitatif ;
- les contrats PTMG ou PTMA ne permettent pas de restructurer l'offre car ce sont d'anciens bénéficiaires de contrats CESP qui les souscrivent.

2.1.3 Planification et identification des besoins de santé

- Description des outils déployés par l'ARS pour identifier les besoins de santé, et de la méthodologie utilisée pour définir **le zonage** de l'offre ambulatoire

Le zonage régional est établi par arrêté du DG ARS, après concertation auprès de l'URPS concernée, et consultation de la CRSA qui dispose de deux mois pour rendre son avis, à compter de sa date de saisine.

Le nouveau zonage « médecins » a été publié en juillet 2018, après concertation avec l'ensemble des partenaires de Nouvelle-Aquitaine et consultation de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

En 2018 sont lancés les travaux sur un zonage adapté aux autres spécialités en tension (ophtamologues, gynécologues, dermatologues, pédiatres, etc.) ainsi qu'aux autres professions de santé (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, sages-femmes, dentistes, etc.).

- Analyse de l'utilisation stratégique du zonage par l'ARS NA pour piloter l'offre institutionnelle de santé

¹¹¹ 1700 contrats France entière signés depuis 2012 à fin 2017

Encadré 52 : Les données du zonage en Nouvelle Aquitaine

Les zones dans lesquelles l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)* est inférieur à 2,5 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre de médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent la sélection nationale. La sélection nationale représente 2 % de la population de la Nouvelle-Aquitaine.

Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant, en tenant compte des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent le vivier. Le vivier couvre 49,7 % de la population régionale.

Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est supérieur à 4 consultations par an par habitant, en tenant compte des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, sont hors vivier. En Nouvelle-Aquitaine, les territoires hors vivier représentent ainsi 48,3 % de la population.

Le nouveau « zonage d'intervention prioritaire » (ZIP) total concerne 10,8 % de la population de Nouvelle Aquitaine, contre 18 % en moyenne pour la France ; il était de 7 % dans le zonage actuellement en vigueur.

* prend notamment en considération l'activité des médecins, le temps d'accès et l'âge de la population desservie

Selon l'ARS, les points de vigilance, à l'occasion de la définition du nouveau zonage médecin sont :

- « Assurer la continuité des projets en cours :

La succession des deux zonages nécessite d'assurer une continuité de classement des zones prioritaires « SROS » en ZAC, pour les lieux d'installation de CESP publiés sur le site du Centre national de gestion.

- Maintenir ou renforcer les aides accessibles pour le département de la Creuse :

Les indicateurs de santé et de morbidité (notamment s'agissant du taux de population en ALD) du département de la Creuse plaident pour maintenir ses territoires de vie en zonages éligibles aux mesures d'aide à l'installation des médecins.

- Eviter des classements non pertinents en zone d'action complémentaire (ZAC) :

La méthodologie nationale tient compte de la démographie des professionnels, mais non de l'attractivité des territoires, ce qui a conduit à un classement dans le vivier de certains bassins de vie qui ne semblent pas toutefois devoir présenter de difficultés pour le renouvellement des médecins partant à la retraite dans les prochaines années : cela concerne plus particulièrement les unités urbaines de Bordeaux, de Bayonne, et de Pau. »

2.2 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le secteur hospitalier

Encadré 53 : Situation de l'offre hospitalière en Nouvelle Aquitaine

L'ARS indique que « la Nouvelle-Aquitaine compte 382 établissements de santé », dont trois CHU, Bordeaux, Poitiers et Limoges. « Ils disposent de 38 200 lits en hospitalisation complète, 6 700 places en hospitalisation partielle (sans nuitée). Quelle que soit la discipline, Médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour), Soins de suite et de réadaptation ou psychiatrie, le taux d'équipement régional est supérieur à la moyenne nationale mais avec de fortes disparités départementales. Haute-Vienne et Corrèze sont sur-dotés en lits de court séjour contrairement aux Landes, Deux-Sèvres et Dordogne. »

Quelques exemples illustrent encore ces disparités : « Les taux d'équipement en psychiatrie varient du simple au double entre la Dordogne, la mieux dotée, et les Deux-Sèvres, les moins bien pourvues. »

Source : Mission d'après ARS

2.2.1 Autorisations et planification hospitalières

2.2.1.1 La planification hospitalière

Le PRS précise le sens à donner à l'exercice de zonage : « Les enjeux, au travers de l'opposabilité des implantations, sont de maintenir une réponse aux besoins de santé, accessible en temps, en qualité et financièrement, et d'organiser la gradation des soins. » Le découpage en zones permet de distinguer :

- 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 Nouvelle Aquitaine » ;
- Les zones territoriales (départements sauf le département 64 divisé en deux zones) qui garantissent « une délimitation en niveaux suffisamment étendus permettant les recompositions de l'offre et l'organisation des complémentarités afin d'asseoir les compétences médicales indispensables au maintien des activités, à la qualité et à la sécurité des soins » ;
- 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. Ces dernières, pivot de l'organisation des soins sur le territoire, doivent assurer à la fois le rôle de recours et soutenir les compétences en proximité. »
- Elles visent à éviter la « massification des autorisations sur la zone urbaine » et à assurer un meilleur accès aux soins

Le PRS affirme que « La gradation des soins garantie par la fixation des OQOS nécessite de changer de paradigme et de situer la qualité des prises en charge au niveau de la coordination inter-établissements et non de la diversité d'offre développée isolément par chacun. Cette coordination appelle une organisation en filières qui vise à décrire et structurer les complémentarités entre établissements d'un même territoire.

L'enjeu des OQOS est donc de définir :

- 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.

L'enjeu pour les établissements situés dans les zones de proximité est de disposer d'un panel d'offre permettant d'initier en proximité le plus grand nombre de parcours. C'est pourquoi le maillage des territoires en consultations avancées et leur diversification constituent un enjeu majeur en termes d'accès aux soins, la qualité des soins étant quant à elle garantie par l'adéquation des ressources médicales et des volumes d'actes effectués en fonction de la Nature de l'activité. »

Les OQOS ne définissent pas de capacités au sens quantitatif précis du terme – ce qui constitue une limite évidente de l'exercice, mais permettent de programmer l'évolution des autorisations par catégorie d'activité et équipement matériel lourd, selon le zonage retenu.

Au niveau des zones territoriales, les OQOS définis dans le domaine de la psychiatrie reflètent notamment la mise en œuvre du virage ambulatoire (alternatives à l'hospitalisation complète, diversification de l'offre ambulatoire) avec la création de centres de crise, d'appartements thérapeutiques, de centres de post cure, de placements familiaux thérapeutiques.

S'agissant des OQOS définis au niveau des zones infra territoriales, quelques exemples significatifs du cadrage opéré par le PRS peuvent être donnés.

Encadré 54 : Exemples significatifs d'évolution des OQOS dans les zones infra territoriales PRS 2018-2023

En médecine : dans le cadre du virage ambulatoire, développement de l'hospitalisation de jour en zones de proximité (Creuse, Dordogne, Gironde, Navarre Côte Basque, Haute Vienne...) et réduction de l'hospitalisation complète.

En médecine d'urgence : le maillage territorial vise à assurer un accès aux soins urgents à moins de 30 minutes ; lorsqu'il n'est pas possible d'assurer un fonctionnement dans les conditions techniques réglementaires (démographie médicale, faible activité), transformation en centres de soins non programmés ; les évolutions sont au total modestes, sauf par exemple en Gironde (1 à 2 créations de structures d'urgences).

En chirurgie : le PRS tient compte de la viabilité des autorisations (taille des équipes, attractivité médicale, qualité et volumes d'actes requis) et du regroupement souhaitable de plateaux techniques compte tenu des tensions sur la démographie médicale et des obligations de permanence des soins) ; les bornes basses sont réduites en chirurgie HC comme en chirurgie ambulatoire.

En SSR : les objectifs sont à la fois la transformation de lits en places dans le cadre du virage ambulatoire, la spécialisation de SSR polyvalents particulièrement en neurologie, appareil locomoteur et cardiovasculaire, le développement de l'offre en SSR pédiatrique et enfin, sur la durée du PRS, un rééquilibrage territorial qui n'apparaît cependant pas prioritaire. Globalement, des besoins significatifs sont par exemple identifiés en Gironde, dans les Landes, en Béarn Soule et dans les deux Sèvres.

En chirurgie carcinologique, les principes dictant les évolutions sont de Nature réglementaire (seuils d'activité minimale – venant compléter les critères d'agrément INCA) ; le PRS tient en outre compte de trois critères : constitution d'équipes de taille suffisante (qualité de la pratique, attractivité médicale), diminution anticipée de l'OQOS en cas d'activité faible dans un service, si les besoins pourraient être satisfaits par ailleurs (Charente en chirurgie ORL, Corrèze et Dordogne , en chirurgie digestive et gynécologique, Gironde sur ces deux spécialité et en ORL et urologie), augmentation possible de l'OQOS en l'absence d'offre à tarifs opposables.

Source : Mission d'après PRS

Au total, le travail de zonage et de définition des OQOS a constitué en Nouvelle Aquitaine un travail précis particulièrement documenté et argumenté, permettant une réelle réflexion partagée sur l'évolution de l'offre de soins en partant de l'analyse de l'offre existante, des besoins et des contraintes (démographie médicale, qualité...) et en affichant clairement les principes guidant l'évolution, activité par activité. Ce travail pédagogique est de nature à faciliter les recompositions nécessaires. Il constitue, dans les conditions où 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.

2.2.1.2 Les autorisations et la recomposition de l'offre

Quant au régime des autorisations qui s'appuie sur la planification, l'ARS confirme qu'il est juridiquement délicat et repose en fait sur des négociations préalables, parfois longues et complexes, avec les acteurs concernés, opérateurs, communautés professionnelles, collectivités environnantes..., et sous le contrôle du juge administratif.

L'accompagnement de certaines évolutions de l'offre, annoncées explicitement ou implicitement dans le PRS est complexe. Les critères 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. Selon l'ARS, les démarches de recomposition unilatérales sont inutiles ; tout projet doit faire l'objet d'un étayage argumentaire solide qui offre ainsi une situation de négociation forte.

De manière globale, dans quelques dossiers stratégiques, le droit de l'autorisation constitue un levier technique incontournable mais, notamment pour les dossiers de restructuration impliquant plusieurs établissements, des échanges et négociations de Nature politique sont des prérequis essentiels.

Les autorisations ne sont pas remises en cause sur la durée du PRS, sauf occurrence grave. Au terme du PRS, le renouvellement est a priori tacite, sauf injonction de l'ARS, ce qui conduit à une visite de conformité.

L'activité en la matière témoigne du petit nombre de dossiers de renouvellement suite à injonction (9 en 2017 concernant les activités de soins) au regard des renouvellements simples (251).

Tableau 32 : Demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation - chiffrages

	2016 (2ème semestre)	2017					2018		
	01/09 au 31/10	01/01 au 28/02	01/03 au 30/04	01/08 au 30/09	01/10 au 30/11	Total année 2017	01/01 au 28/02	01/03 au 30/04 (en cours)	Total année 2018
	2 fenêtres (toutes activités et EML) en 2016	4 fenêtres (2X2 fenêtres différentes) en 2017					4 fenêtres (2X2 fenêtres différentes) en 2018		(projection)
1) nouvelles demandes	46	28	3	47	7	85	7	7	-
11) dont activités de soins	20	12	1	22	4	39	7	3	-
12) dont EML	26	16	2	25	3	46	0	4	-
dont cessions activités de soins *	0	0	0	6	1	7	0	0	-
dont cessions EML *	0	0	0	2	0	2	0	0	-
2) demandes de renouvellement suite à injonction	1	1	5	2	3	11	1	0	-
21) dont activités de soins	1	1	5	1	2	9	1	0	-
22) dont EML	0	0	0	1	1	2	0	0	-
3) total demandes "CSOS" (1+2)	47	29	8	49	10	96	8	7	-
31) dont activités de soins	21	13	6	23	6	48	8	3	-
32) dont EML	26	16	2	26	4	48	0	4	-
4) demandes de renouvellement simples	141	-	-	-	-	284	-	-	523
41) dont activités de soins	106	-	-	-	-	251	-	-	486**
42) dont EML	35	-	-	-	-	33	-	-	37
5) Total demandes "CSOS" et renouvellements simples (3+4)	188	-	-	-	-	380	-	-	-
51) dont activités de soins	127	-	-	-	-	299	-	-	-
52) dont EML	61	-	-	-	-	81	-	-	-

* Les cessions ne sont pas comptées spécifiquement quand elles sont accompagnées d'une opération (regroupement, changement d'implantation...) susceptible de donner lieu à visite de conformité

** renouvellement en masse de l'activité de soins du traitement du cancer

Source : ARS

Encadré 55 : L'activité de gynécologie obstétrique du CH d'Oloron, un exemple d'injonction de déposer une demande de renouvellement d'autorisation avec avis négatif¹¹²

Le respect des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement de l'activité de gynécologie obstétrique du CH d'Oloron (maternité de niveau 1) ont paru suffisamment problématiques à l'ARS, en termes de démographie médicale (un seul gynécologue obstétricien titulaire, dont le départ en retraite était proche, pas de pédiatre titulaire, recours massif à des intérimaires), mais aussi de qualité des soins, pour qu'elle demande, par courrier en date du 21 décembre 2016, le dépôt d'un dossier complet de renouvellement d'autorisation. Soumis à la CSOS du 7 juillet 2017, le dossier portait un avis de l'ARS défavorable à la poursuite de l'activité et favorable à la constitution d'un centre périnatal de proximité dans le cadre du GHT. La décision de non renouvellement a été prise le 18 octobre.

Source : Mission d'après documents ARS

La situation du service de chirurgie ambulatoire du CH de Ruffec offre un exemple intéressant de lien entre demande de dépôt de dossier complet de renouvellement d'autorisation et résultat des travaux de certification.

Encadré 56 : L'activité du service de chirurgie et anesthésie ambulatoires du CH de Ruffec, un exemple d'injonction de déposer une demande de renouvellement d'autorisation avec avis positif

Par courriers du 11 août et du 5 décembre 2016, le directeur de l'ARS demande le dépôt d'un dossier complet de renouvellement de l'autorisation de l'activité de chirurgie et anesthésie ambulatoires du CH de Ruffec. Sur le fond, l'opportunité du maintien de l'activité n'est pas contestée. Mais le dossier présenté en CSOS relève trois fragilités manifestes tenant à l'organisation de l'établissement, en contexte de PRE et de remobilisation progressive de la communauté médicale, les résultats de la certification dont les recommandations doivent être mises en œuvre, et les modalités d'évaluation de l'activité, qui semblent améliorables. Par décision du 29 août 2017, l'autorisation est renouvelée mais seulement pour une durée de un an¹¹³ et conditionnée à un travail d'évaluation de l'organisation médicale, jugée fragile, du CH.

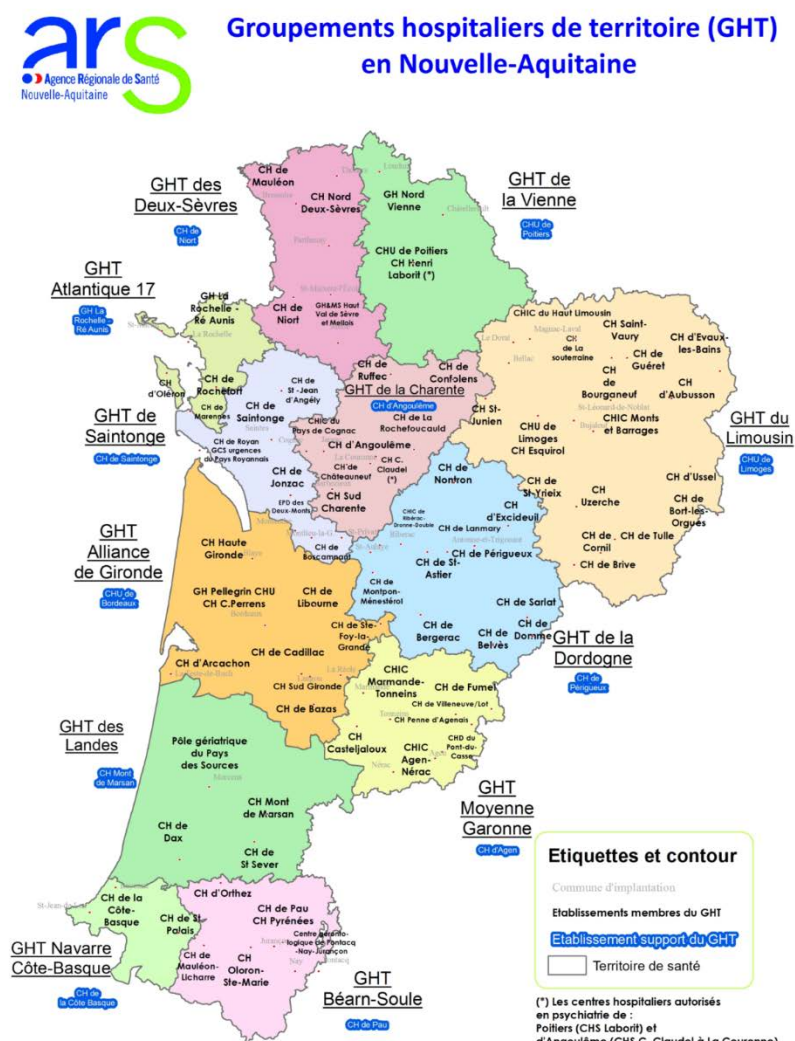
Source : Mission d'après documents ARS

¹¹² Au titre des articles L. 6122-9 et suivants CSP

¹¹³ Conformément aux dispositions des articles L 6122-8 et 6122-7 CSP

2.2.1.3 Analyse de la politique régionale suivie lors de la mise en place des GHT, de leur adéquation aux besoins et de l'appropriation de cet outil de structuration de l'offre institutionnelle de santé par l'ARS NA

- Les 12 GHT constitués de la région sont décrits sur la carte ci-dessous. L'ARS paraît avoir joué un rôle prescriptif dans le découpage territorial des GHT, en privilégiant des critères raisonnés (relations historiques entre établissements, poursuite de la dynamique engagée dans les CHT des trois ex régions, regroupements de populations, état de la démographie médicale, polyvalence, respect des frontières régionales). Les territoires des GHT ne correspondent pas aux territoires départementaux. Les Pyrénées atlantiques comprennent deux GHT (GHT Navarre Côte basque constitué de deux établissements qui disposaient déjà d'une direction commune ; GHT Béarn -Soule), de même que la Charente Maritime (La Rochelle et Rochefort au sein du GHT Atlantique 17 vont créer une direction commune ; le GHT de Saintonges pâtit de son côté d'un bassin de population moins dynamique et de difficultés de recrutement). Le GHT Limousin englobe pour sa part les trois départements de l'ex région. La velléité de création d'un GHT Corrèze a été écartée. De même s'agissant d'un éventuel GHT Lot et Garonne/Gers, entre Nouvelle Aquitaine et Occitanie. Les autres GHT respectent le découpage départemental (Alliance de Gironde, Landes, Charente, Dordogne, Moyenne Garonne).



Sources : Information GHT DOSA 07/2016
Fonds IGN 2015 découpage au 01/01/2016
Exploitation et réalisation : ARS NA/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 01/12/2016

➤ Une cohérence assurée avec le PRS

L'ARS s'est organisée pour mener un travail d'analyse et d'approbation des conventions constitutives et des PMP, au sein du comité de concertation et de suivi des GHT. Un document présenté au cours de la réunion du 5 mai 2017 contenait les « doctrines en appui desquelles le PRS va être élaboré ». Celles-ci offrent aux équipes de l'ARS des éléments pris en compte pour l'évolution de l'offre et l'identification des points forts des projets.

Encadré 57 : Exemple de doctrine PRS utilisée pour l'approbation des PMP

Chirurgie : améliorer l'accès aux soins :

- Agir sur la démographie médicale pour garantir la présence de professionnels sur l'ensemble du territoire.
- Garantir une réponse aux urgences chirurgicales et notamment lors de catastrophes et/ou de crise.
- 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 chirurgicale 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.

Source : ARS

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 internes¹¹⁴ (cancérologie, cardiologie, santé mentale, neurologie, prise en charge des personnes âgées, périnatalité, pathologies chroniques, soins palliatifs...). Ce dernier aspect est évidemment central pour l'évolution de l'offre.

La cohérence avec les orientations du PRS a été au cœur des analyses menées, avec plusieurs éléments d'observations requis : « gradation des soins avec une stratégie tenant compte de la situation et de la taille de chaque établissement », « coordination et coopérations, notamment par la mise en place de postes partagés et les consultations avancées », « la télémedecine », « l'hospitalisation à domicile », « la contribution par un appui aux établissements médico-sociaux au dispositif une réponse accompagnée pour tous » ...

La constitution des GHT a été accompagnée par l'ARS¹¹⁵ qui a globalement délégué à cet effet une enveloppe de plus de 1,1M€.

¹¹⁴ L'article R 6132-5 csp prévoit « l'organisation par filière d'une de soins graduée »

¹¹⁵ Prestations d'accompagnement, appuis de consultants

- Les lettres d'approbation- très détaillées et abordant précisément la situation de chaque filière- n'ont jamais conduit à refuser un PMP, mais ont permis d'émettre des observations et réserves, ou de formuler des demandes de complément, comme le montre le tableau annexé en partie 4 sur une sélection de courriers adressés aux GHT. Leur ton peut, selon les cas, s'avérer assez directif. Sur le fond, l'analyse de l'ARS part d'une vision claire des objectifs à atteindre, en termes de structuration des filières de prise en charge et de gradation des soins.

De manière récurrente dans les lettres adressées par l'ARS, on retrouve l'attention demandée pour 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 clarification constructive des exigences de l'ARS et une base de départ partagée ayant permis une mise en relation opérationnelle des équipes hospitalières.

L'ARS signale la qualité particulière des PMP des GHT Charente et Landes qui se distinguent l'un par la description de parcours types de patients avec gradation des soins et l'autre par une structuration et une répartition de l'offre, spécialité par spécialité, entre deux établissements a priori équivalents dans leur offre initiale (Mont de Marsan et Dax).

- Le suivi de la mise en œuvre et l'impact sur l'offre de soins

Le comité de concertation et de suivi des GHT de Nouvelle Aquitaine sous l'égide de l'ARS et de la FHF poursuit ses travaux avec une instance de synthèse et neuf groupes thématiques¹¹⁶.

Par ailleurs, l'ARS finance, suite à appel à projets, différentes initiatives portées par les GHT, pour un montant total de 2,5 M€. Les projets financés, répertoriés dans le tableau ci-dessous favorisent largement pour certains une évolution de l'offre, notamment les thématiques 1, 2, 4, 8 et 9.

Tableau 33 : Projets financés retenus par GHT

THEMATIQUES	16	17A	17s	19 23 87	24	33	40	47	64 NCB	64 BS	79	86	Total
Thématique n°1 : la mise en place d'un pôle inter-établissement													0
Thématique n°2 : la mise en place d'une organisation de prise en charge par télé-médecine, entre différents établissements parties au même GHT	1							1	1			1	4
Thématique n°3 : l'organisation en commun des activités médico-techniques (biologie médicale, pharmacie, imagerie diagnostique et interventionnelle)			1		1		1			1		1	5
Thématique n°4 : la mise en place d'équipes de territoire (que cela concerne les professionnels médicaux et/ou paramédicaux)											1		1
Thématique n°5 : l'organisation territoriale des activités de recherche													0
Thématique n°6 : la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicaux de territoire						1							1
Thématique n°7 : la mise en place d'un management territorial de la qualité				1			1				1		3
Thématique n°8 : la création de nouveaux métiers territoriaux autour de la coordination de parcours													0
Thématique n°9 : la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé, au sein du GHT, au bénéfice de la réalisation d'activité en proximité			1										1
Thématique n°10 : l'élaboration d'une stratégie commune d'investissement biomédical				1									1
Thématique n°11 : la structuration des filières avec les partenaires externes au GHT, au service d'une prise en charge coordonnée des patients, ainsi que du développement d'activités de prévention						1		1					2
Thématique n°12 : l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles													0
Thématique n°13 : l'approfondissement du schéma directeur du système d'information du GHT	1	3	2	1	1					1			9
Thématique n°14 : la mise en place d'une équipe commune chargée des systèmes d'information du GHT			1		1		1						3
Thématique n°15 : l'outillage des fonctions support mises en commun au sein du GHT	1	1	2		1	2			1		1	1	10
Thématique n°16 : la mise en place d'un socle technologique commun	1					1					1		3
TOTAL	4	4	7	3	4	5	3	2	2	2	4	3	43

Source : ARS

¹¹⁶ Systèmes d'information, achats, formation, pharmacie, biologie, imagerie, certification, finances

Au total, plusieurs GHT programment des évolutions de l'offre, notamment le GHT des Landes.

Encadré 58 : Le GHT des Landes

Le GHT couvre le territoire du département des Landes et comprend quatre établissements, Morcenx (ehpad, usld, ssiad), Mont de Marsan, Dax et Saint Sever. L'ARS a mis en place une mission spécifique pour aider au rapprochement des établissements et favoriser la désignation de l'hôpital support de Mont de Marsan, avec l'objectif de constituer un GHT équilibré, tout en s'appuyant sur la CHT préexistante.

En termes administratifs, une direction commune a été mise en place pour les achats et les systèmes d'information.

S'agissant du PMP, le GHT reconnaît que son élaboration a été complexe et que la communauté médicale a dû être épaulée.

Sur le fond, l'ARS juge le projet de qualité, reposant sur un état des lieux de l'offre de soins par filière, particulièrement détaillé et circonstancié et visant à une articulation entre Dax et Mont de Marsan, avec des projets significatifs : fédération inter hospitalière des urgences, harmonisation des filières de prise en charge des urgences, constitution d'un réseau gériatrique, maintien des offres respectives en médecine interne mais adaptation à une gradation des soins entre les deux établissements en hématologie, développement de compétences partagées sur des pathologies spécifiques dans le domaine des maladies infectieuses, site de référence à Dax en rhumatologie, projet commun des deux établissements en soins palliatifs,...

Source : Mission d'après PMP

2.2.2 Contractualisation avec les établissements sanitaires

2.2.2.1 Analyse de l'utilisation stratégique des CPOM passés par l'ARS Nouvelle Aquitaine avec les établissements sanitaires pour faire évoluer l'offre institutionnelle de santé.

► Le CPOM : un ancrage fort au PRS et un outil de recomposition de l'offre

La mission a demandé la communication d'un échantillon de CPOM établis pour la période 2012-2017, qui ont fait l'objet d'une prolongation jusqu'à la signature des CPOM 2019-2022.

Les neuf CPOM communiqués reprennent le modèle proposé par le guide national établi par la DGOS, notamment l'article 1 qui décrit le CPOM comme étant une déclinaison du PRS, par objectifs et actions.

Les contrats élaborés par l'ex-ARS Aquitaine insistent sur le rattachement au PRS en faisant précéder les orientations stratégiques issues des projets du cocontractant par quatre orientations provenant du PRS : développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé, faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales, renforcer la qualité des soins et des prises en charge et à la capacité à faire face aux crises, améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système régional.

De même, l'articulation entre les objectifs stratégiques régionaux et les documents contractuels apparaît de manière nette à l'examen du SROS et des annexes aux CPOM. A titre d'exemple, le rapprochement du centre hospitalier et de la clinique d'Arcachon et la mutualisation de leurs plateaux médico-techniques constituent un des objets du socle de chacun de leur CPOM, et ont été déclinés en objectifs opérationnels et actions dans les annexes.

Tableau 34 : Présentation de l'objectif opérationnel n°1 « mutualiser le plateau technique » dans l'annexe 2 du CPOM du CH Arcachon dédiée aux actions de coopération

objectifs opérationnels	indicateurs de suivi	état d'avancement					actions à mettre en œuvre
		calendrier					
		2012	2013	2014	2015	2016	
1-mutualiser le plateau médico-technique: *un seul bloc opératoire : répartition à parité des salles d'opération... *une stérilisation unique assurée par le CH *un partenariat en biologie *un plateau technique de SSR paratagé *un plateau technique d'imagerie optimisé	taux de performance du bloc opératoire						*assurer une régulation permanente du bloc... *annexer une convention relative à la stérilisation à la demande d'autorisation de la PUI du CH *formaliser une convention de secours mutuel avec le laboratoire intervenant à la clinique *formaliser les modalités d'organisation de l'imagerie conventionnelle

Source : Mission d'après document ARS

Cet objectif commun, le regroupement des établissements public et privé d'Arcachon, était rappelé dans le SROS 2012-2018 et a été mentionné dans les schémas cibles d'implantation pour la médecine et la chirurgie. Cet exemple illustre un cas de déclinaison très fine d'une orientation stratégique régionale dans les documents contractuels entre l'ARS et les établissements concernés¹¹⁷.

Chacun des CPOM transmis par l'ARS comporte au moins un objectif stratégique susceptible de modifier l'offre de soins. Certains sont très ciblés (ex : CH Saint-Cyr de VILLENEUVE-SUR-LOT : assurer la mise en œuvre du Pôle santé du Villeneuvois associant des compétences et des complémentarités entre le centre hospitalier et la clinique ; CH LOUDUN : mise en place d'un laboratoire biologie multi-sites pour les établissements de la Vienne), d'autres sont à portée générale (ex : CH de SAINTONGE : mettre en œuvre les axes de coopération prioritaires avec les autres centres hospitaliers du territoire de Charente-Maritime Sud-Est ; CH AUBUSSON : développer les coopérations territoriales).

Dans un premier temps, ce qui confère un caractère opérationnel à ces orientations stratégiques, c'est leur déclinaison en objectifs réalistes auxquels sont associés un calendrier, des indicateurs de suivi et le rappel des contributions attendues des partenaires (processus de mise en œuvre de la coopération) et des outils pour la mise en œuvre (actions pour la mise en œuvre).

Dans un second temps, c'est la qualité du dialogue avec les établissements qui garantit la pertinence et l'effectivité de la démarche, de la négociation à l'évaluation du CPOM.

► Le CPOM : un cadre du dialogue ARS-établissements

Pour l'ARS Nouvelle Aquitaine le CPOM est à la base des dialogues de gestion¹¹⁸ avec les établissements. L'ARS note qu'il n'y aura pas de CPOM avec les GHT qui n'ont pas la personnalité juridique, mais la détermination d'objectifs communs avec chaque membre et des objectifs spécifiques avec le chef de file du GHT.

Tous les établissements (280) sont vus au moins une fois au niveau de l'ARS pour les CHU et les CLCC, et au niveau des DD pour les autres établissements dans le cadre du dialogue de gestion unique (DGU) que l'ARS a substitué à la réunion annuelle de contrat (RAC).

¹¹⁷ Les orientations stratégiques (objet de l'article 2 des CPOM) sont déclinées en objectifs opérationnels auxquels sont associés un calendrier, des indicateurs de suivi et le rappel des contributions attendues des partenaires (processus de mise en œuvre de la coopération) et des outils pour la mise en œuvre (actions pour la mise en œuvre).

¹¹⁸ Guide CPOM (p.9) : Il est attendu des CPOM qu'ils constituent le support principal du dialogue entre l'établissement et l'ARS

La procédure mise en place par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour les DGU comprend un temps de préparation important pour lequel elle a élaboré notamment un guide qui a pour objectif d'identifier pour les douze thématiques retenues¹¹⁹, l'ensemble des informations importantes (éléments de politique régionales, points clés, indicateurs ...) permettant aux délégations départementales (DD) de préparer les dialogues de gestion uniques (DGU).

Ces thématiques sont présentées sous forme de fiches dont le contenu est priorisé et qui sont mises à la disposition des DD par les référents des directions métiers (DM) concernées.

Le document est complété au fur et à mesure par le pôle performance investissement de la DOSA en fonction de l'actualisation des fiches réalisées en 2016 par les différents référents thématiques.

➤ Les CPOM de nouvelle génération (2019-2024) : Une évolution attendue :

Pour l'ARS Nouvelle Aquitaine, le CPOM est un vrai levier de restructuration de l'offre, mais elle considère que pour être plus efficace il faut revoir le nombre des indicateurs suivis.

Avec le nouveau CPOM (2019-2024), seuls quelques indicateurs seront conservés sur des axes principaux considérés comme stratégiques¹²⁰. L'ARS a travaillé sur 2 types d'objectifs :

- Un socle commun comportant 12 objectifs (28 à 34 indicateurs) à partir du PRS et en lien avec les objectifs des CAQES et du plan ONDAM; les objectifs et indicateurs seront très majoritairement similaires afin de disposer d'une vision consolidée de l'ensemble des établissements. Dans les CPOM de la génération précédente il y avait jusqu'à 250 indicateurs.
- Des objectifs spécifiques à la discrétion des DD sur la base des particularités des établissements du territoire.
- La structure du contrat sera également simplifiée : le CPOM 2019 - 2024 comportera un socle et quatre annexes (orientations stratégiques, financière, reconnaissances contractuelles et PDSES) contre douze pour les CPOM 2012-2018.

A titre d'exemple, le CPOM d'un établissement avec une activité MCO aura 34 indicateurs pour 12 objectifs. Les « orientations stratégiques » devrait comprendre au moins trois objectifs impactant la restructuration de l'offre :

- Le développement du virage ambulatoire (4 indicateurs)
- Le renforcement de la structuration du lien ville / hôpital (5 indicateurs)
- La contribution à la lutte contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins (1 indicateur).

¹¹⁹ Thématiques : 1. Situation de l'établissement ; 2. Orientations stratégiques au regard du PRS ; 3. Virage ambulatoire ; 4. Développer les coopérations territoriales ; 5. Améliorer la qualité et la sécurité des soins ; 6. Pertinence des soins ; 7. Pilotage interne de l'établissement et optimisation des achats ; 8. Optimiser la politique des ressources humaines ; 9. Autorisations et pilotage de l'activité ; 10. Equilibre financier ; 11. Transports ; 12. Produits de santé

¹²⁰ « Un CPOM volontairement « resserré » sur les grandes priorités nationales et régionales et adaptable au contexte territorial / établissement, en cohérence avec les principes du nouveau PRS et un suivi focalisé sur ces priorités » (Présentation de la démarche de contractualisation CPOM sanitaire par la DOSA-ARS Nouvelle Aquitaine)

Afin de faire des CPOM un outil de pilotage efficace, l'ARS Nouvelle Aquitaine a travaillé sur deux axes :

- Le partage des tâches avec les DD :

Tous les CPOM à l'exception de ceux des 3 CHU et de l'Institut Bergonié ainsi que des annexes financières seront pilotés et signés par les DD (267 CPOM d'établissements de santé, 74 CPOM de structure EML, imagerie, radiothérapie et 15 CPOM de laboratoires).

Cette délégation nécessite que le siège donne les moyens aux DD, ce qu'elle fait en développant des outils de gestion (cf. ci-dessus le GDU) et en privilégiant l'affectation des ressources humaines affectées au sein des DD par rapport au siège (cf. 2.2.2 ci-dessus).

- Les lettres de mission adressées aux directeurs de CH

En ARS Nouvelle Aquitaine, seuls les directeurs d'établissements détachés sur un poste fonctionnel¹²¹ reçoivent une lettre de mission lors de leur nomination ou du renouvellement de leur détachement. Cette lettre, qui couvre la durée du détachement – quatre ans – contient notamment des objectifs ciblés sur la recomposition de l'offre.

Les deux lettres transmises par l'ARS Nouvelle Aquitaine (lettre du 18 mars 2018 au directeur des CH de Périgueux, Sarlat, Domme et Antonne et Tritognant et lettre du 22 décembre 2017 au directeur du CH de Saintonge) comportent un nombre significatif d'objectifs dédiés à la recomposition de l'offre ou susceptibles de l'impacter. Ces objectifs peuvent être généraux (ex : mise en œuvre du projet de soins partagés au titre du GHT de la Dordogne) ; certains d'entre eux sont particulièrement précis (ex : cibler la réorganisation de l'offre de soins entre le CH de Saintes et celui de Saint-Jean d'Angel pour l'anesthésie-réanimation, gériatrie/MPR, etc...).

- L'industrialisation de la procédure en prévision de l'arrivée de l'application e-Cars.

L'ARS Nouvelle Aquitaine s'est préparée au déploiement de e-Cars ES, outil de gestion dématérialisé des CPOM qui devrait faciliter la phase de contractualisation dès 2018 et améliorer le suivi et les échanges par la suite durant la vie des CPOM : gestion avenant, gestion des versions des CPOM, préparation des dialogues gestion...

2.2.2.2 Analyse du positionnement de l'ARS Nouvelle Aquitaine lors des CREF et de leur utilisation comme outil de recomposition de l'offre institutionnelle de santé.

L'ARS met en place des missions d'appui à la performance (MAP) qui visent à étayer des établissements en situation de fragilité ; ceux-ci font ainsi l'objet d'un accompagnement spécifique de la direction départementale concernée et du siège. Cette intervention ponctuelle, avec accord de l'établissement fait l'objet d'une préparation en amont et d'un suivi dans le cadre du dialogue de gestion.

Les CREF ne sont utilisés que pour des situations plus dégradées et qui n'ont pu être « rattrapées » par une MAP.

Leurs objectifs classiques d'équilibre financier peuvent être doublés, le cas échéant, d'objectifs de restructuration de l'offre.

¹²¹ Cf. : article 4 du décret n° 2005-1095 du 1^{er} septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction et des directeurs des soins

Au cours des trois dernières années, trois CREF ont été signés avec les établissements suivants : le CH de Sarlat en Dordogne (2012-2016), le CH d'Ussel en Corrèze (2014-2016) et le CH Nord-Deux-Sèvres dans les Deux-Sèvres (2014-2015). Au moment de la rédaction du présent rapport, un CREF (CH Groupe Hospitalier Nord-Vienne) est en cours de validation avec les services de l'ARS.

Alternativement, le PRE était le support le plus communément utilisé au sein des ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine : 6 en ex-Poitou Charente et 3 en ex-Aquitaine.

L'ARS juge que « les CREF signés ainsi que les PRE ont contribué à des restructurations de l'offre ».

Encadré 59 : Exemples de mesures portant sur la restructuration de l'offre dans des CREF récents

CH d'Ussel : dans le cadre général de recherche d'une optimisation de la gestion de l'établissement, la situation du court séjour gériatrique et de la psychiatrie fait l'objet d'une attention particulière. Le diagnostic insiste sur le développement de l'activité ambulatoire, des consultations avancées et des coopérations (Tulle, Limoges).

CH de Sarlat : parmi les mesures portant sur l'offre, on note le soutien à l'activité de la maternité, la constitution d'une équipe médicale commune pour le service des urgences avec le CH de Périgueux, permettant ainsi au CH de SARLAT de réduire le recours à l'intérim, ou la poursuite de la montée en charge de l'HAD.

CH Groupe Hospitalier Nord-Vienne : plusieurs mesures portent sur l'adaptation de la capacité à l'activité, à la baisse ou à la hausse ; ainsi la diminution de l'activité de cardiologie observée en 2017 autorise un redimensionnement du service à la baisse ; de même en gastro entérologie ou la maternité ; mais le développement de l'activité en pneumologie, en cancérologie, aux urgences et en HAD est préconisé.

Source : Mission d'après CREF

2.2.3 Administrations provisoires dans la région Nouvelle Aquitaine (s'il y a lieu)

L'ARS n'a pas eu recours à des administrations provisoires d'établissements.

2.3 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le secteur médico-social

Encadré 60 : Situation de l'offre médico-sociale en Nouvelle Aquitaine

S'agissant des personnes âgées, « la Nouvelle-Aquitaine dispose de 1 300 établissements d'hébergement répartis sur l'ensemble du territoire et offre une capacité d'accueil de 85 000 places installées. Près de 9 places sur 10 sont médicalisées. Le taux d'équipement en places médicalisées est un peu plus élevé qu'en France métropolitaine mais les écarts interdépartementaux sont très marqués. La Creuse et les Deux-Sèvres, à un degré moindre la Charente et la Vienne figurent parmi les départements les mieux lotis. La Haute-Vienne, la Gironde, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques sont les moins bien pourvus. »

Le taux d'équipement en SSIAD est équivalent au taux national et les plans Alzheimer ont permis une quasi généralisation des MAIA, plate-forme de répit et Unités d'hébergement renforcé.

S'agissant des personnes handicapées, « les taux d'équipement en structures et services médico-sociaux, tant pour enfants qu'adultes, sont supérieurs aux taux nationaux. » Notamment, « Les services à domicile pour les enfants/adolescents se sont considérablement accrus favorisant leur maintien à domicile (+ 26 % entre 2010 et 2016). Les deux tiers de leurs places sont à destination des enfants déficients intellectuels ou psychiques. ». Par contre, « le développement de tels services pour les adultes n'a pas montré la même progression et est en retard par rapport à la moyenne nationale ».

La question de la prise en charge de l'autisme n'est pas résolue : « Le nombre d'enfants et adolescents autistes ou atteints d'autres TED est estimé à 6 000 et l'on comptabilise près de 900 places dédiées au sein des établissements et services médico-sociaux. »

Enfin, on note une forte augmentation de la capacité d'accueil pour les personnes âgées vieillissantes, qui reste encore insuffisante cependant.

Source : Mission d'après ARS

2.3.1 Autorisations

2.3.1.1 Le cadre de planification

Le PRS donne aux évolutions de l'offre médico-sociale un sens général nécessitant de « dépasser la logique de structuration de l'offre et de son financement centrée sur les places en établissements pour aller vers une logique de prestations fondée sur les besoins des personnes. » Cette orientation inclut à la fois le « virage inclusif », et les possibilités de vie et de maintien à domicile.

Cette orientation est déclinée pour les personnes âgées dépendantes et comprend la « finalisation du maillage territorial des alternatives à l'hébergement permanent (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil temporaire de nuit, hébergement temporaire d'urgence) notamment par redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service ».

Concernant les personnes en situation de handicap, « le **virage inclusif** » est au cœur des évolutions attendues. Le panier de services et d'accompagnement à mettre en œuvre doit passer notamment par :

- « La transformation de l'offre médico-sociale existante (plus de services que de places en établissement) ;
- La création de nouveaux dispositifs et services inclusifs dans les domaines de la scolarisation, l'habitat, de l'emploi accompagné, de la participation sociale ;
- L'adaptation et la spécialisation de l'offre existante pour faire face aux défis nouveaux tels que le vieillissement des personnes en situation de handicap, l'aide concrète aux aidants. »

Au titre de la diversification des prestations proposées, le PRS plaide notamment pour

- « une offre modulaire en faveur du domicile et de l'inclusion des personnes (offre de répit, accueil de jour, transformation de places en services, etc.) »
- « la création de maison d'accueil temporaire en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- la création de dispositifs innovants et inclusifs pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées ;
- la garantie d'une offre de service dédiée répondant aux besoins des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives (MND) et de handicaps rares ».

2.3.1.2 Le renouvellement des autorisations

Les autorisations de fonctionnement accordées pour 15 ans en 2002 arrivaient à échéance en 2017. 487 des 1588 autorisations ont été renouvelées à avril 2018 (cf. tableau *infra*). L'opération de renouvellement des autorisations a été largement préparée avec les conseils départementaux. Elle a

nécessité le traitement des évaluations externes diligentées par les établissements. Très peu de situations de non-conformité avec les autorisations initiales ont été au total documentées.

L'ARS indique que, à son appréciation, la qualité globale des rapports d'évaluation était inégale et peu opérationnelle. La qualité de certains rapports était particulièrement faible et les évaluateurs externes ont alors fait l'objet d'un signalement à l'ANESM. Elle n'a ainsi pas pu s'appuyer sur leur contenu pour remettre en cause des autorisations. Lorsque l'évaluation était de bonne qualité, l'ARS a pu le cas échéant engager des évolutions en CPOM.

Dans les rares cas d'évaluation défavorable, l'autorisation elle-même n'a pas été remise en cause à l'issue de la procédure, mais la situation a pu être suivie en mobilisant une inspection ou en prononçant une injonction.

La pertinence de l'offre médico-sociale n'a au total pas pu être améliorée dans le cadre de l'opération de renouvellement des autorisations, les évaluations fournies s'avérant inadaptées à l'exercice.

Tableau 35 : Bilan des renouvellements tacites formalisés¹²² (avril 2018)

département	nombre de structures renouvelées (EHPAD/SSIAD/PH)	nombre de structures à renouveler (EHPAD/SSIAD/PH)	% réalisé
16	29	101	28,71%
17	105	181	58,01%
19	3	111	2,70%
23	21	75	28,00%
24	35	114	30,70%
33	8	280	2,86%
40	58	97	59,79%
47	58	97	59,79%
64	84	192	43,75%
79	12	126	9,52%
86	42	113	37,17%
87	32	101	31,68%
Total	487	1588	30,67%

Source : ARS

2.3.1.3 Analyse de l'utilisation des appels à projets et appels à candidatures par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour recomposer l'offre médico-sociale

L'ARS recourt assez fréquemment à des appels à projet ou appels à candidature dans le secteur médico- social.

S'agissant des AAP¹²³ dans le secteur des personnes âgées, ils ont permis la traduction opérationnelle du plan maladie neurodégénératives (PMND) 2014-2019¹²⁴ ou encore le développement de maisons d'accueil temporaire, illustration de la mise en place d'une offre de répit.

¹²² Les autorisations ont fait l'objet d'un renouvellement tacite. Pour autant, l'ARS a souhaité formaliser les renouvellements tacites par des arrêtés, permettant de mettre à jour les autorisations anciennes (nom des établissements, nombre de places...).

¹²³ L 313-1-1 et ss CASF

¹²⁴ <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

S'agissant du secteur personnes handicapées, de nouveaux services sont créés dans le domaine du handicap psychique¹²⁵ et du polyhandicap, permettant de répondre aux besoins non couverts en privilégiant les services aux places.

Encadré 61 : L'AAP Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (territoire des Landes, 2016)

Un AAP relatif à la création de 10 places de SAMSAH sur le territoire des Landes a été lancé fin 2016, destiné à des adultes autistes. La notion de place est indicative et l'activité se référera à une file active de bénéficiaires. Les autorisations sont délivrées conjointement par l'ARS et le conseil départemental. Le plan régional autisme 2014-2017 avait mis en évidence le retard de la région en matière d'accompagnement des adultes présentant un TSA. Le virage inclusif nécessite la mise en place de modalités d'accompagnement en milieu ordinaire (loisirs, études, emploi...) par des services dédiés, ainsi que d'offres de soutien et de répit aux aidants. L'appel à projet répond aux objectifs du SROMS (développer des services, favoriser la vie en milieu ordinaire) et du plan autisme (favoriser le passage à l'âge adulte et l'insertion sociale et professionnelle). Il est attendu que le SAMSAH délivre des « interventions pluridisciplinaires sur les lieux de vie pour favoriser des relations de proximité dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement ».

Source : D'après AAP

S'agissant des AAC, on note, le développement

- de « pôles de ressources de proximité » permettant aux ehpad d'utiliser leurs ressources, par exemple, pour des actions de prévention sur leur territoire, en articulation avec la ville ;
- d'IDE de nuit en ehpad ;
- de la télémédecine en ehpad.

Tableau 36 : AAC secteur personnes âgées 2017

Thématique	Date de la commission	Nombre d'EHPAD retenus
AAC régional Pôle ressource de proximité	25 et 27 octobre 2017	26
AAC IDE de nuit - EHPAD	10 novembre 2017	25
AAC développement de pratiques centrées sur le "prendre soin"	25 et 27 juillet 2017	27

Source : ARS

¹²⁵ Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

Encadré 62 : Appel à candidatures « EHPAD Pôle ressources de proximité » 2018

L'AAC 2018 s'inscrit dans la continuité de ceux lancés sur le même thème en 2012 (Limousin), 2013 et 2014 (Aquitaine) et 2017 (Nouvelle Aquitaine), qui ont permis à une cinquantaine d'EHPAD de s'inscrire d'ores et déjà dans cette démarche. L'objectif général est de créer des « interactions entre l'établissement et son environnement proche (partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires) » ; les résidents doivent se voir offrir des « interactions valorisantes et des opportunités de participation sociale ». Le projet doit également offrir à des personnes extérieures la participation à certaines activités. Enfin, le projet doit s'inscrire dans une démarche de « prendre soin » et être l'occasion de participer à des actions « d'aide aux aidants ».

Le projet devra en particulier s'inscrire dans une démarche de prévention de la perte d'autonomie, d'amélioration de la qualité, promouvoir des modes de prise en charge plus diversifiés, apporter des réponses aux besoins de soins.

Source : D'après AAC

Tableau 37 : AAP 2017 – Personnes confrontées à des difficultés spécifiques (PDS)¹²⁶

Nature de l'AAP	Promoteurs
Création LHSS : 4 lits	Promoteur : AFUS 16
Création de 10 places ACT dans les Deux-Sèvres (79)	Promoteurs : - Association CORDIA - Association L'ESCALE - Association AURORE
Création de 10 places ACT en Charente (16)	Promoteurs : - Association AURORE - Groupe SOS Solidarités - CH Camille CLAUDEL - UDAF 16
Création LAM : 15 lits en Charente-Maritime ou en Gironde	Promoteurs : - Association Halte Santé - CCAS de Bordeaux en partenariat avec Diaconat de Bordeaux
Création de 10 places d'ACT accueillant des personnes en situation ou à risque d'handicap d'origine psychique	Promoteurs : - Cité Béthanie - Secours Catholique - Fondation Diaconesses de Reuilly - Groupe SOS Solidarité - Société d'Hygiène Mentale d'Aquitaine - Association ARSA - Croix Rouge Française - CH Esquirol

Source : ARS

2.3.2 Contractualisation avec les ESSMS

2.3.2.1 La contractualisation dans le champ médico-social : une généralisation récente

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) nécessite un étalement dans le temps qui se traduit par une programmation pluri-annuelle 2017-2021 établie conjointement avec les CD.

En ARS Nouvelle Aquitaine, cette programmation concerne 1094 CPOM (PA et PH). En 2017 sur 244 CPOM arrêtés, seuls 46 ont été signés. Selon l'ARS quatre raisons expliquent ce faible résultat (moins de 20 %) :

- 2017 est l'année d'appropriation de la démarche ;

¹²⁶ ACT appartements de coordination thérapeutique, LAM lits d'accueil médicalisé, LHSS lits halte soins santé

- L'impact de la nouvelle organisation territoriale (passage des 3 ex-régions à la région Nouvelle-Aquitaine) se fait encore sentir ;
- Un système de signatures très long qui implique plusieurs acteurs extérieurs à l'ARS ;
- L'évolution culturelle majeure que constitue la contractualisation et qui peut être un frein.

Pour faciliter l'appropriation des différents acteurs et pour rendre effective la transformation de l'offre, l'ARS Nouvelle Aquitaine a élaboré des outils spécifiques :

- Deux documents présentant les objectifs issus de la stratégie régionale (un document pour chacun des secteurs) ;
- Des modèles types de diagnostics CPOM, dans lesquels il est notamment demandé aux organismes gestionnaires de faire des projections sur les évolutions de capacité, les redéploiements annoncés, la régulation de l'offre à partir des besoins identifiés et la mutualisation des moyens entre les différents ESMS ;
- Une fiche d'appui à la contractualisation élaborée sur la base d'indicateurs du Tableau de bord de la performance ;
- Des modèles types de CPOM sur la base de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF.

Pour rendre effective la transformation de l'offre portée par les CPOM, l'ARS Nouvelle Aquitaine s'appuie sur la mise en place de procédures (ex : fiches de liaison¹²⁷ permettant aux DD de transmettre des points de situation aux directions métiers et comportant un tableau sur la restructuration de l'offre ainsi qu'un calendrier de rééquilibrage de l'offre médico-sociale et un suivi adapté à la complexité et à l'enjeu des CPOM), gouvernance *ad'hoc* pour des CPOM complexes (cf. encadré ci-dessous), la mobilisation de deux directions du siège (la DOSA et la DFIN) et des douze DD qui disposent d'une large délégation (elles négocient et signent les contrats) et de l'industrialisation du processus.

Encadré 63 : Contractualisation avec la Fondation John Bost¹²⁸

Dans le cadre de la négociation des nouveaux CPOM, l'ARS Nouvelle Aquitaine a défini en fin 2017 une méthodologie de contractualisation avec les ESMS de la Fondation John Bost (FJM) de la Région. Les premiers CPOM sont programmés pour fin 2019.

Ces établissements sont situés sur quatre départements et impliquent à chaque fois les CD ; ce sont des EHPAD (2), des MAS (2), des FAM (5) et foyer de vie AH (1).

Quelques projets impactent de manière significative la recomposition de l'offre ; il s'agit en particulier :

- Du redéploiement de places (40) en secteur sanitaire santé mentale (Dordogne) vers Bordeaux avec création d'une MAS ;
- Du redéploiement de 16 places du secteur sanitaire santé mentale (Dordogne) en FAM (Vienne)
- Relocalisation de lits/place (Dordogne) vers l'Ile de France à horizon de cinq ou sept ans.

¹²⁷ Ces fiches permettent également de suivre l'application des orientations stratégiques et la transformation des CPOM en cours et de les réajuster si nécessaire

¹²⁸ La Fondation John Bost est une institution sanitaire et médico-sociale protestante à but non lucratif, reconnue d'utilité publique depuis 1877. Elle dispose d'environ 1 500 places, réparties dans 34 établissements ou services sanitaires et médico-sociaux et elle est implantée historiquement dans la vallée de la Dordogne en Aquitaine. Elle s'est développée dans 4 régions de France (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Ile-de-France, Normandie).

En application du IV-ter de l'article 58 de la loi ASV, l'ARS Nouvelle Aquitaine a contractualisé sur la base des établissements (EHPAD et autres établissements ou services mentionnés au I. de l'article L. 312-1 du CASF) présents au sein d'un département.

Compte tenu des impacts politiques qui doivent être pris en compte tout particulièrement pour le département qui perd des places (Dordogne), l'ARS n'a pas fait usage de la possibilité offerte par l'article précité d'inclure dans un seul CPOM les établissements des départements situés dans la même région. Elle a préféré contractualiser avec quatre départements, avec un socle d'objectifs régionaux.

La gouvernance est assurée par un COPIL régional associant les 4 délégations départementales et les conseils de département (24, 33, 64 et 87) ainsi que la FJB.

Source : Mission d'après des données de l'ARS Nouvelle Aquitaine

Selon l'ARS Nouvelle Aquitaine, la dynamique qu'elle s'efforce de créer pour faire face au défi de la généralisation des CPOM dans le champ du médico-social rencontre des difficultés :

- l'enjeu de simplification qui pourrait être contradictoire avec la recherche d'une plus grande sécurisation, nécessitant plus de concertation entre les services ;
- les différences de traitement entre les deux secteurs qui freine l'industrialisation du processus. Ainsi le niveau d'exigence dans le secteur PH a plus augmenté que dans celui des PA. La négociation d'un CPOM avec un EHPAD se fait dans un cadre de tarification assez normée. Dans le secteur PH, les structures sont plus diversifiées avec des coûts à la place très variables ;
- le manque de systèmes d'information adaptés (cf.§ 1.2.2 les systèmes d'information).

2.3.2.2 La prise en compte de la recomposition de l'offre dans les CPOM

Afin d'aider à la négociation des CPOM, et de l'encadrer, l'ARS Nouvelle Aquitaine a procédé à une déclinaison de la stratégie régionale sous forme d'objectifs qui devront figurer au sein des objectifs propres à chaque ESMS.

Les orientations stratégiques du secteur personnes handicapées s'inscrivent dans la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap et la circulaire du 2 mai 2017 « une réponse accompagnée pour tous »¹²⁹.

Une vingtaine d'objectifs opérationnels sont proposés, dont certains sont consacrés à la restructuration de l'offre comme par exemple le premier objectif de l'axe 1 intitulé : « Redéploiement de « places » d'ESMS en faveur de réponses et prestations en services intégrés (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, SPASAD...) » ; l'action associée consiste à créer des services par redéploiement de places. Le suivi des redéploiements fait l'objet de deux indicateurs simples et explicites (le nombre de places transformées et échéances et la part des services provenant du redéploiement de places sur la durée du CPOM).

¹²⁹ Les quatre orientations stratégiques sont :

Garantir l'accompagnement et la participation sociale en milieu ordinaire, l'adaptation de l'offre répondant aux besoins des Territoires dans le cadre du virage inclusif,

- Favoriser l'approche populationnelle par type de handicap notamment dans le cadre de la stratégie quinquennale,

- Contribuer à la mise en œuvre d'une démarche « Réponse accompagnée pour tous »,

- Maintenir une gestion performante des établissements / structures et un management de la qualité.

Un CPOM signé en début de l'année 2017 avec l'association ALEFPA¹³⁰ illustre la mise en application de cet objectif et les évolutions qui peuvent être engagées dans le cadre de la contractualisation.

Encadré 64 : Focus sur la fermeture progressive / relocalisation des places de l'IME du Monteil au Vicomte (Creuse)

Le constat est celui d'un surdimensionnement de l'offre pour personnes souffrant de déficience intellectuelle en Creuse et absence de réponse aux situations d'accompagnement SESSAD pour les enfants en situation de polyhandicap en Haute-Vienne.

La cible, à l'horizon 2020 est la suivante :

- fermeture de l'IME Pierre d'Aubusson, au Monteil au Vicomte, programmée de 2017 à 2020 :

20 places (DI) vont être réparties entre deux IME en Creuse au sein desquels seront reconnues deux unités spécifiques TSA. La fermeture progressive de l'IME Pierre d'Aubusson permettra de dégager des moyens humains et financiers pour faciliter les extensions des agréments d'établissements et services actuels afin de répondre aux besoins du territoire. Ainsi, cette fermeture va permettre :

- l'extension de 10 places polyhandicap sur l'EEP Bertha ROOS (Haute-Vienne)

La MDPH de la Haute-Vienne a un besoin de 23 places pour les enfants en situation de polyhandicap. Une extension de la capacité d'accueil de 10 places en semi-internat permettrait de compléter l'offre par :

- un pôle soin adapté ;
- une palette de propositions adaptée à l'accueil des enfants polyhandicapés avec troubles associés.

- La création de places SESSAD en Haute Vienne

L'ALEFPA et l'ARS ont été très vigilants à ce que ces évolutions profondes n'aient aucun impact négatif pour les personnels et répondent bien aux besoins des enfants et à amélioration de la sécurité. Il convient de préciser également que les négociations se sont tenues dans un contexte de forte mobilisation des élus locaux.

Globalement, ces évolutions vont permettre une meilleure qualité d'accompagnement, d'inclusion des enfants mais aussi de qualité de vie pour les familles.

Tableau récapitulatif de l'évolution de l'offre

Raison Sociale Etablissement/Service	T0 Capacités autorisées et installées / public accueilli	T5 Nouvelles capacités sur la durée du CPOM	Evolution à 5 ans
IME La Rosaie (La Souterraine)	50 / DI	60 DI + 5 TSA	+ 10 DI + 5 TSA
IME Pierre d'Aubusson (Le Monteil Le Vicomte)	45 / DI	Fermeture de la structure	- 45 DI
IME Denis Forestier (L'Echange Felletin)	45 / DI	55 DI + 5 TSA	+ 10 DI + 5 TSA
EEP Bertha Roos (Isle)	39 / Polyhandicap	49 / Polyhandicap	+ 10 Polyhandicap
SESSAD Pierre Louchet 3 (Aubusson Bourgneuf)	35 / DI	35 DI + 17 nouvelle antenne St Léonard	+ 17 DI

Source : Mission d'après données ARS

¹³⁰ 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.

Pour le secteur des personnes âgées, les orientations stratégiques sont réparties autour de cinq axes. Le premier axe : « parcours et coordination » (exemple d'un objectif opérationnel : structuration de la continuité du parcours (domicile/EHPAD/SSIAD/accès aux soins à l'hôpital) et le deuxième axe : « Repositionnement de l'offre et innovation » (exemples d'objectifs opérationnels : coopérations permettant une meilleure prise en charge, par le biais ... de rapprochement de structures –fusion...-, contribution à la politique de maintien à domicile de PA –EHPAD hors les murs, diversification de l'offres ...) sont ceux qui portent plus particulièrement les objectifs opérationnels de restructuration de l'offre.

Sur les 46 CPOM signés en 2017, 18 comportaient des mesures de recomposition de l'offre dont 3 pour le secteur des personnes âgées.

Parmi eux, celui que l'ARS Nouvelle Aquitaine a contractualisé avec l'AFP (Association des Foyers de Province¹³¹) porte des mesures de recomposition avec transfert de places et transformation de l'offre. Ainsi l'EHPAD de Valdivienne, dans la Vienne, va devenir « résidence autonomie »¹³² à partir de 2018 et ses 33 places vont être réparties entre l'EHPAD de Fleuré (22 places) et celui de Civaux (12 places).

Ce CPOM s'inscrit ainsi dans les deux axes stratégiques précités.

3 ARTICULATION DE L'ARS NOUVELLE AQUITAINE AVEC LES AUTRES ACTEURS DU PILOTAGE DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTE

3.1 Région

3.1.1 Description des interventions de la région Nouvelle Aquitaine en lien direct ou indirect avec le pilotage de l'offre institutionnelle de santé

La région Nouvelle Aquitaine a adopté une « **feuille de route santé** » en mars 2017, en s'appuyant sur ses compétences en matière d'aménagement du territoire, de développement économique et de formations sanitaires et sociales. Le conseil régional ne dispose pas en effet en propre de compétence en matière de santé.

La feuille de route ouvre quatre chantiers dont un directement lié à l'offre de soins, intitulé « Développement des territoires de santé et lutte contre la déprise médicale »¹³³. 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.

¹³¹ Association déclarée est active depuis 118 ans. Située à MARSEILLE 6 (13006), elle est spécialisée dans le secteur d'activité de l'hébergement médicalisé pour personnes âgées. Son effectif est compris entre 800 et 899 salariés.

¹³² La loi ASV prévoit de renommer les logements foyers, « résidences autonomie », et leur confère une mission de la perte d'autonomie des personnes âgées. Un décret du 27 mai 2016 relatifs aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées précise le socle des prestations minimales auxquelles devront répondre les résidences autonomie. L'un des objectifs de la loi ASV concernant les résidences d'autonomie est d'obtenir un meilleur accompagnement de la personne âgée dans son parcours de vie, en déployant une stratégie de prévention de la perte d'autonomie.

¹³³ Les trois autres chantiers ont trait : à la médecine de demain et aux défis technologiques, à l'innovation et à la compétitivité des entreprises de santé, à la prévention et à la santé environnementale

Deux domaines d'intervention principaux sont ciblés :

- L'accès et le suivi des soins dans les territoires, qui emporte le soutien à des expérimentations en matière de lutte contre les déserts médicaux, au renforcement de l'offre de soins, à des stages et coopérations entre professionnels, patients et acteurs locaux, le développement des MSP (aide en investissement immobilier et mobilier¹³⁴) et PTA, le développement d'outils numériques de parcours de soins ;
- La télémédecine, ce qui suppose le soutien aux projets en ce domaine, notamment ceux qui s'adressent aussi aux acteurs du médico-social au bénéfice de patients fragiles ou isolés, l'accompagnement des innovations développées par les entreprises de e-santé. Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) spécifique a été lancé par la Région sur ce thème.

Ces deux domaines centraux d'intervention conduisent en particulier à intégrer le numérique 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.

La feuille de route santé joue de la synergie avec plusieurs autres cadres d'intervention régionaux, notamment

- La politique contractuelle régionale (délibération avril 2017) qui 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 ;
- Le schéma de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII), apportant un soutien particulier aux entreprises en matière de transition numérique.

Encadré 65 : Le soutien de la Région à deux projets exemplaires

Téléplaies 19 : il s'agit d'un réseau départemental de coordination des consultations pour plaies complexes, par télémédecine ; le service de diabétologie de CH de Tulle est référent et se trouve en relation avec 12 EHPAD, 4 CH, 4 MSP, la HAD départementale et la maison d'arrêt de Tulle.

Santé Landes¹³⁵ : le projet vise à promouvoir le maintien à domicile de patients atteints de maladie chroniques, avec l'appui de la PTA Santé landes et le développement d'outils numériques favorisant la coordination des professionnels ; ces outils sont développés à partir de la plateforme aquitaine d'aide à la communication (PAACO/Globule) avec l'appui opérationnel du GIP ESEA (e santé en action).

Source : Mission d'après document Région

3.1.2 Analyse des modalités de coordination entre l'ARS Nouvelle Aquitaine et la région Nouvelle Aquitaine dans le champ du pilotage de l'offre institutionnelle de santé

La feuille de route est pilotée pour la Région par l'élue déléguée à la santé, la silver économie et les formations sanitaires et sociales. Un chef de projet régional est désigné, et chaque chantier fait l'objet d'un copilotage avec une personnalité extérieure. Un comité de pilotage annuel est réuni avec les responsables de chantier et les principaux partenaires de la région, dont l'ARS.

¹³⁴ Règlement d'intervention

¹³⁵ Cf. 2.1.1.2

La Région s'inscrit dans une action partenariale, notamment avec l'ARS, les hôpitaux, les universités, les professionnels de santé et les usagers.

Les instances auxquelles la région participe 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 santé.

Sollicitée pour avis par le conseil régional, l'ARS, par courrier du 17 décembre 2017 se réjouissait d'abord que la Région se saisisse des problématiques de santé à travers sa « feuille de route », en cohérence avec le COS, et indiquait, s'agissant de l'objectif de « développement des territoires de santé » que les actions à conduire sur les territoires étaient bien identifiées et devaient être conduites en bonne articulation avec le PRS, tout en insistant sur la compétence de pilotage de l'ARS.

3.2 Départements

Malgré la convention signée entre l'ARS Nouvelle Aquitaine et les départements, la coordination est difficile. Pour le département de la Gironde, rencontré par la mission, les difficultés sont de quatre ordres :

1/ Au niveau des enjeux et des objectifs que l'ARS et le département ne partagent pas toujours : les politiques publiques portées ne sont pas toujours alignées. C'est le cas par exemple pour la création de places en EHPAD, prévue par le département de la Gironde, alors que le PRS n'en prévoit aucune, privilégiant l'« EHPAD hors les murs » ; ou encore des plateformes territoriales d'appui, perçues par les départements comme des structures concurrentes des centres locaux d'information et de coordination. Le département n'a pas été consulté sur le dossier PTA et n'est pas associé sur les appels à projets relatifs aux centres de ressources. En fait, le département n'est associé que lorsqu'il y a un double financement, notamment pour les appels à concurrence et les appels à projets (AAC/AAP).

2/ Au plan de l'organisation : la recomposition des régions le 1^{er} janvier 2016 a complexifié l'articulation entre le niveau régional, celui de l'ARS (plus éloigné) et le niveau départemental, celui des délégations départementales. Pour les départements, cette articulation est essentielle, d'autant qu'ils ne siègent pas dans toutes les commissions, ni ne participent à tous les comités et groupes de travail mis en place au niveau régional : ainsi le département de la Gironde siège au comité de coordination des politiques publiques sur le médico-social, mais pas à la commission médico-sociale de la CRSA.

3/ La relation entre l'ARS et le département n'est pas fluide. Faute de cadrage et de méthode, chacune des structures traite ses dossiers de manière verticale sans concertation avec l'autre partenaire, ce qui peut aboutir à des redondances (ex : le planning familial, compétence départementale sur laquelle se positionne aussi l'ARS) ou *a contrario* à des « compétences négatives » dans la gestion de certains dossiers (ex : la protection de l'enfance et du handicap : selon le département de la Gironde, 30 % d'enfants porteurs de handicap sont pris en charge par la protection de l'enfance, alors qu'ils devraient être en institutions pour personnes handicapées. Certains sont bloqués dans des établissements inadaptés, alors qu'ils sont reconnus par la MDPH).

4/ La complexité des financements nuit à la coordination des actions dans le secteur du handicap et celui du grand âge ; selon le département de la Gironde, les périmètres respectifs de compétence de l'ARS et des départements ne sont pas suffisamment précis.

Les capacités financières de l'ARS et celles du département sont déséquilibrées pour les projets portés en commun par les deux structures : les moyens de l'ARS ne sont pas « au niveau des besoins » ; ce déséquilibre concerne aussi les capacités en ressources humaines affectées sur ces dossiers.

Pour ce qui concerne les outils, le département considère que le CPOM n'est qu'un document sans véritable portée relative aux moyens. Les premiers CPOM étaient porteurs de transformation. Ils étaient dès lors plus intéressants, mais aussi plus complexes car ils étaient fondés sur la logique de besoins et impactaient la structure de l'offre.

Enfin, le département considère que le PRS est un document trop généraliste.

Encadré 66 : Les points marquants de la coordination

Convention ARS-Départements :

- Une convention lie l'ARS et les départements

Partage sur les objectifs et les contraintes de chacune des structures :

- Les enjeux et les objectifs de l'ARS et du département ne sont pas toujours partagés ; les politiques publiques qu'elles portent peuvent être décalées.

La dimension de la nouvelle région :

- L'ARS Nouvelle Aquitaine est née de la fusion de trois ARS et sa compétence couvre douze départements. L'articulation entre le siège et les délégations département n'est pas encore stabilisée, ce qui peut nuire à la coordination des actions entre les structures.

Les outils

- Les CPOM et le PRS n'ont pas de portée opérationnelle suffisante. Le département est associé aux AAC/AAP.

Le financement :

- Les sources de financement sont complexes et les moyens de l'ARS ne sont pas au niveau des besoins pour les projets portés en commun avec le département.

Source : Mission

3.3 Assurance-maladie

En Nouvelle Aquitaine comme dans d'autres régions, l'ARS et l'assurance maladie partagent, sur l'ambulatoire, les outils visant à faciliter à l'organisation de l'offre de santé et améliorer l'accès aux soins des patients :

➤ En ce qui concerne les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) :

Le projet de santé élaboré par l'équipe de la MSP doit être validé par l'ARS ; un comité de sélection des MSP dont la préfecture et le conseil régional sont membres, associe l'AMo et statue sur l'attribution d'aides en investissement.

Pour mémoire, le projet doit être validé pour que la MSP puisse, le cas échéant, adhérer à l'accord cadre interprofessionnel (ACI). C'est l'AMo qui anime le comité d'adhésion qui en décide, sur la base d'une fiche d'analyse conjointe entre la délégation départementale de l'ARS et la CPAM. Cette procédure oblige les deux structures à partager leur avis sur le degré de maturité du projet au regard des objectifs à atteindre, précisés dans l'accord. La décision est prise par le Directeur Général de l'ARS et le Directeur de la coordination et de la gestion du risque (DCGDR) et le contrat avec la MSP qui en résulte est tripartite.

➤ Les relations avec les médecins

L'ARS et l'assurance maladie disposent de dispositifs communs notamment des outils permettant de moduler les dispositifs nationaux afin de répondre à des problèmes spécifiques à la région, ou de déroger aux dispositifs conventionnels, sur la base du zonage produit par l'ARS et dont la CPAM est informée.

Sur les contrats d'aide à l'installation (CAIM), des dérogations peuvent être apportées aux conditions d'éligibilité (par exemple, exercice groupé dans zone déficitaire, sur lesquelles des dérogations peuvent être acceptées).

En ce qui concerne la mise en œuvre des contrats tels que CSTM, PTMA/PTMG/CESP il n'y a *a priori* pas de regard de l'AMO mais un échange d'informations entre cette dernière et l'ARS sur les dispositifs existants, qui permet d'aiguiller le cas échéant les médecins sur le dispositif le mieux adapté.

Enfin, l'assurance maladie obligatoire est également associée à la commission sur la permanence de soins ambulatoires.

➤ Le virage numérique

Un comité de pilotage conjoint entre ARS et AMO est consacré à la généralisation de l'expérience de télémédecine pour les patients résidant en Ehpad ou les patients en affection de longue durée (projet Etapes).

Certains projets financés jusque-là sur le FIR sont désormais financés par l'AMO qui se refinance sur le FIR, ce qui peut paraître inutilement complexe. Pour la messagerie sécurisée santé (MSS) et le dossier médical partagé (DMP), l'AMO est pilote mais associe l'ARS.

➤ PTA

Les PTA utilisent l'outil PAACO pour la coordination des soins ; l'AMO est conviée au comité de pilotage organisé par l'ARS. Ce sujet amène l'assurance maladie à se demander si les dispositifs PRADO vont intégrer les PTA. Dans les Landes, du fait de l'expérimentation de la PTA (santé Landes), PRADO n'était plus sollicité.

➤ Guichet unique :

Ce dispositif, dernier en date, doit être mis en œuvre conjointement avec l'ARS dans le cadre du Portail d'appui aux professionnels de santé (PAPS) animé par les ARS. Un état de l'offre de service aux médecins précède l'extension ultérieure aux autres professionnels. Ce guichet doit être la porte d'entrée unique pour les projets des professionnels, sur toute la durée de leur carrière avant qu'ils ne soient redirigés vers la CPAM, l'ordre professionnel, l'Urssaf, le conseil régional...

Le tableau ci-dessous résume les relations entre l'assurance maladie et l'ARS.

Tableau 38 : Relations entre l'ARS et la DCGDR dans le pilotage de l'offre de soins ambulatoire

Thématique	Actions et/ou instances	Pilotage ARS	Pilotage DCGDR	Co pilotage	Autres modalités partenariales
Maisons de Santé Pluripro	Comité de sélection des MSP	X			AM (siège consultatif)
	Comité d'adhésion des MSP à l'ACI			X	
	Commission Paritaire Régionale ACI		X		ARS (siège consultatif)
Zonages	définition	X			AM informée
	concertation	X			AM informée
Contrats incitatifs	adoption de modulations régionales	X			AM informée
	Comité d'adhésion/de concertation pour éligibilité aux modulations			X	non mis en place en l'absence de modulation décidée par ARS
PDSA	Commission régionale ad hoc négociations cahier des charges	X			AM (siège consultatif)
Télémédecine expérimentation	COPIL ETAPES (Expérimentation de la Télémédecine pour l'amélioration du Parcours En Santé) art 36 LFSS 2014			X	
Télémédecine droit commun (dispositions conventionnelles)	mise en œuvre des avenants conventionnels		X		ARS informée
Plan territorial d'accès aux soins	mise en place du Guichet Unique pour les professionnels de santé			X	
Virage numérique	déploiement du DMP		X		ARS associée pour articulation et interopérabilité PAACO
	déploiement de la MSS		X		ARS informée sur niveau déploiement
Coordination des soins	COPIL des Plateformes territoriales d'appui (PTA) aux professions de santé	X			AM (siège consultatif)
	déploiement des Prado (programme de retour à domicile) volets mater, chirurgie, médecine		X		ARS informée (adhésions Ets, niveaux d'inclusions)

Source : DCGDR

4 ANNEXE : ANALYSE DES LETTRES D'APPROBATION DES GHT

Tableau 39 : Analyse des lettres d'approbation des GHT

GHT	Points forts en matière d'évolution de l'offre	Observations ou demandes
Alliance de Gironde	<ul style="list-style-type: none"> - En cancérologie, développement des chimiothérapies à domicile - En cardiologie, volonté d'inscrire l'offre dans la structuration de parcours - En périnatalité, mise en place de consultations avancées, fluidification des transferts de nouveaux nés permettant de respecter la vocation des niveaux de recours - En psychiatrie, développement de la télémédecine, d'hôpitaux de jours intersectoriels - En urgences, préfiguration d'équipes communes - Qualité du travail sur le développement de l'éducation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de diagnostics sur l'offre actuelle et pas suffisamment de détails sur l'organisation d'une offre graduée, ou sur la place de tel établissement dans le cadre d'un parcours de soins, lorsque des zones en difficultés sont identifiées - Pas de plan de développement de l'HAD
Atlantique 17	<ul style="list-style-type: none"> - En prévention et éducation thérapeutique, projet de maison du diabète et des maladies chroniques - En urgences, projet d'une fédération interhospitalière des urgences - En gériatrie, constitution d'une unité péri opératoire 	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation par filière de l'offre de soins et les principes d'organisation des activités au sein des filières sont insuffisamment détaillés - Notamment en périnatalité - Et en HAD
GHT Béarn Soule	<ul style="list-style-type: none"> - En gériatrie, interface équipes d'urgences/gériatrie, prise en charge en ortho-gériatrie, et en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de précision en termes de gradation des soins et de mutualisations possibles

	<ul style="list-style-type: none"> - En HAD, travail de rapprochement des structures actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Le PMP n'aborde pas la transformation de la maternité d'Oléron e CPP - En psychiatrie, le virage ambulatoire doit être précisé - En urgences, les modalités d'organisation de l'équipe territoriale devront être détaillées - En cancérologie, les modalités d'atteinte des seuils de chirurgie ne sont pas abordées - En chirurgie, les principes d'organisation en filière sont insuffisamment détaillés
GHT Charentes	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic complet et souci de décliner par filière un maillage de consultations avancées, et le recours à la télémédecine notamment pour cardiologie et diabétologie - Recherche de complémentarités avec le secteur privé - Urgences : gradation de la prise en charge dans la filière - Organisation de la prise en charge de l'AVC en pluridisciplinarité et en relais ville-hôpital - Plateforme de coordination en diabétologie - Parcours inter SSR et prises en charge en HAD à partir des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - La gradation des soins en chimiothérapie est à développer - Traiter les besoins de coordination entre services MCO et psychiatrie
GHT des Deux sèvres	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement complet des filières gériatrie, diabétologie et insuffisance rénale chronique 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de préciser le fonctionnement actuel des filières - En cancérologie, les modalités d'organisation du dépistage ne sont pas abordées - En cardiologie, la réflexion doit être poursuivie
GHT Dordogne	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des points de rupture des parcours par filière - Territorialisation de la gestion des lits pour les urgences - En santé mentale, baisse de l'hospitalisation complète au profit d'équipes mobiles - Gradation de l'offre adaptée en cardiologie 	<ul style="list-style-type: none"> - L'examen de la gradation des soins entre établissements n'est pas systématique - Notamment pour la médecine d'urgence ; le recours aux infirmiers hospitaliers de recours doit être précisé - En cancérologie, nécessite de coordination entre établissements du GHT pour une réelle gradation de l'offre - La filière chirurgie pédiatrique doit être déclinée de manière précise
GHT Vienne	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes territoriales d'urgentistes et de pneumologues - Répartition des activités entre établissements en périnatalité, filière AVC, pneumologie, chirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> - Les collaborations entre établissements publics et privés doivent être prises en compte - La filière insuffisance rénale chronique doit prendre en compte le développement de l'hémodialyse hors centre

GHT Landes	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination et gradation des soins entre établissements pour plusieurs filières (pneumologie, néphrologie, cardiologie, rhumatologie, SSR...) 	<ul style="list-style-type: none"> - En chirurgie carcinologique, le sujet des seuils d'activité n'est pas posé - En médecine interne et hématologie, les types de prise en charge réalisés par établissements ne sont pas précisés - L'impact des collaborations public/privé devra être précisé
GHT Limousin	<ul style="list-style-type: none"> - Caractère opérationnel de la présentation de la filière maladies du cœur et des vaisseaux - Fédération médicale inter hospitalière pour la filière urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Gradation des soins insuffisamment développée pour plusieurs filières (diabétologie, périnatalité, cancérologie- nécessité d'une organisation intégrée en radiothérapie...) - Gradation des soins non conforme au SRS en santé mentale - Nécessité de prendre en compte les tensions sur la démographie médicale pour l'adaptation des autorisations en obstétrique et néonatalogie
GHT Lot et Garonne		<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs filières doivent faire l'objet d'un diagnostic et d'une description de la gradation des soins envisagée plus détaillés (gériatrie, oncologie, périnatalité, cardiovasculaire, santé mentale)
GHT Navarre	<ul style="list-style-type: none"> - Partage des compétences et expertises médicales entre le CH Côte basque et St Palais - Traitement adapté de la filière chirurgie et plus globalement de la partition des activités entre établissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de traitement de la filière urgence - Traitement trop succinct de chaque spécialité dans la filière médecine - Pour la filière mère : enfant, la gradation des prises en charge entre établissements devra être précisée - Les modalités du virage ambulatoire devront être précisées en santé mentale - Des compléments à apporter sur les actions de prévention en gériatrie
GHT Saintonge	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic clair posant les enjeux de recomposition de l'offre avec répartition des activités entre établissements - En urgences, effort de schématisation des filières de prise en charge - En périnatalité, prise en compte de la transformation d'une maternité en CPP - En cardiologie interventionnelle, gradation des soins décrite de manière adaptée - En santé mentale, l'évolution de l'offre est orientée vers le virage ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement de la filière neurovasculaire/neurologie est trop centrée sur le seul sujet AVC - En cancérologie, l'approche de la filière n'est pas complète en termes géographiques

Source : Mission

ANNEXE 4 : AIDES À L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Dans les zones d'intervention prioritaires

Les aides conventionnelles :

- le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) en zone sous-dotée est une aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à 50 000 €,
- le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) préparant leur sortie d'exercice qui accueillent au sein de leur cabinet en zone sous-dotée un médecin conventionné permet une augmentation de 10 % des honoraires conventionnés dans la limite de 20 000 € annuels,
- le contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) en faveur des médecins qui ont une pratique groupée avec d'autres professionnels est un contrat de 3 ans doté d'une aide de 5 000 € par an.

Les aides financières de l'Etat

- le contrat d'engagement de service public (CESP) destiné aux étudiants en médecine et odontologie qui s'engagent pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour deux ans minimum à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. 1700 contrats devaient être ouverts d'ici la fin 2017. Il ouvre droit à une allocation brute de 1200€ bruts par mois ;
- le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) a pour objet de favoriser les remplacements de médecins installés dans des zones sous-denses et garantit une rémunération sur une période allant de un an à six ans sous réserve de réaliser un nombre minimal de consultations. Le nombre de contrats autorisé par arrêté s'élève à 200 France entière en 2017 ;
- les contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) pour les généralistes, dont la possibilité est ouverte depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 aux spécialistes sous la forme de contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) . Ces contrats consistent notamment en une garantie de ressources pour le cabinet de 6 900 € mensuels bruts pour une activité à temps complet.
- En outre, diverses exonérations fiscales et sociales sont prévues sous certaines conditions au bénéfice des médecins qui acceptent de s'installer dans des zones sous denses (exonérations d'impôt sur le revenu en cas de participation à la permanence de soins ambulatoires), et pour ceux qui s'installeraient en zone franche urbaine (ZFU) ou en zone de revitalisation rurale (ZRR) (exonérations de l'impôt sur les sociétés ou les revenus, de cotisations foncières des entreprises, de cotisations patronales).

Dans les zones d'action complémentaire

Les aides conventionnelles

- le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) destiné aux médecins implantés en dehors d'une zone fragile qui apportent leur concours à des confrères installés en zone fragile pour une aide égale à 10 % des honoraires perçus en zone fragile et plafonnée à 20 000€ annuels, ouverts aux spécialistes comme aux généralistes.

Les aides de l'Etat

- Ce sont les mêmes que les aides en zones d'intervention prioritaire
- les aides de certaines ARS
- Les ARS ont la possibilité de compléter ces dispositifs conventionnels ou de l'Etat sous certaines conditions (exercice en mode coordonné, participation à la permanence des soins).

Dans les zones hors vivier

Les aides conventionnelles

- Ce sont les mêmes que les aides en zones d'action complémentaire
- Les aides des ARS
- Les ARS ont là aussi la faculté d'accorder des aides aux médecins

Enfin, les collectivités territoriales ont la faculté d'accorder diverses aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé (prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux, versement de primes dans les zones couvertes par les dispositifs d'aide de l'État et de l'assurance maladie.

ANNEXE 5 : APPLICATIONS

INTERVENANT DANS LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SANTÉ INSTITUTIONNELLE

Applications Transverses	
DIAMANT (MEX* : 2010) *Mise en exploitation	Outil décisionnel qui automatise la production d'information (indicateurs et tableaux de bord) pour permettre aux ARS d'obtenir une vision consolidée aux niveaux souhaités (national, région, territoire, département, établissement), transverse sur l'ensemble des secteurs sanitaires (MCO, SSR, HAD et PSY, ACE, RPU) et médico-social, sur les différents axes de la performance (Activité, Finance, Qualité, Productivité, RH) et Infra annuel pour anticiper l'atteinte des objectifs et les dérives potentielles, Concernant le champ médico-social, deux nouveaux flux d'information doivent compléter l'offre DIAMANT (directement ou via la plateforme ImportCA de la CNSA) : - La récupération des données relatives aux tableaux de bord des établissements médico-sociaux (tableau de bord ANAP, nommé « tableau de bord Performance »). - La récupération des comptes administratifs des ESMS (via ImportCA applicatif développé par la CNSA).
Tableau de Bord DGARS (MEX : 2011 pour les états financiers)	Outil de pilotage pour les DGARS dont principales fonctionnalités au 31/12/2017 sont : - Elaboration des Etats financiers des ARS - Maquette Tableau de bord - Requêtes ad hoc
Etats financiers des ARS	Etat financier des ARS : l'état financier annuel des ARS retrace l'ensemble des dépenses de santé d'une région. La CNAMTS fournit notamment à partir du SNIIRAM les dépenses soins de ville (cf. § Etat financier des ARS).
Atlasanté MEX : 2015	Système d'information géographique (SIG) La plateforme propose un certain nombre de services comme le téléchargement de données, l'accès à un catalogue de cartes ou la possibilité de réaliser ses propres cartes ou éditer des portraits de territoire. Au 31/12/2017 sont disponibles 1200 jeux de données, 50 cartes thématiques (Santé, offre sanitaire, parcours etc.)
Cartosanté MEX : 2011	Base d'information dédiée, Cartosanté regroupe des informations relatives à la demande et à l'offre de soins liées à 5 professions libérales: médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et orthophonistes permettant l'édition de représentations cartographiques et statistiques utiles notamment pour l'aide à l'installation des personnels de santé
SIICEA En cours de déploiement	Outil permettant la programmation et suivi des inspections et contrôles, l'archivage des audits et le reporting vers le niveau national
6PO MEX : 2018	Pilotage et suivi transversal, pluriannuel et centralisé des actions d'un plan permettant d'éviter le cloisonnement des projets et d'éventuels doublons. L'outil répond aux multiples besoins de pilotage identifiés dans une logique transversale : - Suivi du PRS - Pilotage stratégique de l'Agence - Pilotage opérationnel des actions liées au cœur de métier de l'agence - Suivi de plans nationaux déclinés au niveau régional (CPOM, ONDAM, P2RT...) 6PO doit remplacer SPICE-ARS outil de suivi des CPOM Etat-ARS

Applications métiers : champ Sanitaire	
ARHGOS / SDLI MEX : 2010	Outil de gestion des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds (EML) pour les établissements sanitaires, ainsi que des activités soumises à reconnaissance contractuelle et des autres activités (pharmacies à usage intérieur, chirurgie esthétique, prélèvements de cellules, tissus et organes...). L'application SDLI (Suivi De l'Instruction des autorisations) permet aux ARS de gérer le processus amont de délivrance ou de renouvellement des autorisations de soins sanitaires.
PHARMA-SI MEX : 2017	Outil de gestion des autorisations et conditions d'exploitation des pharmacies. Au 31/12/2017 les principales fonctionnalités sont : - L'instruction et gestion des demandes de création, transferts et regroupements - La déclaration annuelle du CA
e-CARS Sanitaire MEX : 2016 (2 ARS) Déploiement complet en 2018	Portail permettant de gérer le processus de contractualisation de façon partagée avec les établissements sanitaires et d'améliorer le dialogue de gestion avec ces partenaires. L'outil doit notamment permettre : - d'optimiser la relation entre les ARS et leurs partenaires, via un point d'entrée unique aux dernières informations de référence sur les contrats et des échanges
HAPI "Autres champs" MEX : 2014	Outil permettant: - la gestion et à l'allocation des ressources dans le champ sanitaire : MIGAC, DAF, USLD, Forfait et FMESPP - le pilotage et l'ordonnancement des dépenses du fonds d'intervention régional (FIR)
Applications métiers : champ Médico-Social	
e-CARS Médico-Social MEX : 2018	Mêmes fonctionnalités que e-CARS Sanitaire pour les ESMS
SEPPIA Mex : avril 2018	Outil de suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations des ESMS est issue de l'union des anciennes applications SELIA (Application de Suivi des Installations et Autorisations) et E-PRIAC (Application de Suivi de la Programmation des ARS). SEPPIA met à disposition cinq types de restitution qui fourniront des statistiques sur les taux d'autorisation - taux d'installation - taux d'exécution, les taux d'équipement par structure et par département, les taux d'équipement par déficience et par département, la visualisation des appels de crédits de paiement des ARS au niveau de l'administration centrale et à celui de chacune des ARS, outil d'archivage permettant aux agences régionales de santé de visualiser les saisies effectuées chaque année pour les demandes de crédits
GALAAD Mex : 2015 (version renouvelée)	Application permettant aux médecins des ARS, des conseils généraux et les médecins coordonnateurs des EHPAD et des unités de soins de longue durée de saisir les informations sur les besoins en soins des résidents afin de déterminer le budget « dépendance et soins » de ces établissements. La CNSA exploite également les données anonymisées recueillies par les médecins coordonnateurs à des fins statistiques pour caractériser les résidents des EHPAD, constater l'évolution de leurs pathologies et adapter la politique nationale de médicalisation des établissements.

<p>TDBMS : Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social MEX : 2013 pour 1000 ESMS 2018 sur l'ensemble du territoire (22 000 ESMS)</p>	<p>Outil commun (portail déployé au sein des établissements) aux gestionnaires de structures dans les champs personnes âgées et personnes handicapées (enfants/adultes), et aux autorités de tarification et de contrôle. Il permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'améliorer la connaissance de l'offre - d'aider au pilotage interne des établissements ; - de faciliter le dialogue de gestion ;de comparer des structures de même catégorie et capacité
---	---

