



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 RHONE 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 km²) après la Nouvelle-Aquitaine (84 000 km²) et l'Occitanie (73 000 km²) ; 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%	1 155,6	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 sur %	national		ARA		écarts sur %	national		ARA		écarts sur %
	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		
	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'applicatif 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'applicatif 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

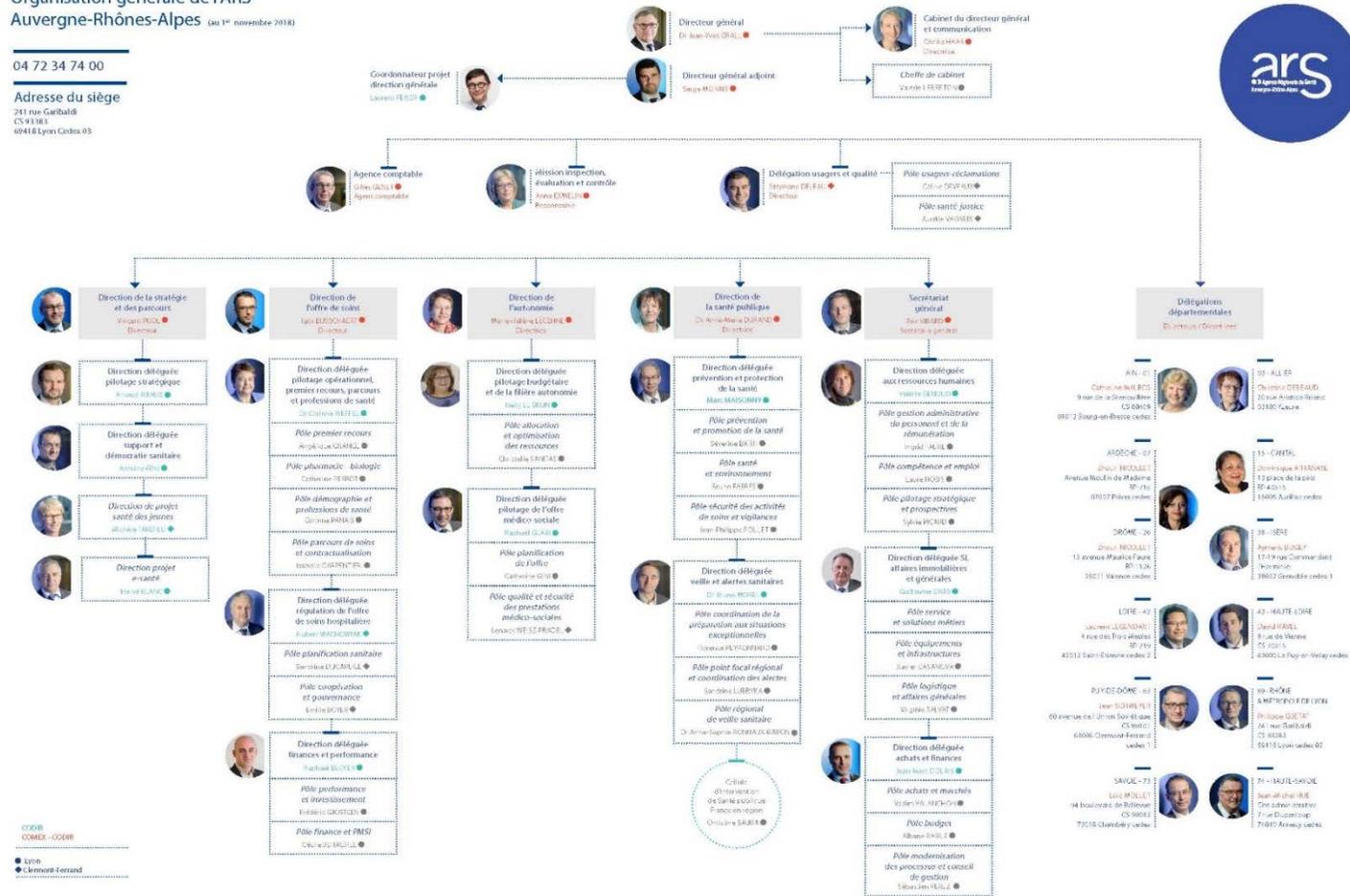
¹⁰ Par ailleurs, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a développé des SI métiers qui ne servent pas directement au pilotage de l'offre, soit qu'elle intervient pour l'ensemble des ARS (CBU pour les contrats de bon usage du médicament et SITS « Transporteurs sanitaires »), soit que l'offre n'existe pas au sein 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

Organisation générale de l'ARS
Auvergne-Rhône-Alpes (au 1^{er} novembre 2018)

04 72 34 74 00

Adresse du siège
241 rue Garibaldi
CS 9183
69416 Lyon Cedex 03



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 télé-médecine, 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.

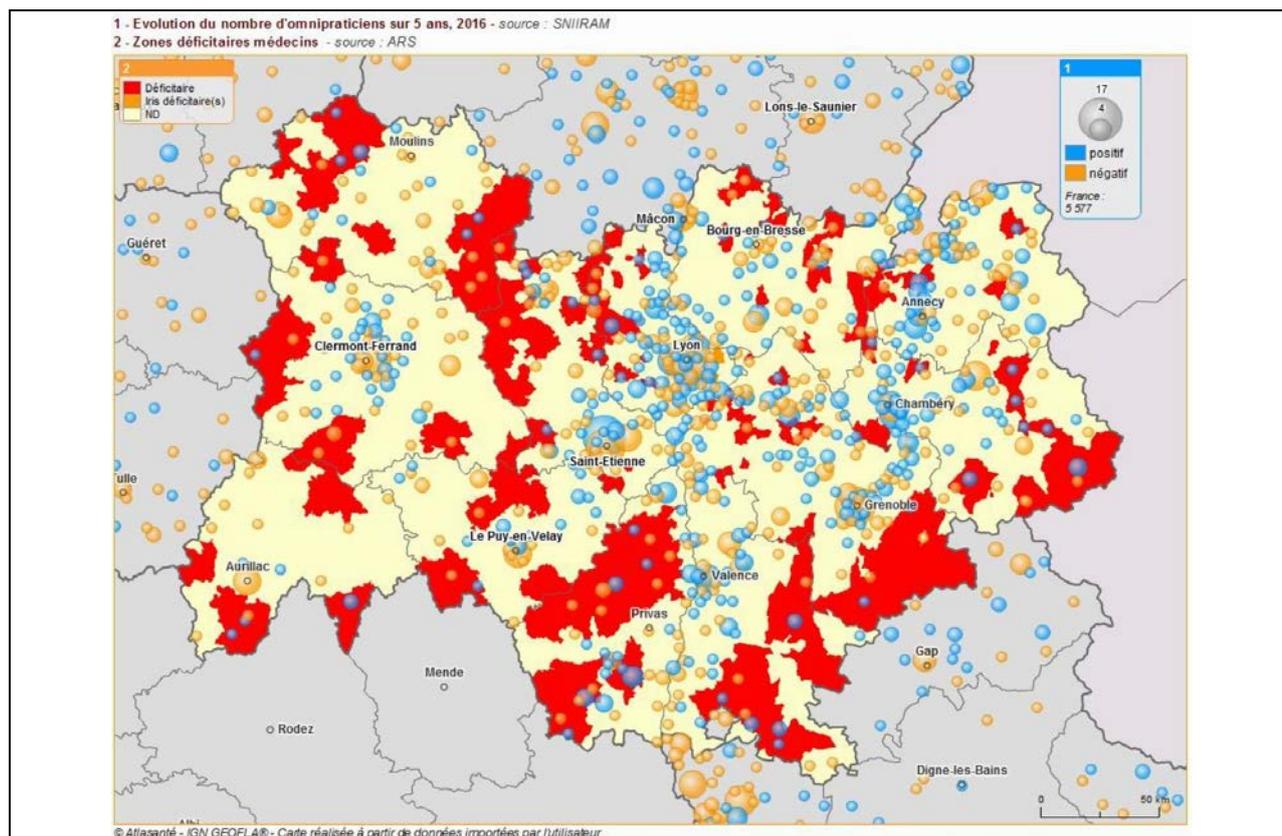
En outre, deux instances, une régionale, une départementale, se réunissent régulièrement « selon un ordre du jour type :

- 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).

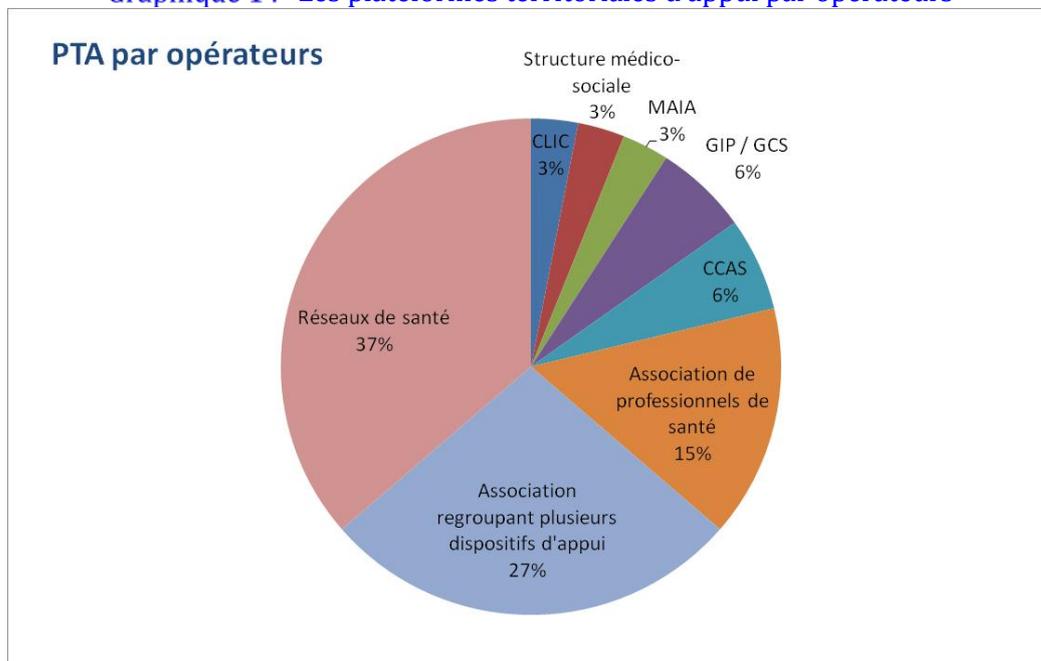
Sur le plan financier, l'ARS attribue pour la création d'une maison de santé une enveloppe de 50 000 € destinée à accompagner le montage de son projet de santé et des statuts de la SISA, en finançant le système d'information et l'équipement des parties communes.

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 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 EPS 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 adhérence 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'efficacité, 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 rénové 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 pris en charges, 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			
Accueil de jour 69	10 places	Infructueux 1 dossier reçu et examiné mais non retenu	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
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			
Accueil de jour 07	14 places	Infructueux	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
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 reçus, 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 efficace 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'Établissements 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 Éducatif & Pédagogique) l'Écossais 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'Andrevetan 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
Groupement 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 paraît 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

RAPPORT IGAS N°2018-018R

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 Albanais	<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	
	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Secteurs										
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		
	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 pas 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 FINISS, 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

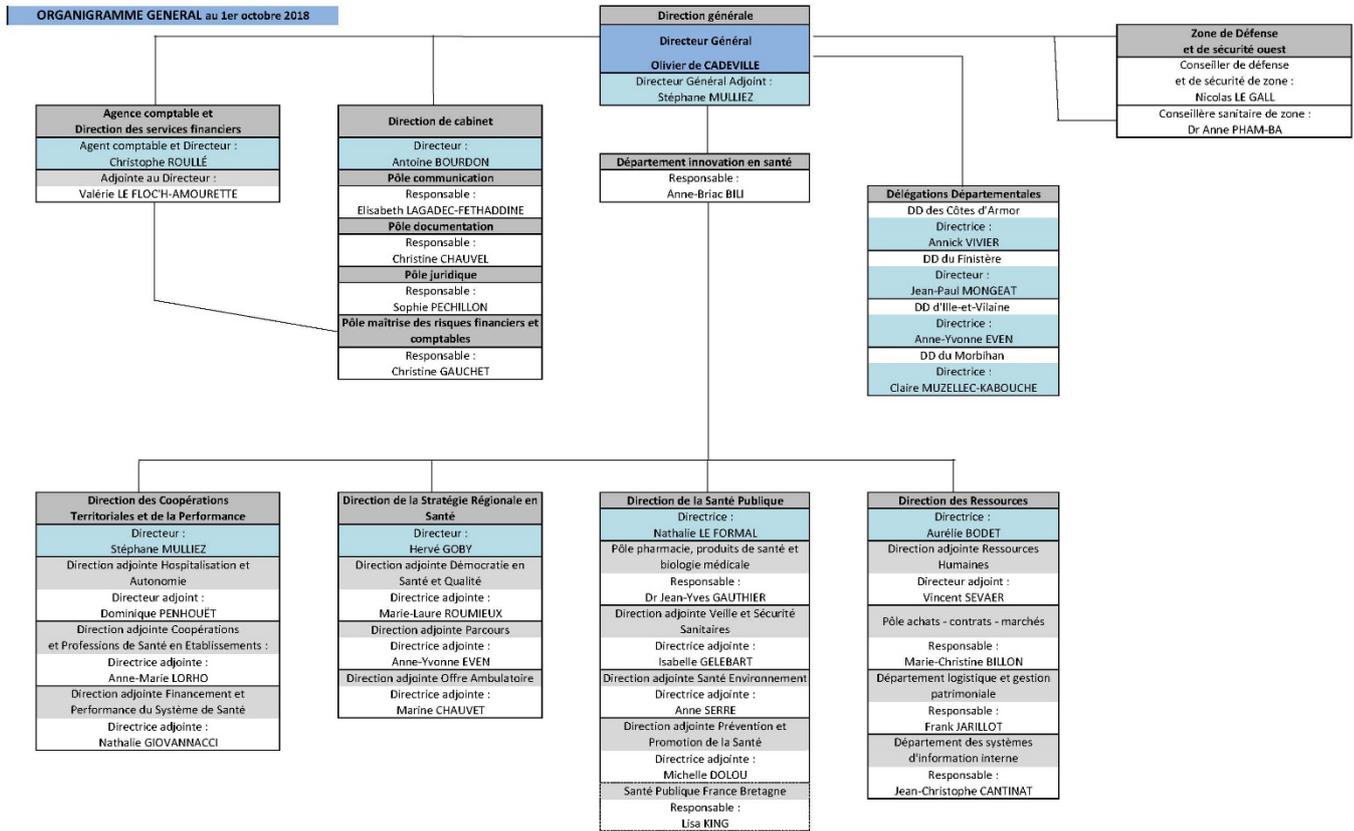
Interfaçage avec le tableau de bord de la performance de l'ANAP prévu pour 2018

(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 : télémédecine, 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 télémédecine, Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, Les consultations mémoire, Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents, Les centres périnataux de proximité (CPP), la permanence des soins

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

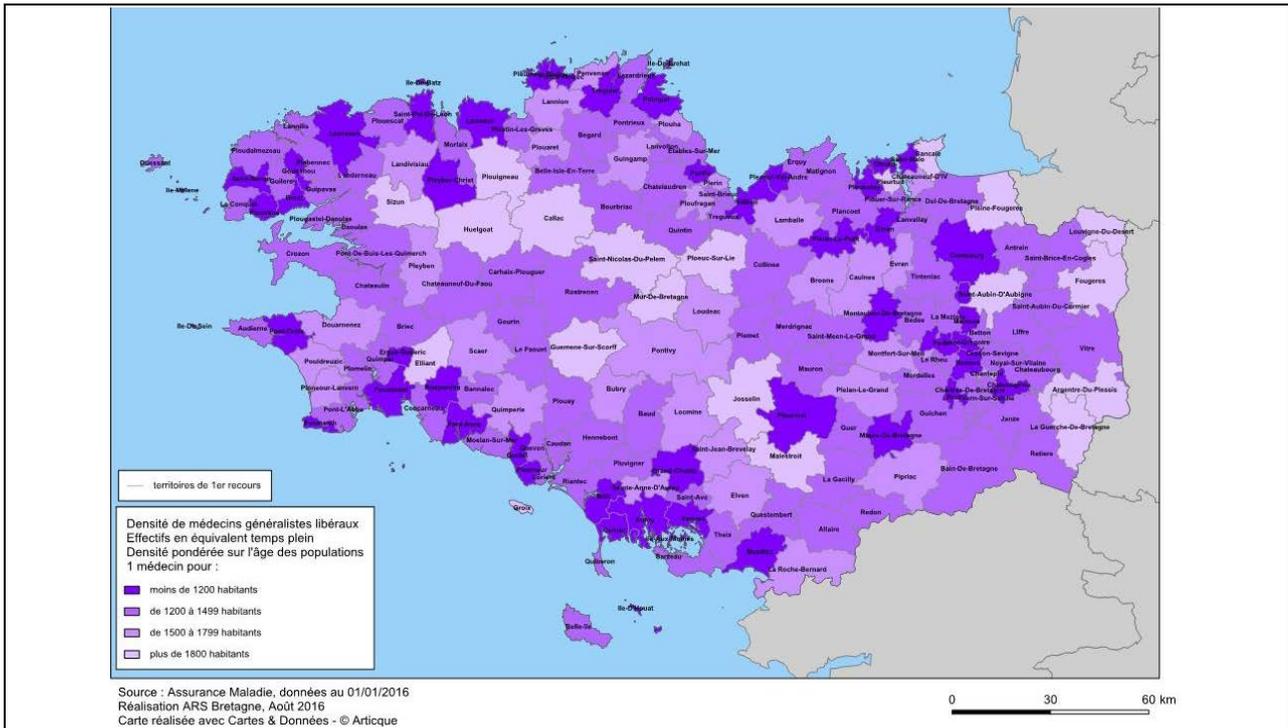
La densité de médecins généralistes libéraux est comparable à la moyenne nationale (9,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants en Bretagne, 9,1 en France), mais la répartition territoriale fait apparaître des inégalités en faveur des zones urbaines et côtières. Les autres professionnels de premier 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

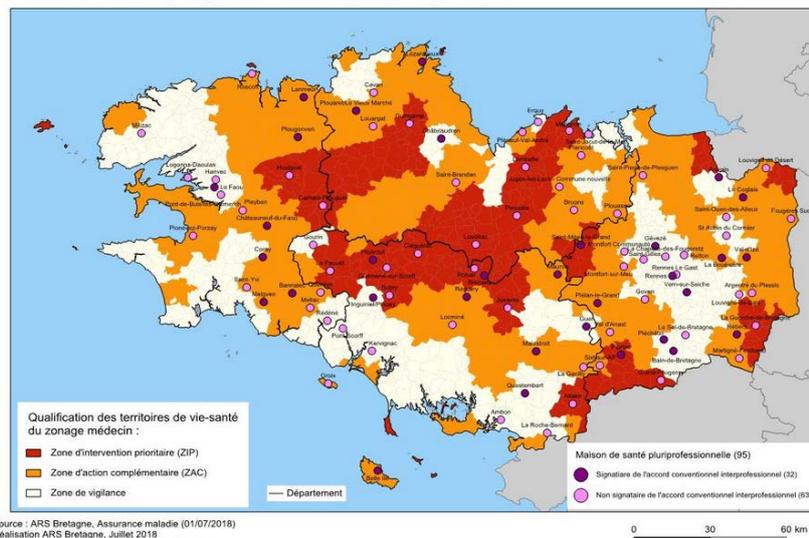
Sites accompagnés par l’ARS	2015	2016	2017	Mai 2018
Pour l’élaboration d’un projet de santé	3	11	9	4
Pour la mise en œuvre du projet de santé	12	3	7	0

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.

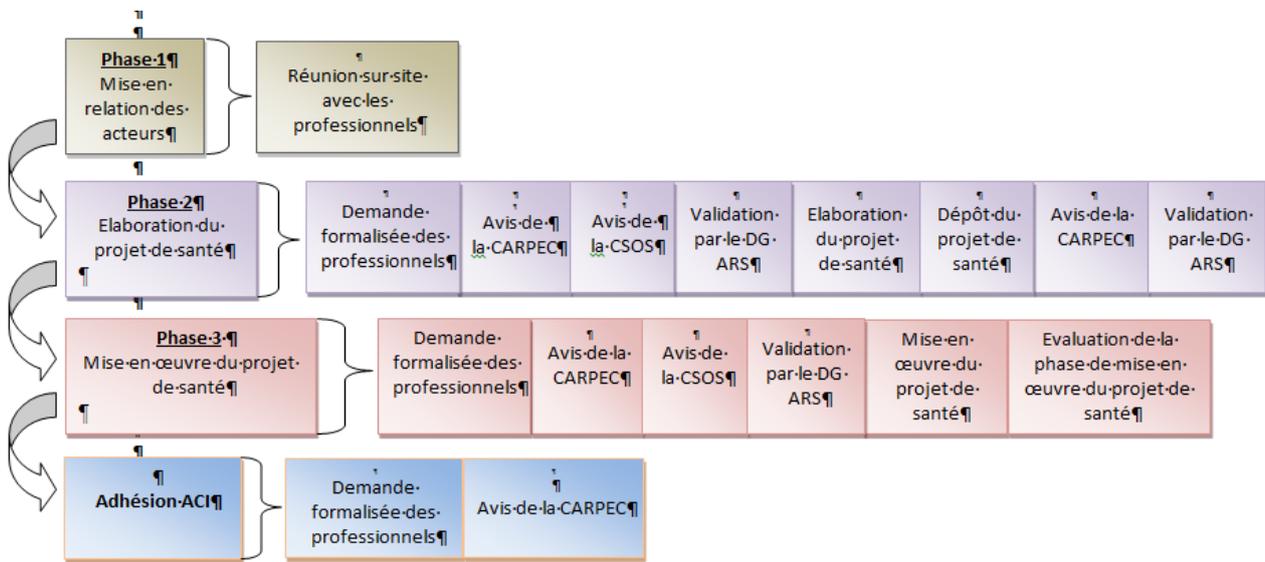
Suite à la validation de leur projet de santé, les professionnels de santé libéraux peuvent formaliser une demande d’accompagnement pour sa mise en œuvre. Cette demande est également présentée devant la CARPEC pour avis. Suite à ces avis, la validation revient au DG de l’ARS.

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

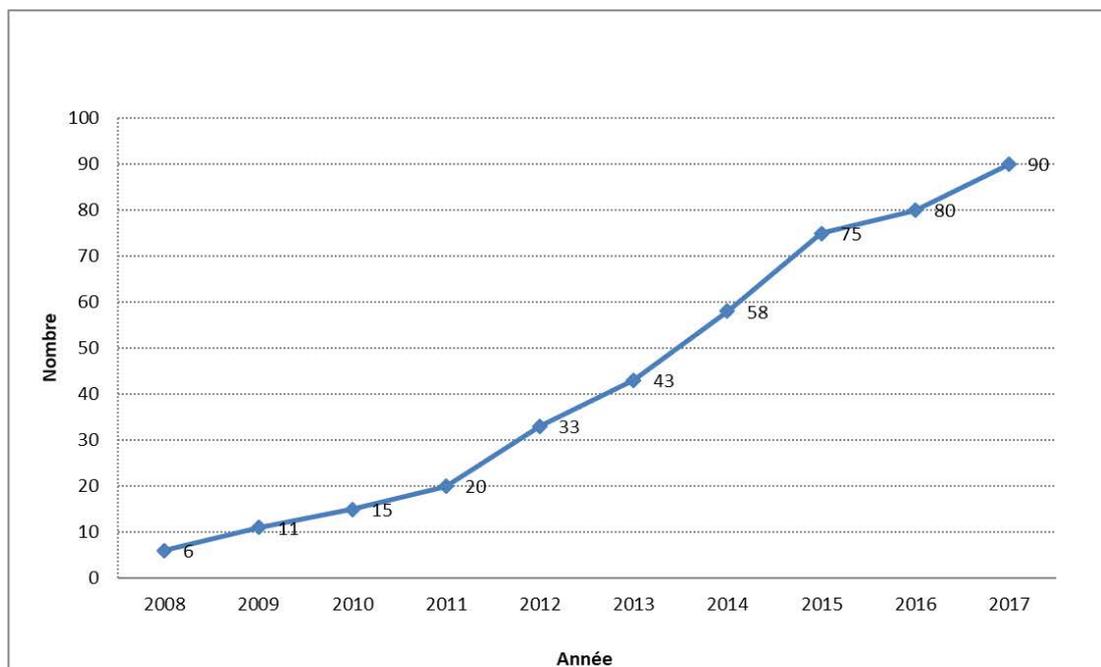


En pratique, le travail se fait en concertation avec les URPS. Aux dires des interlocuteurs de la mission, il ne serait pas nécessaire que les services de l’ARS soient proactifs ; il suffit qu’ils répondent aux sollicitations des élus et des professionnels très dynamiques. A ce titre, des réunions de 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

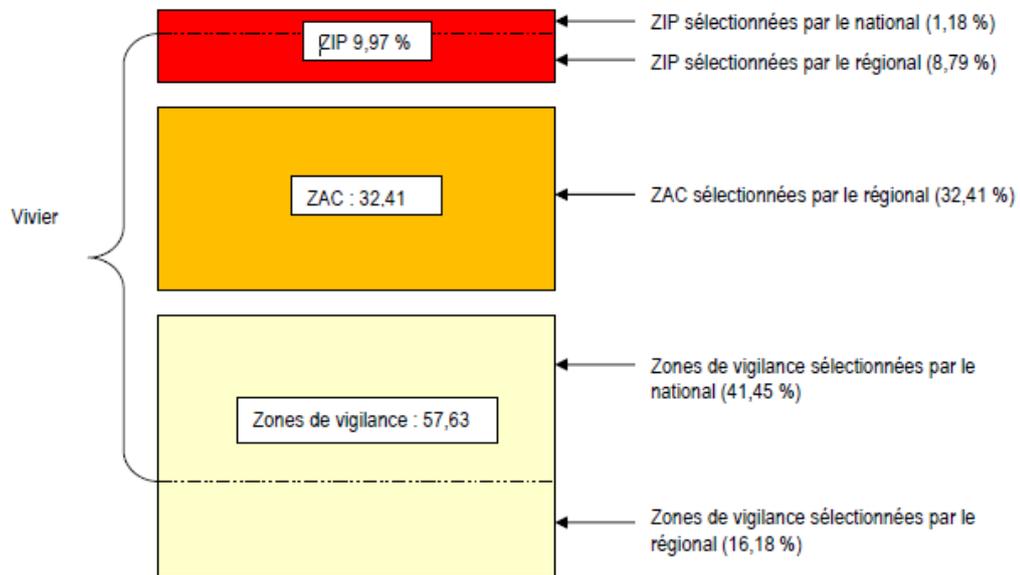
⁶⁴ Contrairement aux précédents zonages, la dernière réactualisation s'inscrit dans le cadre d'une méthodologie nationale, qui laisse toutefois une marge de manœuvre à l'ARS⁶⁴ afin qu'il puisse être tenu compte des spécificités des territoires tels que les territoires insulaires de la Région bretonne. 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)	- 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).*	- 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	- Prise en charge des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA*
ZAC (zones d'action complémentaire)	- 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.)*	- 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	- Prise en charge des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA*
Zones de vigilance		- Accompagnement ARS rédaction et mise en œuvre du projet de santé (en vigueur lors de la parution du nouveau zonage)	

Source : ARS

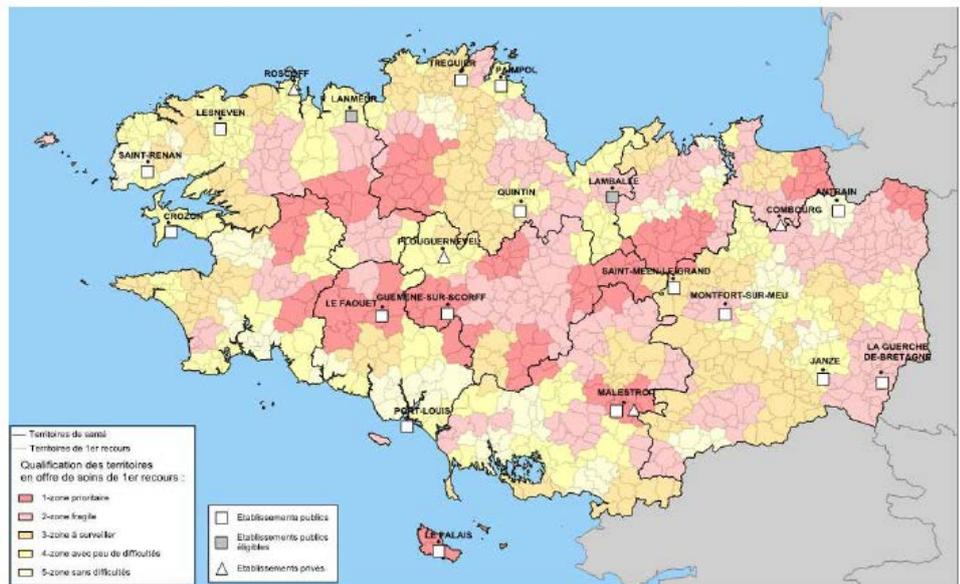
2.2 Instruments de pilotage utilisés par l'ARS Bretagne dans le secteur hospitalier

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



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.

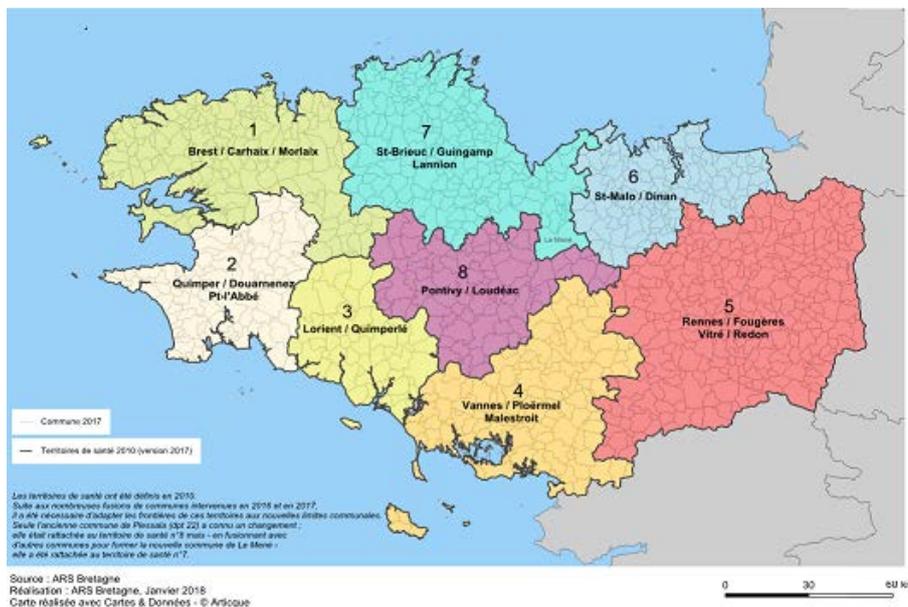
⁶⁵ Ceci n'empêche pas l'ARS de travailler sur la gradation des soins, dans le cadre notamment de chaque GHT

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 Vitry 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 (adossement 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.

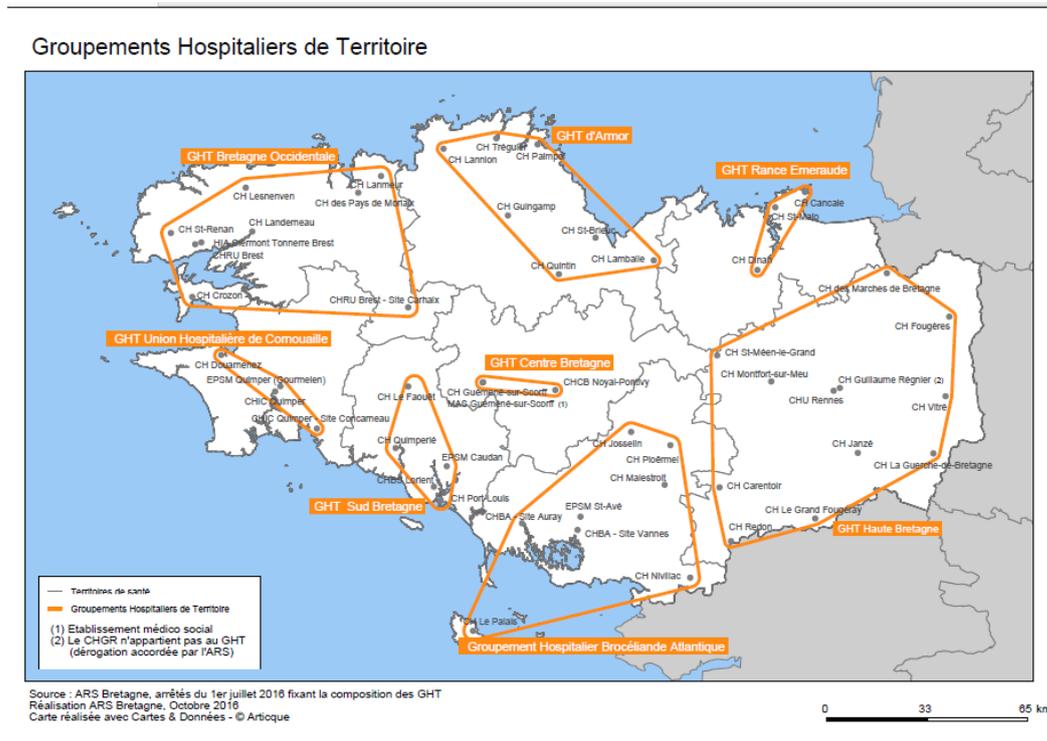
Les territoires des GHT ne correspondent pas aux territoires départementaux.

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, oncologie, 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 aout 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 recombinaison 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 (finalement fin chirurgie HC et ambu)		
Douarnenez	x			
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	
		fin chirurgie et augmentation des capacités de SSR		
Pont l'Abbé	x			
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 (EMA) 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 (EMA) 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

RAPPORT IGAS N°2018-018R

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 ESMS 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 ESMS. 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'utilisateur, 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

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- 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

Population : 5,9 millions d'habitants au 1er janvier 2015, soit 9 % de la population de France métropolitaine
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.
Superficie : La région est la plus vaste des nouvelles régions françaises
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
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 %)
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.
Situation épidémiologique : Les premières pathologies chroniques des Néo-aquitains sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies mentales.
Facteurs de risques : Des risques comportementaux liés à la nutrition, la consommation d'alcool et de tabac et les conduites à risques

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	1974,7					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		
	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 fort (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 SEPIIA 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 ESMS). 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 testé 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

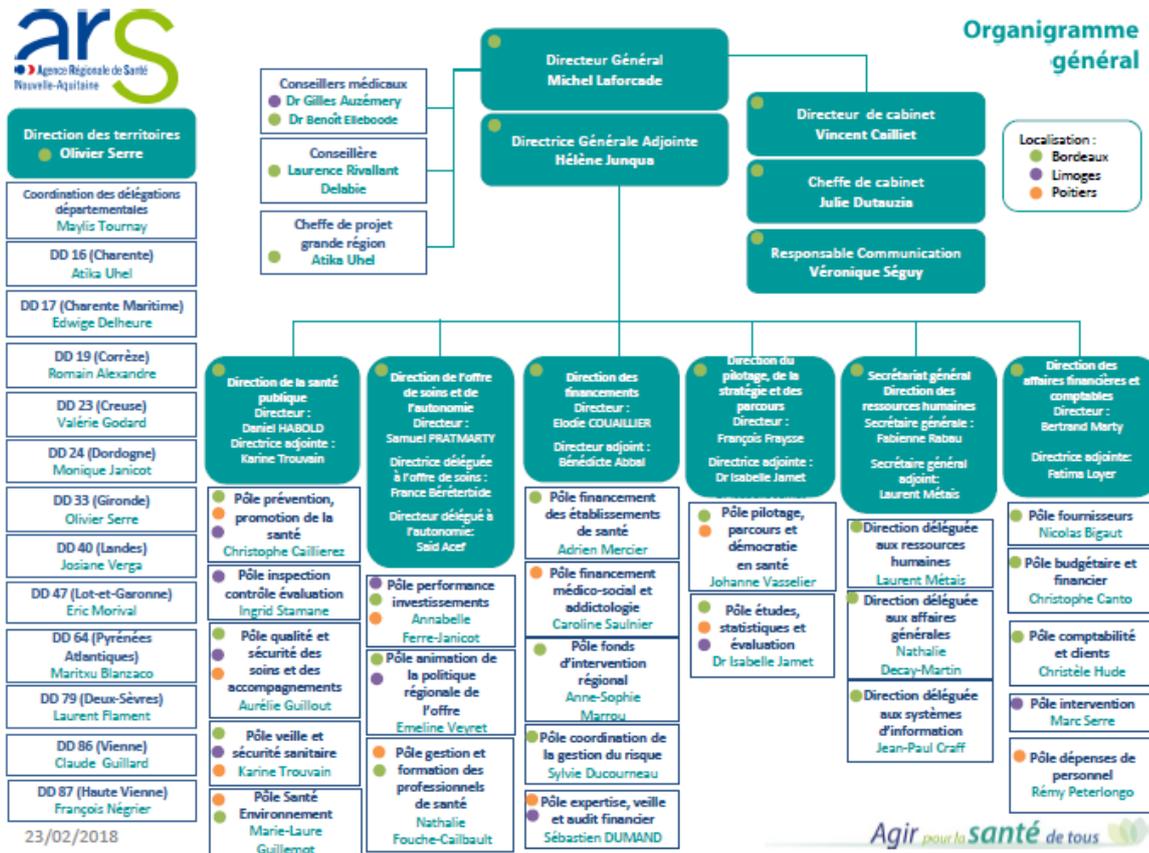
Sur les sept directions du siège, trois directions comptent le pilotage de l'offre de soins au nombre de leurs missions principales :

- 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/parténariats/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), Télémedecine - 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 : télémédecine, 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 télémédecine, Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, Les consultations mémoire, Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents, Les centres périnataux de proximité (CPP), la permanence des soins

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 CRRRA dont l'activité est inférieure à 50 000 DRM ou les situations où 2 CRRRA 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 UTILISÉS PAR L'ARS NOUVELLE AQUITAINE POUR PILOTER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE DE SANTÉ

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 (ophtalmologistes, 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.

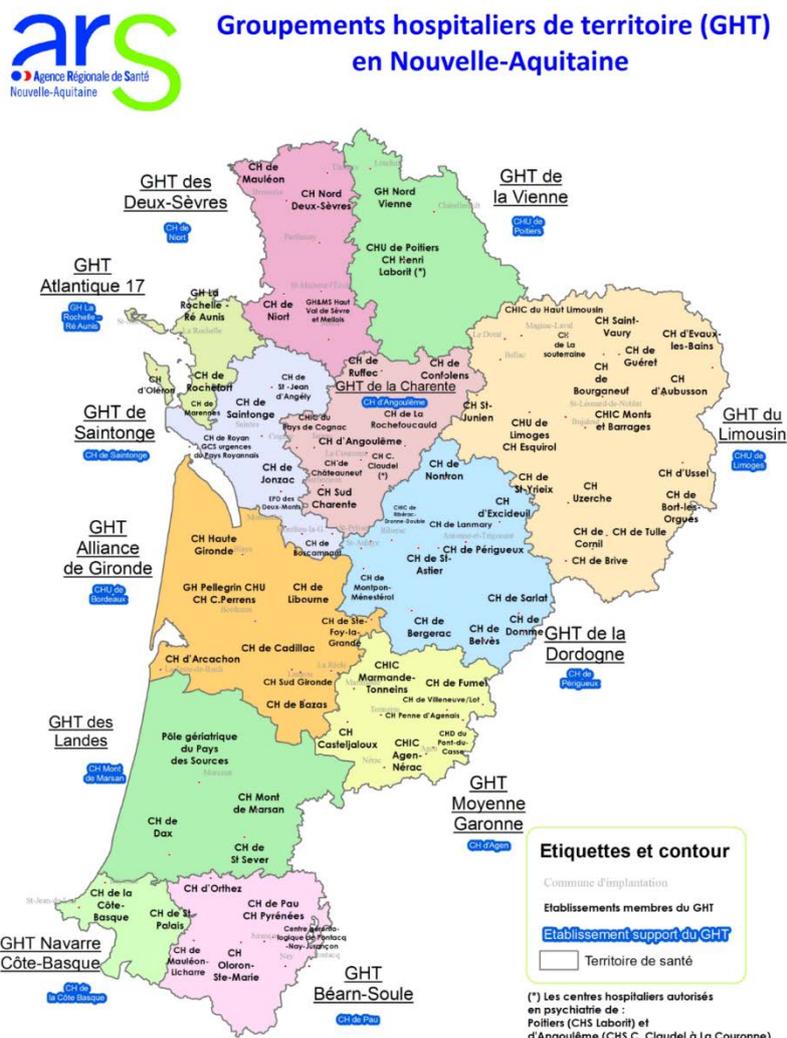
Source : Mission d'après documents ARS

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 télémédecine », « 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	
<p>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</p>	<p>taux de performance du bloc opératoire</p>						<p>*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</p>

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 PDSSES) 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 au 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 Roseraie (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

<p>Convention ARS-Départements :</p> <ul style="list-style-type: none">- Une convention lie l'ARS et les départements <p>Partage sur les objectifs et les contraintes de chacune des structures :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p>La dimension de la nouvelle région :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p>Les outils</p> <ul style="list-style-type: none">- Les CPOM et le PRS n'ont pas de portée opérationnelle suffisante. Le département est associé aux AAC/AAP. <p>Le financement :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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	adoptions 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

RAPPORT IGAS N°2018-018R

	<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 oncologie, 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 oncologie, 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 oncologie, 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

RAPPORT IGAS N°2018-018R

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, oncologie- 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 oncologie, 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	<p>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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)	<p>Outil de pilotage pour les DGARS dont principales fonctionnalités au 31/12/2017 sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des Etats financiers des ARS - Maquette Tableau de bord - Requêtes ad hoc
Etats financiers des ARS	<p>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).</p>
Atlasanté MEX : 2015	<p>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.)</p>
Cartosanté MEX : 2011	<p>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</p>
SIICEA En cours de déploiement	<p>Outil permettant la programmation et suivi des inspections et contrôles, l'archivage des audits et le reporting vers le niveau national</p>
6PO MEX : 2018	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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...) <p>6PO doit remplacer SPICE-ARS outil de suivi des CPOM Etat-ARS</p>

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
---	---

