

Chapitre V

Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant

PRÉSENTATION

L'organisation de l'offre de soins est confrontée en permanence à plusieurs défis : s'adapter aux besoins de santé, prendre en compte les contraintes démographiques et géographiques, faire face aux contraintes financières, tout en améliorant la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins délivrés.

Depuis les années 1990, les pouvoirs publics ont cherché de manière plus volontariste qu'auparavant à rendre davantage cohérente l'organisation du système de soins afin d'améliorer les conditions de prise en charge tout en visant des gains d'efficacité permettant de modérer l'évolution des dépenses de santé. À cet effet, le choix a été fait de la région comme territoire de référence de l'organisation du système de santé, avec en particulier la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en 1991, puis des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1999 auxquelles ont succédé les agences régionales de santé (ARS), mises en place par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Au-delà des réorganisations hospitalières, la recomposition territoriale de l'offre de soins a été étendue aux secteurs des soins de ville et du médico-social.

Entre 1994 et 2012, la consommation de soins de ville et de soins hospitaliers est passée de 70 Md€ à 132 Md€, soit une augmentation de 39 % en volume¹⁹⁸. Elle représente désormais 6,5 % du produit intérieur brut¹⁹⁹. Sur la même période, le personnel hospitalier médical et non médical a augmenté de plus de 16 % pour atteindre 1,2 million de personnes, alors que les effectifs des principales professions libérales de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes) augmentaient de 47 % pour atteindre 360 000 personnes.

Dans le prolongement des analyses qu'elle a déjà consacrées récemment à plusieurs aspects de la réorganisation de l'offre de soins (les activités de soins de suite et de réadaptation²⁰⁰, l'avenir des hôpitaux

198. Éco Santé, euros constants 1994.

199. Elle représentait 6 % du PIB en 1994.

200. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation, p. 339-370, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

locaux²⁰¹ et la chirurgie ambulatoire²⁰²) ou à certains de ses outils (notamment la politique conventionnelle de l'assurance maladie avec les professions libérales de santé²⁰³), la Cour a cherché, à partir d'une enquête conduite tant auprès des administrations centrales que dans trois régions²⁰⁴ à apprécier la dynamique des actions conduites sur cette période comme l'efficacité des outils utilisés. Elle a aussi entendu dégager des enseignements utiles aux nouvelles étapes que rendent indispensables le resserrement des contraintes financières dans le contexte d'un déficit persistant de l'assurance maladie comme la nécessité de remédier à des difficultés persistantes de prise en charge des patients.

L'offre de soins s'est recomposée au cours des vingt dernières années, mais de manière lente et inégale (I). Les leviers utilisés par les pouvoirs publics pour la faire évoluer ont progressivement perdu de leur force contraignante et produisent des résultats décroissants (II). Alors que les contraintes vont s'accroître, de nouveaux outils sont nécessaires afin d'assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous (III).

I - Une recomposition lente et inégale de l'offre de soins

A - Une reconfiguration partielle de l'offre hospitalière

L'hôpital occupe historiquement une place importante dans le système de soins français. Bien que la restructuration de l'offre de soins dans ce secteur ait fait l'objet d'une attention prioritaire, les comparaisons internationales montrent que l'hôpital conserve dans notre pays une place centrale qui continue à le singulariser par rapport à ses voisins.

201. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XI : l'avenir des hôpitaux locaux, p. 307-332, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

202. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252 septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

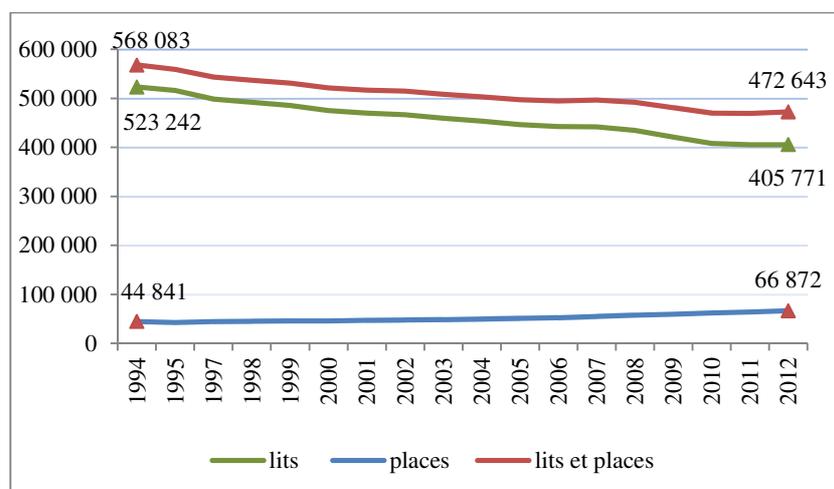
203. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

204. Régions Bourgogne, Bretagne et Centre.

1 - Une offre de soins hospitaliers qui demeure plus importante qu'à l'étranger

De 1994 à 2012, les capacités hospitalières se sont réduites de 16,8 %²⁰⁵.

Graphique n° 17 : évolution des capacités hospitalières (1994-2012)



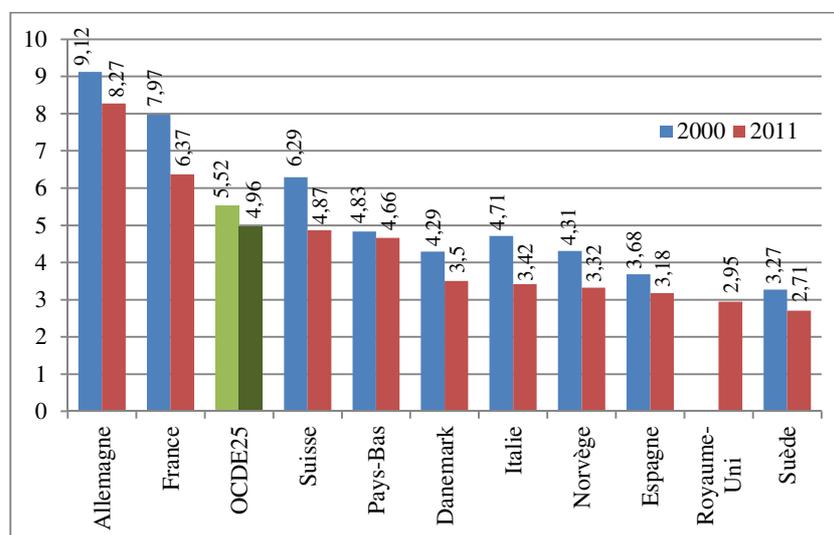
Source : *Statistiques annuelle des établissements de santé (SAE)-(DREES), Cour des comptes.*

Sur vingt ans, le nombre de lits a diminué de 22,5 %, au bénéfice notamment des places d'hospitalisation à temps partiel qui ont augmenté de 50 %.

205. Les capacités d'accueil des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits pour l'hospitalisation complète (qui correspond aux unités hébergeant des patients pour une durée supérieure à une journée y compris celles fermées le week-end - il s'agit de l'hospitalisation dite « de semaine » -) et en places pour l'hospitalisation partielle. Cette dernière concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile, des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Sur les dix dernières années, si le nombre de lits²⁰⁶ est passé de 8 à 6,4 pour 1 000 habitants, la France demeure toutefois encore au-dessus de la moyenne de cinq lits pour 1 000 habitants des pays membres de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économiques), comme le montre le graphique ci-après et à un niveau supérieur à celui des pays nordiques, mais aussi des Pays-Bas, de l'Italie ou de l'Espagne, même s'il est plus faible qu'en Allemagne.

Graphique n° 18 : évolution du nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants (2000-2011)



Source : OCDE.

En outre, le nombre d'établissements de santé demeure lui-même élevé - même s'il a diminué au cours des dix dernières années²⁰⁷ - : la France compte 40,6 établissements de santé pour un million d'habitants, alors que la moyenne de l'OCDE s'élève à 29,5 (Allemagne : 40, Autriche : 32, Italie : 20, Royaume-Uni : 2,95 ; Suède : 2,71).

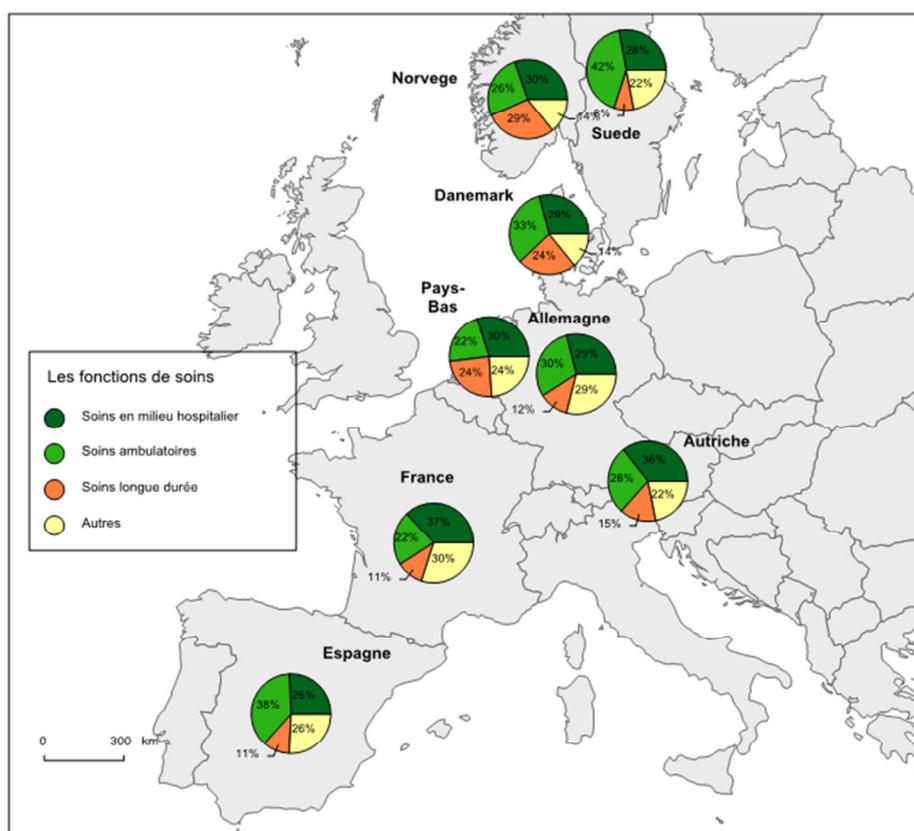
L'hôpital conserve toujours une place majeure dans le système de soins français. Il représente 37 % de la dépense de santé contre 29 % pour

206. Il s'agit des lits qui sont maintenus de façon continue et pour lesquels des ressources humaines sont allouées et immédiatement disponibles pour les soins des patients admis. Ils comprennent les lits de soins aigus, psychiatriques, de long séjour et les autres lits hospitaliers.

207. En 2000, la France comptait 51,4 hôpitaux par million d'habitants.

les pays de l'OCDE. L'Espagne, la Suède, le Danemark ou l'Allemagne affichent tous des taux compris entre 26 % et 29 %, comme le montre la carte ci-dessous.

Carte n° 1 : les dépenses de santé par fonction en 2013



Source : Cour des comptes d'après données OCDE.

La baisse globale des capacités hospitalières depuis 1994 ne s'est pas accompagnée d'une maîtrise des effectifs hospitaliers : entre 1995 et 2009, le personnel médical et non médical hospitalier a augmenté de 180 000 personnes, soit une progression de plus de 16 %²⁰⁸. Les

208. Éco santé. Les effectifs hospitaliers sont passés de 1,09 million de personnels médicaux et non médicaux en 1995 à 1,27 million en 2009.

conséquences de la politique de réduction du temps de travail n'expliquent que pour partie cette tendance²⁰⁹.

2 - Une réduction des écarts d'équipement régionaux

Les disparités en termes de lits d'hospitalisation complète se sont fortement réduites ces dernières années : l'écart entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée, qui était en 1994 de 485 lits pour 100 000 habitants s'élève désormais à 265²¹⁰ (de 561 pour la Haute-Normandie à 826 dans le Limousin).

Les écarts ont notamment diminué pour le court séjour. En médecine, l'écart entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée, qui était de 94 lits pour 100 000 habitants en 1994 (Corse et Poitou-Charentes) est passé à 74 lits en 2011 (237 pour le Limousin, 163 pour les Pays de la Loire). En chirurgie, l'écart s'est réduit de 86 à 61 lits (103 pour la Picardie, 164 pour le Limousin). En obstétrique, il est passé de 55 à 29 lits (64 en Auvergne, 93 en Franche-Comté).

La disparition de lits de soins de long séjour et de psychiatrie dans toutes les régions s'est accompagnée d'une réduction des disparités en taux d'équipement. L'écart entre la région la moins bien dotée et celle la mieux dotée est passé de 189 à 82 lits par habitant (en soins de longue durée) et de 70 à 57 lits par habitant (en psychiatrie). L'écart en taux d'équipement en lits de soins de suite et de réadaptation a pour sa part diminué de 188 à 115 lits par habitant, mais cette réduction recouvre des évolutions de sens opposé suivant les régions (augmentation en Île-de-France, en Haute-Normandie et en région Centre et réduction en Bretagne, en Languedoc-Roussillon et en Provence-Alpes-Côte d'Azur).

3 - Des évolutions très hétérogènes selon les disciplines

Les capacités hospitalières ont évolué de manière très diverse entre les différentes spécialités et à un rythme globalement plus rapide entre 1994 et 2003 qu'entre 2003 et 2012, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

209. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIV : les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire, p. 441-463, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr
210. Éco santé.

Tableau n° 58 : évolution des capacités en lits et places (1994-2012)

		1994	2003	2012	Variation (%)		
					1994/2012	1994/2003	2003/2012
Chirurgie	Lits	117 540	93 205	79 736	-32,2	-20,7	-14,5
	Places	6 030	8 640	13 714	+127,4	+43,3	+58,7
	Total	123 570	101 845	93 450	-24,4	-17,6	-8,2
Médecine	Lits	126 139	112 772	115 798	-8,2	-10,6	+2,7
	Places	6 110	7 980	12 343	+102	+30,6	+54,7
	Total	132 249	120 752	128 141	-3,1	-8,7	+6,1
Obstétrique	Lits	27 293	22 518	20 586	-24,6	-17,5	-8,6
	Places	424	75	261	-38,4	-82,3	+248
	Total	27 717	22 593	20 847	-24,8	-18,5	-7,7
Soins de suite	Lits	94 146	91 201	100 706	+7	-3,1	+10,4
	Places	3 712	4 862	9 106	+145,3	+31	+87,3
	Total	97 858	96 063	109 812	+12,2	-1,8	+14,3
Psychiatrie	Lits	80 303	58 595	56 509	-29,6	-27	-3,6
	Places	25 897	25 864	28 289	+9,2	0	+9,4
	Total	106 200	84 459	84 798	-20,2	-20,5	+0,4
Soins longue durée	Lits	77 821	79 290	31 113	-58,7	+1,9	-59,5

Source : *Éco santé, établissements publics, privés non lucratifs et privés.*

Entre 1994 et 2012, les capacités d'hospitalisation en obstétrique comme en chirurgie ont diminué d'un quart. Celles en médecine sont en revanche demeurées stables ou presque (-3 %). Dans le même temps, 30 % des lits de psychiatrie ont fermé.

Les capacités en soins de suite et de réadaptation ont crû pour leur part de 7 %. La France consacre ainsi plus de 20 % de sa capacité hospitalière aux soins de suite et de réadaptation contre 4 % uniquement en moyenne dans les pays de l'OCDE²¹¹.

211. Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE, août 2014. Cette particularité explique en partie une durée moyenne de séjour plus importante en France (9,2 jours) que dans la moyenne des pays de l'OCDE (8 jours en 2011).

4 - Des restructurations plus profondes dans le secteur privé que dans le secteur public

La réduction continue du nombre de structures hospitalières est principalement liée à la disparition d'établissements de statut privé par fermeture ou fusion : entre 1994 et 2012, le nombre de ces derniers a baissé de 28 % (de 2 349 à 1 689) ; pour sa part, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 15 % (de 1 065 à 903).

Les conséquences des difficultés économiques sont de fait plus radicales pour les structures privées, qui peuvent faire l'objet de procédures collectives de redressement et de liquidation. De telles conséquences n'existent pas pour les hôpitaux publics, dont le déficit ne conduit pas à mettre en cause la pérennité, mais se traduit par des mesures de réorganisation, souvent accompagnées par les pouvoirs publics dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre ou plus rarement « d'administrations provisoires ». Par ailleurs, le caractère diversifié de l'activité des hôpitaux publics, qui peut comprendre, en sus du court séjour, du moyen et du long séjour, ainsi que des activités médico-sociales, leur permet un meilleur équilibre financier, ce qui n'est généralement pas le cas des établissements privés où les structures spécialisées sont plus nombreuses²¹².

B - Un développement du secteur médico-social en grande partie décorrélé de la recomposition hospitalière

Entre 1995 et 2013, le nombre de places des services de soins infirmiers à domicile a plus que doublé (de 51 000 à 113 000 places). Au cours des dix dernières années, le nombre de lits ou places en établissements pour personnes âgées dépendantes a été multiplié par quatre (540 000 lits et places en 2013, contre 121 000 en 2003). Entre 1995 et 2013, s'agissant de la prise en charge des personnes handicapées, le nombre de lits et places en maisons d'accueil spécialisées est passé de 9 000 à 25 000 et de 4 000 à 22 000 pour les foyers d'accueil médicalisés²¹³.

Ce développement de l'offre sanitaire du secteur médico-social a eu pour objet principal de répondre aux besoins liés au vieillissement de la population et à la prévalence croissante des maladies chroniques. Cet

212. Sur 1 097 cliniques, 959 sont spécialisées soit en court séjour, soit en soins de suite, soit en psychiatrie, les établissements polyvalents étant l'exception.

213. Éco santé.

essor a été favorisé par plusieurs plans de santé publique prévoyant la création de places dans ces établissements²¹⁴ et une progression soutenue de l'ONDAM médico-social²¹⁵.

Ce développement a été opéré sans tenir compte de l'ensemble des possibilités de reconversion de l'offre de soins hospitalière. En raison du cloisonnement des acteurs, la faculté de reconverter des activités hospitalières en activités médico-sociales n'a été que faiblement utilisée, hormis la transformation de lits de long séjour en lits d'établissements pour personnes âgées dépendantes. Le développement autonome de l'offre sanitaire du secteur médico-social apparaît ainsi en partie comme une occasion perdue d'accompagnement des restructurations hospitalières.

C - Des tentatives tardives d'organisation des soins de ville

1 - Des initiatives timides pour remédier aux difficultés croissantes d'accès aux soins dans certains territoires

Plus de 500 000 professionnels de santé²¹⁶ dispensent des soins de ville²¹⁷, en exerçant à titre libéral et/ou salarié. Au cours des vingt dernières années, leur nombre a très sensiblement augmenté, bien que suivant des rythmes différenciés, comme le montre le tableau ci-après portant sur l'exercice en libéral d'une partie des professions concernées.

214. Notamment les plans « vieillissement et solidarité » en 2004 et « solidarité grand âge » en 2007.

215. L'objectif fixé pour l'ONDAM médico-social était de 10,9 Md€ en 2005 et de 17,6 Md€ en 2014, soit une augmentation nominale de 61,5 %. À titre de comparaison, l'ONDAM hospitalier a progressé sur la même période de 23,5 %, passant de 60,9 Md€ à 75,2 Md€.

216 . Soit environ 215 000 médecins, 41 000 dentistes, 73 000 pharmaciens, 19 000 sages-femmes et 150 000 auxiliaires médicaux, ces professionnels exerçant soit à titre libéral soit à titre salarié (source : éco-santé, répertoire ADELI).

217. Il s'agit des soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales (définition INSEE).

Tableau n° 59 : évolution de la démographie de certaines professions de santé au titre de l'exercice libéral (1994-2014)

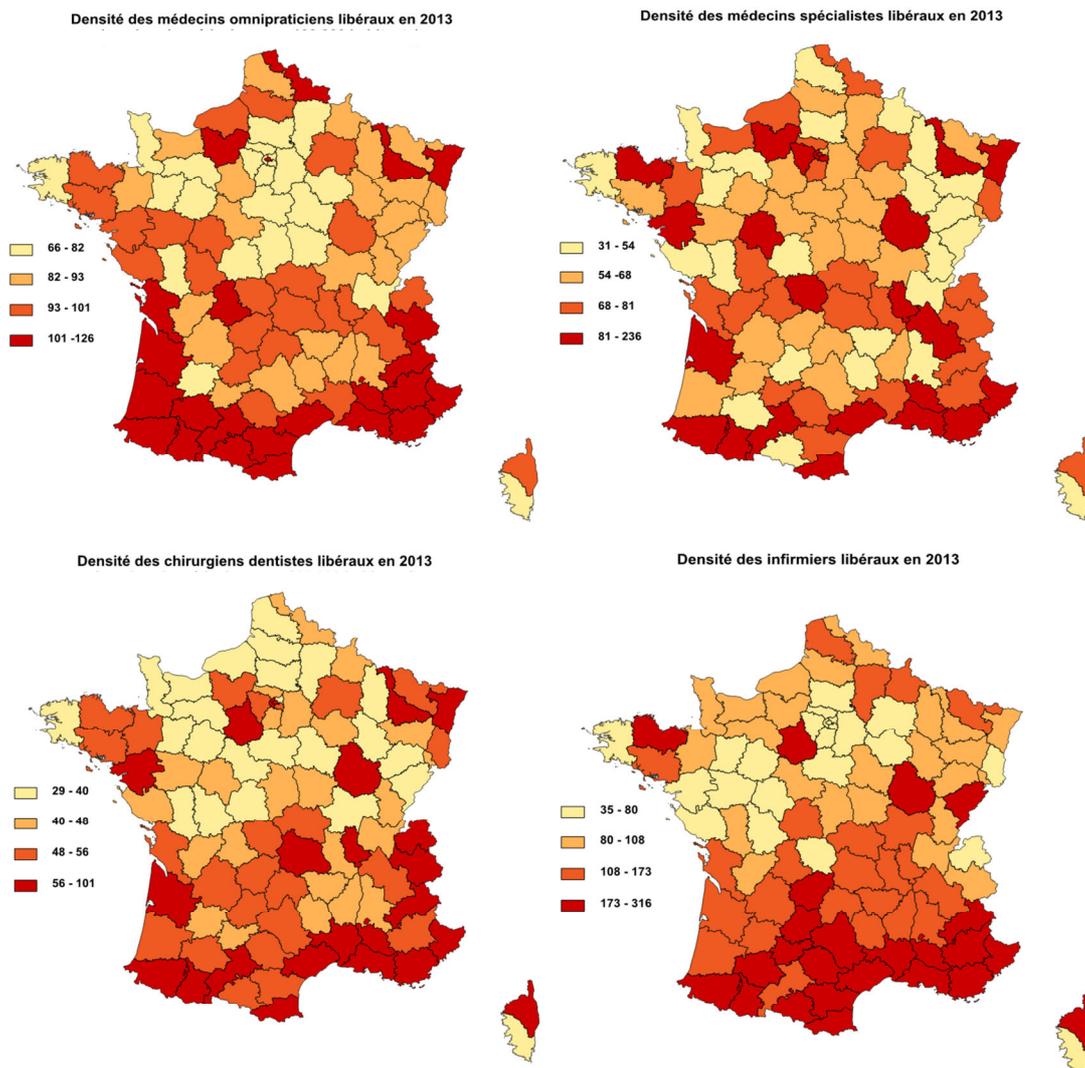
	1994	1999	2004	2009	2014*	Variation (%)
Médecins généralistes	68 802	68 478	69 567	70 014	69 226	+0,6
Médecins spécialistes	48 234	49 595	53 386	55 113	61 065	+26,6
Dentistes	37 119	38 087	38 543	38 125	37 850	+1,9
Infirmiers	44 112	56 601	63 215	76 904	103 396	+134,4
Sages-femmes	1 337	1 906	2 495	3 430	3 409	+154,9
Masseurs-kinés	34 140	39 640	47 200	54 424	64 032	+87,5
Orthophonistes	8 250	10 501	12 524	15 176	18 378	+122,8
<i>Population française (en millions)</i>	<i>59,07</i>	<i>60,12</i>	<i>62,25</i>	<i>64,30</i>	<i>65,80</i>	<i>+11,4</i>

*Pour les dentistes et les infirmiers la dernière date disponible est 2011.

Source : données éco santé, hors exercice salarié, SNIR, répertoire Adeli, RPPS. France entière.

Leur distribution géographique est hétérogène, ce qui conduit à des inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins. Selon l'atlas 2014 de la démographie médicale réalisé par le conseil national de l'ordre des médecins, les densités médicales varient, au 1^{er} janvier 2014, de 238 médecins pour 100 000 habitants en Picardie à 366 médecins pour 100 000 habitants en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces disparités sont encore plus sensibles au niveau départemental, voire infra-départemental (entre pôles urbains et zones rurales isolées) et entre professions de santé, comme le montrent les cartes ci-après :

Cartes n° 2-3-4-5 : densité moyenne départementale des professions au titre de l'exercice libéral pour 100 000 habitants en 2013 (France métropolitaine)



Source : SNIR – CNAMTS (en nombre pour 100 000 habitants).

Les inégalités territoriales sont plus marquées pour certaines professions médicales et paramédicales exerçant en libéral. Ainsi les écarts de densité départementale vont du simple au double pour les

médecins généralistes²¹⁸, de 1 à 7,5 pour les spécialistes pris dans leur globalité²¹⁹ et de 1 à 3,5 pour les chirurgiens-dentistes²²⁰. Pour les infirmiers, l'écart va de 1 à 9 suivant les départements²²¹. Ces écarts concourent aux délais d'attente importants pour obtenir une consultation qui peuvent être observés dans certains cas²²².

Aux difficultés d'accès aux soins résultant de l'éloignement géographique des professionnels de santé, peuvent s'ajouter des obstacles financiers liés au déficit d'une offre de soins à tarif opposable dans certaines zones. Ces obstacles se sont renforcés. La part des spécialistes exerçant en secteur II est passée de 30 % en 1985 à 38 % en 2005 et à 43 % en 2013. En outre, les dépassements ont très fortement augmenté : le taux moyen de dépassement a doublé depuis 1990 pour s'établir à 56 % en 2013. Dans certaines agglomérations, les patients n'ont, pour certaines spécialités, plus d'autre choix que de s'adresser à des médecins de secteur II.

Les négociations conventionnelles menées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avec les professionnels de santé n'ont que tardivement cherché à contribuer à une meilleure répartition géographique de ces derniers. Ce n'est qu'en 2008 que des actions ont commencé à être mises en œuvre en ce domaine. Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, les dispositifs conventionnels combinent des incitations et des restrictions à l'installation. S'agissant des médecins, ils sont restés uniquement incitatifs.

218. La densité des médecins généralistes libéraux est comprise entre 66 médecins pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis et 126 médecins pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Orientales.

219. La densité des médecins spécialistes libéraux est comprise entre 31 médecins pour 100 000 habitants en Haute-Saône et 236 médecins pour 100 000 habitants à Paris. Pour ne citer qu'une seule spécialité, la densité des ophtalmologues en 2013 varie de 3,3 pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 18,3 pour 100 000 habitants à Paris.

220. La densité des chirurgiens-dentistes libéraux varie en 2011 de 29 pour 100 000 habitants dans la Somme à 101 pour 100 000 habitants à Paris.

221. La densité des infirmiers est comprise entre 35 infirmiers pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine et 316 pour 100 000 habitants dans les Côtes-d'Armor.

222. Le délai moyen national d'attente pour un ophtalmologiste est de 111 jours en moyenne, de 57 jours pour un gynécologue et de 50 jours pour un dermatologue, mais ces moyennes recouvrent des disparités territoriales importantes. Source : Jalma, enquête IFOP 2014.

Les résultats en sont globalement modestes²²³, malgré quelques effets positifs du dispositif contraignant prévu pour améliorer la répartition des infirmiers exerçant en libéral (sur les trois ans d'application de ce dispositif, 300 infirmiers se sont installés dans des zones fortement sous-dotées, tandis que 400 ont cessé leur activité dans des zones sur-dotées). Pour leur part, les mesures incitatives ont bénéficié essentiellement aux professionnels déjà installés et l'impact sur les nouvelles installations dans les zones sous-dotées a été marginal, voire nul pour les médecins.

2 - Une organisation des soins de proximité toujours inaboutie

Une première tentative d'organisation des soins de proximité en ville a eu lieu à la fin des années 1990, alors que les pouvoirs publics engageaient de manière concomitante des restructurations importantes de l'offre de soins hospitalière.

Le dispositif de « médecin référent » instauré en 1997 reposait sur la signature d'un contrat de suivi médical entre le patient et le médecin généraliste, ce dernier s'engageant alors à tenir un dossier médical, à assurer des actions de prévention et à orienter le patient vers des spécialistes. Le « médecin traitant » créé par la loi du 13 août 2004 s'est ensuite substitué au « médecin référent », avec pour objectif de mettre en place un parcours de soins coordonné autour du patient par le médecin.

Dix ans plus tard, cette réforme reste inaboutie²²⁴. Malgré l'adhésion des patients, le manque de clarification des missions effectivement dévolues au médecin et la complexité du dispositif ont limité ses effets restructurants. L'échec du « dossier médical personnel » qui devait permettre de suivre le cheminement du malade dans le système

223. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Dans le cadre du présent rapport, voir chapitre IX : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301-344.

224. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I-volume 2. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, p. 187-218, février 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

de soins, a fortement compromis les objectifs de cette réforme²²⁵. Le médecin traitant n'est pas devenu le pivot d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de prise en charge.

Malgré le développement récent de maisons de santé pluri-professionnelles - on compte aujourd'hui environ 600 maisons de santé²²⁶ et 370 sont en projet - la structuration interprofessionnelle des soins de premier recours demeure toujours limitée à des expérimentations. Les clivages traditionnels entre professions n'ont pu être dépassés, comme en témoigne l'échec en novembre 2014 des négociations conventionnelles relatives aux modes de rémunération des prises en charge en équipes. Le règlement arbitral arrêté en février 2015 pour surmonter ces blocages prévoit certes un financement pouvant aller jusqu'à 50 000 € annuel²²⁷, mais le financement de « séquences de soins » au bénéfice d'équipes de professionnels regroupés autour d'un épisode de soins d'un patient, qui aurait dû permettre de généraliser les modes d'intervention coordonnée, n'a pu être mis en place en raison de l'échec des négociations sur ce point.

En tout état de cause, ce règlement ne pourra être le levier de changement attendu que si les différents professionnels libéraux d'un même bassin de santé acceptent de s'engager collectivement dans une démarche coordonnée et intégrée à laquelle ils se sont jusqu'à présent largement refusé.

225. Cour des comptes, *Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale*, « Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place », juillet 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

226. Les premières évaluations tendent à montrer que la création d'une maison de santé a plutôt un impact favorable sur la densité médicale des zones fragiles. Cf. IRDES, questions d'économie de la santé, n° 189 juillet / août 2013 et n°190 septembre 2013.

227. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Cette aide est attribuée en contrepartie de l'atteinte d'objectifs en matière d'accessibilité horaire, d'articulation avec une offre de soins de second recours et de mise en place de système d'information commun notamment.

II - Des modalités de recomposition de moins en moins volontaristes

Au cours des vingt dernières années, les pouvoirs publics ont privilégié trois modalités d'intervention pour réorganiser l'offre de soins : la définition de règles, la régulation tarifaire et l'incitation auprès des différents offreurs de soins. La mise en œuvre de ces différents outils a progressivement perdu de sa force.

A - Un moindre recours à des règles contraignantes

1 - Une dilution de la portée de la planification

Un des premiers outils, institué en 1991, pour recomposer l'offre de soins est le schéma régional de l'organisation sanitaire, devenu en 2011 schéma régional de l'organisation des soins (SROS). Ce document de planification programme les évolutions de l'offre de soins sur les cinq années à venir. Il doit ensuite servir de fondement à toutes les décisions en matière d'autorisation, de contractualisation, de coopération et de financement. Depuis 1991, quatre générations de SROS se sont succédé²²⁸.

Les SROS des trois premières générations comportaient une annexe indiquant les créations, les regroupements, les transformations ou les suppressions d'activités. À l'origine indicative, cette annexe a revêtu un caractère opposable à compter de 1996, de façon à garantir que l'évolution de chaque établissement s'y inscrive et pour donner aux agences régionales de l'hospitalisation un cadre à leurs décisions en matière d'autorisation. Une forte dynamique de restructuration a été de fait observée au cours d'une première période.

En pratique, la force contraignante liée à l'opposabilité du SROS a cependant été affaiblie dès la deuxième génération des schémas régionaux.

Les agences régionales ont en effet eu tendance à s'abstenir de mentionner explicitement certains projets de réorganisation, de réduction d'activités ou de retrait d'autorisations qu'elles estimaient nécessaires, en considérant que l'inscription d'une telle opération dans le SROS, en la rendant opposable à l'établissement, risquait de créer une situation de

228. SROS I 1994-1999 ; SROS II 1999-2004 ; SROS III 2006-2011 ; SROS-PRS 2012-2017.

conflit et de blocage conduisant finalement à la faire échouer ou de susciter des contentieux qu'elles seraient susceptibles de perdre²²⁹. Les SROS se sont donc de plus en plus limités aux opérations pour lesquelles la modalité envisagée n'était pas susceptible d'être contestée par les différents acteurs.

Conformément aux recommandations de l'administration centrale²³⁰, les SROS de dernière génération, qui au demeurant ne comportent plus d'annexe, ne présentent plus d'opérations portant sur des établissements explicitement désignés, les décisions étant reportées à la négociation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec ces derniers.

La fixation d'objectifs opposables aux établissements en termes de volume d'activité a également été abandonnée.

L'abandon d'objectifs quantifiés d'activité

Des « objectifs quantifiés de l'offre de soins » ont été introduits dans le SROS III (2006-2011). Ils étaient opposables aux établissements et portaient sur des nombres de séjours, de venues, de journées, d'actes ou de patients, encadrés par des valeurs minimales et maximales. En 2011, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a assoupli cet outil, qui n'a pas permis d'orienter de manière plus pertinente l'offre par rapport aux besoins du fait l'absence de méthode d'emploi, du défaut de suivi national et du caractère hétérogène des données utilisées.

Les objectifs quantifiés ont ainsi été remplacés par des indicateurs de pilotage d'activité (IPA), facultatifs pour les ARS et qui n'étaient au demeurant pas opposables aux établissements bien que figurant dans le SROS. Ces indicateurs, qui pouvaient également être déclinés dans les contrats pluriannuels avec les établissements sur la base d'un volume cible d'activité en médecine, chirurgie et soins de suite, n'ont dans les faits pas été utilisés. Le dispositif a été abandonné sans véritable évaluation.

229. Pour autant, l'analyse de la quinzaine de jugements rendus depuis l'adoption des SROS-PRS fait apparaître que des ARS ont vu leurs décisions (d'autorisation ou de refus d'autorisation d'activités) annulées lorsqu'elles n'étaient pas en mesure de démontrer que celles-ci étaient justifiées par la situation de l'offre de soins et les besoins de santé de la population, tels que présentés notamment dans leur SROS. Des annulations ont ainsi été prononcées lorsque les SROS manquaient de clarté, de précision et/ ou étaient insuffisamment cohérents avec les décisions prises. D'autres recours ont été rejetés, lorsque les agences ont pu se prévaloir de seuils d'activité ou de normes plus précises.

230. Guide méthodologique 2011 pour l'élaboration des SROS-PRS.

Malgré leurs limites, les schémas régionaux dessinent cependant un cadre dans lequel les établissements sont tenus d'inscrire leurs évolutions. Il n'en va pas de même pour l'offre de soins en ville. Un volet ambulatoire n'y a été que très tardivement introduit lors de la mise en place des SROS-PRS en 2011, sans aucun caractère opposable en termes d'installation ou d'évolution d'activité, à l'exception de la détermination de zonages qui conditionnent l'attribution d'aides financières incitatives, mais dont la cohérence avec ceux retenus pour le même objectif dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé est imparfaite²³¹.

2 - Un usage plus limité de la norme

Pour le secteur hospitalier, la fixation de seuils en matière d'activité et d'obligations à respecter en termes d'organisation des équipes, de personnels et d'équipements constitue un puissant levier de recomposition de l'offre de soins.

Diverses activités (obstétrique, urgences, réanimation, insuffisance rénale chronique terminale, anesthésie, soins intensifs, oncologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes, traitement des grands brûlés) ont fait l'objet d'une réglementation en ce sens²³². L'édiction de ces normes a eu un effet restructurant, inégal quand elles ont été définies de manière relativement large, mais parfois de grande ampleur²³³. Ainsi, les décrets du 9 octobre 1998 imposant des normes de sécurité et de fonctionnement aux maternités ont été à l'origine d'une réorganisation majeure, qui fait l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre du présent rapport²³⁴.

Cependant, la portée de la norme a eu tendance à s'affaiblir, soit qu'elle ait été appliquée de manière insuffisamment rigoureuse sans qu'il en soit tiré de conséquences en termes d'autorisation d'activités, comme le montre le caractère inabouti de la recomposition des maternités, soit que la norme elle-même ait été redéfinie dans le sens d'une plus grande souplesse. Ainsi, en chirurgie, le « taux de change » qui subordonnait la

231. Voir chapitre VI du présent rapport : la stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire, p. 217-244.

232. Articles D. 6124-1 à D. 6124-185 du code de la santé publique.

233. Voir chapitre X du présent rapport : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 345-378.

234. Voir chapitre VII : les maternités : une réorganisation à poursuivre activement, p. 239-261.

création de places ambulatoires à la suppression de lits d'hospitalisation a été abandonné, ce qui s'est immédiatement traduit par le ralentissement du rythme de diminution des capacités d'hospitalisation traditionnelle dans cette discipline, puis par l'arrêt du mouvement de réduction du nombre de lits, en dépit d'un faible taux d'occupation²³⁵. Dans d'autres cas, l'absence d'actualisation a eu pour effet de priver cet outil de toute sa portée potentielle²³⁶.

Les pouvoirs publics ont de fait progressivement renoncé à agir par la norme. Ainsi, les décrets qui devaient, en application des articles L. 6122-1 et L. 6123-1 du code de la santé publique, réglementer les activités de médecine et de chirurgie n'ont toujours pas été pris. Un projet de texte avait cependant été préparé par l'administration afin de fixer à 1 500 actes le seuil d'activité minimal en chirurgie, mais l'ampleur de ses conséquences - il aurait entraîné la fermeture de 134 structures (64 % dans l'hospitalisation publique, 26 % dans le secteur des cliniques à but lucratif et 10 % dans celui des établissements privés à but non lucratif) - a entraîné son abandon.

B - Les limites de l'action tarifaire

Au cours des dix dernières années, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a constitué un moyen indirect mais potentiellement puissant d'incitation des établissements à se restructurer et donc de recomposition de l'offre de soins.

Les activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) sont désormais financées selon cette modalité. L'application de la T2A a révélé de fréquentes situations de sous-activité ou d'efficacité insuffisante. Par ses conséquences sur la situation financière des établissements, elle a poussé leurs équipes à reconsidérer progressivement leurs organisations pour gagner en productivité, leurs activités pour les rendre plus dynamiques et, dans une moindre mesure, leurs capacités.

Indépendamment du fait que les activités de soins de suite et de réadaptation ainsi que de psychiatrie ne sont pas concernées par la

235. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-253., septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

236. Voir chapitres VIII et X du présent rapport : l'avenir des centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins, p. 269-298 et l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 345-378.

tarification à l'activité, le recours au seul levier tarifaire pour recomposer l'offre de soins présente cependant plusieurs limites.

La T2A constitue de fait pour les établissements de santé un mode de rémunération inflationniste, qui incite à la croissance de l'activité plutôt qu'à sa rationalisation. Par ailleurs, poussée à l'extrême, la recherche d'efficacité peut conduire des établissements, notamment dans le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif, à se concentrer sur les activités les plus rentables, au risque de rendre plus difficile dans certaines zones l'accès à certains soins.

L'outil tarifaire se révèle ainsi difficile à manier. D'un côté, il est utilisé pour contrer des effets inflationnistes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a ainsi introduit un mécanisme de dégressivité tarifaire, au-delà d'un certain volume d'activité prédéfini. D'un autre côté, pour éviter le risque de disparition d'activités jugées nécessaires, la régulation par les tarifs a été compensée par des dotations forfaitaires pour certaines activités au titre de missions d'intérêt général ou par des aides contractuelles en fonction de la situation financière de certains établissements.

Plus fondamentalement, la logique de convergence des tarifs hospitaliers entre secteur public et secteur privé, dont l'objectif était d'aboutir à une échelle tarifaire unique pour le court séjour, a été abandonnée en 2013, au profit d'un principe de « neutralité tarifaire », qui vise à rapprocher les tarifs des coûts. Cette évolution a eu pour effet d'affaiblir l'effet incitatif de la tarification à la réorganisation de l'offre de soins publique.

C - Une préférence marquée pour des méthodes coopératives et incitatives, d'efficacité limitée

1 - Une promotion des coopérations au détriment des restructurations nécessaires

En 2009, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a érigé la coopération en instrument privilégié d'amélioration du parcours de soins des patients, de la recomposition de l'offre hospitalière et de la réduction des coûts.

Les établissements sont de fait de plus en plus souvent engagés dans de multiples dispositifs de coopération²³⁷, qui poursuivent plusieurs objectifs : la recherche de l'efficience (optimisation des ressources entre plusieurs établissements, par exemple sur des fonctions supports), le maintien d'une offre de soins (lorsque des problèmes de démographie médicale ou des contraintes financières menacent leur pérennité) et l'organisation de parcours de soins (pour assurer des complémentarités au travers du partage par exemple de plateaux techniques ou l'organisation de consultations avancées).

Ces coopérations, fondées sur le volontariat, peuvent certes contribuer à faciliter la conduite de restructurations en permettant aux acteurs de construire progressivement une vision commune de ce que devrait être l'offre de soins sur leur territoire. Toutefois, leur impact sur la recomposition territoriale de l'offre de soins n'apparaît pas déterminant, voire dans tous les cas pertinent.

Fréquemment, les coopérations entre établissements de santé constituent en effet un moyen d'éviter des restructurations plus profondes, en apportant des réponses ponctuelles à des difficultés de nature structurelle. Elles ne peuvent à elles seules résoudre les difficultés auxquelles une partie du système de soins est confrontée et qui conjuguent, bien souvent, déclin démographique, faiblesse de la densité médicale et isolement géographique.

Les dispositifs qui rencontrent le plus de succès sont ceux qui remettent le moins en cause l'autonomie des établissements hospitaliers, ce qui favorise d'autant moins la recomposition de l'offre de soins qu'ils sont peu ouverts sur d'autres acteurs. Il en va ainsi des groupements de coopération sanitaire qui constituent le dispositif de coopération le plus abouti, en permettant à des établissements de santé publics ou privés, à des structures médico-sociales, mais aussi à des associations et à des médecins libéraux de s'organiser ensemble autour d'un projet commun. À l'heure actuelle, 20 % seulement de ces groupements (soit environ 120) réunissent des établissements de santé et des médecins libéraux ; seuls 11 % comptent parmi leurs membres au moins un établissement social ou médico-social. Dans le cadre des communautés hospitalières de territoire,

237. Plus d'une quinzaine de dispositifs existent actuellement : groupements d'intérêt économique (GIE), groupements d'intérêt public (GIP), groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens ou d'établissements de santé, de fédérations médicales, de communautés hospitalières de territoire (CHT). On compte 500 GCS et une centaine de CHT. 222 directions communes hospitalières ont été mises en place entre 2004 et 2012.

la coopération entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire est encore moins fréquente.

Les groupements hospitaliers de territoire dont la création devrait devenir obligatoire aux termes du projet de loi de modernisation de notre santé, ce qui introduit certes un changement de philosophie important, ne visent pour leur part que la gestion en commun de fonctions supports (système d'information hospitalier, politique d'achats, coordination des plans de formation) et n'ont de ce fait pas d'incidence directe sur l'organisation de l'offre de soins.

2 - Une multiplication des contractualisations et des expérimentations

Au cours des dix dernières années, les démarches de contractualisation entre les ARS et les offreurs de soins se sont multipliées et ont concerné sous diverses formes l'ensemble des acteurs du système de soins. Les contrats conclus avec des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des maisons de santé ou des professionnels libéraux de santé (contrat d'engagement de service public, pacte territorial du médecin généraliste et ambulatoire²³⁸) cherchent plus ou moins systématiquement à s'inscrire en phase avec des objectifs de meilleure organisation de l'offre de soins.

Le recours à la contractualisation pour recomposer l'offre de soins est cependant peu opérationnel. La démarche est lourde à gérer car elle est pensée par acteur plutôt que par territoire de santé. De plus, elle produit peu d'effets en raison de la multiplicité et de la généralité des objectifs assignés aux parties prenantes ou du caractère chaque fois expérimental et mal coordonné des dispositifs ainsi contractualisés.

Il en est ainsi particulièrement de la prise en charge des personnes âgées : se superposent, sans être articulés, le projet « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA)²³⁹ et les expérimentations

238. Le contrat d'engagement de service public est destiné aux étudiants de médecine qui s'engagent à exercer dans une zone déficitaire à la fin de leur formation initiale. Le contrat de praticien de médecine générale (créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013) vise à sécuriser financièrement les premiers mois de l'installation et à favoriser l'installation dans les zones fragiles, de même que le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (créé par la loi de financement pour 2015), qui concerne aussi les spécialistes.

239. Instauré par la loi de financement pour 2013, le projet PAERPA est expérimenté dans neuf régions depuis 2013.

issues de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012²⁴⁰, qui portent tous deux sur de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Toutes ces expérimentations sont limitées à un territoire, une pathologie ou une population et mises en œuvre à petite échelle, sans préfigurer une réforme structurelle²⁴¹.

III - De nouveaux leviers pour amplifier une réorganisation indispensable

A - Faire face à des contraintes accrues

1 - La démographie rapidement déclinante des médecins

En 2009, les projections démographiques²⁴² faisaient apparaître une baisse de 9,7 % du nombre de médecins de 2006 à 2019, qui passerait sur cette période de 208 000 à 188 000, puis une croissance à partir de 2020, conduisant à 260 000 médecins en 2030, puis à 250 000 médecins environ en 2060. Cependant les évolutions observées depuis ces travaux n'ont pas confirmé ces projections. Les effectifs de médecins ont continué globalement de croître, en raison de la hausse du nombre de médecins étrangers, de départs à la retraite plus tardifs et du développement des possibilités de cumuls emploi-retraite à partir de 2009.

Dès lors, même si certaines spécialités ont commencé d'ores et déjà à voir leurs effectifs s'infléchir, le creux de la démographie médicale reste encore à venir.

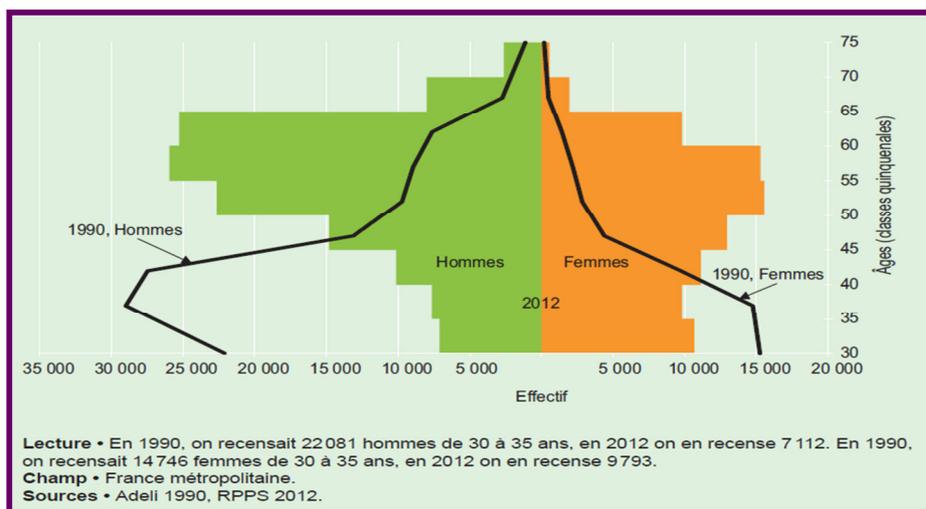
Le graphique suivant fait apparaître l'inversion de la pyramide des âges des médecins entre 1990 et 2012, ainsi que la féminisation croissante de la profession dont l'incidence sur ses modalités d'exercice est sensible. Il montre l'importance du nombre de départs en retraite au cours des dix prochaines années, qui ne seront compensés que pour moitié par l'entrée dans la profession de jeunes praticiens.

240. L'expérimentation porte sur les nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

241. Voir chapitre VI du présent rapport : la stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire, p. 217-244.

242. DREES, Dossiers solidarités et santé : la démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, n° 12, 2009.

Graphique n° 19 : inversion de la pyramide des âges des médecins entre 1990 et 2012



Source : DREES.

2 - Une contrainte financière renforcée

Les dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont atteint près de 174 Md€ en 2013.

En constante et rapide progression depuis son instauration 1997, l'ONDAM a été dépassé chaque année (à l'exception de 1997) jusqu'en 2010. Depuis lors, la dépense effectivement constatée s'inscrit en-deçà de l'objectif voté par le Parlement, mais, ainsi que la Cour l'a mis en évidence dans ses précédents rapports²⁴³, ses multiples biais de construction²⁴⁴ ont minoré l'effort d'économies réellement demandé tant

243. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014*, chapitre VII : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster p. 203-229, septembre 2014 *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 177-198 septembre 2013, disponibles sur www.ccomptes.fr.

244. Il s'agit d'une double surévaluation de la base de calcul de l'ONDAM correspondant aux dépenses reconductibles de l'année précédente et de l'évolution tendancielle des dépenses, qui a procuré des marges supplémentaires de dépenses tout en facilitant le respect de l'objectif affiché.

aux établissements que pour les soins de ville, ce qui a permis de retarder la recomposition de l'offre de soins. Le poids des dépenses de l'assurance maladie dans le PIB n'a de fait cessé d'augmenter. Elles ont crû 1,4 fois plus vite que le PIB entre 1996 et 2006²⁴⁵. Au cours des cinq dernières années, marquées par une faible croissance économique et une demande de soins toujours dynamique, l'ONDAM voté a augmenté deux fois plus vite que le PIB en valeur²⁴⁶. Le respect de l'ONDAM continue en outre de s'accompagner de déficits élevés, qui concourent à augmenter la dette sociale.

Le maintien d'une augmentation de l'ONDAM toujours sensiblement supérieure à l'inflation prévisionnelle, même ramenée à 1,75 % pour 2016 (après avoir été abaissée à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017), n'exonère pas les différents acteurs d'un effort d'économies supplémentaires plus fort et plus effectif - ainsi que l'illustre la diminution des tarifs applicables aux hôpitaux et aux cliniques en 2015 - et de gains substantiels en efficience.

À défaut d'un pilotage plus volontariste et mieux outillé, le risque est important, sous le fait de la combinaison de ces contraintes démographiques et financières, d'une réorganisation au coup par coup de l'offre de soins, sans stratégie d'ensemble, avec pour inéluctable conséquence de compromettre l'accès à des soins de qualité pour tous.

B - Redéfinir un cadre cohérent d'intervention

Préparer le système de soins à relever les enjeux liés à l'évolution des besoins de santé et notamment ceux qu'induisent le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques, suppose dans ce contexte contraint d'amplifier sa réorganisation en mettant en cohérence les démarches : qualité et sécurité des soins, décloisonnement des financements selon une logique de parcours de soins et développement des marges de manœuvre régionales.

245. Commission des comptes de la sécurité sociale, *Regard sur douze ans d'ONDAM (1997 à 2008)*, mars 2009.

246. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir, p. 93-121, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Piloter plus fermement par la qualité et la sécurité des soins

Les évolutions démographiques à venir des professions médicales imposent de mieux garantir la sécurité et la qualité des soins, sans préjudice de la nécessité d'une efficacité renforcée des acteurs. À cet égard, les prises en charge en médecine et en chirurgie ne devraient pas plus longtemps être soustraites à la fixation de normes d'organisation et de fonctionnement, conformément au principe fixé par le législateur.

Le contrôle du strict respect des normes existantes comme aussi leur évolution chaque fois que des impératifs de sécurité et de qualité des soins sont en jeu sont tout aussi déterminants, comme le montre l'exemple des conditions de fonctionnement des petites maternités. Dans un autre domaine, en matière de chirurgie carcinologique du sein, le seuil retenu en 2012 de 30 interventions par an est inférieur à celui de 50 préconisé par les référentiels internationaux et 5 % de femmes continuent d'être prises en charge par des établissements dont l'activité est inférieure au seuil réglementaire²⁴⁷.

Enfin, comme l'avait recommandé la Cour²⁴⁸, la médicalisation de la procédure de certification des établissements de santé engagée par la Haute Autorité de santé (HAS) rend progressivement possible de lier à ses résultats l'attribution ou le retrait par les ARS des autorisations d'activité.

2 - Accroître le rôle du fonds d'intervention régional

La création d'un fonds d'intervention régional (FIR) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a cherché à donner plus de souplesse d'intervention aux ARS. Il regroupe en effet au sein d'une même enveloppe des financements qu'elles sont libres d'utiliser en faveur d'actions de prévention, de permanence et de continuité des soins.

247. CNAMTS, Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2015 (juillet 2014).

248. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XIII : la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé, p. 373-395., septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le fonds d'intervention régional

Le fonds d'intervention régional (FIR) a été doté de 1,3 Md€ en 2012 puis de 3,2 Md€ en 2013 à la suite de l'élargissement de son périmètre. Son montant a par la suite été stabilisé, s'établissant à 3,2 Md€ en 2014 et à 3,1 Md€ pour 2015.

Les crédits du FIR, issus de différentes enveloppes auparavant cloisonnées, sont laissés à la libre appréciation des ARS, sous réserve du principe de fongibilité asymétrique qui protège les crédits relatifs à la promotion de la santé, à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. En 2014, près de 90 % des crédits délégués dans le cadre du FIR étaient fongibles.

Le FIR peut ainsi financer des actions en matière de prévention et de promotion de la santé, de permanence des soins, de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, ou encore des actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité des parcours des patients. Il peut contribuer à des opérations de restructuration ou de réorganisation de l'offre de soins et à des actions destinées à favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé, l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et des mutualisations dans les structures sanitaires²⁴⁹.

Le FIR présente cependant plusieurs caractéristiques en décalage avec les objectifs affichés. Il finance des dépenses de fonctionnement (réseaux de santé, centres périnataux de proximité) qui présentent un caractère fortement reconductible. Certains concours s'inscrivent en outre dans des plans de santé publique ou dans des projets pilotés par le ministère (PAERPA, télémédecine et aides à l'investissement). En tout état de cause, il est en l'état difficile d'identifier en son sein les ressources consacrées à l'évolution de l'organisation de l'offre de soins.

Sa constitution, malgré un montant encore limité, en un sous-objectif de l'ONDAM par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, peut apparaître à certains égards comme une première étape d'une évolution conduisant progressivement à procurer aux ARS des marges de manœuvre supplémentaires pour faciliter le décloisonnement de l'offre de soins, aujourd'hui structuré financièrement selon une logique d'acteurs et non de prise en charge intégrée.

Dans le prolongement de cette réforme, plusieurs pistes pourraient être envisagées pour accentuer son rôle dans les recompositions territoriales de l'offre de soins.

249. Articles L. 1435-8 à L. 1434-10 du code de la santé publique.

Afin d'étendre le champ des interventions du FIR, une première option serait d'intégrer les dernières lignes de crédits qui n'y figurent pas, c'est-à-dire une grande partie du reste des dotations de financement qui visent à compenser les charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général ou les aides à la contractualisation (1,4 Md€). Une autre option serait d'augmenter la fongibilité entre les enveloppes de dotations annuelles de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, de soins de longue durée et le FIR. Admise depuis 2014, cette fongibilité est limitée à 1 % du montant des dotations et demeure peu utilisée par les ARS. Pourtant, elle pourrait constituer une incitation à recomposer plus fortement les activités de soins de suite et de psychiatrie, au bénéfice d'autres composantes de l'offre de soins. Une augmentation à 5 % de la fongibilité entre les enveloppes et le FIR ouvrirait une possibilité d'abondement de ce dernier de près de 1 Md€.

Indépendamment même de l'extension éventuelle des missions du FIR, une modulation beaucoup plus importante de son montant selon les régions pourrait être envisagée. La répartition des dotations s'est fondée principalement sur une approche historique des sous-enveloppes préexistantes intégrées au fonds. Une péréquation globale, fondée sur des critères démographiques et sur des indicateurs de santé publique et d'équipement, pourrait permettre des rééquilibrages progressifs.

3 - Doter les ARS de nouvelles responsabilités

La mise en œuvre de la réforme territoriale, qui va de pair avec une réorganisation des services territoriaux de l'État, pourrait constituer une opportunité pour donner une marge d'action supplémentaire aux ARS recomposées - elles passeront de 26 à 17, dont 13 en métropole - en les dotant de nouveaux outils.

Au regard de leurs compétences et de leurs responsabilités, les ARS devraient bien davantage disposer d'une vue globale sur la nature et l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans leur ressort, de manière à intégrer beaucoup plus pleinement la dimension de la maîtrise financière des dépenses dans leur action. De fait, la Cour a souligné que lors de la préparation des projets régionaux de santé, elles ont pour la

quasi-totalité d'entre elles négligé de chiffrer l'incidence des actions qu'elles ont inscrites dans ces derniers²⁵⁰.

La fixation d'objectifs indicatifs de dépense aux 17 ARS pourrait contribuer à améliorer ce pilotage financier régional. Dans le respect de l'objectif national de dépense d'assurance maladie voté par le Parlement, ces objectifs seraient déterminés en appliquant un tendancier d'évolution différencié selon une trajectoire pluriannuelle aux dépenses constatées sur le plan régional des différents secteurs de l'offre de soins (hôpital, médecine de ville et secteur médico-social). Le niveau de ces objectifs aurait pour objet de moduler la contrainte financière en fonction des besoins de rééquilibrage de l'offre de soins régionale entre secteurs, mais aussi entre régions en fixant des objectifs de résorption progressive des inégalités en termes de santé publique et d'accès aux soins qui se constatent aujourd'hui et que la reconduction de financements sur une base essentiellement historique ne permet pas véritablement de corriger.

À ce jour, les possibilités de modulation des concours financiers aux établissements publics de santé dont sont dotées les ARS sont limitées à des dotations (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation) et à des forfaits (urgences, greffes et prélèvements d'organes) portant sur des objets particuliers. Dans une perspective de moyen terme, leur extension aux tarifs applicables aux activités de soins des établissements donnerait des marges de manœuvre supplémentaires aux ARS pour optimiser l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ces nouvelles facultés de modulation s'inscriraient dans le respect des objectifs fixés par les schémas régionaux d'organisation des soins ainsi que de la contrainte nationale de dépense.

De même, dans des limites définies au plan national et dans le cadre d'une enveloppe globale, les ARS pourraient, comme la Cour l'a déjà souligné, décliner certains aspects des politiques conventionnelles définies par la CNAMTS et les professions libérales de santé, en les adaptant au contexte régional. Cela pourrait concerner notamment les aides incitatives à l'installation, la rémunération de la permanence des

250. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VII : les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel, p. 323-347, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

soins ambulatoires, ou certains éléments de rémunération sur objectifs de santé publique²⁵¹.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les recompositions de l'offre de soins qui se sont opérées au cours des vingt dernières années n'ont pas permis de corriger substantiellement les faiblesses organisationnelles du système de soins français. Ce dernier demeure toujours très fortement centré sur l'hôpital, beaucoup plus que chez la plupart de nos voisins. Malgré des tentatives tardives et désordonnées de mise en place d'une médecine de parcours, les modes d'organisation des soins et de prise en charge ont finalement peu évolué pour répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, c'est-à-dire à l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives, qui impliquent une meilleure coordination entre professionnels de santé, dans un contexte où se manifestent par ailleurs de fortes inégalités territoriales d'accès à la médecine de ville.

Une des explications de ce bilan décevant réside dans la faiblesse des leviers ayant pour objet de faire évoluer l'offre de soins. Cette faiblesse est d'autant plus marquée qu'au fil des années, les modalités de recomposition de l'offre de soins ont perdu en efficacité, au profit de démarches coopératives, contractuelles et incitatives. Les outils plus restructurants que constituent les normes d'activité et de fonctionnement ou la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés de santé ont été de moins en moins mobilisés, voire abandonnés.

Alors que les enjeux démographiques et financiers deviennent encore plus lourds, il importe de donner sans attendre un nouvel élan aux actions de recomposition de l'offre de soins et de les inscrire dans un cadre plus cohérent, selon des modalités plus déterminées et en fonction d'objectifs d'efficience plus explicites, dans le contexte d'un retour nécessaire et rapide à l'équilibre de l'assurance maladie.

Des décisions prises aujourd'hui dépendent la qualité, l'accessibilité, la pérennité de notre système de soins à horizon de dix ans.

251. Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XII : la permanence des soins, p. 337-363, septembre 2013 ; *pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professionnels de santé, p. 233-256, septembre 2014, la Documentation française : disponibles sur www.ccomptes.fr.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

17. pour les soins en établissement, généraliser chaque fois que pertinent (médecine, chirurgie) des normes d'équipement de personnel ou d'activité dans les disciplines qui en sont dépourvues, vérifier la conformité des normes en vigueur aux recommandations internationales et les faire respecter rigoureusement ;

18. étendre dans les zones en surdensité le conventionnement conditionnel à toutes les professions de santé, y compris aux médecins, afin de mieux équilibrer leur répartition sur le territoire (recommandation réitérée) ;

19. accroître les ressources consacrées par le fonds d'intervention régional au financement des actions qui décloisonnent l'offre de soins entre établissements et ville et concourent à une prise en charge intégrée des parcours des patients ;

20. confier aux agences régionales de santé, dans le maillage issu de la nouvelle carte des régions administratives, la mission de veiller au respect d'une trajectoire pluriannuelle de maîtrise des dépenses d'assurance maladie sur leur territoire, de manière indicative dans un premier temps ;

21. permettre aux agences régionales de santé de décliner certains éléments des politiques conventionnelles au niveau régional dans un cadre défini au plan national et dans la limite d'une enveloppe financière prédéterminée.
