

## **Chapitre VI**

# **La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire**



---

## PRÉSENTATION

---

*Pour conduire une politique active de recomposition de l'offre de soins et plus largement d'organisation des soins, les pouvoirs publics doivent être en mesure de remplir deux grandes missions : d'une part une mission stratégique, appuyée sur une capacité d'anticipation et de prospective et d'autre part une mission de pilotage des échelons territoriaux qui suppose une capacité de coordination et d'impulsion.*

*À cette fin, le ministère des affaires sociales et de la santé dispose des quatre directions d'administration centrale que sont la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction générale de la santé (DGS) et du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Le ministère exerce par ailleurs la tutelle de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de diverses agences techniques et sanitaires.*

*La Cour a centré son analyse sur les organes qui ont un rôle clef dans l'organisation de l'offre de soins : le conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP), le SGMAS et la DGOS, ainsi que sur les relations qu'ils entretiennent avec les autres acteurs institutionnels.*

*La direction générale de l'offre de soins devait, comme son intitulé prometteur l'indiquait, jouer un rôle important dans la réorganisation de l'offre de soins. Aux termes de son décret fondateur du 15 mars 2010, elle est chargée de « l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins ». Elle devait donc couvrir tout le champ de l'offre de soins en ville comme en établissement, se tourner davantage vers des fonctions de stratégie, mais aussi contribuer à la maîtrise de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). À cette fin, elle devait traduire, dans son organisation interne comme par un changement de sa culture administrative jusqu'ici exclusivement tournée vers les hôpitaux, la volonté de décloisonner le système de soins, de la prévention à la prise en charge sanitaire ou médico-sociale.*

*Présidé par le ministre, le CNP devait, pour sa part, avec l'appui du SGMAS, être l'instance d'orientation stratégique de l'organisation de l'offre de soins, en permettant au ministère de mieux coordonner l'action de ses différentes directions et de l'assurance maladie au profit d'une plus grande efficacité du pilotage des ARS dans toutes leurs attributions.*

*Pourtant, l'ambition que paraissait porter la création de la DGOS, du SGMAS et du CNP ne s'est pas totalement traduite dans les faits. La création de la DGOS n'a pas permis d'atteindre pleinement les objectifs*

qui lui avaient été fixés (I). L'insuffisance des instances nationales de pilotage des ARS et les difficultés rencontrées par le SGMAS dans l'exercice de sa mission de coordination contribuent aussi à affaiblir l'efficacité de la politique conduite (II). Une profonde réorganisation s'impose tant pour la DGOS que pour le CNP afin notamment d'assurer l'élaboration et l'impulsion d'une stratégie plus forte en faveur de l'adaptation de l'offre de soins (III).

## **I - Une direction générale de l'offre de soins qui peine à remplir sa mission stratégique**

### **La direction générale de l'offre de soins**

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a été créée par un décret du 15 mars 2010 en remplacement de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) qui avait elle-même succédé, par décret du 21 juillet 2000, à la direction des hôpitaux (DH).

En application des textes (article D. 1421-2 du code de la santé publique), elle « participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé. Elle est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé ». L'offre de soins peut être définie comme un ensemble d'infrastructures, de ressources et d'activités mobilisées pour assurer des prestations de soins.

La DGOS est donc la direction chargée de la régulation et de l'organisation territoriale de la prise en charge sanitaire de la population. L'objectif, lors de sa création, était de mieux articuler l'ensemble des acteurs du secteur de la santé tout en réorganisant l'administration centrale afin qu'elle ne conserve qu'une mission de régulation et de pilotage. À cet effet, la référence à l'hôpital a disparu de la dénomination même de la direction, dont les missions ont été élargies à l'ensemble de l'offre de soins, tandis que l'adjonction du terme « générale » semblait traduire l'affirmation d'une vocation transversale.

À fin 2014, la DGOS comptait 277 agents (exprimés en équivalent temps plein - ETP).

## **A - Un rôle dans l'organisation du système de soins limité par les textes, mais aussi par la pratique**

La DGOS a perdu une partie des prérogatives qui étaient celles de la DHOS pour intervenir dans l'organisation du système de soins. Surtout, elle n'exerce pas les missions nouvelles qui lui sont reconnues par le décret qui l'a constituée.

## 1 - Une action de régulation financière de portée limitée

La DGOS intervient de trois manières dans la régulation financière de l'offre de soins : elle participe à la détermination de l'ONDAM aux côtés de la DSS et de la CNAMTS, élabore les règles de tarification des établissements de santé, publics et privés et, enfin, détermine les enveloppes budgétaires qui leur sont attribuées.

### *a) Un rôle circonscrit dans la détermination de l'ONDAM*

Les pouvoirs publics ayant fixé l'objectif de rééquilibrer le système de soins entre les établissements et les soins de ville, la recomposition de l'offre de soins nécessite une vue transversale et décloisonnée de l'équilibre financier global entre les différents secteurs : l'hôpital, les cliniques privées, la médecine de ville et les établissements et services médico-sociaux.

Le décret du 15 mars 2010 semblait donner un rôle particulier à la DGOS dans ce rééquilibrage financier. Il indique en effet qu'elle est « *compétente pour toute question relative à la régulation financière de l'offre de soins* ».

En réalité, le rôle de la DGOS dans la préparation annuelle de l'ONDAM se limite au seul « ONDAM hospitalier »<sup>252</sup>. L'« ONDAM soins de ville » est en effet préparé directement par la direction de la sécurité sociale, en lien étroit avec la CNAMTS et à partir des chiffres fournis essentiellement par cette dernière. L'« ONDAM médico-social » l'est par la DGCS et la CNSA sous le pilotage global de la DSS.

En outre, pour les établissements, le rôle de la DGOS ne s'inscrit pas dans une perspective à moyen-long terme de l'évolution de l'offre de soins. La DGOS se borne pour l'essentiel à collecter des données, à les synthétiser et à les transmettre à la DSS. Elle ne participe pas aux arbitrages définitifs de la construction de l'ONDAM.

---

252. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 175, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

*b) Une intervention centrée sur l'encadrement des dépenses des établissements de santé*

Pour l'encadrement des dépenses des établissements de santé, la DGOS intervient de plusieurs manières.

*Les règles de la tarification à l'activité (T2A)*

L'un des objectifs de la tarification à l'activité (T2A), lorsqu'elle a été instituée, était de contribuer à la réorientation de l'activité des établissements de santé. La DGOS en élabore les règles et veille à leur mise en œuvre par les établissements. Elle préside, depuis sa création (décembre 2012), le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) qui travaille sur instruction ministérielle à l'évolution de la tarification à l'activité à partir d'une objectivation des résultats de la T2A. Si le comité s'est réuni toutes les six semaines, ses travaux n'ont pas encore abouti alors que les modalités de la tarification ont à moyen terme un impact majeur sur la recomposition de l'offre de soins.

Par ailleurs, certains établissements peuvent faire de la T2A un mésusage pour majorer leurs recettes et différer ainsi des restructurations. Ce risque a été peu pris en considération. Or, une étude de la CNAMTS a confirmé que le dispositif de contrôle actuel est peu efficace<sup>253</sup>. Une instruction ministérielle (avril 2014) a demandé à la DGOS d'affiner le contrôle de la T2A et d'optimiser la lutte contre la fraude.

*La détermination des enveloppes des établissements de santé*

En matière de financement des établissements de santé, la DGOS est responsable du modèle qui détermine les dotations des établissements au titre des missions d'intérêt général (MIG) qu'ils peuvent assumer. Une fois fixée l'enveloppe « établissements » de l'ONDAM, elle détermine le montant national et par ARS des enveloppes de MIG, la définition de l'objet de chaque MIG et les conditions de l'utilisation des dotations correspondantes par les établissements, notamment pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

L'intervention de la DGOS est en revanche moins déterminante s'agissant des interventions du fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement pour 2012 afin de permettre aux ARS de redéployer les crédits alloués entre les différentes missions financées par

---

253. Relevé de décisions du CNP du 11 octobre 2013.

le fonds<sup>254</sup>. La DGOS devrait suivre l'utilisation des crédits du FIR afin notamment d'apprécier la part effectivement consacrée à la recomposition de l'offre de soins et permettre au ministère de la santé d'en rendre compte au Parlement au moment du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale. Elle ne le fait pas à l'heure actuelle.

*c) Une compétence désormais partagée sur l'investissement hospitalier*

À long terme, l'investissement hospitalier exerce un effet important sur la recomposition de l'offre de soins.

La DGOS co-préside le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), créé en décembre 2012, qui se prononce sur les projets d'investissement supérieurs à 50 M€ hors taxes, sur les dossiers pour lesquels les ARS sollicitent un soutien financier et suit les établissements les plus en difficulté. La DGOS en assure le secrétariat et valide les dossiers présentés par les ARS.

La co-présidence du comité par le SGMAS, comme sa composition qui intègre en particulier la direction du budget, traduit la préoccupation de ne pas laisser à la seule DGOS, jugée trop proche des hôpitaux, le pilotage des investissements, eu égard notamment aux défaillances qui ont pu être constatées dans le pilotage et les choix des opérations financées au titre des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

## **2 - Une relation indirecte avec les agences régionales de santé**

Contrairement à la DHOS qui avait la tutelle des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le décret du 15 mars 2010 ne mentionne pas les agences régionales de santé (ARS) qui leur ont succédé dans l'exposé des attributions de la DGOS. La DGOS n'a donc ni la tutelle des ARS, ni la faculté d'en animer le réseau.

En principe, la DGOS, à l'instar des autres directions du ministère, doit s'adresser aux ARS par l'intermédiaire du conseil national de pilotage des ARS, instauré par la loi « Hôpital, santé, patients et territoire » (HPST) du 27 juillet 2009, dont elle est membre en application

---

254. Voir chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216.

des dispositions du décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS<sup>255</sup> et du SGMAS qui en assure le secrétariat.

En application des dispositions du code de la santé publique issues de la loi HPST (article L. 1433-1), le CNP a en effet pour mission de valider l'ensemble des instructions adressées aux ARS. Les directions du ministère de la santé, dont la DGOS, ne sont ainsi pas habilitées à leur en adresser directement.

La DGOS a en revanche des relations directes avec les directeurs d'établissements de santé et participe régulièrement à des réunions avec les directeurs généraux de CHU, auxquelles ne sont conviés ni les ARS concernées, ni le SGMAS.

### **3 - Des fonctions de stratégie non assurées, en dépit de l'externalisation des activités de gestion**

Le développement d'opérateurs aurait pu permettre à la DGOS de se repositionner sur les enjeux stratégiques et de remplir une fonction de pilotage sur plusieurs éléments clefs de l'évolution du système de soins. Toutefois, elle ne l'a réellement fait dans aucun des domaines concernés.

S'agissant des ressources humaines, la DGOS peut s'appuyer sur le centre national de gestion (CNG), créé en 2007. Chargé du recrutement et de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que des praticiens hospitaliers à temps plein, le CNG s'est vu attribuer chaque année de nouvelles missions au point qu'il remplit, aujourd'hui, l'essentiel des compétences de gestion dévolues à la sous-direction des ressources humaines de la DGOS. Avec 70 agents fin 2014, cette sous-direction dispose pourtant d'un effectif qui représente plus de la moitié de l'effectif global du CNG (116 agents).

Comme la direction (DHOS) à laquelle elle a succédé, la DGOS n'a pas mis à profit cette externalisation de tâches de gestion pour réorienter son action vers une fonction plus stratégique. Ainsi, elle n'a pas su utiliser l'opportunité que pouvaient représenter les départs massifs en retraite dans le secteur hospitalier comme un outil de restructuration de

---

255. Le directeur général de l'offre de soins est l'un des 16 membres du CNP (cf. *infra* II).

l'offre de soins<sup>256</sup>. En outre, elle n'est pas réellement investie dans le domaine de la démographie des professionnels de santé libéraux.

Dans le domaine de l'information médico-économique et de gestion technique des dispositifs de financement des établissements, c'est l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui, depuis sa création en 2000, a pour mission d'assurer la collecte, l'hébergement et l'analyse des données et de gérer le système national d'information sur les hôpitaux. L'étendue croissante des missions de l'agence modifie le rôle de la DGOS, dont la position d'interlocuteur privilégié de l'agence est débattue. Un décret du 6 juillet 2015 a mis fin à la présidence *ès qualité* du conseil d'administration de l'agence par le directeur général de l'offre de soins, le titulaire de cette fonction étant désormais nommé par arrêté ministériel.

Alors que son décret fondateur lui a confié cette mission<sup>257</sup>, la DGOS n'a pas réorienté son action vers une dimension plus stratégique au bénéfice d'une organisation générale des systèmes d'information concernant tous les acteurs de l'offre de soins. Or, un système d'information opérationnel et fiable est essentiel pour conduire son évolution. En matière de systèmes d'information en santé, la répartition des responsabilités manque de clarté. Dans l'organisation actuelle du ministère, la responsabilité de la stratégie des systèmes d'information de santé est confiée à l'un des services du secrétariat général (la délégation à la stratégie des systèmes d'informations de santé).

En matière d'amélioration des performances des établissements de santé, la DGOS a perdu son rôle de pilote stratégique avec l'autonomisation de l'agence nationale de l'appui à la performance (ANAP), instituée par la loi du 21 juillet 2009. La tutelle de cette agence n'est pas confiée à la DGOS, mais au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales<sup>258</sup>. Par ailleurs, le partage des compétences entre l'ANAP, qui élabore des guides méthodologiques et la Haute

---

256. 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.627, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

257. Selon le décret du 15 mars 2010, elle : « veille à l'expression des besoins d'information de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et à la définition des normes et des règles de gestion de l'information médicale et médico-économique ainsi qu'au développement de l'utilisation efficiente des systèmes d'information par les professionnels et les établissements de santé ».

258. Par une lettre de mission du secrétaire général datée de mars 2013.

Autorité de santé (HAS), qui émet des recommandations, manque de clarté. Bien que la DGOS comprenne une sous-direction de la performance, elle ne joue pas de rôle d'impulsion et de cohérence d'ensemble. Alors que l'évaluation et le renforcement de la performance doivent être au cœur de la recomposition de l'offre de soins, une configuration faisant intervenir sur des sujets proches trois structures publiques différentes n'est pas des plus lisibles pour les acteurs du système de soins et affaiblit l'impact potentiel de leurs travaux respectifs.

## **B - Des articulations mal établies avec les autres acteurs nationaux**

L'action visant à améliorer l'organisation de l'offre de soins souffre du manque de coordination entre la DGOS et les principaux autres acteurs nationaux que sont la CNAMTS, la DSS, la DGCS et la DGS.

### **1 - L'absence de coopération avec une assurance maladie dominante en matière de soins de ville**

L'un des objectifs centraux de la recomposition de l'offre de soins est le décloisonnement entre soins de ville, établissements de santé et secteur médico-social. Alors que l'objet même de la DGOS était d'agir en ce sens, elle traite pour l'essentiel des établissements de santé publics.

À la suite de la création des ARS, constituées pour partie avec des personnels de l'assurance maladie, la CNAMTS a perdu l'essentiel de sa compétence technique en matière d'établissements de santé. En revanche, elle a continué à renforcer ses outils d'intervention en matière d'offre de soins de ville.

La confusion avec les attributions de la DGOS s'est même accrue, la CNAMTS ayant ensuite développé son action vers les sujets de coordination des soins, notamment la mise en place du parcours de soins coordonnés et la permanence des soins. La convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État pour les années 2015 à 2017 reconnaît cette évolution en se référant explicitement à l'engagement de la CNAMTS de contribuer à « améliorer l'articulation des soins entre la ville, l'hôpital et le médico-social ».

Dans le même temps, la CNAMTS a développé en son sein une direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), compétente sur l'ensemble du champ de l'offre de soins, qui compte désormais plus d'agents que la DGOS (286 emplois, exprimés en ETP, à fin novembre 2014, en augmentation continue ou presque depuis 2009). Il y a donc aujourd'hui deux directions de l'organisation des soins, l'une au

sein du ministère de la santé et l'autre à la CNAMTS. Ce dualisme ne fait que renforcer le bicéphalisme et le conflit de pouvoirs entre l'assurance maladie et l'administration centrale du ministère.

Le manque de dialogue accentue encore cette difficulté. Ce n'est qu'en février 2015 qu'a eu lieu une première réunion bilatérale entre le directeur général de la DGOS et celui, nouvellement désigné, de la CNAMTS et qu'ont été envisagées des réunions régulières.

S'agissant du champ hospitalier, la DGOS entretient peu de relations avec la CNAMTS alors même que l'organisation du conseil de l'hospitalisation<sup>259</sup> pourrait s'y prêter. Présidée par un représentant du directeur général de l'offre de soins, cette instance se réunit en séance plénière cinq fois par an. Ces réunions ne se tiennent pas en présence des directeurs généraux de la DGOS et de la CNAMTS et ces derniers ne se rencontrent pas pour les préparer.

Ce bicéphalisme a pour conséquence essentielle un pilotage séparé de la recomposition de l'offre de soins en ville et en secteur hospitalier. Afin de mieux cadrer les actions respectives de la CNAMTS et de la DGOS, cette dernière devrait prendre part à la négociation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS avec l'État, alors qu'aujourd'hui seule la direction de la sécurité sociale (DSS) mène cette négociation pour le ministère.

## **2 - Une prééminence de la direction de la sécurité sociale qui la conduit à intervenir dans l'organisation des soins**

La DSS et la DGOS ont en commun des attributions en matière de régulation financière et de préparation des lois de financement de la sécurité sociale. La DSS intervient comme une direction financière et de tutelle pour l'ensemble de la sécurité sociale, notamment pour l'assurance maladie, alors que la DGOS a, on l'a vu, reçu une mission de régulation financière de l'offre de soins. L'organisation même de la DSS recoupe pour partie celle de la DGOS : ainsi, la 1<sup>ère</sup> sous-direction de la DSS (sous-direction du financement du système de soins) a un domaine d'intervention qui couvre assez largement celui de la DGOS et comporte des bureaux dont les intitulés sont proches de ceux de cette dernière.

---

259. Le conseil de l'hospitalisation a pour mission de conseiller le gouvernement dans l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé et la détermination des objectifs de dépense d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Il réunit la DGOS, la DSS, la DGS ainsi qu'un représentant de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

En l'absence de texte clair, la répartition des dossiers résulte d'une pratique et d'une culture administratives qui placent la DGOS au second plan, y compris sur des sujets qui relèvent par essence de son champ d'intervention. Un exemple caractéristique est celui des PAERPA<sup>260</sup>. Le projet a été porté par la DSS alors qu'il relevait par nature de la DGOS et de la DGCS. C'est aussi le cas des protocoles de coopération médicale (visés par l'article 51 du code de la santé publique), où règne une confusion entre les interventions de la DSS et celles de la DGOS.

De manière générale, c'est la DSS qui, au sein du ministère, dialogue avec la CNAMTS pour les soins de ville, malgré la compétence en principe globale de la DGOS sur l'organisation des soins. L'expansion du rôle de la CNAMTS s'est accompagnée de celle du champ d'intervention de la DSS.

### **3 - Un manque de dialogue avec la direction générale de la cohésion sociale qui accentue le cloisonnement entre les secteurs médico-social et sanitaire**

L'un des éléments les plus fondamentaux de la recomposition de l'offre de soins est la reconversion d'un certain nombre d'établissements hospitaliers en établissements médico-sociaux et la maîtrise des conditions dans lesquelles elle s'effectue<sup>261</sup>. La DGOS et la DGCS interviennent sur des champs communs intéressant la cohérence des politiques d'offre de soins et de ressources humaines dans les champs sanitaire et médico-social.

Les décrets constitutifs des deux directions ne précisent pas les modalités d'articulation de leurs missions respectives. Le manque de coordination entre elles ne permet pas de compenser cette lacune pour ce qui concerne notamment les questions relatives à la démographie médicale, à la réingénierie des diplômes, au partage de données, ou à la mise en place d'un parcours de soins intégré entre le sanitaire et le médico-social. À titre d'illustration, la DGOS travaille seule sur l'évaluation du maillage territorial des équipes mobiles de psychiatrie, qui intéresse pourtant aussi la DGCS.

En outre, la compétence de la DGOS sur l'offre de soins dans le champ médico-social n'est pas identifiée avec précision dans son

---

260. Cf. *infra* II, B, voir encadré.

261. Voir chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216.

organisation interne : aucune sous-direction ou bureau ne mentionne ce terme.

#### **4 - Des recouvrements d'attributions persistants avec la direction générale de la santé**

Les recouvrements d'attributions de la DGOS et de la DGS se sont réduits à la suite des réorganisations successives. Cependant, les deux directions ont, en application des textes, une compétence partagée en matière de démographie et de formation professionnelle des professionnels de santé, sans qu'une direction chef de file soit expressément désignée, alors que ces sujets sont déterminants pour la structuration de l'offre de soins.

### **C - Une organisation interne peu adaptée à la conduite de la réorganisation de l'offre de soins**

L'organisation interne de la DGOS ne favorise pas sa contribution à la réorganisation de l'offre de soins.

#### **1 - Une prise en compte insuffisante de l'objectif de décloisonnement de l'offre de soins**

La mise en place d'une approche intégrée du parcours de soins pour décloisonner la ville et l'hôpital n'est pas encore effective dans l'organisation interne de la DGOS.

Ainsi, l'objet des instructions émises par le bureau « Premier recours » fait apparaître un fort tropisme hospitalier. Sur les quatre instructions qu'il a produites en 2014, trois<sup>262</sup> portent sur l'urgence hospitalière, alors même que la notion de premier recours implique l'intervention de la médecine de ville, afin de prévenir un recours coûteux et pas nécessairement adapté aux urgences hospitalières.

Les professionnels libéraux de santé et en particulier le principal syndicat des médecins généralistes, considèrent de fait que la DGOS n'a pas de réelle stratégie de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires pour le premier recours.

---

262. L'une relative au point d'étape de la feuille de route urgences 2013-2015 et des plans d'actions régionaux sur les urgences, l'autre relative à l'activité héliSMUR.

## **2 - Une gestion des ressources humaines pour partie irrégulière et inadaptée aux besoins en expertise**

Suivant une pratique constante depuis la création de l'ancienne direction des hôpitaux en 1970, 114 agents étaient mis à disposition de la DGOS par des hôpitaux, l'assurance maladie et l'État au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Le nombre de ces mises à disposition a augmenté entre 2011 et 2012 avant de se stabiliser<sup>263</sup>. À ce jour, le ministère n'a pas régularisé cette pratique contraire à la réglementation<sup>264</sup>.

Si elle constitue une facilité budgétaire pour l'État, l'assurance maladie supportant l'essentiel de la dépense, elle permettrait, selon la DGOS, de la faire bénéficier de l'appui d'experts. Or, en 2014, seules 32 mises à disposition, soit moins du tiers, peuvent être considérées comme apportant une expertise particulière. La gestion des ressources humaines n'a donc pas été utilisée comme un moyen de développer la capacité d'expertise stratégique de la DGOS.

## **3 - Les limites de la démarche stratégique interne**

La DGOS avait lancé un plan stratégique en 2011-2013 pour améliorer l'adéquation de son organisation interne à l'objectif de décloisonnement de l'offre de soins. Ce document prévoyait 61 plans d'actions dont l'exécution a été mesurée par des indicateurs concluant à un taux d'exécution de plus de 86 %.

En réalité, le principal indicateur utilisé est celui du nombre de notes produites sur trois années : la DGOS estime qu'elle atteint un taux de réalisation très satisfaisant qui est de 85 %. Or, la performance d'une administration ne peut tant reposer sur la quantité de notes ou de circulaires produites, que sur sa capacité réelle à donner une portée stratégique à la mise en œuvre de ses attributions. À cet égard, la DGOS ne s'est pas dotée d'un dispositif qui permette de mesurer réellement

---

263. Régulièrement dénoncée par la Cour, cette situation a fait l'objet d'une première régularisation se traduisant par la signature de conventions et, pour les agents de catégorie A, par la mise en place de remboursements par l'État.

264. Si les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoient le recours à des agents contractuels depuis la publication du décret n° 91-155 du 6 février 1986, leur mise à disposition est strictement réglementée. Le décret n° 2010-19 du 6 janvier 2010 prévoit une mise à disposition limitée aux seuls agents contractuels en CDI et énumère également la liste exhaustive des organismes d'accueil potentiels, dont l'administration centrale ne fait pas partie. Ainsi, les mises à disposition de contractuels de la fonction publique hospitalière sont irrégulières.

l'écart entre les objectifs fixés et la réalité de sa performance en matière de recomposition de l'offre de soins.

Le plan 2011-2013 n'a pas été mis à jour et le projet de plan stratégique 2015-2017 paraît encore très peu avancé<sup>265</sup>. Son adoption devrait reposer sur des constats et des objectifs partagés non seulement au sein de la DGOS, en lien avec le SGMAS, mais aussi avec les interlocuteurs essentiels de la direction générale.

En définitive, dans nombre de ses attributions, la DGOS se trouve en situation de concurrence face à la CNAMTS et aux autres directions d'administration centrale du ministère de la santé. Elle limite ses interventions essentiellement au secteur hospitalier, c'est-à-dire à une partie seulement de l'offre de soins. L'organisation centrale du ministère de la santé demeure donc éclatée alors même que l'objectif des pouvoirs publics est de favoriser, dans les territoires, la coopération entre tous les professionnels de santé et pour ce faire, de renforcer l'articulation entre l'assurance maladie et les ARS sous l'égide de ces dernières.

## **II - Un pilotage national des agences régionales de santé inadapté à la recomposition de l'offre de soins**

La création des ARS imposait d'organiser les relations entre l'administration centrale, ces nouveaux opérateurs auxquels a été donné le statut d'établissement public et l'assurance maladie. Le nouveau dispositif de pilotage devait permettre de mieux coordonner les administrations centrales, mais aussi l'assurance maladie, ainsi que la CNSA et les agences à vocation sanitaire ou technique. Il devait aussi rééquilibrer, pour le pilotage des échelons territoriaux, les relations entre l'État et l'assurance maladie, tout en ménageant des marges d'action autonome à cette dernière.

---

265. Aucune formalisation écrite n'existe. Les grandes lignes du plan n'ont pu être documentées auprès de la Cour.

### **Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé**

Un décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS a confié au CNP des missions étendues et a par ailleurs fixé sa composition.

Le CNP « formule des orientations générales sur les politiques et les mesures mises en œuvre » par les ARS, « veille à la cohérence des objectifs, du contenu et de l'application des politiques conduites ... dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, de la prise en charge médico-sociale et de la gestion du risque » par les ARS et « formule des recommandations » sur la répartition des financements entre les agences. En outre, il leur « adresse ... des directives qui donnent des indications sur l'application des orientations générales de la politique nationale de santé dans le ressort territorial de chaque agence ». Par ailleurs, il « examine le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 1433-2 avant sa signature avec chaque agence, ainsi que, le cas échéant, ses avenants » et « approuve les objectifs assignés à chaque agence ». Enfin, il « conduit l'animation du réseau des agences... ».

La composition du CNP résulte de la volonté de faire siéger personnellement les directeurs d'administration centrale et ceux de la CNAMTS et de la CNSA. Seuls les ministres en cas d'empêchement peuvent se faire représenter. Outre les ministres, 16 personnes sont membres du CNP en application des textes en vigueur (article D. 1433-1 du code de la santé publique) :

- quatre responsables du SGMAS : le secrétaire général et son adjoint, le directeur des affaires financières, juridiques et de services et celui des ressources humaines ;
- les quatre directeurs principalement concernés : le directeur de la sécurité sociale, les directeurs généraux de la santé, de l'offre de soins et de la cohésion sociale ; s'y ajoute l'adjoint du DGS ;
- deux autres responsables du ministère : le directeur de la DREES, le chef de l'inspection générale des affaires sociales ;
- le directeur du budget ;
- les directeurs généraux des trois principaux régimes d'assurance maladie : CNAMTS, MSA et RSI ;
- le directeur de la CNSA.

### **A - L'absence d'attribution de la fonction de pilotage stratégique**

Les textes fixant l'organisation et les attributions de la DGOS, du CNP et du SGMAS ont été publiés successivement sans que la cohérence avec les textes précédents soit assurée.

Trois types de pilotage seraient en principe nécessaires :

- un pilotage stratégique définissant les principes de la politique sanitaire et médico-sociale que les ARS sont chargées de mettre en œuvre sur le territoire régional. Il consiste à tracer les orientations de cette politique publique, à en préciser les objectifs et à indiquer les critères d'évaluation des résultats de l'action de chacune des agences ;
- un pilotage thématique correspondant à chacune des missions des directions d'administration centrale et à celles des organismes nationaux d'assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI), ou des opérateurs participant au CNP (CNSA) ou qui n'en sont pas membres (agences sanitaires ou techniques). Il vise séparément chacune des composantes de la politique de reconstitution de l'offre de soins, mais aussi d'autres domaines confiés aux ARS, comme la veille et la sécurité sanitaire, la prévention ou la prise en charge des personnes dépendantes du fait de l'âge ou d'un handicap ;
- un pilotage opérationnel, de type administratif, assurant la cohérence entre les moyens humains, financiers et techniques dont sont dotées les agences et les politiques à mettre en œuvre. Il consiste notamment à coordonner les demandes des directions du ministère aux ARS.

Les fonctions de pilotage opérationnel et thématique relèvent des missions du CNP. En revanche, celle de pilotage stratégique n'est pas attribuée à une instance déterminée.

S'il confie au CNP des missions étendues (voir *supra*), le décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS n'en fait pas mention.

Le secrétaire général<sup>266</sup> n'a pas, en tant que tel, la responsabilité du pilotage, ni de la stratégie, fonctions auxquelles il ne fait que participer<sup>267</sup>.

La stratégie semble plutôt relever, aux termes du décret du 15 mars 2010 créant la DGOS, de cette dernière direction. En effet, il

---

266. Le décret du 12 août 2013 portant création, organisation et attributions d'un secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales a abrogé le précédent décret du 5 mai 2011 relatif aux attributions du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

267. Il « assiste, pour l'administration et la conduite des affaires de leur ministère les ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale, de la santé, du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (...) il anime et coordonne l'ensemble des directions et des services des ministères et participe au pilotage des établissements qui en relèvent et il participe aux réflexions stratégiques sur les missions, l'organisation et les activités des ministères et de leurs établissements ».

prévoit qu'un comité stratégique « assiste le directeur général dans la définition des orientations stratégiques de l'offre de soins et suit leur mise en œuvre ». Présidé par le directeur général de l'offre de soins, il réunit les directeurs de l'ANAP, de l'ATIH et du CNG, un directeur général d'ARS et les membres de la direction générale désignés par le directeur général ainsi que, en tant que de besoin, le représentant de tout autre organisme concerné par l'offre de soins. Toutefois, ce comité n'a été réuni que deux fois depuis sa création<sup>268</sup>. Les comptes rendus de ses réunions font apparaître qu'elles étaient tournées vers la mise en œuvre de la stratégie interne de la DGOS, dans ses premiers mois de fonctionnement.

En outre, la prospective serait particulièrement nécessaire dès lors qu'il s'agit de définir des orientations à caractère stratégique pour l'évolution du système de soins à moyen et long terme. Or, la fonction de prospective n'est attribuée à aucune des structures, même si le secrétaire général a parfois revendiqué cette fonction.

Si la fonction de pilotage thématique relève du CNP, son exercice présente parfois des faiblesses de nature à affecter l'effectivité et la cohérence de la politique de recomposition de l'offre de soins.

#### **Un cas de faiblesse du pilotage thématique**

Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) devait incarner le décloisonnement de l'offre de soins et était porté par une volonté politique forte. Le processus de lancement des expérimentations témoigne cependant d'incertitudes dans la répartition des compétences, de problèmes de coordination irrésolus et des limites de la capacité de pilotage thématique du CNP.

C'est la DSS qui, pourtant, n'a pas de compétence en matière de coordination de l'offre de soins, qui a présenté le programme au CNP (mars 2012). La DGCS et la CNSA ont émis des réserves et ont fait part de leurs difficultés à s'investir dans la démarche, tandis que la DGOS est restée en retrait. Par la suite, la CNAMTS, jusque-là absente des échanges, a informé le CNP qu'elle acceptait d'étudier la possibilité de mobiliser ponctuellement les délégués de l'assurance maladie dans les sites expérimentateurs (octobre 2013). Enfin, après sept débats et un renvoi à l'arbitrage du cabinet, le CNP a validé les indicateurs clefs des conventions liant les ARS aux porteurs des expérimentations et les schémas directeurs des plans personnalisés de santé (PPS) (décembre 2013). En définitive, les expérimentations PAERPA ont fait l'objet de cinq instructions successives (de janvier 2012 à septembre 2014).

268. Les deux réunions ont eu lieu les 10 septembre 2010 et 15 mars 2011.

À aucun moment le projet PAERPA n'a été relié aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui constituait l'une des mesures du plan Alzheimer. Elles visent à constituer un lieu de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, permettant d'orienter la prise en charge et où divers professionnels, médecins, assistants sociaux, construisent un parcours personnalisé avec l'aide d'un coordinateur. Le public visé est pour partie celui également ciblé par les PAERPA. Sur le plan local, ce sont souvent les mêmes structures qui interviennent.

En outre et alors même que s'engageaient les premières expérimentations PAERPA, la CNAVTS et la CNAMTS ont signé une convention pour la mise en œuvre d'un programme commun, le plan national proximité autonomie (novembre 2014), visant à repérer les personnes âgées en risque de fragilité, afin de formaliser des parcours adaptés, par référence à l'une des orientations de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État pour les années 2014 à 2017 (juillet 2014)<sup>269</sup>.

## **B - Des instruments de pilotage évoluant trop lentement**

### **1 - Les instructions**

La volonté initiale était de faire du CNP un point de passage obligatoire entre toutes les administrations centrales et les ARS. Comme indiqué, il valide les instructions données aux ARS.

Le filtre qu'il constitue a permis aux administrations centrales de prendre conscience du nombre excessif d'instructions adressées aux ARS, comme l'avait souligné la Cour<sup>270</sup> et a favorisé leur réduction : de 321 instructions validées en 2010, ce nombre a été réduit à 199 en 2014 (après 291 en 2012 et 247 en 2013).

Toutefois, le terme générique d'« instruction » utilisé par la loi a été interprété comme recouvrant l'ensemble des documents adressés aux ARS et non les seules instructions proprement dites. Cette pratique a conduit à engorger le CNP et à compliquer les circuits administratifs.

269. La COG prévoit en outre que les unions générales de caisses d'assurance maladie (UGECAM) participent aux projets pilotes de mise en place des PAERPA.

270. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé, p. 231, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

Certes, le CNP a assez vite distingué celles qui étaient signalées de celles qui ne l'étaient pas. En outre, le secrétaire général a proposé de distinguer quatre types d'instructions<sup>271</sup> : les instructions de mise en œuvre d'une politique publique ; les guides pratiques ; les enquêtes visant à collecter des informations ; les instructions ponctuelles.

Pendant, le tableau des instructions validées tenu par le secrétariat général fait apparaître une part prépondérante des instructions relevant des trois dernières catégories et, *a contrario*, le nombre réduit d'instructions proprement dites portant sur la mise en œuvre des politiques publiques.

Par ailleurs, il n'entre pas dans les attributions du CNP de valider les « lettres réseaux », par lesquelles la CNAMTS donne des instructions aux caisses locales d'assurance maladie. En 2014, la CNAMTS a cependant volontairement soumis au CNP quatre lettres réseau.

## 2 - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Approuvés par le CNP et les conseils de surveillance des ARS, puis signés par le ministre, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) résultent de discussions approfondies entre chaque ARS, d'une part, et les directions d'administration centrale, les caisses d'assurance maladie et la CNSA d'autre part. Ils constituent la feuille de route des ARS pour une durée de quatre ans, qui devrait être prochainement portée à cinq ans.

La première génération de CPOM, qui couvrait la période 2010-2013, s'est heurtée à plusieurs difficultés.

Tout d'abord, était prévue une révision annuelle fondée sur la prise en compte des projets régionaux de santé, des négociations locales avec les acteurs et des nouvelles priorités édictées au niveau national. Cette révision a rendu le suivi des CPOM plus difficile.

En outre, un grand nombre d'indicateurs devaient être suivis (31 au total), alors même que certains d'entre eux ne pouvaient être renseignés automatiquement, faute d'un système d'information adapté.

Enfin, il s'est avéré difficile de corrélérer comme prévu la révision annuelle des CPOM et l'évaluation annuelle des directeurs généraux d'ARS, dont l'action ne peut être appréciée que sur plusieurs années.

---

271. Réunion du CNP du 21 juin 2013.

À l'initiative du secrétaire général, le CNP a simplifié les CPOM de la seconde génération 2015-2018.

### **3 - Des lieux moins formels de coordination et de partage d'informations**

La concentration de la fonction de coordination des agences au CNP et au secrétariat général ne pouvait résister aux besoins quotidiens et à la nécessité d'apporter des réponses dont la teneur ait fait l'objet d'une réflexion préalable avec les ARS. Des pratiques de coordination informelles se sont donc développées de manière spontanée entre les directions du ministère de la santé, dont la DGOS et les ARS.

Ces relations informelles se sont banalisées avec la constitution de très nombreux groupes de travail<sup>272</sup> et la désignation de correspondants dans les directions d'administration centrale et dans les ARS. Ces échanges ont permis de recenser les difficultés, de conduire des expériences en commun et d'homogénéiser les pratiques.

Les directeurs généraux d'ARS se rencontrent également dans un cadre informel avec le concours du SGMAS : le séminaire des directeurs généraux d'ARS. Cette enceinte a évolué d'un lieu permettant de recueillir leurs avis et de leur diffuser de l'information en un véritable lieu de débats<sup>273</sup>, perdant son caractère exclusivement administratif. Le ministre s'y rend assez fréquemment<sup>274</sup> alors qu'il ne préside plus le CNP. Les directeurs d'administration centrale et le directeur général de la CNAMTS y sont régulièrement invités séparément. Le séminaire répond aux attentes des directeurs généraux en ce qui concerne tant les questions techniques que les orientations générales.

Le système de pilotage prévu en 2010 a ainsi montré ses limites. Sa réforme apparaît nécessaire.

---

272. Sur des sujets internes de gestion (ressources humaines, formation, risques psycho-sociaux, simplification), certaines pathologies (insuffisance rénale chronique) et les spécificités de certains métiers (sages-femmes).

273. À l'origine, le secrétaire général réunissait périodiquement l'ensemble des directeurs généraux d'ARS (comme le prévoit l'article D. 1433-8 du CSP) et associait à ces réunions les membres du CNP (article D. 1433-8 du CSP). Désormais, le séminaire des directeurs généraux d'ARS se réunit chaque mois, en dehors des membres du CNP, ceux-ci étant individuellement invités à y participer selon l'ordre du jour. Son déroulement débute par un temps réservé aux seuls directeurs d'ARS.

274. Le ministre de la santé participe à trois ou quatre réunions par an selon les années et chaque ministre délégué ou secrétaire d'État au moins une fois par an.

### **III - Une organisation générale à reconstruire**

L'organisation générale du pilotage de l'offre de soins mérite d'être repensée de trois manières : en installant la fonction de pilotage stratégique et de prospective, en restructurant et réorientant la DGOS et en affirmant mieux la présence de l'autorité politique dans la gouvernance.

#### **A - Une fonction de pilotage stratégique à installer**

##### **1 - Restructurer le conseil national de pilotage pour lui permettre d'exercer une fonction stratégique**

La composition du CNP n'est pas adaptée à l'exercice d'une fonction de pilotage stratégique de l'offre de soins sur le territoire.

Elle est trop large. Outre les directeurs généraux d'administration centrale les plus directement concernés par la politique sanitaire et de l'offre de soins, y siègent des directeurs ou chefs de service dont le rôle est très différent : le directeur des ressources humaines du secrétariat général, le directeur de la DREES et le chef de service de l'IGAS. En font également partie les directeurs des trois régimes principaux d'assurance maladie alors que le directeur de la CNAMTS est aussi, depuis la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, celui de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Y siègent aussi non seulement des titulaires de fonctions de direction, mais aussi certains de leurs adjoints (secrétaire général, DGS).

La composition du CNP est simultanément trop étroite. Afin de pallier leur absence du CNP, le séminaire des directeurs généraux d'ARS est devenu un lieu d'échange entre eux, voire avec le ministre.

L'élargissement de la composition du CNP aux directeurs généraux d'ARS permettrait de faire partager et d'impulser plus fortement la stratégie de l'offre de soins, de mieux calibrer la charge de travail induite par les instructions et de concentrer l'action sur les sujets essentiels. Il est d'autant plus nécessaire que le rôle des ARS s'étend (montée en puissance du FIR, dispositions du projet de loi portant modernisation de notre système de santé étendant les attributions des ARS à une déclinaison territoriale de la politique conventionnelle et à

l'organisation territoriale des vigilances sanitaires). Il est rendu possible par la réduction de 22 à 13 du nombre de régions métropolitaines<sup>275</sup>.

Afin d'éviter que cette instance ne soit encore plus pléthorique, la composition du CNP devrait être entièrement revue. Outre le secrétaire général et les directeurs généraux d'ARS, il ne devrait comprendre que les directeurs d'administration centrale (DGOS, DGCS, DGS et DSS), le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la CNSA. En outre, une présidence régulière du ministre contribuerait à imposer une dimension stratégique. Le séminaire retrouverait quant à lui sa vocation naturelle de partage d'informations et d'expérience entre les directeurs généraux d'ARS.

Dès lors que chacune des administrations centrales investirait totalement les domaines relevant de ses attributions en conduisant des réflexions prospectives, notamment la DGOS pour l'offre de soins, le CNP pourrait devenir le lieu de mise en cohérence des approches des différentes directions en vue de définir une stratégie globale (par exemple entre la politique de santé et la politique de l'offre de soins).

La fonction de pure coordination administrative devrait quant à elle être confiée au comité permanent (COPER) qui, aujourd'hui, constitue une simple instance de préparation des réunions du CNP ; même les sujets de coordination administrative remontent ensuite au CNP. Une répartition plus nette des rôles entre le COPER et le CNP contribuerait à alléger les procédures et à distinguer la coordination technique des discussions de fond tout en favorisant un recentrage du CNP sur le pilotage stratégique et les grands enjeux de coordination. Afin d'alléger le secrétariat général, la DGOS, dont émane la plupart des projets soumis au COPER puis au CNP, pourrait être chargée de l'animation du COPER, en liaison avec le secrétariat général et les autres directions.

## **2 - Redéfinir les attributions respectives du secrétariat général et de la direction générale de l'offre de soins**

Les attributions du secrétaire général, qui porte le titre de secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, couvrent non seulement le ministère des affaires sociales et de la santé, mais aussi le ministère chargé du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et celui de la ville, de la jeunesse et des sports. Ce champ très vaste recouvre trois réseaux territoriaux : les ARS, mais aussi

---

275. Les directeurs généraux des quatre ARS d'outre-mer, en raison de l'éloignement géographique de ces régions, ne participeraient généralement pas au CNP.

les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et les directions départementales de la cohésion sociale, ainsi que les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi co-pilotées avec le secrétaire général des ministères financiers.

Le secrétaire général cumule ainsi des attributions principalement de gestion dans les domaines du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, avec des responsabilités sur des dimensions plus stratégiques dans le domaine de la santé, dont la présidence du CNP et une participation à la tutelle d'un grand nombre d'établissements publics relevant des trois ministères.

Certes, ses moyens ont été renforcés, notamment par le décret du 12 août 2013 précité créant auprès de lui un chef de service chargé du pilotage et de la coordination de l'organisation du système de santé, entouré de dix chargés de mission. De même, il est assisté d'un secrétaire général adjoint pour les domaines du travail et de l'emploi.

Pendant, la succession de cinq secrétaires généraux en cinq ans, parfois entrecoupée de longs intérim, témoigne de la difficulté de la fonction. Sauf à reconstituer auprès du secrétaire général des structures qui tendent déjà à doubler avec les directions générales, notamment la DGOS, le cumul d'attributions aussi étendues et différentes conduit à une charge d'une extrême lourdeur, peu propice à l'exercice d'une fonction de stratégie et à l'impulsion quotidienne d'une dynamique de changement dans un champ aussi complexe que l'organisation de l'offre de soins.

Tant au moins que le secrétariat général demeure commun aux trois ministères, le pivot de l'action sur l'organisation de l'offre de soins ne peut être que la DGOS, le secrétaire général ayant pour sa part la charge de la cohésion des structures et de la cohérence des politiques publiques mises en œuvre, fonctions essentielles et auxquelles il doit pouvoir se consacrer pleinement<sup>276</sup>.

Indépendamment de toute évolution du champ de compétence et du positionnement du secrétariat général, une restructuration de l'organisation interne de la DGOS est en tout état de cause indispensable.

---

276 . Voir en ce sens le référé de la Cour au Premier ministre en date du 25 juillet 2014 sur les secrétaires généraux et secrétariats généraux de ministères, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr), qui propose notamment, dans sa recommandation n°5, de « veiller, pour l'ensemble des fonctions de soutien, à la suppression des doublons entre les postes des secrétaires généraux et ceux des différentes directions chargées des politiques publiques ».

## **B - Une restructuration et une mutation indispensables de la direction générale de l'offre de soins**

Le nouvel organigramme issu de la transformation de la DHOS en DGOS devait conduire à la mise en cohérence des structures de cette administration centrale avec la nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins. Cette réorganisation s'est traduite par une division par deux du nombre de sous-directions et par des suppressions de postes qui, par leur ampleur limitée<sup>277</sup>, ne sont pas de nature à expliquer les difficultés de cette direction.

Définis à un moment où la nouvelle direction ambitionnait de couvrir l'ensemble de l'offre de soins, les intitulés des sous-directions et bureaux s'attachent à refléter l'objectif de transversalité qu'impose le décloisonnement de l'offre de soins. Correspondant souvent mal à la réalité des activités de la direction générale, ils ne permettent pas aux interlocuteurs extérieurs de repérer facilement leurs correspondants. La répartition des compétences n'est pas claire.

En outre, deux sous-directions en particulier apparaissent en difficulté au regard de l'objet de leurs missions fixé par les textes :

- la sous-direction de la stratégie et des ressources (61 personnes), dont le positionnement est incertain. Elle ne se consacre pas à la stratégie de recomposition de l'offre de soins et n'exerce pas effectivement de fonction de coordination. À titre principal, elle apporte une aide matérielle et logistique aux autres sous-directions métiers ;
- la sous-direction des ressources humaines, dont une grande part des missions est de fait réalisée par le CNG pour ce qui concerne le personnel des établissements et qui, s'agissant du dialogue avec les professionnels de ville, n'est pas considérée par eux comme un interlocuteur de référence. La DGOS, on l'a vu, n'a pas tiré profit de l'externalisation de ses fonctions de gestion des ressources humaines au CNG. Cette sous-direction n'a pas développé de vue globale sur l'évolution de la démographie et des revenus d'activité des agents hospitaliers et des professionnels de santé exerçant en ville. Son organisation devrait être reconsidérée, ses effectifs nettement réduits et les recrutements réorientés vers l'acquisition de compétences en matière

---

277. Sur 17 suppressions de postes, dix résultent de transferts de tâches à d'autres acteurs (quatre vers le CNG et six vers le SGMAS), ce qui ramène la réduction réelle des effectifs cibles à sept postes (soit 2 % de l'effectif de 2010).

de négociation avec les professionnels libéraux et de prospective, pour les professionnels de ville comme pour les agents hospitaliers.

De manière plus générale, dans une direction qui comporte 27 directeurs d'hôpital ou agents qui l'étaient avant d'être intégrés comme administrateurs civils, la diversification des compétences devrait être un impératif dès lors que ses attributions réglementaires dépassent notablement celles qui étaient dévolues historiquement à l'ancienne direction des hôpitaux.

Au-delà des évolutions à apporter à l'organisation interne et aux recrutements, c'est une mutation profonde de la DGOS qui apparaît indispensable afin qu'elle assure pleinement son rôle dans le pilotage global de l'offre de soins.

### **C - Une nécessaire affirmation de l'autorité ministérielle dans la gouvernance**

En dehors des modifications administratives qui viennent d'être évoquées, il est impératif qu'une articulation étroite soit établie entre les responsables politiques et le pilotage tel que voulu par le code de la santé publique. Ce dernier suppose la participation d'une autorité politique ou d'un responsable administratif ayant une dimension s'en approchant.

Contrairement à la vision initiale et aux textes, le ministre ne préside plus le CNP. Celui-ci est donc de fait présidé par le secrétaire général qui renvoie à l'arbitrage du cabinet. Le directeur de cabinet réunit régulièrement les directeurs des directions opérationnelles mais en dehors de la présence du secrétaire général.

La question se pose de la réalité d'un pilotage stratégique par une instance composée essentiellement de directeurs, dans un ministère fortement cloisonné, où le partage des responsabilités, sur nombre de sujets, est complexe, voire peu clair et de surcroît confronté à la puissance de l'assurance maladie.

#### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

*À leur création, l'objectif principal fixé au secrétariat général et à la direction générale de l'offre de soins était d'adapter les structures et la pratique administrative aux priorités que sont la maîtrise de la dépense et la réorganisation de l'offre de soins.*

*Néanmoins, cinq ans après la création des ARS, du SGMAS, du CNP et de la DGOS, force est de constater que la préparation et la mise en œuvre de la politique de santé et de l'offre de soins se heurtent à des difficultés de fonctionnement et d'organisation majeures.*

*D'une part, la DGOS n'a pas atteint les objectifs qui lui avaient été fixés et n'a pas su trouver sa place dans l'environnement complexe résultant de la création des ARS, du CNP, du SGMAS et des nouvelles agences techniques et sanitaires. Sur des sujets comme la mise en place de « parcours de soins », elle n'est l'interlocuteur privilégié ni des ARS, ni des professionnels de santé, ni de l'assurance maladie. Dans une large mesure, elle est demeurée cantonnée au secteur hospitalier, dans une relation forte avec les fédérations qui représentent les différents types d'établissements. Elle n'a pas étendu son action aux soins de ville et n'a pas été en mesure de prendre en charge le rééquilibrage entre l'hôpital et la ville indispensable à une inflexion durable de l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans le cadre d'un ONDAM resserré.*

*D'autre part, la volonté d'unifier le pilotage national des ARS s'est heurtée à la puissance de la CNAMTS, renforcée par la loi d'août 2004. L'absence de dialogue entre la DGOS et la CNAMTS a renforcé le bicéphalisme et accentué les difficultés de coordination.*

*De surcroît, le lien entre le secteur sanitaire et le médico-social continue d'être mal assuré au sein même du ministère.*

*Enfin, le conseil national de pilotage des ARS et le secrétariat général souffrent chacun d'une lourdeur administrative préjudiciable aux fonctions essentielles du ministère de la santé : la conception et la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins.*

*Sur des sujets comme le décloisonnement et, de manière plus générale, la réorganisation de l'offre de soins, dont les implications sanitaires, sociales et territoriales sont majeures, la responsabilité ne peut être que celle de l'État. Le pilotage, sous son égide, doit être affirmé et organisé en conséquence en renforçant la cohésion du dispositif sur quatre points : une politique de l'offre de soins couvrant à la fois les soins de ville, les établissements sanitaires et médico-sociaux ; la primauté de l'autorité politique dans le pilotage global, que favoriserait une présidence régulière du CNP ; un dialogue direct et permanent avec les ARS au sein même de l'instance de pilotage ; l'affirmation et l'organisation de la dimension stratégique du pilotage et de la fonction de prospective.*

*Ces principes appellent une restructuration de l'organisation du ministère de la santé et l'instauration de relations nouvelles avec la CNAMTS. Une impulsion nouvelle doit être donnée en modifiant les dispositions du décret du 15 mars 2010 afin de faire de la DGOS l'instance de réflexion stratégique sur la réorganisation de l'offre de soins et affirmer son rôle dans le pilotage global de cette dernière, le comité national de pilotage sous la présidence du ministre constituant le lieu de décision.*

*Pour améliorer l'efficacité de la politique de l'offre de soins et, partant, de la politique de santé, la Cour formule les recommandations suivantes :*

*22. confier à la direction générale de l'offre de soins la responsabilité de concevoir la stratégie de recomposition de l'offre de soins et de veiller à sa mise en œuvre par l'intermédiaire des agences régionales de santé et clarifier, dans les textes réglementaires, la répartition des compétences entre le secrétariat général, la direction générale de l'offre de soins et les autres directions du ministère des affaires sociales et de la santé ;*

*23. associer la direction générale de l'offre de soins à l'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État et à la politique conventionnelle avec les professions de santé pour tout ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins ;*

*24. repenser l'organisation interne de la direction générale de l'offre de soins en engageant une remise à plat des profils de postes, en restructurant des sous-directions et en réduisant significativement ses effectifs ;*

*25. recentrer la composition du comité national de pilotage des ARS, sous la présidence régulière du ministre de la santé, sur le secrétaire général, les directeurs du ministère les plus concernés (DGOS, DGCS, DGS et DSS), le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la CNSA et l'élargir aux directeurs généraux des ARS.*

---