



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale

ANNEXE VIII Territoire et carte sanitaire

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**
Charles-Henry **GLAISE**
Matthieu **LECLERCQ**
Nicolas **SALEILLE**
Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**
Paul-Marie **ATGER**
Pierre **RICORDEAU**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inspection générale des
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

RAPPORT

FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE Annexe VIII Territoire et carte sanitaire

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Data scientist

MOUAD **EL ISSAMI**
Data scientist

Sous la supervision de
ANNE **PERROT**
Inspectrice générale des
finances

MATHIAS **ALBERTONE**
Inspecteur général des affaires
sociales

PIERRE **RICORDEAU**
Inspecteur général des affaires
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**
Inspecteur des affaires
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

ANNEXE VIII

Territoire et carte sanitaire

SOMMAIRE

1. LA PLANIFICATION SANITAIRE, UNE POLITIQUE ANCIENNE POUR DES OBJECTIFS QUI ONT ÉVOLUÉ DANS LE TEMPS, MAIS QUI SEMBLE MANQUER AUJOURD'HUI D'UNE ORIENTATION POLITIQUE CLAIRE.....	4
1.1. La carte sanitaire, un concept ancien pour des objectifs qui se sont profondément transformés depuis l'origine.....	4
1.1.1. <i>Créée pour organiser la croissance hospitalière, la carte sanitaire est devenue, sous l'effet de la baisse des durées moyennes de séjour, l'instrument de la restructuration hospitalière.....</i>	<i>4</i>
1.1.2. <i>La mise en œuvre de la T2A a également fait apparaître des seuils de rentabilité qui incitent aux restructurations.....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Le lien établi entre qualité des prises en charge et activité minimale a transformé la restructuration en objectif de santé publique.....</i>	<i>5</i>
1.1.4. <i>Malgré les enjeux économiques et de qualité des soins, la politique publique de restructuration hospitalière semble mal assumée depuis la fin des années 2010 et résulte principalement des contraintes liées aux pénuries de ressources humaines.....</i>	<i>6</i>
2. LES OUTILS DE LA CARTE SANITAIRE : PRS, SRS ET RÉGIME DES AUTORISATIONS ONT CONTRIBUÉ À UNE RÉORGANISATION LIMITÉE DE L'OFFRE DE SOINS AU COURS DES 15 DERNIÈRES ANNÉES	8
2.1. Un dispositif complexe fondé sur une évaluation des besoins et un mécanisme d'appel à projet pour répondre à ces besoins.....	8
2.1.1. <i>Le PRS et le SRS définissent les besoins.....</i>	<i>8</i>
2.1.2. <i>L'ARS autorise les activités hospitalières et les équipements lourds.....</i>	<i>9</i>
2.2. Un dispositif qui a suscité ou accompagné un mouvement limité de restructuration de l'offre.....	9
2.2.1. <i>Les services de médecine.....</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>Les maternités.....</i>	<i>10</i>
2.2.3. <i>La chirurgie générale sans seuil d'activité minimale.....</i>	<i>12</i>
2.2.4. <i>La chirurgie oncologique avec seuil d'activité minimale.....</i>	<i>13</i>
2.2.5. <i>Les services d'urgence.....</i>	<i>15</i>
2.3. La réforme des autorisations adoptée en 2022, en cours de mise en œuvre, devrait impacter assez peu le nombre total des autorisations ; mais elle renforcera néanmoins la gradation de l'offre pour un certain nombre d'activités.....	16
2.3.1. <i>La réforme des autorisations est surtout marquée par un mouvement de gradation de l'offre.....</i>	<i>16</i>
2.3.2. <i>L'exemple de la réforme des autorisations en oncologie illustre le renforcement de l'encadrement par la combinaison de seuils minimaux d'activité et de gradation des services de soins.....</i>	<i>17</i>
2.3.3. <i>L'impact restructurant des PRS 3, qui ont mis en œuvre le régime réformé des autorisations, est aujourd'hui incertain.....</i>	<i>19</i>
2.3.4. <i>La réforme de l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, en cours de déploiement sera potentiellement très structurante.....</i>	<i>22</i>

3. LA CARTE HOSPITALIÈRE FRANÇAISE RESTE AUJOURD’HUI PARTIELLEMENT INADAPTÉE AU REGARD DES BESOINS, DES CONTRAINTES FINANCIÈRES ET DES OBJECTIFS DE QUALITÉ	26
3.1. Le système hospitalier français dispose d’un maillage assez développé	26
3.1.1. <i>Des établissements relativement plus nombreux et plus petits que dans les autres grands pays européens.....</i>	<i>26</i>
3.1.2. <i>Une baisse régulière des lits en MCO et une stabilité sur les autres activités</i>	<i>27</i>
3.1.3. <i>Un maillage territorial par activité assez développé.....</i>	<i>28</i>
3.2. ...Avec des inégalités de répartition encore aujourd’hui très importantes et qui nécessitent des actions de développement ou de maintien de l’offre, en particulier dans les zones rurales.....	30
3.3. ...Mais également des enjeux de restructuration importants pour faire face aux enjeux de qualité, d’optimisation des RH et d’équilibre économique	31
3.3.1. <i>Les maternités.....</i>	<i>31</i>
3.3.2. <i>Les services de chirurgie générale.....</i>	<i>34</i>
3.3.3. <i>Les services d’urgence.....</i>	<i>36</i>
3.4. Les gains financiers potentiels liés à la restructuration hospitalière.....	37
4. PISTES POUR L’ACCOMPAGNEMENT DES PROCESSUS DE RÉORGANISATION DE L’OFFRE HOSPITALIÈRE	38
4.1. Un cadre national d’orientations pour une réorganisation territoriale équilibrée	38
4.2. Renforcer l’arsenal des outils pour accompagner les réorganisations territoriales.....	40
4.2.1. <i>Investir sur les hôpitaux de proximité pour assumer les missions hospitalières de proximité sur tous les territoires</i>	<i>40</i>
4.2.2. <i>Développer la projection de compétences dans les territoires.....</i>	<i>42</i>
4.2.3. <i>Penser de nouvelles formes de concertations pour accompagner les réorganisations de l’offre de soins.....</i>	<i>45</i>

1. La planification sanitaire, une politique ancienne pour des objectifs qui ont évolué dans le temps, mais qui semble manquer aujourd'hui d'une orientation politique claire

1.1. La carte sanitaire, un concept ancien pour des objectifs qui se sont profondément transformés depuis l'origine

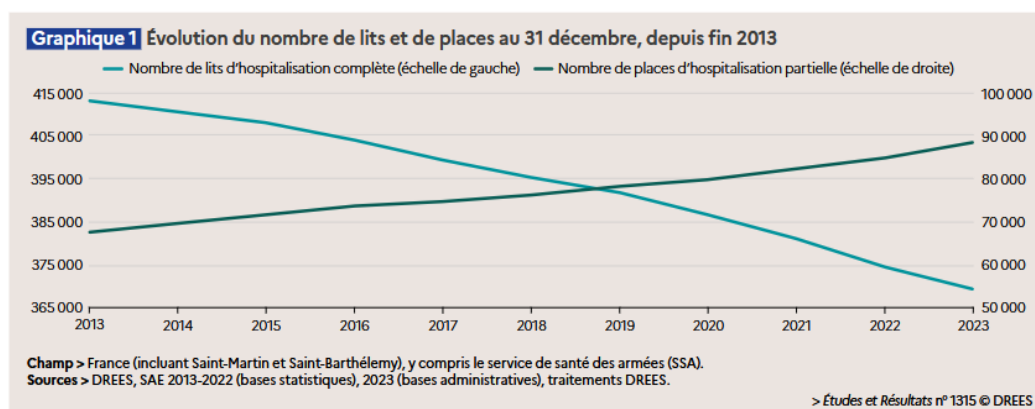
1.1.1. Créée pour organiser la croissance hospitalière, la carte sanitaire est devenue, sous l'effet de la baisse des durées moyennes de séjour, l'instrument de la restructuration hospitalière

La carte sanitaire est créée par la loi la loi hospitalière du 31 décembre 1970. A l'époque il s'agit d'organiser la montée en puissance des infrastructures hospitalières qui bénéficient d'investissements importants.

En 1991 la carte sanitaire est conservée mais elle s'inscrit désormais dans un schéma d'organisation sanitaire, élaboré dans chaque région. A partir de cette époque la carte sanitaire servira moins à organiser le déploiement hospitalier qu'à piloter la restructuration du système hospitalier. Celui-ci est en effet marqué par une baisse forte et régulière des durées de séjour qui entraîne une baisse du besoin en lits. Les causes sont multiples : épidémiologie (notamment des pathologies qui peuvent désormais être guéries ou traitées sous forme chronique en ville) ; progrès des techniques médicales à l'hôpital, etc...

A partir des années 2010, le phénomène est accéléré par le développement rapide de la chirurgie ambulatoire qui entraîne le remplacement accéléré des lits par les places.

Graphique 1 : Evolution du nombre de lits et places au 31 décembre



En 1996 les ARH sont mises en place avec pour mission d'organiser la restructuration de manière active. Elle se substituent aux DRASS et aux CRAM et échappent à l'autorité préfectorale considérée comme trop sensible aux résistances des élus. La mission est transférée aux ARS lors de leur création en 2010. La loi transforme les SROS, qui deviennent des schémas régionaux d'organisation des soins (et non plus sanitaire) et s'insèrent au sein des projets régionaux de santé (PRS) qui sont mis en place¹.

¹ La première génération des PRS (PRS 1) est adoptée pour la période 2012-2016 et sera prolongée. La deuxième génération des PRS 2 portera sur la période 2018-2022 et la troisième génération des PRS 3 a été adoptée en 2023 pour la période 2023-2028.

L'objectif de restructuration est clairement affiché jusqu'au milieu des années 2010 et une loi de 2011 prévoit que le Gouvernement adresse chaque année au Parlement un rapport sur les recompositions de l'offre hospitalière².

1.1.2. La mise en œuvre de la T2A a également fait apparaître des seuils de rentabilité qui incitent aux restructurations

En sortant du budget global et en rémunérant les établissements de santé à l'activité, la mise en œuvre de la T2A au milieu des années 2000 impose au secteur hospitalier d'intégrer les concepts de retour sur investissement dans leur raisonnement sur l'activité de soins. L'équilibre financier de l'établissement dépend désormais de l'activité réalisée et des logiques de « point mort » ou seuil de rentabilité qui deviennent des concepts à prendre en compte pour interroger par exemple la pérennité de services à faible activité.

Les calculs de l'ATIH mettent en évidence ces seuils de rentabilité qui sont d'ailleurs pris en compte dans la tarification à travers le dispositif des forfaits activité isolée. Ces forfaits compensent la perte financière des services à faible activité (en dessous du seuil de rentabilité) mais dont on considère qu'ils ne doivent pas fermer car ils sont très isolés par rapport au reste de l'offre de soins et remplissent donc un service indispensable en termes d'accessibilité (cf infra).

1.1.3. Le lien établi entre qualité des prises en charge et activité minimale a transformé la restructuration en objectif de santé publique

La baisse des durées moyenne de séjour et les préoccupations d'équilibre économique des activités ne sont pas les seuls phénomènes à l'origine du besoin de réorganisation de l'offre de soins. La qualité des soins représente également un enjeu de premier ordre. Plusieurs sociétés savantes ou professionnelles et autorités insistent sur la relation entre qualité et niveau minimal d'activité dans un certain nombre d'activités de soins. Le principe des seuils d'activité est mis en place progressivement pour les maternités ou les activités de chirurgie cancérologiques.

Le débat sur les maternités est ancien avec l'existence d'un seuil minimal d'activité de 300 accouchements par an ; il a été relancé par les mauvais résultats de la France en matière de périnatalité. La Cour des comptes a constaté que le seuil de 300 accouchements par an n'était pas respecté, et préconisait en 2015 de fermer immédiatement les établissements concernés³. La baisse de la natalité a accentué le phénomène et accru le nombre des maternités qui se trouvent « menacées » par ce seuil de qualité. Le rapport Ville de 2023⁴, intitulé « Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence » reprend cette approche et préconise de fermer 111 maternités pratiquant moins de 1000 accouchements par an, sur les 374 maternités actuelles, et de renforcer en parallèle les structures de type 2 réalisant entre 1000 et 2000 accouchements par an.

² Le dernier rapport a été publié en 2018 sur les données 2017. Il est déjà beaucoup moins détaillé que les premiers rapports avec un périmètre concentré sur les aspects institutionnels de la coopération hospitalières sans reprendre l'analyse de la reconversion des activités qui était détaillée précédemment.

³ Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement, Cour des comptes, 2015

⁴ Ville, Y., Rudigoz R.C., Hascoët, J.M., Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence, rapport et recommandation de l'académie nationale de médecine, mars 2023

Annexe VIII

Mais c'est sur la chirurgie, que la question de la qualité est la plus controversée. Dès 2006, Guy Vallancien, dans un rapport du Conseil national de la chirurgie, sollicité par le ministre de la santé préparatoire à la loi HPSPT⁵, préconise de s'interroger sur la pertinence des 113 services de chirurgie (sur 486) réalisant moins de 2000 actes opératoires par an, ce qui correspondait à 130 000 des 2 millions d'actes alors réalisés dans les services de chirurgie. « *L'histoire civile et religieuse du pays, ses particularismes géographiques et climatiques, les voies d'échanges, un Etat garantissant le service public de proximité, se conjuguent pour expliquer une telle dispersion des ressources médicales et chirurgicales sur le territoire national [écrivait Guy Vallancien]. S'y ajoute une autre spécificité nationale, unique en Europe : l'importance et le dynamisme de l'activité chirurgicale libérale réalisée dans les établissements de soins privés.* »

La proposition « de publier [dès 2007] les recommandations du seuil d'activité chirurgicale sans en faire un couperet, d'afficher dans les hôpitaux les types et le nombre d'opérations par an de chaque service de chirurgie public et de les rendre aussi accessibles sur le site Internet du ministère de la santé » n'a pas été retenue. En 2009, des décrets examinés en Conseil d'Etat fixent cependant un seuil minimal d'activité à 1500 actes par an. Ils ne seront finalement pas publiés en raison d'une forte opposition sociale.

En 2015, une instruction du ministère des Affaires sociales et de la Santé, diffusée aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), relançait les interrogations sur la fermeture des petits services de chirurgie, avec « seuil indicatif » fixé à 2101 actes par an. Une soixantaine de petits services de chirurgie, principalement situés dans le sud de la France, étaient concernés. De fait la restructuration des « petits services de chirurgie » s'est poursuivie sur la période sans seuils (cf infra).

Si les autorités ont échoué à mettre en place des dispositifs de seuil d'activité minimale pour la chirurgie générale, il n'en est pas de même pour certaines chirurgies spécialisées. La chirurgie oncologique bénéficie de seuils d'activité minimale depuis le plan Cancer de 2007. Il en est de même pour la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie. La réforme des autorisations récemment mise en place rénove et renforce ce dispositif de seuils (cf infra).

1.1.4. Malgré les enjeux économiques et de qualité des soins, la politique publique de restructuration hospitalière semble mal assumée depuis la fin des années 2010 et résulte principalement des contraintes liées aux pénuries de ressources humaines

La politique publique de restructuration devient beaucoup moins lisible à partir du milieu des années 2010. La restructuration hospitalière rencontre de nombreuses oppositions locales dans le contexte des débats sur la désertification des zones rurales et le mouvement des gilets jaunes. La politique publique, sans être abandonnée est moins affirmée. Plusieurs opérations de restructuration conduites sous l'égide des ARS, notamment celles sur les maternités, sont contestées par le niveau politique national, réexaminées et parfois reportées⁶. Depuis 2019, les ARS reçoivent l'instruction de ne pas mettre en œuvre de fermeture d'un service ou d'un établissement « sans l'accord du maire⁷ ».

⁵ L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, Guy Vallancien, avril 2006

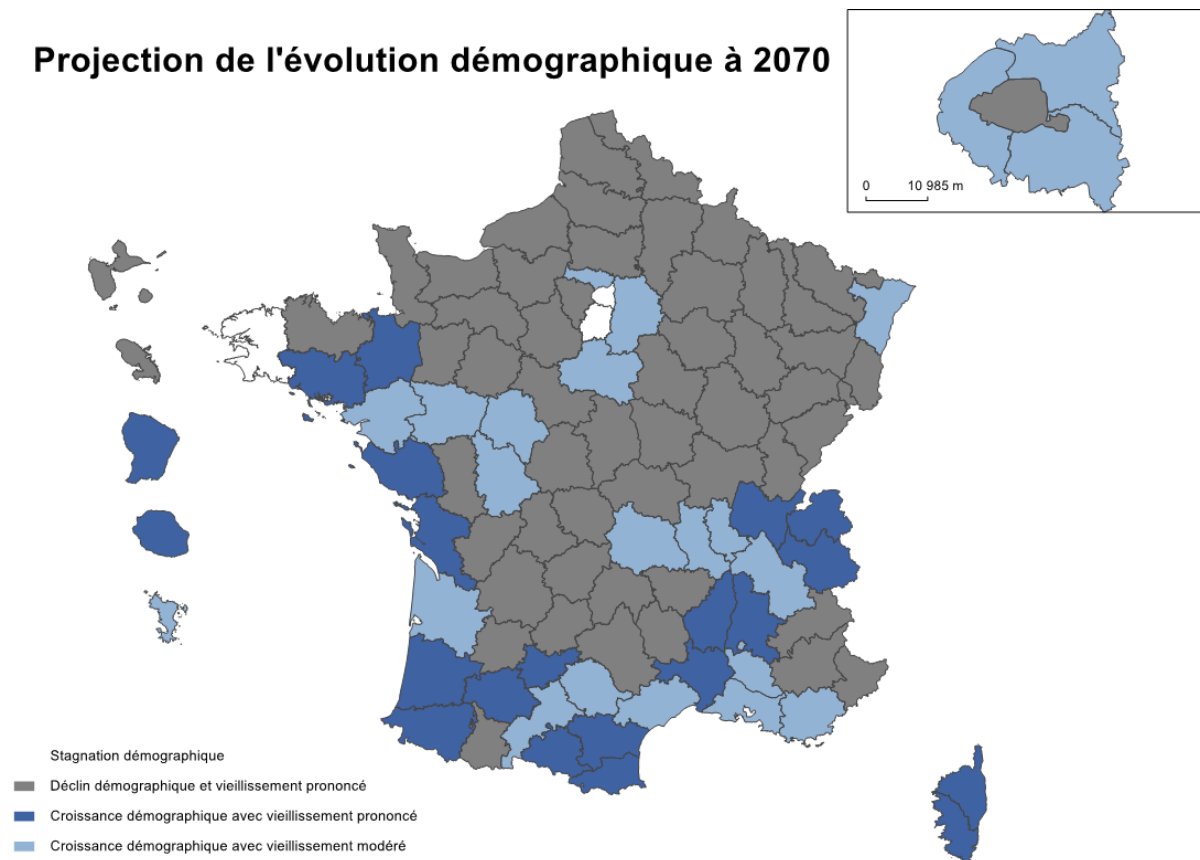
⁶ En mars 2019, le Président de la République demande au Préfet de l'Oise de réexaminer la décision de fermeture de la maternité de Creil et son transfert à Senlis validée en janvier 2019 par l'ARS Hauts de France.

⁷ Déclarations du Président de la République lors d'une conférence de presse en avril 2019.

Annexe VIII

Pourtant la réorganisation des activités reste nécessaire pour répondre aux objectifs d'efficacité et de qualité des soins mais aussi pour tenir compte de l'évolution de la démographie, des besoins et des modes de prise en charge : basculement vers des prises en charge ambulatoire, baisse de la natalité, baisse de certains besoins en pédiatrie du fait de l'arrivée récente de nouveaux médicaments⁸, augmentation des besoins en gériatrie et en santé mentale pour les jeunes ; augmentation du besoin en consultations spécialisées et en dispositifs de surveillance avec la montée en puissance des maladies chroniques et le vieillissement de la population. A titre illustratif la carte de projection démographique retenue par l'Igas dans la mission sur les investissements hospitaliers⁹ illustre un des enjeux des transformations à conduire.

Projection de l'évolution démographique à 2070



Si les logiques de groupe et la contrainte financière maintiennent une dynamique de restructuration dans le secteur privé, la mise en place des GHT en 2016 ne semble pas avoir favorisé un mouvement général de réorganisation de l'offre de soins dans le secteur public. Les GHT auraient pu être un levier de la réorganisation, autour d'objectifs de complémentarité et de gradation de l'offre de soins dans les territoires, dans le cadre des projets médicaux et médico-soignant partagés (PMSP). Dans les faits, l'ambition et l'impact effectif sur la réorganisation de l'offre de soins semblent, a minima, hétérogènes.

⁸ Santé publique France – avril 2024 - Les résultats de deux études s'accordent sur l'impact positif du nirsevimab sur l'épidémie de bronchiolite, avec une baisse significative du nombre de nourrissons hospitalisés et une efficacité du traitement en vie réelle estimée entre 76% et 81% pour les nourrissons admis en réanimation. Par ailleurs, l'administration du nirsevimab a évité environ 5 800 hospitalisations pour bronchiolite après passage aux urgences entre le 15 septembre 2023 et le 31 janvier 2024 en France hexagonale.

⁹ Igas – Propositions pour une stratégie de programmation des investissements hospitaliers – juin 2025

A défaut d'être organisée, la réorganisation est en revanche parfois subie sous une nouvelle pression croissante autour de la disponibilité des ressources humaines médicales, et parfois paramédicales, pour maintenir les activités dans certains établissements de taille limitée. Cette situation contraint certains établissements pour assurer la continuité des soins à recourir à deux solutions palliatives qui affectent fortement les équipes hospitalières : le recours à l'intérim, médical ou paramédical, et le recrutement de praticiens à diplômes hors union européenne (Padhue) sans respect des procédures de vérification des compétences. Plusieurs opérations de fermeture de services sont réalisées dans des conditions très difficiles sous la pression de l'insuffisance de professionnels, notamment pour répondre aux contraintes de la permanence des soins¹⁰.

Au final on constate un ralentissement des réorganisations dans la dernière période. Dans sa dernière note sur l'Ondam, la Cour des comptes¹¹ estime que « l'offre de soins hospitaliers est restée figée, avec une majorité d'établissements de petite taille : 56 % des établissements publics et privés ont une capacité inférieure à 100 lits en 2022 (57 % en 2013) ». La DREES note également un certain ralentissement sur la dernière période de la diminution des entités géographiques hospitalières¹². L'analyse conduite infra sur l'évolution des autorisations d'activité de soins confirme ce ralentissement des réorganisations dans la dernière période (cf 2.2.).

La plupart des acteurs professionnels rencontrés par la mission (ARS, fédérations, conférences, établissements de santé) insistent sur le problème représenté par le manque de clarté des objectifs de la politique publique en ce domaine et souhaitent une réouverture explicite de la stratégie de réorganisation territoriale des activités.

2. Les outils de la carte sanitaire : PRS, SRS et régime des autorisations ont contribué à une réorganisation limitée de l'offre de soins au cours des 15 dernières années

L'encadrement réglementaire de la carte sanitaire repose sur deux outils principaux : une évaluation territorialisée des besoins et une procédure d'autorisation des activités de soins pour répondre à ces besoins. Les établissements de santé doivent inscrire leur choix d'activité, définis le cas échéant dans une logique de groupe (et pour les établissements publics dans le cadre du PMSP des GHT), dans ce cadre réglementaire.

2.1. Un dispositif complexe fondé sur une évaluation des besoins et un mécanisme d'appel à projet pour répondre à ces besoins

2.1.1. Le PRS et le SRS définissent les besoins

Le PRS définit la stratégie régionale de santé dans un horizon pluriannuel. Il « tient compte » de la stratégie nationale de santé en l'adaptant aux enjeux de la population et du territoire. Il est approuvé par le DG ARS après de nombreuses consultations et notamment l'avis de la conférence régionale santé autonomie (CRSA) qui réunit des représentants des acteurs professionnels, des élus, des administrations et des usagers.

¹⁰ A titre d'exemple la DGOS évalue en mai 2024 à 4 le nombre de services d'urgence en arrêt total et à 39 le nombre de services d'urgence en fermeture partielle ; 7 services d'urgence ont été transformés en antenne à cette date, c'est-à-dire sont désormais fermés la nuit.

¹¹ Cour des comptes – l'objectif national de dépenses d'assurance maladie – avril 2025

¹² DREES - Les établissements de santé en 2022 – juillet 2024

Le PRS contient un cadre d'orientation stratégique (COS - normalement défini à 10 ans) et un schéma régional de santé (SRS - normalement défini à 5 ans) qui contient lui-même des objectifs quantifiés sur les principales activités de soins et les équipements médicaux lourds arrêtés en fonction des besoins de santé du territoire. Ces objectifs quantifiés sont fixés par territoire de santé ce qui suppose une analyse des besoins par territoire infrarégional¹³. Ils peuvent s'exprimer sous forme de fourchette avec une borne haute et une borne de basse ce qui laisse ouverte une marge de manœuvre au DG ARS lors de leur mise en œuvre.

2.1.2. L'ARS autorise les activités hospitalières et les équipements lourds

La plupart des activités hospitalières et les équipements et matériels lourds (EML) sont soumis à un régime d'autorisation fixé par voie réglementaire qui définit :

- ◆ les conditions d'implantations (CI) qui détaillent les niveaux d'actes via les modalités et/ou mentions, précisent les exigences que doit assurer le titulaire pour se voir accorder l'autorisation ;
- ◆ et les conditions techniques de fonctionnement (CTF) qui comprennent par exemple : la composition des équipes et qualification des personnels, l'aménagement des locaux, les modalités de suivi des patients, etc.

Sur la base des objectifs quantifiés du SROS, l'ARS ouvre des périodes de dépôts de demande, dites « fenêtres », par type d'activité ou d'équipement ; les établissements déposent leur demande pour obtenir une autorisation ; les autorisations sont accordées ou refusées par le DG ARS après avis de la commission spécialisée offre de soins (CSOS) de la CRSA ; pour obtenir une autorisation, l'établissement doit démontrer que son projet répond aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ; aucune autorisation ne peut être accordée au-delà de l'objectif quantifié ; les autorisations sont accordées pour une durée limitée (7 ans) et soumises à une procédure de renouvellement ; en cas d'absence de mise en œuvre de l'autorisation, celle-ci devient caduque après une certaine durée ; si le nombre des autorisations accordées dépasse l'objectif quantifié pour le territoire, le renouvellement peut être refusé.

En 2024, 23 577 autorisations sont en vigueur sur l'ensemble du territoire national (Métropole + DOM), comprenant à la fois les activités de soins et les équipements matériels lourds. Le nombre moyen d'autorisations par ARS était de 1 814 pour l'ensemble des 13 ARS de métropole (1 310 en moyenne en intégrant les 5 ARS d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane ; Martinique, Mayotte et la Réunion).

2.2. Un dispositif qui a suscité ou accompagné un mouvement limité de restructuration de l'offre

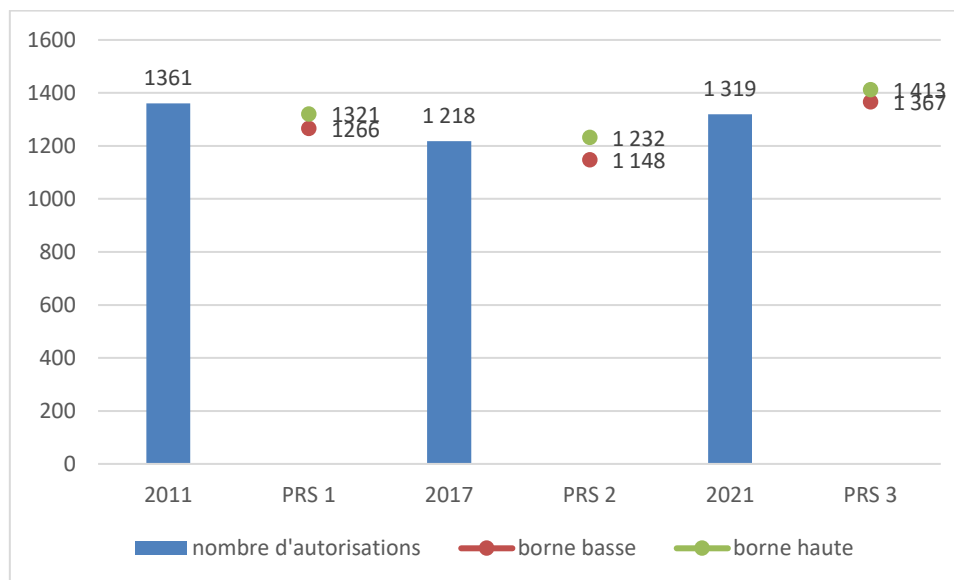
L'examen des données sur les autorisations depuis la mise en place du premier PRS en 2012 montre un mouvement limité de baisse du nombre des autorisations. Celui-ci est cependant assez inégal suivant les activités et les périodes. Si la baisse est régulière pour les maternités, le mouvement semble s'être interrompu pour la chirurgie générale et la médecine à partir du PRS2. La chirurgie cancérologique à l'inverse a connu d'abord un mouvement de hausse, malgré la mise en place des seuils minimaux d'activité, avant d'engager un mouvement de baisse à partir du PRS2.

¹³ le plus souvent les ARS utilisent le département mais il existe également des territoires de santé infra-départementaux ou à cheval sur deux départements

2.2.1. Les services de médecine

Activité parmi les plus présentes sur le territoire, la médecine a connu une évolution contrastée sur la période des PRS. Elle connaît une baisse significative pendant la période du PRS1. Le nombre des services remonte fortement pendant le PRS2 dans les données utilisées mais il est possible que le phénomène soit lié à un changement de périmètre.

Graphique 2 : Nombre de services de médecine sur la période des 3 générations de PRS pour la France métropolitaine



Source : analyse DGOS des PRS – présentation mission

2.2.2. Les maternités

Les maternités ont connu un mouvement notable et régulier de restructuration dans les dernières années. A la fois pour répondre aux contraintes d'activité minimale et de gradation¹⁴ prévues par le régime des autorisations pour garantir la qualité des prises en charges et pour répondre à l'évolution de la démographie et la baisse de la natalité dans les dernières années.

La Cour des comptes rappelle en 2024¹⁵ que « le renforcement des normes de fonctionnement et de sécurité des maternités a conduit à une réduction de leur nombre, passé de 721 en 2000 à 557 en 2010, puis 471 en 2021. Entre 2010 et 2021, le nombre de lits d'obstétrique a parallèlement diminué de 18 %, passant de 17 827 à 14 603.

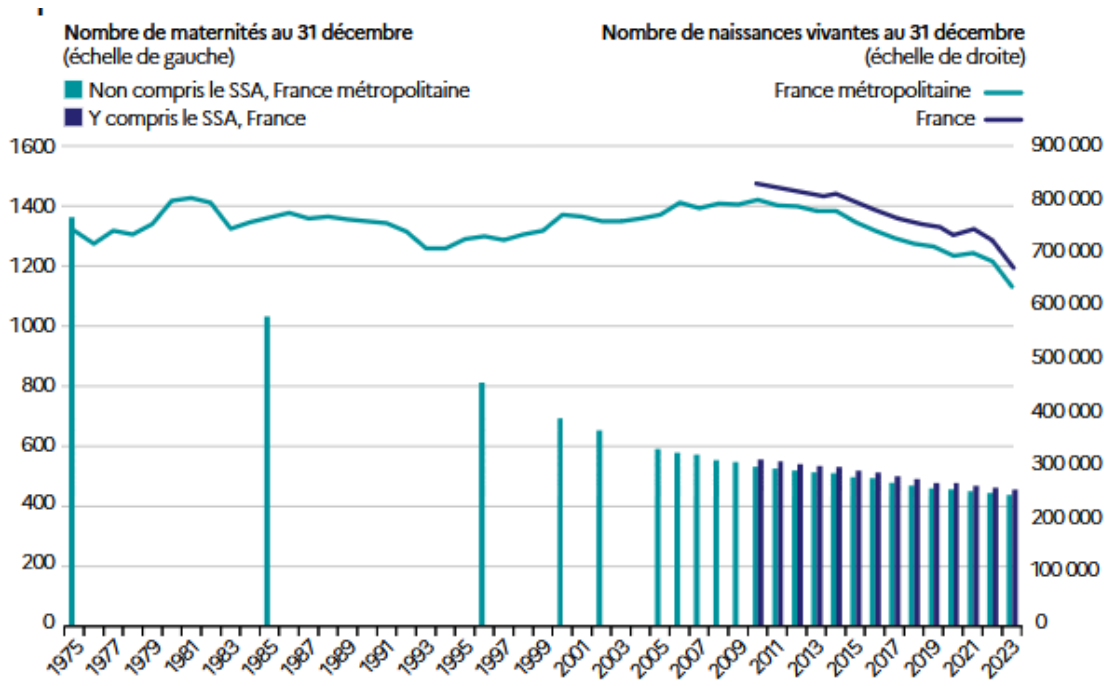
Selon la DREES¹⁶ la baisse du nombre de maternité est à peu près parallèle à la baisse du nombre des naissances. Sur une décennie (2013-2023), le nombre des maternités décroît légèrement moins vite que le nombre d'accouchements qu'elles réalisent ou que le nombre de naissances : -14,6 % (soit -78 établissements entre 2013 et 2023), contre -17,6 % (soit -142 200 accouchements) et -16,5 % (soit -133 700 naissances).

¹⁴ Les autorisations de maternité sont divisées en 4 niveaux de gradation : 1 pour les maternités classiques puis 2a, 2b et 3 en fonction de la capacité à prendre en charge les situations les plus complexes.

¹⁵ Cour des comptes – la politique de périnatalité – mai 2024

¹⁶ DREES – Panorama des établissements de santé 2023 – juillet 2025

Graphique 3 : Evolution du nombre de maternités et de naissances vivantes depuis 1975



Champ > France métropolitaine hors SSA ; France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA à partir de 2010.

Sources > Insee, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2023, traitements DREES.

Service d'accès

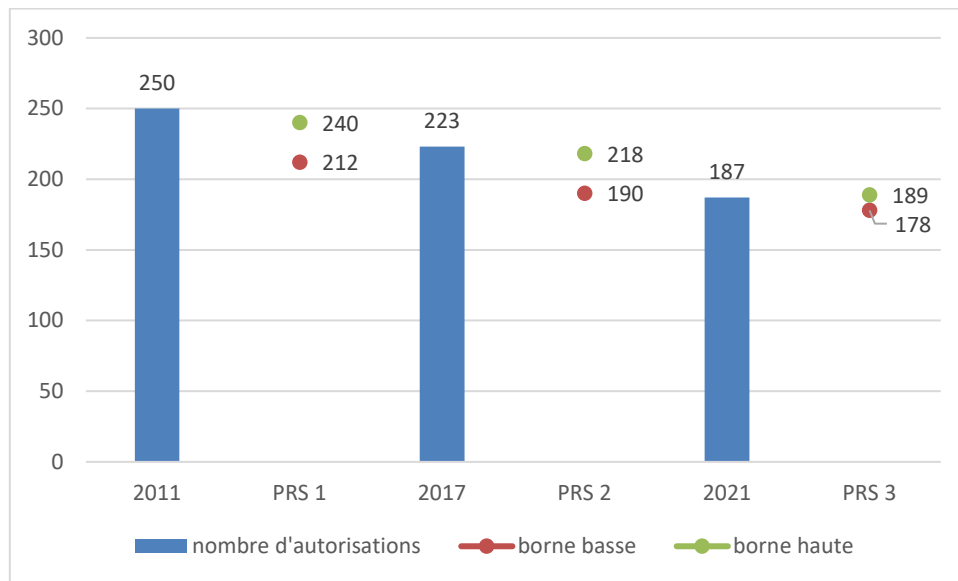
Source : DREES – panorama des établissements de santé 2023 – juillet 2025

Cette contraction s’est accompagnée d’une recomposition profonde de la structure de l’offre de maternités, au profit des maternités les mieux équipées. Selon la Cour, celles ne comprenant qu’une unité d’obstétrique ont ainsi vu leur nombre diminuer de 450 à 175 entre 2000 et 2021. Dans le même temps, le nombre de maternités de type 2 est passé de 210 à 229 et celui des maternités de type 3 de 61 à 67. Huit accouchements sur dix interviennent dans des maternités de types 2 et 3. Plus de la moitié des maternités de type 3 réalisent au moins 3 000 accouchements par an, alors qu’elles n’étaient qu’un quart dans cette situation il y a 20 ans. »

L’analyse des autorisations des PRS 1 à 3 réalisée par la DGOS confirme la poursuite de la restructuration sur la dernière période avec une baisse continue des maternités de niveau 1, au-delà même des prévisions du PRS 2. Selon le PRS 3 le nombre de maternité de niveau 1 devrait désormais se stabiliser, le très faible écart entre les bornes basse et haute illustre cette perspective.

Annexe VIII

Graphique 4 : Nombre de maternités de niveau 1 sur la période des 3 générations de PRS pour la France métropolitaine

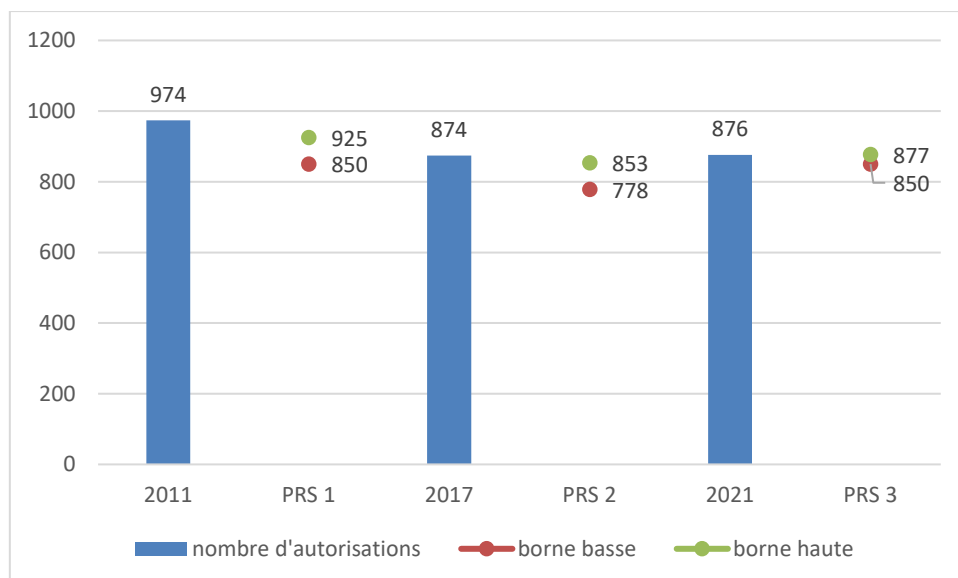


Source : analyse DGOS des PRS – présentation mission

2.2.3. La chirurgie générale sans seuil d'activité minimale

L'analyse des autorisations des PRS 1 à 3 réalisée par la DGOS montre qu'après la restructuration du début des années 2010, le nombre de services autorisés s'est stabilisé malgré les objectifs quantifiés du PRS 2 qui étaient clairement orientés à la baisse sur la borne basse. Le PRS 3 ne prévoit pas de mouvement significatif dans la période à venir et les objectifs quantifiés sont très proches de l'existant pour la borne haute et sensiblement réhaussés pour la borne basse

Graphique 5 : Nombre de services de chirurgie générale sur la période des 3 générations de PRS¹⁷ pour la France métropolitaine



Source : analyse DGOS des PRS – présentation mission

¹⁷ La structure des autorisations de chirurgie se modifie dans le dernier PRS. L'autorisation agrège désormais la chirurgie HC et la chirurgie ambulatoire mais distingue la chirurgie adulte, pédiatrique et bariatrique. On compare ici la somme des autorisations HC et ambulatoire pour les PRS 1 et 2 à la chirurgie adulte pour le PRS 3.

2.2.4. La chirurgie cancérologique avec seuil d'activité minimale

Malgré la mise en place de seuils minimaux d'activité dans le cadre du plan Cancer en 2007, la période du PRS 1 s'est traduite par une hausse du nombre d'autorisations qui dépasse même le niveau des fourchettes hautes inscrites dans ce PRS¹⁸. Le mouvement de baisse ne s'engage qu'avec le PRS 2 et devrait se poursuivre dans le cadre du PRS 3.

¹⁸ Cette hausse au-delà des bornes du PRS 1 conduit à nuancer l'interprétation sur les données. Il est possible que des ajustements du nombre d'implantations aient été décidés en cours de vie des SRS lorsque les ARS constatent une augmentation des besoins. Il est également possible selon la DGOS qu'il y ait eu une mauvaise comptabilisation des autorisations lors de l'extraction :

- certaines autorisations enregistrées sur Arhgos ou le SI autorisations sont caduques ou retirées
- avant la réforme des autorisations, certaines ARS avaient pu accorder 2 autorisations distinctes pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel (le décret du 21 mars 2007 n'abordait pas les formes de l'autorisation de chirurgie des cancers, il y a donc eu une diversité de pratiques des ARS en la matière) ce qui peut artificiellement gonfler le nombre d'autorisations
- dans certains cas, des GCS ont pu être autorisés pour permettre le regroupement sur un même site d'une partie de l'activité de chirurgie oncologique de 2 établissements disposant par ailleurs d'autorisations.

Graphique 6 : Nombre de services de chirurgie cancérologique sur la période des 3 générations de PRS¹⁹ pour la France métropolitaine (4 cancers avec le plus d'autorisations)



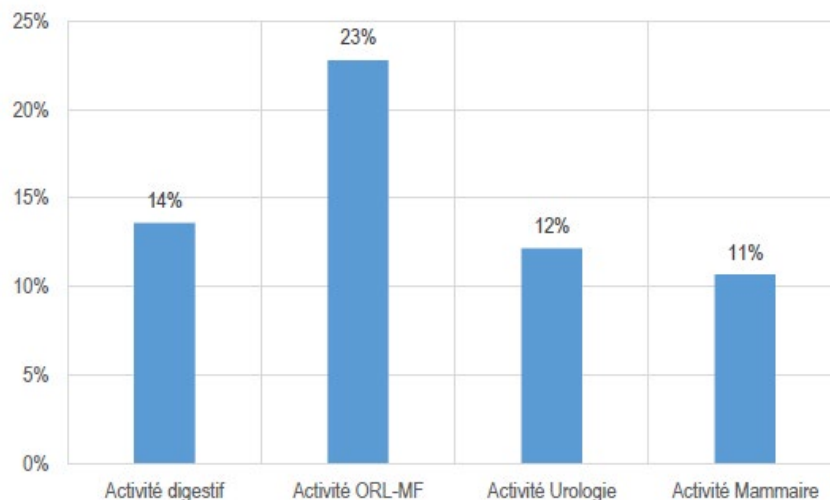
Source : analyse DGOS des PRS – présentation mission

¹⁹ La structure des autorisations de chirurgie cancérologique se modifie dans le dernier PRS. Une gradation des autorisations est introduite pour chaque localisation. Dans le graphique on additionne les autorisations simples et complexes du PRS 3 pour comparer avec les PRS précédents.

Annexe VIII

La hausse du nombre d'autorisations au cours du PRS1 est d'autant plus à souligner que l'examen de l'activité des établissements autorisés montre que les seuils minimaux ne sont pas respectés dans un nombre significatif d'établissements²⁰.

Graphique 7 : Part des sites de chirurgie oncologique autorisés ne respectant pas les seuils réglementaires

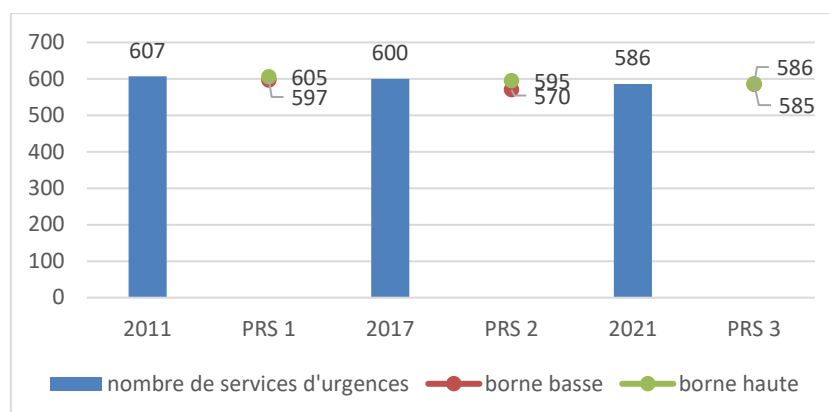


Source : CNAM – rapport charges et produits 2025

2.2.5. Les services d'urgence

Malgré la montée en puissance des passages aux urgences l'organisation des services d'accueil des urgences (SAU) est relativement stable, en légère baisse sur la durée des deux premiers PRS. Les PRS 3 n'anticipent pas de baisse, sans écart entre les bornes basses et hautes, ce qui donne à voir une organisation très stable. Mais cette version des PRS est transitoire pour les activités d'urgence. La réforme des autorisations de la médecine d'urgence²¹ est en effet parue après le processus PRS et les PRS sont donc aujourd'hui en cours de révision pour la prendre en compte (cf infra).

Graphique 8 : Nombre de services d'urgence sur la période des 3 générations de PRS pour la France métropolitaine



Source : analyse DGOS des PRS – présentation mission

²⁰ CNAM – rapport charges et produits – juin 2025

²¹ Décret du 29 décembre 2023

2.3. La réforme des autorisations adoptée en 2022, en cours de mise en œuvre, devrait impacter assez peu le nombre total des autorisations ; mais elle renforcera néanmoins la gradation de l'offre pour un certain nombre d'activités

2.3.1. La réforme des autorisations est surtout marquée par un mouvement de gradation de l'offre

Le régime des autorisations d'activités de soins a été modifié et est entré en vigueur au 1^{er} juin 2023. Une réforme de ce régime a été initiée en 2019 dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé "Ma Santé 2022", sa mise en œuvre a été retardée par la pandémie de COVID-19. Elle poursuit plusieurs objectifs :

- ◆ simplifier les procédures d'autorisation en facilitant le process administratif ;
- ◆ rénover les décrets d'activité de soins (ancienneté des CI/CTF, 10-20 ans) et mieux tenir compte des évolutions des prises en charge (ambulatoire, nouvelles pratiques thérapeutiques,...) ;
- ◆ contribuer à la gradation des soins et de l'offre associée.

Encadré 1 : Le périmètre de la réforme des autorisations

Les activités qui ont été réformées sont les suivantes : médecine, chirurgie, psychiatrie, SMR, médecine nucléaire, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, neuro-radio-interventionnelle, neurochirurgie, soins critiques, traitement du cancer, imagerie diagnostique, radiologie interventionnelle, HAD, médecine d'urgence. Il est à noter que la réforme introduit 3 nouvelles activités de soins avec des conditions d'implantation et de fonctionnement propres : l'hospitalisation à domicile, la radiologie interventionnelle, la médecine nucléaire.

Certaines activités n'ont pas encore été réformées comme la gynécologie-obstétrique, néonatalogie, la réanimation néonatale, les soins de longue durée etc...

Le principe de la réforme est que toutes les activités qui ont été réformées sont soumises à un processus de "ré-autorisation" dans le cadre de la nouvelle génération des PRS. Néanmoins, dans un souci d'allègement de la charge des hôpitaux en 2024, la loi du 27 décembre 2023, dite loi "Valletoux" (voir partie dédiée), introduit la possibilité pour certaines activités réformées (celles dont la réforme des CI et CTF n'emportent pas de changements majeurs dans l'organisation des soins dans les territoires) listées par décret que celle-ci soient, non pas "ré-autorisées" mais uniquement renouvelées.

L'ampleur de la réforme est inégale selon les activités de soins. Elle est par construction plus lisible lorsque les activités sont soumises à des seuils d'activité minimale. C'était le cas jusqu'à présent pour les activités suivantes : obstétrique, chirurgie cancérologique, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle.

Le principe d'application de seuils à la chirurgie générale, envisagé en 2009, n'a pas été repris dans le cadre de la réforme des autorisations. L'autorisation de chirurgie est toutefois désormais divisée en trois autorisations (adulte, pédiatrique, bariatrique) et la partie bariatrique est, elle, soumise à seuil d'activité.

Si la réforme modifie peu le périmètre des activités à seuil, elle segmente plus certaines activités autorisées (chirurgie divisée en trois activités²², HAD divisée en 4 activités, soins critiques qui passent de 3 à 10 types d'autorisation) et met en place des dispositifs de gradation comme on en connaissait déjà pour les maternités. C'est notamment le cas pour la médecine nucléaire, la chirurgie oncologique, les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie et en neuroradiologie, la radiologie interventionnelle pour lesquelles deux niveaux d'autorisation pour les activités simples et les activités complexes sont mises en place.

2.3.2. L'exemple de la réforme des autorisations en oncologie illustre le renforcement de l'encadrement par la combinaison de seuils minimaux d'activité et de gradation des services de soins

La réforme des activités de oncologie montre la tension persistante entre la volonté de renforcer la qualité (introduction d'une gradation de l'offre, augmentation de certains seuils minimaux d'activité) et la volonté de préserver l'offre de proximité (le relèvement des seuils n'est pas général et reste limité, des exceptions géographiques sont autorisées pour déroger aux seuils).

La réforme est notamment marquée par les orientations suivantes.

L'instauration pour les adultes d'une gradation²³ de l'offre de chirurgie oncologique induisant une gradation des RCP et des traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC). Les décrets renforcent les obligations opposables pour les chirurgies oncologiques complexes : RCP de recours ; exigences en termes d'équipes pluridisciplinaires ; exigences en termes de plateaux techniques et en soins critiques. Seront autorisés en tant que tels (gradation) les sites de TMSC pratiquant les chimiothérapies intensives entraînant des aplasies prévisibles de plus de 8 jours et assurant la prise en charge de ces aplasies.

L'instauration de seuils rénovés ou de nouveaux seuils en chirurgie oncologique (voir tableau ci-dessous) et d'un seuil rénové en TMSC. Les nouveaux seuils de chirurgie oncologique pour des organes digestifs (foie, pancréas, œsophage, rectum, estomac) et gynécologiques (ovaire) sont accompagnés d'une nouvelle régulation de cette offre de soins via les pratiques thérapeutiques spécifiques créées par l'ordonnance de mai 2021 qui permettra une souplesse quant à la gestion des autorisations mais garantira leur contrôle par l'ARS avec possibilité de retrait partiel de l'autorisation. Les nouveaux seuils se calculent par ailleurs avec une méthode qui est durcie par rapport au régime précédent puisque seuls les actes d'exérèse de la tumeur sont comptabilisés²⁴ alors que d'autres actes pouvaient l'être dans le régime précédent.

²² En revanche il y a simplification du régime avec la mise en place d'une autorisation unique permettant à la fois la pratique de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie en hospitalisation complète. Le dispositif antérieur imposait une double autorisation des autorisations. Mais cette autorisation unique impose l'obligation de proposer le mode de prise en charge ambulatoire, afin de poursuivre l'essor de ce mode de prise en charge qui constitue depuis 2015 la majorité des prises en charge chirurgicales. L'autorisation devra mentionner si le titulaire pratique soit la seule chirurgie ambulatoire, sous réserve d'une convention établie avec un titulaire pratiquant l'hospitalisation complète, soit la chirurgie ambulatoire et la chirurgie en hospitalisation complète.

²³ Chirurgie oncologique - mention A et Chirurgie oncologique complexe - mention B : en sus de la chirurgie de mention A, la chirurgie de mention B est une chirurgie curative des tumeurs malignes chez l'adulte ou une chirurgie oncologique en zone irradiée et couvre une mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récidive. Seuls ces titulaires de mention B assureront les chirurgies pour les cancers de mauvais pronostics, soumises à nouveaux seuils, et organiseront les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de recours pour les patients concernés. Ne sont pas concernées par cette gradation de mention B la chirurgie oncologique mammaire et la chirurgie oncologique indifférenciée (anciennement « hors seuil »)

²⁴ la méthode de comptabilisation s'appuie sur un algorithme conçu avec l'Inca et mis en œuvre par l'Atih.

Annexe VIII

Les seuils sont calculés par établissement. L'INCa indique que « Certains articles mettent également en évidence le lien entre le volume d'activité du chirurgien et la mortalité, les complications postopératoires voire la survie selon les cancers et les localisations. Néanmoins, il est proposé de ne pas fixer de seuil minimal d'activité par chirurgien, mais plutôt de rendre obligatoire une auto-évaluation de la pratique (Critère CHIR-GEN-7235) incluant des données d'activité anonymisées par chirurgien. L'auto-évaluation des pratiques a démontré son efficacité sur la réduction de la mortalité à 30 jours en chirurgie notamment en chirurgie oncologique thoracique avec des données françaises²⁵. »

L'étude d'impact produite à l'appui des textes de réforme des autorisations montre un impact potentiel significatif sur la chirurgie. Elle évalue le nombre des établissements en dessous des nouveaux seuils de 20 à 150 (et en nombre d'installations de 6% à 35%) suivant les localisations de cancers. En revanche le nouveau seuil mis en place pour l'activité de chimiothérapie aurait un impact beaucoup plus limité. Selon l'étude d'impact seuls 7 établissements sur 434 (1,6%) seraient impactés.

Des exceptions géographiques consistant à autoriser, sous conditions, certains sites dérogeant aux seuils sont possibles, avec pour but d'éviter un trop fort éloignement des soins et de limiter le renoncement aux soins.

Tableau 1 : évolution des seuils en cancérologie dans le cadre de la réforme des autorisations

	Seuils actuels	Seuils proposés
Chirurgie des cancers mammaires (seuil renforcé)	30 actes par an	70 actes par an
Chirurgie des cancers viscéraux et digestifs (seuil maintenu) :	30 actes par an	30 actes par an
<i>Remarque mention B1 : Combinaison du seuil par appareil viscéral et digestif et de l'un ou plusieurs seuils renforcés par organe suivants. Par exemple, si l'établissement est autorisé à la pratique thérapeutique spécifique de chirurgie carcinologique de l'œsophage, il doit alors faire 5 chirurgies du cancer de l'œsophage parmi les 30 chirurgies des cancers viscéraux et digestifs exigés.</i>		
Œsophage et jonction gastro-œsophagienne		5 actes par an
organe estomac		5 actes par an
pancréas		5 actes par an
foie		5 actes par an
rectum		5 actes par an
Chirurgie des cancers urologiques (seuil maintenu)	30 actes par an	30 actes par an
Chirurgie des cancers thoraciques (seuil renforcé)	30 actes par an	40 actes par an
Chirurgie des cancers gynécologique (seuil maintenu)	20 actes par an	20 actes par an
<i>Remarque mention B5 : Combinaison du seuil par appareil gynécologique et du seuil renforcé par organe suivant. Si l'établissement est autorisé à la pratique thérapeutique spécifique de chirurgie carcinologique de l'ovaire, il doit alors faire 20 chirurgies du cancer de l'ovaire en plus des 20 chirurgies des cancers gynécologiques.</i>		
(seuil renforcé- organe) Ovaire chirurgie réduction complète du cancer avancé		20 actes par an
Chirurgie des cancers ORL et Maxillo-faciale (seuil maintenu)	20 actes par an	20 actes par an

²⁵ INCa – Proposition d'évolution des critères d'agrément des établissements de santé pour le traitement du cancer – avril 2020 – publié en 2023

2.3.3. L'impact restructurant des PRS 3, qui ont mis en œuvre le régime réformé des autorisations, est aujourd'hui incertain

Les PRS ont tous été adoptés et les ARS sont aujourd'hui dans la phase d'attribution progressive des autorisations. La DGOS a fait un premier bilan quantitatif des nouveaux PRS. Ce bilan est à lire avec précaution car la réforme des autorisations ne rend pas toujours totalement comparable la situation existante et la projection des PRS, le périmètre de certaines activités ayant été modifié²⁶. La plupart du temps les ARS ont fixé des bornes hautes et basses. A ce stade, sur la base des données remontées par la DGOS, les PRS apparaissent légèrement restructurants mais avec un impact moindre que la précédente génération.

Selon la FHF, « certaines activités ont été marquées par des transformations comme les soins critiques ou la cancérologie mais on peut regretter que certaines activités comme l'imagerie n'ont pas répondu à ces objectifs. Aujourd'hui selon les remontées des régions dont la FHF dispose, les nouveaux PRS sont des projets de continuité et ne sont pas suffisamment en rupture avec les organisations préexistantes. La réforme des autorisations est également sous utilisée pour réorganiser l'offre de soins dans les territoires ».

²⁶ Ainsi, par exemple, avant la réforme, une seule autorisation de chirurgie permettait à un établissement de réaliser à la fois des actes de chirurgie bariatrique, pédiatrique et adulte. Il faut dorénavant une autorisation distincte pour chacune de ces 3 activités. A l'inverse, en médecine, avant la réforme des autorisations distinctes étaient nécessaires pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel alors qu'une seule autorisation de médecine est dorénavant prévue pour un site. Ces exemples se retrouvent dans un nombre conséquent d'activités au sein desquelles ont été introduites une gradation des prises en charge (avec de nouvelles mentions) ou de nouvelles modalités.

Annexe VIII

Tableau 2 : Evolution du nombre des implantations d'activité de soins (Objectifs quantifiés des derniers PRS versus existant) en France métropolitaine

Activité de soins	Evolution borne basse PRS3 (entre parenthèses le cas échéant l'évolution PRS2)	Evolution borne haute PRS3 (entre parenthèses le cas échéant l'évolution PRS2)	Précisions
Chirurgie HC	+0,1% (-2,4%)	-2,9% (-11%)	On compare les chiffres PRS chirurgie adultes (hors pédiatrique et bariatrique désormais séparés) à l'ancienne catégorie chirurgie
Chirurgie ambulatoire	-2,1%	-9,4%	1 région en hausse sur borne haute, 2 régions stables sur borne haute et 2 régions stables sans borne
Chirurgie cardiaque			Activité à très petit nombre d'autorisations
Adulte	0%	+3,4%	
Pédiatrique	+10%	+30%	
Neurochirurgie			Activité à faible nombre d'autorisations
Socle	-6%	+2%	
Fonctionnelle cérébrale	-2,8%	+2,8%	
Intracrânienne	+11%	+18,5%	
pédiatrique	0%	+13,6%	
Cancer chirurgie digestive	-18% (-2,2%)	+7,9% (-11,7%)	Les autorisations PRS 3 sont divisées en deux niveaux gradués (activités simples et complexes)
Cancer chirurgie mammaire	-19,4% (-2%)	-8,1% (-10,2%)	
Cancer chirurgie gynéco	-22,8% (-1,1%)	+3,9% (-12,9%)	Les autorisations PRS 3 sont divisées en deux niveaux gradués (activités simples et complexes)

Annexe VIII

Activité de soins	Evolution borne basse PRS3 (entre parenthèses le cas échéant l'évolution PRS2)	Evolution borne haute PRS3 (entre parenthèses le cas échéant l'évolution PRS2)	Précisions
Cancer chirurgie ORL maxilo- facial	-13,9% (-2%)	+6,2% (-15,4%)	Les autorisations PRS 3 sont divisées en deux niveaux gradués (activités simples et complexes)
Cancer Chirurgie Thorax	-10,7% (+2,8%)	+19,2% (-8,3%)	Les autorisations PRS 3 sont divisées en deux niveaux gradués (activités simples et complexes)
Cancer chirurgie urologie	-12,2% (-1,9%)	+14,2% (-11%)	Les autorisations PRS 3 sont divisées en deux niveaux gradués (activités simples et complexes)
Soins critiques			
Médecine	+3,6%	+7,1%	Il n'y a plus de distinction entre médecine HC et HP
Total obstétrique	-3% (-8,1%)	+3% (+1,1%)	Sur les seules maternités de niveau 1 les évolutions sont -4,9 et +1% sur borne basse et borne haute

Source : analyse des PRS par la DGOS – calculs mission

Annexe VIII

Le caractère plus ou moins restructurant dépendra de la mise en œuvre des PRS par les ARS dans le cadre des procédures en cours d'attribution des autorisations selon que le nombre d'autorisations délivrées se rapprochera plutôt de la borne basse ou celui de la borne haute. Compte tenu de la durée de 7 ans des autorisations accordées, cette orientation sera importante pour la suite de la réorganisation territoriale.

Les premiers éléments disponibles montrent que le caractère relativement restructurant de la réforme des autorisations des activités de chirurgie cancérologique pourrait être confirmé. Dans sa communication de juin 2025 sur les autorisations, l'ARS Ile de France indique par exemple qu'elle a autorisé 117 établissements et accordé 434 autorisations pour la chirurgie et le traitement médical du cancer, soit une baisse de 8 établissements (-6,4%). L'ARS indique que 35 autorisations (8%) ont été accordés à des établissements en dessous des seuils « pour laisser aux équipes la possibilité de se renforcer ».

La gradation prévue par la réforme des autorisations se traduit par ailleurs par une distinction des établissements en deux ensembles. Le niveau le plus élevé représente 53% en digestif, 55% en gynécologie, 68% en thoracique, 69% en ORL maxillo-facial mais seulement 24% en urologie.

2.3.4. La réforme de l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, en cours de déploiement sera potentiellement très structurante

La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) est le dispositif qui organise l'accueil et la prise en charge de « nouveaux patients » dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé « la nuit (...), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés »²⁷.

Pour répondre aux besoins de permanence des soins dans les territoires, les agences régionales de santé (ARS) arrêtent des schémas régionaux de la PDSES qui définissent les organisations à mettre en place, composées de gardes sur place et/ou d'astreintes au domicile. Pour chaque spécialité médicale concernée, le schéma définit le nombre de lignes de gardes ou d'astreintes nécessaires et leur répartition sur le territoire en fonction à la fois du niveau d'activité envisagé et des compétences médicales et des plateaux techniques nécessaires²⁸.

²⁷Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁸ La PDSES ne couvre pas l'ensemble des gardes et astreintes mises en place par les établissements. Un certain nombre de lignes, d'astreinte le plus souvent, sont en effet mises en place au titre de la continuité des soins. Elles ont vocation à assurer la couverture médicale des patients hospitalisés dans l'établissement. Ces lignes ne sont pas intégrées par l'ARS dans le schéma régional de la PDSES. Leur création relève de décisions propres des établissements, leur financement est assuré par les tarifs.

Encadré 2 : L'organisation de la PDESES

L'organisation générale de la PDESES repose sur une logique de filières et de gradation des soins distinguant²⁹

- Les activités organisées en proximité (filière périnatale de premier niveau, chirurgies viscérale et orthopédique, cardiologie, anesthésie réanimation, radiologie...),
- Les activités dites de référence territoriale que l'on retrouve principalement au niveau des établissements supports de GHT (soins critiques, unités neurovasculaires, chirurgies spécialisées (urologie, vasculaire...), cardiologie interventionnelle, endoscopies...),
- Les activités de recours régional, hautement spécialisées, assurées par un nombre limité d'établissements, essentiellement les CHU (réanimation pédiatrique, radiologie interventionnelle, unités neurovasculaires de recours, infectiologie, chirurgies très spécialisées (pédiatrique, thoracique, cardiaque), grands brûlés (recours interrégional...).

La PDESES présente un caractère structurant pour l'organisation des soins dans les territoires, pour les deux raisons suivantes.

- ◆ **Il existe un lien direct entre les spécialités médicales assurées en journée et celles couvertes en période de PDESES³⁰.** La réforme des autorisations entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023 a introduit des évolutions concernant les obligations de PDESES (en neurologie ou en radiologie interventionnelle par exemple) mais également de nouvelles possibilités de mutualisations des organisations de PDESES entre établissements ;
- ◆ **Le fonctionnement de la PDESES est fortement mobilisateur de ressources humaines médicales.** L'impact RH de cette contrainte est triple :
 - la consommation de temps médical en premier lieu. Le fonctionnement d'une ligne de garde sur une année complète mobilise entre 2,2 et 2,3 ETP de médecins. Le temps mobilisé pour la PDESES n'est pas disponible pour l'activité de jour.
 - Pour qu'une ligne de garde soit soutenable pour les praticiens chargés de l'assurer, il est généralement considéré qu'il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur 8 praticiens par ligne de garde (4 pour une ligne d'astreinte). L'impact de la PDESES sur le fonctionnement des EPS peut être important, en particulier pour les établissements/spécialités confrontés aux difficultés RH les plus aigües. La mission Igas de 2023 faisait état de « nombreux exemples d'organisations fragiles, parfois de manière structurelle, ou sur le point de le devenir, au regard du nombre de praticiens qui assurent encore la continuité des lignes de gardes et d'astreintes : lignes d'astreintes reposant sur deux praticiens, suspensions inopinées de lignes de gardes ou d'astreintes pour défaut de ressources humaines avec report de l'activité sur d'autres structures du territoire, dépendance de dispositifs de PDESES à des ressources extérieures instables et non pérennes voire non titulaires du plein exercice » ;
- ◆ **La participation à la PDESES semble par ailleurs présenter un caractère désincitatif croissant dans le choix de carrière/modes d'exercice des praticiens.**

²⁹ Rapport Igas 2023-009R « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter : Répartition, soutenabilité et reconnaissance » (Juin 2023)

³⁰ Pour certaines d'entre elles, il s'agit d'un lien juridique. Le régime réglementaire d'autorisation des activités de soins et des équipements de matériels lourds fixe pour chaque activité concernée les conditions de fonctionnement qui peuvent comprendre des obligations de gardes ou d'astreintes.

La mission Igas de 2023³¹ mettait en évidence un enjeu fort de partage des sujétions de PDSSES entre les EPS, principaux effecteurs³² et les établissements privés³³.

Pour relever les enjeux d'efficience et de soutenabilité auxquels la PDSSES est confrontée, les orientations suivantes ont été retenues dans les suites du rapport Igas de 2023 et traduites dans la PPL portée par le député Valletoux :

- ◆ **La définition, par l'ARS dans le cadre du schéma cible, de l'organisation nécessaire et suffisante de la PDSSES à mettre en œuvre au sein de chaque région.** Il s'agit de définir l'organisation la plus pertinente pour chaque territoire, en s'appuyant notamment sur les résultats de l'enquête activité en période de PDSSES pilotée par la DGOS. Cette approche vise à limiter les risques d'organisations inutilement redondantes. Les schémas régionaux sont en cours de renouvellement ;
- ◆ La recherche d'un meilleur équilibre de la contribution au fonctionnement de la PDSSES entre établissements publics et privés^{34 35}

En revanche, alors que le rapport recommandait également « *d'élever l'organisation et la mise en œuvre de la PDSSES en une compétence relevant de droit du GHT.* » afin de « garantir la complémentarité et la cohérence des réponses des GHT aux appels à candidature, [...] de renforcer la mutualisation de la GRH médicale et d'harmoniser les modalités de rémunération de la PDSSES entre les établissements d'un même GHT », cette recommandation n'a finalement été adoptée³⁶. Les EPS doivent donc répondre aux appels à candidatures lancés par les ARS sans l'obligation intégratrice que cette disposition aurait constituée.

³¹ Rapport Igas 2023-009R « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter : Répartition, soutenabilité et reconnaissance » (Juin 2023)

³² Parmi les 6535 lignes de PDSSES recensées dans les 14 ARS ayant répondu à son enquête, 82 % des 2004 lignes de garde étaient assurées dans le secteur public, 13 % dans le secteur privé à but lucratif et 5 % dans le privé à but non lucratif ; 77 % des 3796 lignes d'astreinte étaient assurées dans le secteur public, 18 % dans le secteur privé à but lucratif et 5 % dans le privé à but non lucratif. L'enquête recensait également 736 organisations « mixtes » (par exemple astreinte de semaine, garde de WE). Selon l'enquête réalisée par la DGOS en 2024, la répartition des lignes de garde serait de 69 % dans le secteur public, 23 % dans le secteur privé à but lucratif et 8 % le secteur privé à but non lucratif. Le secteur public a assuré 85 % du total des prises en charge déclarées en période de PDSSES, le secteur privé à but lucratif 9 % et le secteur privé à but non lucratif 6 %.

³³ Le rapport soulignait que cette situation était en particulier la conséquence d'ambivalences entretenues par les acteurs vis-à-vis de la PDSSES. « Pendant de nombreuses années, les acteurs publics ont revendiqué une pleine reconnaissance dans les schémas régionaux, pour des motifs à la fois identitaire (la mission de service public), de file active et de préservation de financements tout en réclamant une meilleure couverture financière des coûts de la PDSSES. Dans le même temps, ils pointaient l'impact défavorable de la PDSSES sur les conditions de travail et l'attractivité de l'exercice public et regrettaient le manque d'implication du secteur privé était déploré. Au fil du temps, le discours s'est rééquilibré en lien avec la mise en évidence du caractère de plus en plus désincitatif des contraintes de participation à la PDSSES ». « De leur côté, les représentants du secteur privé s'estiment traités de façon inégalitaire, compte tenu de leur contribution aux besoins de santé. (...) Cependant, si la fédération et des directions d'établissements revendiquent une plus juste place dans l'attribution des lignes de PDSSES, nombre de praticiens libéraux ne sont pas demandeurs d'y participer, certains ayant quitté le secteur public notamment pour échapper à cette charge. La relation contractuelle qui les lie ferait obstacle à un engagement plus fort dans la PDSSES ».

³⁴ Pour cela, des appels à candidatures doivent être lancés permettant aux acteurs d'indiquer la contribution qu'ils sont en mesure d'apporter pour répondre aux attendus du schéma cible, seuls ou dans le cadre de dispositifs partagés dans les territoires. Cette première étape fait appel à l'engagement spontané des établissements. L'article 17 de la loi du 27 décembre 2023 (Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels) a par ailleurs doté le DG d'ARS d'un pouvoir lui permettant, lorsqu'il constate des « carences persistantes » dans la couverture des besoins du territoire, de « désigner les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins ou d'y contribuer ». Dans ce cas, « les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé désignés (...) participent à la mise en œuvre de cette mission ».

³⁵ Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

³⁶ Cette disposition dans la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, bien qu'adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale a été supprimée lors de l'examen du texte au Sénat.

Annexe VIII

Dans les suites du rapport Igas, la durée des schémas régionaux de la PDSSES qui s'achevaient courant 2023 a été prolongée afin de permettre à la DGOS de prendre les mesures réglementaires fondant un nouveau processus de répartition des lignes de PDSSES et de réaliser une enquête sur l'activité des établissements en période de permanence des soins. Le processus de renouvellement du dispositif de PDSSES est donc en cours et n'a pas encore été mené à son terme :

- ◆ l'élaboration des schémas régionaux de la PDSSES a été lancée à des dates différentes selon les régions. La DGOS ne dispose pas encore d'une vision consolidée pour évaluer quantitativement (nombre de lignes de gardes et d'astreintes cible) et qualitativement (renforcement de la gradation des dispositifs de PDSSES) la nouvelle génération de schémas par rapport à la précédente ;
- ◆ les procédures d'appels à projets commencent par ailleurs à être lancées par spécialités. Le niveau d'engagement du processus ne permet pas non plus d'évaluer l'évolution de la participation des établissements privés à la PDSSES, la coordination des EPS pour répondre aux appels à projets ni le développement des formes de PDSSES mutualisées (équipes de plusieurs établissements assurant la PDSSES sur un même site) ou alternée (par exemple entre deux établissements, une semaine sur deux).

L'organisation de la permanence des soins est porteuse d'enjeux majeurs dans les EPS :

- ◆ des enjeux stratégiques en cohérence avec leur positionnement dans une organisation des soins graduée à l'échelle du territoire ;
- ◆ des enjeux financiers au regard du coût représenté par l'ensemble des gardes et astreintes mises en place par les établissements, au titre de la PDSSES et de la continuité des soins ³⁷ ;
- ◆ des enjeux d'attractivité et de soutenabilité RH.

La relance d'une démarche d'efficacité dans les EPS devrait donc comprendre la réalisation d'un diagnostic des dispositifs de PDSSES et de continuité des soins déployés par les établissements : caractère nécessaire et suffisant de l'ensemble des lignes de gardes et d'astreintes mises en place par les établissements, possibilités de rationalisation et de mutualisation, entre établissements publics comme avec des établissements privés, caractère soutenable des organisations. Ces enjeux sont au cœur de l'organisation des soins au sein des territoires.

³⁷ Le financement de la PDSSES via le FIR ne couvre qu'une partie des charges supportées par les établissements (le montant des indemnités de gardes et d'astreintes versées aux praticiens). Le temps médical mobilisé pendant les gardes ainsi que les autres charges (personnel non médical, charges à caractère médical) doivent être ouverts par les recettes générées par l'activité en période de PDSSES.

3. La carte hospitalière française reste aujourd'hui partiellement inadaptée au regard des besoins, des contraintes financières et des objectifs de qualité

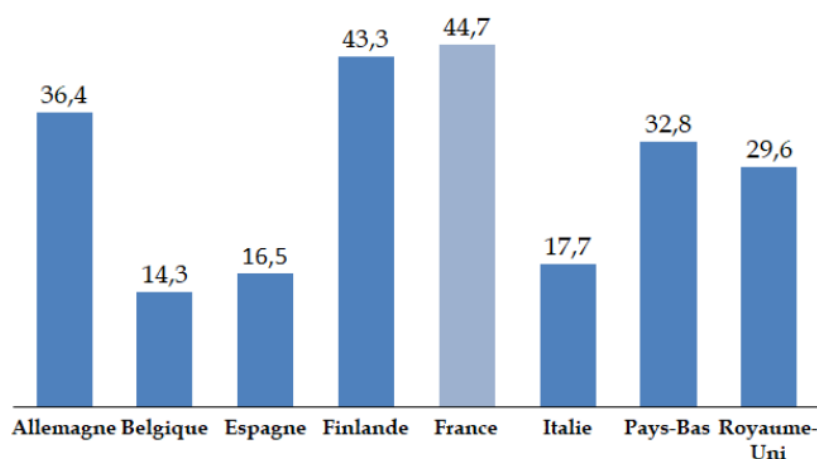
3.1. Le système hospitalier français dispose d'un maillage assez développé

3.1.1. Des établissements relativement plus nombreux et plus petits que dans les autres grands pays européens

Aujourd'hui la France se caractérise par un assez grand nombre d'établissements de santé si on compare avec les principaux autres pays européens de taille comparable : environ 2900 établissements hospitaliers (incluant hôpitaux publics, cliniques privées, et établissements spécialisés). Rapporté au nombre d'habitants, les écarts sont d'un quart avec l'Allemagne mais de 1 à 2,5 avec l'Italie ou l'Espagne.

Graphique 9 : Comparaison internationale du nombre des hôpitaux

Nombre d'hôpitaux par million d'habitants en 2019
dans plusieurs pays européens



Source – Rapport de de la commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France – d'après les chiffres OCDE - mars 2022

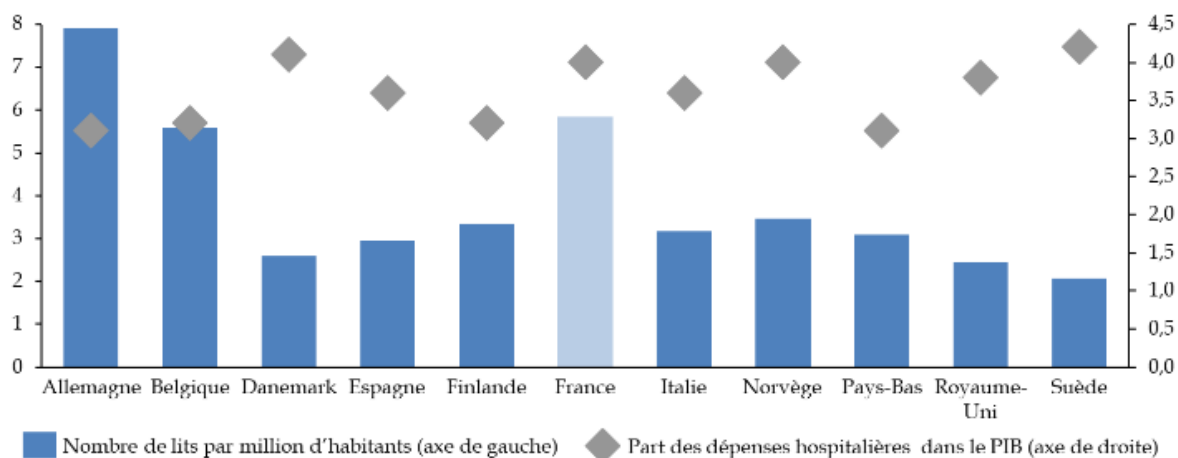
Les établissements français sont de petite taille en moyenne et la situation a peu évolué dans la dernière période. La cour des comptes rappelle que 56 % des établissements publics et privés ont une capacité inférieure à 100 lits en 2022.

Selon l'OCDE³⁸, si l'Allemagne se distingue par un nombre de lits par habitants élevé (7,8 lits pour 1 000 habitants), la France se situe 40 % au-dessus de la moyenne OCDE (6 lits pour 1 000 habitants vs 4,3 lits)³⁹.

³⁸ Panorama de la santé 2023 - OCDE

³⁹ les principaux grands pays européens comparables, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie, se situent respectivement à 2,4 lits, 3 lits et 3,1 lits pour 1000 habitants).

Graphique 10 : comparaison internationale du nombre de lits
Nombre de lits par million d'habitants et dépenses hospitalières, exprimées en pourcentage du PIB en 2019 dans plusieurs pays européens

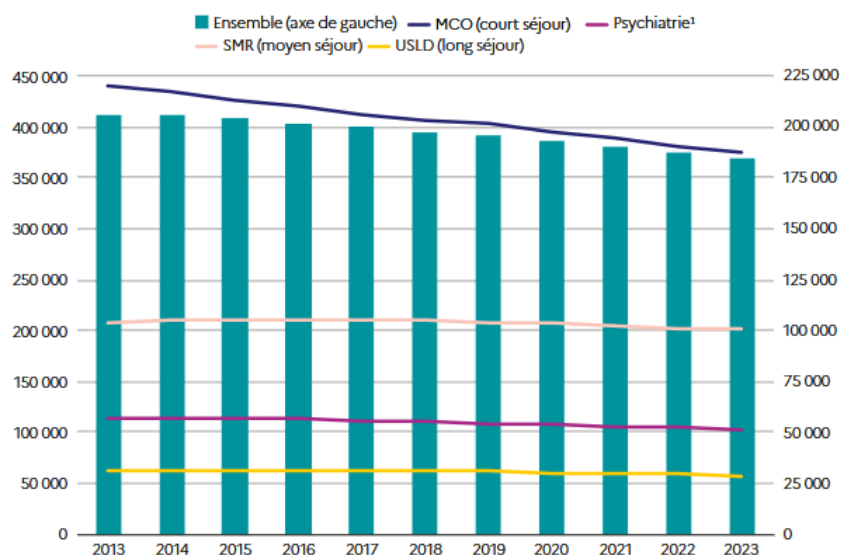


Source – Rapport de de la commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France – d'après les chiffres OCDE - mars 2022

3.1.2. Une baisse régulière des lits en MCO et une stabilité sur les autres activités

Le secteur est marqué par la transformation ambulatoire qui impacte les activités de MCO. Le nombre de lits est en baisse constante, remplacé par les places d'hospitalisation partielle. Les autres activités connaissent à l'inverse une grande stabilité du nombre de lits.

Graphique 11 : Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

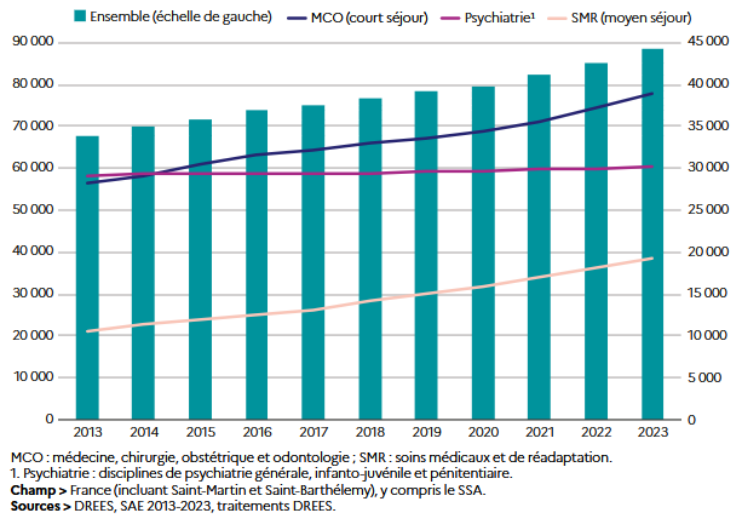
1. Psychiatrie : disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Il s'agit des capacités d'hospitalisation à plein temps : les capacités des autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source : DREES – panorama des établissements de santé 2023 – juillet 2025

Annexe VIII

Graphique 12 : Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2013

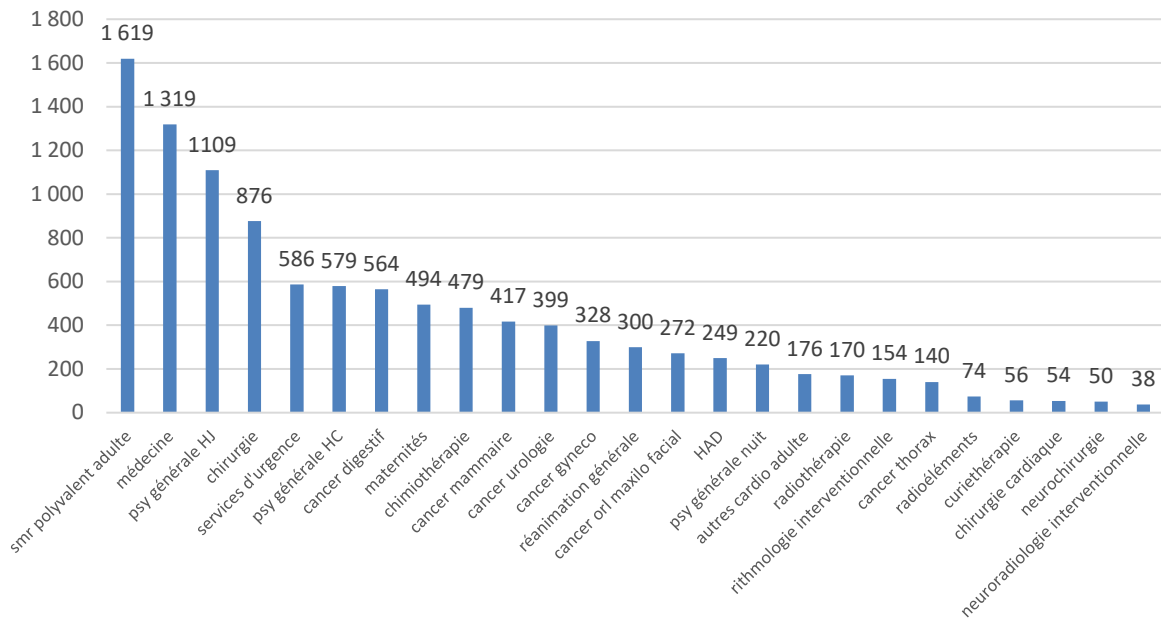


Source : DREES – panorama des établissements de santé 2023 – juillet 2025

3.1.3. Un maillage territorial par activité assez développé...

On peut également approcher l'organisation hospitalière à partir de la diffusion des autorisations puisque la plupart des activités de soins hospitaliers est soumise à autorisation et que chaque autorisation ne vaut que pour un seul site géographique.

Graphique 13 : Nombre d'autorisations sur les principales activités de soins avant la mise en œuvre des PRS 3 pour la France métropolitaine



Source : analyse DGOS des PRS – présentation mission

Annexe VIII

Les activités les plus présentes sur le territoire national sont le SMR, la psychiatrie, la médecine, la chirurgie autorisée dans 876 sites) et les urgences et dans une moindre proportion les maternités (tous niveaux), la chimiothérapie et certaines chirurgies cancérologiques ou encore la réanimation. On retrouve les premières activités non seulement dans tous les GHT et dans tous les départements mais avec un nombre significatif d'unités différentes. Pour les secondes le maillage est peu plus faible mais il reste constitué de plusieurs unités par GHT et par département.

Les activités de fréquence intermédiaire se retrouvent plutôt autour d'une moyenne d'un à deux établissements par département en moyenne (médecine nucléaire, rythmologie, certaines chirurgies cancérologiques, la radiothérapie).

Enfin certaines activités sont plutôt organisées sur un mode de recours régional (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie, curiethérapie, certaines greffes), voire inter régional ou national (certaines greffes, grands brûlés).

Tableau 3 : Nombre de sites autorisés avant mise en œuvre de la réforme des autorisations et des nouveaux PRS en France métropolitaine

Activité de soins	Nombre d'autorisations			Activité de soins	Nombre d'autorisations		
	Total Métropole	Par dpt	Par GHT		Total Métropole	Par dpt	Par GHT
Médecine	1319	13	8	Chirurgie cardiaque	54	0,5	0,4
Chirurgie	876	8	6	Rythmologie interventionnelle	154	1,5	1,1
Gynéco-obstétrique				Neurochirurgie	22 à 50 suivant les domaines	0,2 à 0,5	0,1 à 0,3
Niveau 1	187	2	1,4				
Niveau 2a	155	1,5	1,1				
Niveau 2b	92	1	0,7				
Niveau 3	60	0,6	0,4				
Médecine nucléaire				Activité interventionnelle neuroradiologie	38	0,4	0,3
TEP	197	2	1,4				
Autres matériels	260	2,6	1,9				
Greffe	2 à 31 suivant les organes			Services d'urgences	586	5,8	4,3
Grands brûlés	11 adultes et 9 enfants			Réanimation adultes enfants	300 10 à 27	3 0,1	2,2 0,07 à 0,2
Cancer Chirurgie	140 à 564 suivant les localisations	1,4 à 5,6	1 à 4,1	Cancer Chimiothérapie	479	4,7	3,5
				Radiothérapie	170	1,7	1,2
				Curiothérapie	56	0,5	0,4
				radioéléments	74	0,7	0,5
Génétique	61	0,6	0,4	HAD	249	2,5	1,8
Psy général				SMR			
HC	579	5,8	4,2	Polyvalent adulte	1619	16	12
H jour	1109	11	8,2	Polyvalent enfant	141	1,4	1
H nuit	220	2,2	1,6	Diverses affections	18 à 623	0,1 à 6,2	0,1 à 4,6

Source – Tableau DGOS d'analyse des PRS 3 – calculs missions

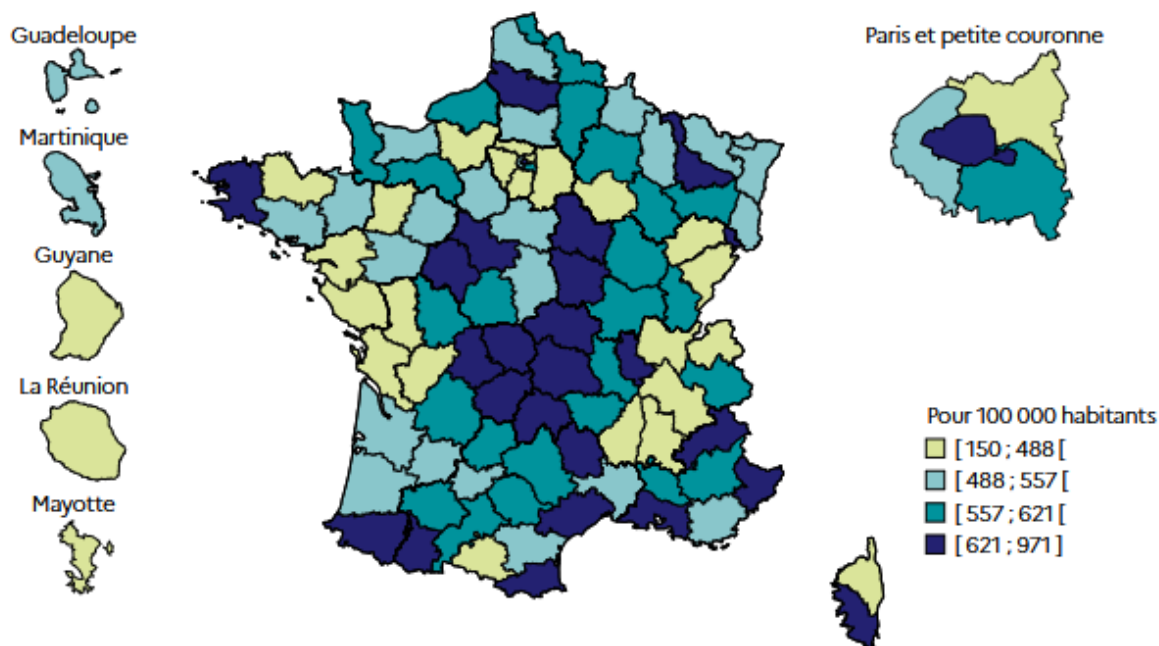
La présentation par activité doit cependant être nuancée. L'introduction de niveaux de gradation dans beaucoup d'activités à l'occasion de la réforme des autorisations vient modifier l'équilibre général de ce maillage. L'accès aux établissements autorisés à prendre en charge les situations les plus complexes est en effet plus éloigné (1 maternité de niveau 3 pour deux départements en moyenne aujourd'hui ; maillage de niveau régional pour l'accès aux établissements autorisés pour les cas complexes en chirurgie cancérologique dans le PRS3).

3.2. ...Avec des inégalités de répartition encore aujourd'hui très importantes et qui nécessitent des actions de développement ou de maintien de l'offre, en particulier dans les zones rurales...

Les éléments moyens de répartition de l'offre de soins hospitaliers cachent des inégalités dans la répartition territoriale. On retrouve ces inégalités dans tous les secteurs de la santé. Ils rendent également mal compte des questions de durée d'accès qui sont pourtant cruciales notamment pour les territoires d'accès difficile ou qui sont isolés. L'analyse de l'offre doit donc être faite territoire par territoire en fonction d'une analyse précise de la densité, des distances et des accès⁴⁰. C'est l'objet des PRS qui prévoient à la fois le développement de nouvelles activités sur les territoires qui en sont dépourvus ou qui voient le maintien d'une offre menacée, notamment faute de RH suffisantes, mais dont la disparition poserait un problème d'accès sur le territoire concerné. Plusieurs des ARS rencontrées insistent sur leur action de développement ou maintien de l'offre dans des territoires sous-dotés ou confrontés à des pénuries de ressources humaines médicales stables et qualifiées.

⁴⁰ Le premier problème d'accès est celui de l'accès aux médecins traitants et spécialités de ville. Si les filières et les solutions combinant HTNM, HAD et autres dispositifs ambulatoires sont présentes, l'éloignement hospitalier est un problème pour un nombre limité de territoires.

Carte : Densité de lits d'hospitalisation complète par département au 31 décembre 2023



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation (SMR) et soins de longue durée. Pour la psychiatrie, il s'agit des capacités d'hospitalisation à plein temps pour les disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Les capacités des autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans cette carte.

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Source : DREES – panorama des établissements de santé 2023 – juillet 2025

3.3. ...Mais également des enjeux de restructuration importants pour faire face aux enjeux de qualité, d'optimisation des RH et d'équilibre économique

La question de la réorganisation de l'offre hospitalière concerne par construction toutes les activités qui sont soumises aux évolutions de l'épidémiologie et de l'évolution des techniques et à l'impact des innovations. Trois activités sont néanmoins souvent évoquées en raison de l'ampleur de leur déploiement territorial, des ressources médicales et paramédicales qu'elles requièrent et des enjeux de restructurations spécifiques : les maternités, les services de chirurgie et les services d'urgence.

3.3.1. Les maternités

La question des maternités s'inscrit dans le cadre de la politique sur la périnatalité dont le périmètre est beaucoup plus large. Une mission IGAS a été lancée sur cette politique et rendra ses conclusions à l'automne 2025.

Les maternités ont connu un fort mouvement de restructuration et de gradation depuis l'adoption des décrets périnataux (cf supra). Pour autant, le réseau actuel est toujours confronté à un défi important de restructuration à la fois pour respecter les seuils minimaux d'activité favorables à la qualité et à la sécurité des soins mais également pour garantir l'équilibre économique de l'activité. Ce défi est d'autant plus fort que la baisse de la natalité enregistrée depuis quelques années accentue les constats antérieurs.

3.3.1.1. La question du seuil minimal d'activité

Un nombre significatif de maternités ne disposent toujours pas d'une activité suffisante pour respecter le seuil minimal. La Cour des comptes évalue à 13 le nombre des maternités encore en exercice en 2021 dont l'activité est durablement inférieure au seuil (au moins deux années de suite) et 7 étaient en dessous du seuil ou au seuil en 2021 sans l'avoir été en 2020. Il est par ailleurs acquis que la baisse de la natalité fera basculer un certain nombre d'autres maternités sous le seuil de 300 accouchements annuels.

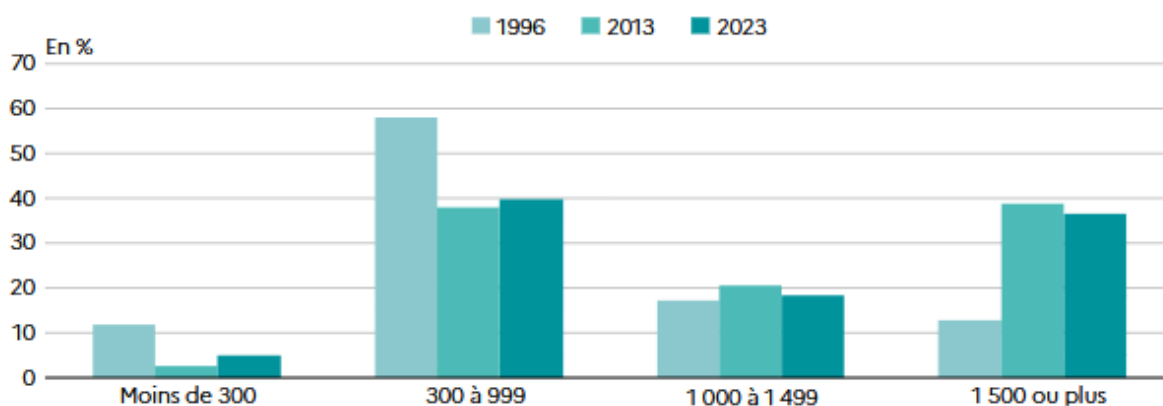
3.3.1.2. La question du seuil de rentabilité

Le seuil minimal d'activité imposé par le régime des autorisations pour des raisons de qualité des prises en charge ne résume pas à lui seul la question de la viabilité des maternités. Le modèle économique de cette activité impose également un certain niveau d'activité pour garantir l'équilibre financier de l'activité.

Dans le cadre de la réalisation d'une étude sur l'isolement des établissements de santé et la simulation de forfaits activité isolée (FAI), l'ATIH a réalisé plusieurs travaux entre fin 2013 et début 2015 pour estimer le seuil de rentabilité des maternités (aussi appelé « point mort ». Les travaux de 2013 indiquent que « l'activité d'obstétrique est systématiquement déficitaire dans les établissements réalisant moins de 5 500 RSA. Dans la catégorie des 5 500 à 10 000 RSA, le point mort se situe aux alentours de 1 000 accouchements. ». Les travaux suivants en 2015 réévaluent ce seuil à 1200 accouchements. C'est ce niveau qui figure dans l'arrêté de 2015 sur le FAI. Dans le cadre d'une actualisation de ses travaux en 2025, l'ATIH estime que le seuil de rentabilité se situe désormais à 1300 accouchements par an. L'arrêté FAI a été actualisé en ce sens.

Même si la situation a beaucoup évolué, le nombre de maternités qui se trouvent en dessous des seuils de qualité et de rentabilité reste aujourd'hui considérable, au-dessus de la moitié des maternités.

Graphique 14 : Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2013 et 2023



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2013 et 2023, traitements DREES.

Source : DREES – panorama des établissements de santé 2023 – juillet 2025

3.3.1.3. Les liens entre taille de la maternité et difficultés RH

Au-delà de la question des seuils minimaux liés à la qualité et à la rentabilité, les petites maternités sont confrontées à des problèmes de ressources humaines importants qui sont susceptibles de dégrader la qualité des prises en charge. Dans son rapport d'information de 2024, le Sénat⁴¹ rappelle que selon Santé publique France (enquête nationale périnatale de 2021) estime que plus d'un tiers des maternités de moins de 1 500 accouchements recourent plusieurs fois par mois à des intérimaires ou des vacataires pour les postes de gynécologues-obstétriciens pour le secteur obstétrical et pour la garde en salle de naissance, ce taux passant à environ 15 % des maternités entre 1 500 et 3 500 accouchements tandis que cette question ne se pose pas pour les maternités de plus de 3 500 accouchements, qui n'y ont pas recours. Santé publique France mettait également en exergue le recours plus fréquent aux intérimaires pour les anesthésistes du secteur obstétrical et pour les pédiatres dans les plus petites structures.

Concernant l'intérim médical et les contrats courts dans les établissements hospitaliers, la Cour des comptes⁴² indiquait en 2024 un gradient de recours à l'intérim selon la taille de l'hôpital : « Plus il est petit, plus la dépendance aux emplois temporaires est élevée. En 2021, le taux de recours moyen était de 15 % mais il atteignait 30 % dans les hôpitaux de moins de 20 M€ de chiffre d'affaires et 6 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ». Le même rapport pointait la situation particulièrement sensible de deux spécialités : les urgences et les maternités.

Le Sénat donne également une idée de l'ampleur des suspensions d'activités dans les maternités. S'appuyant sur les chiffres partiels de la fédération des réseaux de périnatalité sur la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 31 mars 2024, elle note que « 33 maternités ont été concernées par des suspensions ou fermetures... Sur la même période, 6 maternités, toutes de type 1, ont été définitivement fermées, ces structures assurant jusqu'alors de 220 à 760 accouchements. Enfin, 52 suspensions répétées - jusqu'à dix fois en quinze mois - ont concerné 28 maternités allant de 156 à 1 552 naissances. La durée des suspensions a varié sur cette période, de 1 à 18 jours, avec une moyenne de 3,4 jours. Toutes les maternités concernées ont fait état, selon la fédération, de difficultés de ressources humaines, 48 % concernant des médecins anesthésistes réanimateurs, 19 % des sages-femmes, 19 % des pédiatres et 14 % des gynécologues obstétriciens. Au-delà des fermetures de structures, certaines ont également pu devoir suspendre ou fermer une partie seulement de leur activité, comme le service de néonatalogie. Cela a concerné 13 maternités sur la même période dont 10 de type 2a, 1 de type 2b et 1 de type 3. Ces fermetures ont concerné des établissements allant de 547 à 2 927 naissances, pour des durées de 1 à 426 jours. À chaque fois, la fermeture était liée à la difficulté d'assurer le maintien de la permanence des soins. »

3.3.1.4. La proposition des centres périnataux de proximité

En cas de fermeture de maternité, il est possible de mettre en place des centres périnataux de proximité (CPP)⁴³. Ces centres assurent l'ensemble du suivi de grossesse pré et post-partum des femmes, à l'exception de l'accouchement qui est réalisé dans une maternité partenaire.

⁴¹Sénat – rapport d'information - Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer – mai 2024

⁴² Cour des comptes – Rapport annuel sur le financement de la sécurité sociale 2024

⁴³ Article R6123-50 du code de la santé publique « Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.

Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé. »

Annexe VIII

La Cour des comptes souligne dans son rapport de 2024 sur la politique de périnatalité⁴⁴ les expériences réussies de transformation en centre périnatal de proximité (CPP) de maternités qui ne parvenaient pas à atteindre le seuil réglementaire ou rencontraient des difficultés de fonctionnement significatives. Elle indique que « *Plusieurs transformations de maternités en CPP, dans l'hexagone comme en outre-mer, ont permis la création de parcours de soins davantage sécurisés, et moins sujets aux fragilités auxquelles sont soumises les plus petites structures.* »

3.3.1.5. Les enjeux financiers liés à une restructuration

Selon les données ATIH disponibles pour l'année 2024, plus de 250 services ont une activité inférieure au seuil de rentabilité calculé pour calibrer le forfait activité isolée. Parmi ceux-ci près de 200 sont des maternités publiques. Seul un peu plus d'une quarantaine de ces maternités sont effectivement éligibles au forfait activité isolée. Cela signifie que très probablement l'essentiel de ces 150 maternités publiques engendre une perte financière pour leur établissement. Cette perte dépend du niveau effectif d'activité. Si l'on reprend les estimations de de l'ATIH en 2025 sur le déficit par tranches d'activité en nombre d'accouchement on peut estimer la perte cumulée des maternités publiques sous le seuil de rentabilité qui ne sont pas compensées au titre de l'activité isolée à plus de 150M€. Hors forfait activité isolée la perte dépasserait les 200M€⁴⁵.

Tableau 4 : Estimation du déficit cumulé des maternités publiques dont l'activité est en dessous du seuil de rentabilité

Tranche de FAI maternité	Nombre d'EPS éligibles au FAI obstétrique	Nombre d'EPS financés par le FAI obstétrique	Nombre d'EPS sous le seuil de rentabilité	Déficit estimé par l'ATIH en 2025 (en €)	Pertes des EPS en dessous du seuil (en €)	Pertes des EPS en dessous du seuil corrigées du versement des FAI (en €)
1 200-1 300	7	0	7	111 380	779 660	779 660
1 100-1 200	12	1	11	400 342	4 804 104	4 403 762
1 000-1 100	18	1	17	579 614	10 433 052	9 853 438
900-1000	20	3	17	764 578	15 291 560	12 997 826
800-900	15	1	14	795 748	11 936 220	11 140 472
700-800	11	3	8	1 084 708	11 931 788	8 677 664
600-700	22	4	18	1 269 672	27 932 784	22 854 096
moins de 600	87	29	58	1 500 000	130 500 000	87 000 000
Total	192	42	150		213 609 168	157 706 918

Sources : chiffres ATIH – calcul mission.

3.3.2. Les services de chirurgie générale

3.3.2.1. La question du seuil d'activité minimale

Les travaux du conseil national de chirurgie réalisés en 2006 et par le gouvernement en 2009 (cf. supra) avaient conduit à mettre en avant des seuils de 1500 ou 2000 actes chirurgicaux par an pour garantir la qualité des prises en charges.

⁴⁴ Cour des comptes – La politique de périnatalité – mai 2024

⁴⁵ avec le même calcul la perte sur l'ensemble des maternités publiques et privées est estimée à 223M€ et un montant proche de 300M€ si on neutralise le FAI

Annexe VIII

Aujourd'hui la CNAM⁴⁶ évalue à 125 sites chirurgicaux (soit 13,8% des sites), les établissements qui n'atteignent pas le seuil de 2000 séjours chirurgicaux annuels. Ces 125 sites ont produit 143 530 séjours chirurgicaux en 2023 (soit 1.148 actes en moyenne et 2,13% de l'ensemble de l'activité chirurgicale, correspondant à l'activité annuelle des 3 sites chirurgicaux français à l'activité la plus élevée).

3.3.2.2. La question du seuil de rentabilité

Dans le cadre de la réalisation d'une étude sur l'isolement des établissements de santé et la simulation de forfaits établissements isolés, l'ATIH a réalisé plusieurs travaux entre fin 2013 et début 2015 pour estimer le seuil de rentabilité des activités de chirurgie. L'estimation de décembre 2013 indique que la chirurgie à moins de 2 400 séjours est systématiquement déficitaire pour les établissements réalisant moins de 5 500 RSA au total. Dans les établissements réalisant entre 5 500 RSA et 10 000 RSA, le point mort se situe aux alentours de 1 800 séjours chirurgicaux.

Les travaux de 2015 conduisent finalement à retenir un seuil de rentabilité autour de 2000 séjours chirurgicaux. Même si ces chiffres sont maintenant anciens⁴⁷, ils donnent un ordre de grandeur intéressant dans la mesure où ils sont proches des seuils envisagés à la même époque par le conseil national de la chirurgie ou le projet de décret de 2009. L'arrêté tarifaire FAI de mars 2015 a retenu le seuil d'activité de 2000 séjours de chirurgie par an comme seuil de rentabilité.

3.3.2.3. Les enjeux financiers liés à une restructuration

Selon les données ATIH disponibles pour l'année 2024, plus de 300 services ont une activité inférieure au seuil de rentabilité calculé pour calibrer le forfait activité isolée. Parmi ceux-ci plus de 250 sont publics. Seuls 5 de ces services sont effectivement éligibles au forfait activité isolée (FAI). Cela signifie que très probablement l'essentiel de ces 250 services de chirurgie publics engendrent une perte financière pour leur établissement. En partant du principe que les valeurs du FAI dans les tarifs 2025 donnent à peu près le montant du déficit de l'activité de chirurgie en fonction de l'activité (hypothèse très conservatrice), on peut estimer que le déficit cumulé des services de chirurgie dont l'activité est sous le seuil de rentabilité et qui ne bénéficient pas du FAI se situe aux alentours de 50M€.

⁴⁶ CNAM - Rapports charges et produits 2025 – juin 2025

⁴⁷ D'autant plus que les coûts de production de l'acte chirurgical ont augmenté par les logiques de surspécialités dans les métiers du bloc (IADE, IBODE) et par les dispositifs de surrécompensation des professionnels (primes, intérim, contrats de type 2).

Annexe VIII

Tableau 5 : Services de chirurgie publics dont l'activité de situe en dessous du seuil de rentabilité estimé en 2015

Nombre d'actes de chirurgie par an	Nombre d'établissements éligibles au FAI chirurgie	Dont nombre d'établissement publics financés par le FAI chirurgie	Nombre d'établissements publics sous le seuil de rentabilité
1900-2000	67	1	66
1800-1900	144	2	142
1700-1800	6	1	5
1600-1700	8	0	8
1500-1600	10	1	9
1400-1500	7	0	7
1300-1400	2	0	2
1200-1300	7	0	7
moins de 1200	4	0	4
Total	255	5	250

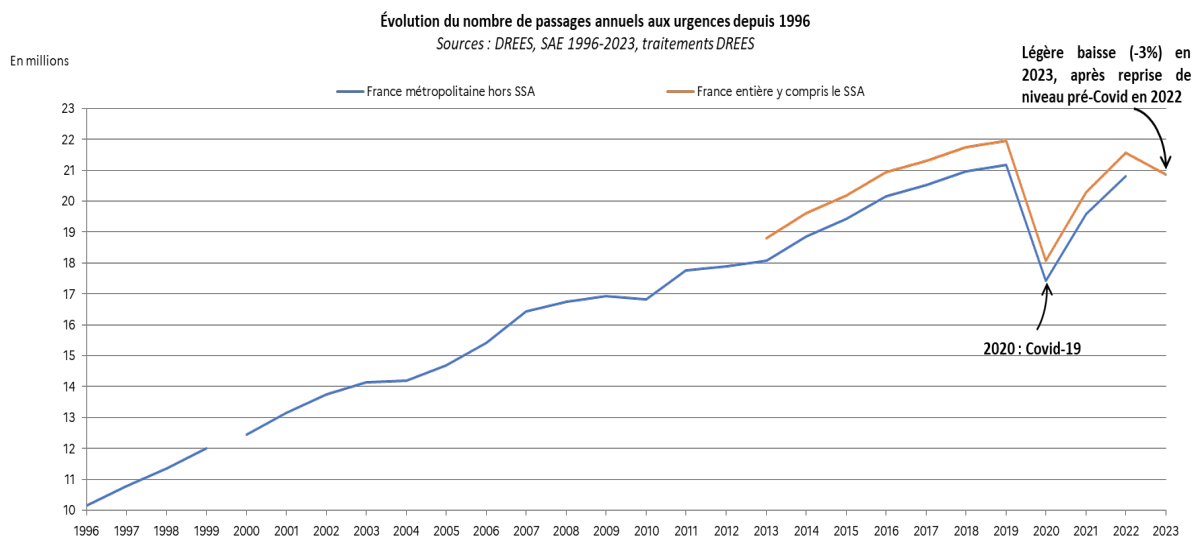
Source : calculs ATIH pour la mission

3.3.3. Les services d'urgence

3.3.3.1. L'enjeu de la stabilisation des passages aux urgences et de la désaturation des grands services d'urgence

Les difficultés rencontrées par les patients sans solution de prise en charge des soins non programmés a conduit dans les dernières années à une forte augmentation du nombre des passages aux urgences jusqu'à une période récente marquée par la stabilisation et même la baisse des flux.

Graphique 15 : Nombre de passages aux urgences jusqu'en 2023 (en millions)



Cette augmentation a mis un grand nombre de services d'urgence sous une forte pression opérationnelle, d'autant plus difficile à gérer que le transfert vers l'aval des urgences était moins bien organisé. Les difficultés RH ont en outre été particulièrement fortes sur cette activité, au sein de laquelle le recours à l'intérim s'est particulièrement développé. La pression sur l'activité, associée au développement très élevé de la pratique de l'intérim a déstructuré certaines équipes qui n'ont plus été en mesure d'assurer le service attendu. Des fermetures partielles des services ont régulièrement été constatés entraînant de l'incompréhension de la part de la population et des élus.

3.3.3.2. L'enjeu de la transformation des services à faible activité

Malgré l'augmentation des passages aux urgences, la pression sur les services d'urgence est restée inégale selon les territoires et certains services d'urgence conservent une activité relativement faible, en particulier la nuit. La question de l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines disponibles pour cette activité est donc devenue cruciale dans le cadre d'une approche d'autant plus territorialisée que les contextes d'exercice sont différents.

La réforme des autorisations a apporté un levier important à la réorganisation de l'activité d'urgence en ouvrant la possibilité de créer des antennes de service d'urgence ouverte uniquement durant la journée, alors qu'un SAU doit réglementairement être ouvert 24h sur 24. Cette différenciation des services d'urgence permet de respecter l'objectif fixé d'un temps maximum de 30 min pour accéder à un service d'urgence sous la contrainte d'optimisation d'utilisation des ressources humaines médicales et paramédicales. Les ARS sont en cours de révision de leur PRS pour intégrer la réforme des autorisations sur l'urgence. Elles détermineront des objectifs quantifiés pour les antennes. La DGOS n'a pas à ce stade de remontée sur le nombre d'autorisations qui seront programmées.⁴⁸ Le nombre final des antennes dépendra des compromis qui seront trouvés entre les acteurs locaux, notamment les élus, qui souhaitent le maintien des services d'urgence 24/24 et les contraintes RH auxquelles les établissements sont confrontés.

3.4. Les gains financiers potentiels liés à la restructuration hospitalière

Il n'existe pas de modèle disponible au niveau national pour évaluer l'impact financier des réorganisations. L'analyse des seuils de rentabilité permet d'évaluer les pertes financières liées au maintien des services à l'activité trop faible. Mais l'impact financier de la réorganisation ne peut se limiter à cette comptabilité. En effet la fermeture d'un service déficitaire entraîne des transferts d'activité vers d'autres services qui peuvent voir leur équilibre financier s'améliorer sous réserve de l'impact des investissements nécessaire pour accueillir le surcroît d'activité. L'établissement dont le service ferme ne perd pas pour autant toute activité et peut lui aussi bénéficier du transfert. Dans le cas par exemple d'une fermeture de maternité et de la mise en place d'un centre périnatal de proximité, l'établissement cédant supprime le déficit lié à sa maternité mais bénéficie d'une nouvelle activité équilibrée, voire bénéficiaire avec le CPP.

Il serait utile que des modélisations d'impact financier soient réalisées au niveau national, par exemple par l'ANAP pour accompagner les ARS et les établissements dans la prise de décision autour des opérations de réorganisation territoriale.

La Cour des comptes appelle à "restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garanties suffisantes de qualité et de sécurité des soins", et elle estime le gain attendu de 0,8 à 1,2 Mds€⁴⁹.

⁴⁸ Et même si une antenne pourrait également être créée ex nihilo.

⁴⁹ Cour des comptes – L'ondam – mai 2025

4. Pistes pour l'accompagnement des processus de réorganisation de l'offre hospitalière

L'inadaptation relative de la carte hospitalière actuelle nécessite d'engager des mouvements qui conduisent à la fois à développer ou maintenir l'offre ou l'accès à l'offre dans certains territoires et la réorganisation territoriale et la gradation des activités et notamment des plateaux techniques. L'organisation de ce double mouvement est complexe. Le maintien de l'offre ou l'accès à l'offre dans certains territoires ruraux se heurte souvent à des problèmes de disponibilité des ressources médicales et parfois soignantes. La réorganisation et la gradation qui se traduisent par une concentration de certains plateaux techniques sont d'abord ressenties comme une dégradation ou une perte du service public par les populations et les élus, notamment les maires qui insistent sur la question de l'emploi dans leur commune, l'hôpital étant souvent le premier ou un des premiers employeurs. La réorganisation est parfois également mal ressentie en interne en fonction de la qualité du dialogue social mis en œuvre autour de ces opérations. Un large mouvement de réorganisation ne pourra donc pas se faire sans un cadre national favorable qui concilie les deux objectifs d'accès et d'efficience et apporte les garanties nécessaires aux acteurs des territoires.

4.1. Un cadre national d'orientations pour une réorganisation territoriale équilibrée

Les oppositions locales aux mouvements de réorganisation territoriale de l'offre de soins imposent de sortir les projets de restructuration de leur simple périmètre pour les resituer au sein de projets médicaux de territoire répondant aux besoins de la population. C'est en démontrant que l'on améliore l'accès et la qualité des soins que l'on peut rendre acceptable la fermeture d'un service qui, seule est logiquement vécue comme un appauvrissement, en particulier dans les zones rurales dans lesquelles l'offre de soins est quantitativement limitée.

Les outils juridiques pour l'expression de projets de territoire existent. Le projet régional de santé, qui intègre une traduction territoriale, donne un cadre général. Le code de la santé publique prévoit par ailleurs l'élaboration de « projets territoriaux de santé⁵⁰ » par l'ensemble des parties prenantes du système de santé sur un territoire. Des contrats locaux de santé peuvent également être conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales. Enfin, les opérateurs de santé, notamment les GHT et les CPTS produisent un projet médical partagé soumis à l'approbation de l'ARS pour vérifier sa conformité avec le PRS.

Malgré la diversité des outils juridiques à disposition, il manque une doctrine générale sur l'accès à la santé dans les territoires, les soins de proximité, notamment hospitaliers, et les parcours de soins gradués avec ses implications en matière de concentration des plateaux techniques sur des établissements de référence territoriale. Des éléments de doctrine existent tel que l'accès à 30 minutes d'un service d'urgence mais ils ne couvrent pas l'ensemble des thématiques. D'autres sont insatisfaisants. La confusion parfois faite entre le « statut » des hôpitaux de proximité avec les « missions hospitalières de proximité » en est un exemple⁵¹.

L'absence de définition claire des soins hospitaliers de proximité et des engagements voire des forme de garanties associées suscite les craintes vis-à-vis de tout mouvement de réorganisation dans les territoires disposant d'une offre de santé réduite, y compris lorsque des enjeux de qualité sont en jeu.

⁵⁰ L 1434-10 du code de la santé publique

⁵¹ Même un CHU exerce des missions hospitalières de proximité

Annexe VIII

Le HCAAM avait proposé en 2018⁵² une première vision consolidée de la gradation sur l'ensemble des soins de santé y compris hospitalier.

Tableau 6 : HCAAM - niveau de proximité des différentes activités de soins

	Soins de proximité / premier recours	Recours en proximité	Recours départemental	Recours régional, référence
Objectifs	Promotion de la santé et prévention, premier recours, régulation et gestion des soins non programmés (au moins de jour), éducation thérapeutique et suivi des malades chroniques ainsi que prise en charge gériatologique	prises en charge nécessitant des moyens humains et techniques spécialisés, en relative proximité	prises en charge nécessitant des moyens humains et techniques spécialisés, de second recours	Prises en charge les plus spécialisées
Population couverte	30 à 50 000 hab.	150-200 000 hab.	200-300 000 hab.	
Soins de ville	Médecins généralistes ; Infirmiers ; Pharmaciens ; Chirurgiens-dentistes (équipes de soins primaires) Spécialités de premier recours : gynéco, pédiatrie, ophtalmo, psychiatrie, stomato	Médecins spécialistes de second recours (cardio, gastro, pneumo...)		
Etablissements de santé	Etablissements communautaires : médecine polyvalente et gériatrique, SSR polyvalents, HAD	Etablissements hospitaliers comportant des plateaux techniques polyvalents, non spécialisés, et certaines disciplines médico-chirurgicales de court séjour	Etablissements hospitaliers comportant des plateaux techniques complets et l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de court séjour (hors activités de référence)	CHU, CLCC et certains établissements privés très spécialisés
Etablissements et services médico-sociaux	EHPAD, Soins à domicile Dispositifs de coordination, CLIC...			
Chirurgie		Disciplines chirurgicales de 1er niveau : orthopédie (si au moins 3 chirurgiens), digestif (au moins 3 chirurgiens), urologie, ophtalmo, ORL	Spécialisations spécifiques (chirurgie de la main, chirurgie vasculaire...), mobilisation d'équipements spécifiques (salles mixtes...)	Disciplines très spécialisées : neurochirurgie, chir cardiaque et vasculaire lourde, transplantations, grands brûlés...
Soins non programmés et Urgences	Centres de soins non programmés, ouverts au moins le jour et en soirée, y compris le week-end Régulation libérale	Etablissement avec plateau technique d'urgence de proximité	Etablissement avec plateau technique d'urgence d'appui	Etablissement avec un plateau technique d'urgence de recours
Réanimation / soins intensifs / surveillance continue		Unités de surveillance continue	Unités de soins intensifs, de réanimation	Réanimations spécialisées

Il serait utile que ce travail soit poursuivi et détaillé, dans un cadre le plus participatif possible, pour aboutir à des orientations nationales qui serviraient de guide aux ARS et aux établissements de santé et de référence aux élus. La mission pourrait être confiée à une personnalité qualifiée reconnue pour sa connaissance de l'organisation des soins sur les territoires et associer les principaux acteurs.

Les outils sont disponibles pour détailler en fonction du type de soins et d'activité notamment à l'ATIH. Dans son outil « soins et territoire » développé en partenariat avec l'Anap, le Csis, la DGOS et l'EHESP, pour construire des projets stratégiques ou d'investissements en santé, adaptés à chaque territoire, l'ATIH a mis en évidence une catégorisation des pratiques de recours. Trois niveaux de recours (proximité, intermédiaire, recours) ont été retenus en partant des comportements de patients.

Un cadre pour la réorganisation territoriale pourrait ainsi prévoir un ensemble de soins hospitalier de proximité pour lesquels une garantie serait apportée à chaque territoire. Le cadre du département pourrait être retenu. Une garantie d'accès à ces soins hospitaliers de proximité serait donnée sur chacun des territoires. Elle comprendrait notamment l'accès aux consultations de spécialistes en recours, ou en cas de carence de l'offre libérale, en premier recours. Le dispositif des consultations délocalisée pourrait être mobilisé pour garantir cet accès sur l'ensemble d'un territoire en concertation avec les communautés professionnelles territoriales de santé.

C'est dans ce cadre garanti qu'un mouvement de rationalisation des plateaux techniques pourrait être engagé dans une logique de gradation des soins et de concentration des activités permettant d'assurer des seuils d'activité minimale et de répondre aux objectifs d'efficience et de qualité des soins.

⁵² HCAAM - Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé - 2018

4.2. Renforcer l'arsenal des outils pour accompagner les réorganisations territoriales

Les démarches de réorganisation territoriale de l'offre de soins sont toujours très sensibles. Elles conservent une forte résonance dans la population, qu'elles concernent l'hôpital ou le premier recours.

Les réorganisations territoriales de l'offre de soins, quand bien même elles sont justifiées pour des raisons de qualité et de sécurité des soins, d'optimisation économique ou d'insuffisance de ressources humaines, suscitent régulièrement la crainte d'une concentration de l'offre de soins dans les villes disposant d'hôpitaux de référence territoriale au détriment de la périphérie. De telles évolutions sont difficilement acceptées si l'accès aux soins n'est par ailleurs pas assuré. Elles doivent donc être menées en parallèle de la conduite de mesures destinées à renforcer l'offre de proximité, pour des soins moins spécialisés, en amont ou en aval d'un épisode médical aiguë ou dans le cadre du suivi de maladies chroniques.

C'est pourquoi les réorganisations territoriales nécessitent d'être accompagnées, en enrichissant les outils permettant de renforcer les compétences médicales dans les territoires mais également en renforçant la pédagogie des réorganisations auprès des élus, des professionnels de santé et de la population.

4.2.1. Investir sur les hôpitaux de proximité pour assumer les missions hospitalières de proximité sur tous les territoires

Les hôpitaux de proximité sont une catégorie d'établissements. Ils ont été créés dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 » pour maintenir une offre de soins hospitaliers de base dans les territoires ruraux ou peu denses. Tous les établissements de santé assument des missions hospitalières de proximité, au sens que nous proposons de définir (cf. 4.1.), même les CHU. Les hôpitaux de proximité n'ont donc pas le monopole des missions de proximité comme leur titre pourrait le laisser penser. Mais ils jouent un rôle central en permettant l'accès à ces missions hospitalières de proximité dans tous les territoires, y compris ceux qui ne disposent pas de centre hospitalier général ou régional : ils constituent donc, en proximité, le socle d'une organisation des soins graduée dans toutes les zones rurales ou éloignées des grandes agglomérations. En même temps ils visent à favoriser les coopérations entre la médecine de ville et hôpital dans ces territoires.

Encadré 3 : Les missions des hôpitaux de proximité⁵³

L'article 35 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁵⁴ a créé le statut des hôpitaux de proximité qu'il définit comme suit « Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés (...). Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins ».

L'article 35 précise par ailleurs, pour que remplir leurs missions, « les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté, et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique »⁵⁵.

Il est également prévu qu'« en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs ».

Les hôpitaux de proximité sont labélisés par les ARS sur la base d'un cahier des charges dont les établissements doivent garantir le respect. Ils bénéficient d'un mode de financement spécifique par dotation⁵⁶ qui permet d'en sécuriser le modèle économique. Mais pour accéder à ce statut et ce mode de financement ils ne doivent pas exercer d'activité de chirurgie ou disposer d'une maternité. **Début 2025, 315 hôpitaux de proximité avaient été reconnus pour un objectif initialement fixé à 500 à 600 en 2022 lors de la présentation de la « Ma santé 2022 », quelques mois avant le début de la crise sanitaire. La cible est donc encore loin d'être atteinte⁵⁷ même si le nombre atteint peut désormais être considéré comme suffisamment significatif pour en faire des acteurs à part entière du système hospitalier.**

Pour poursuivre l'extension du dispositif et l'entrée d'un plus grand nombre d'établissements de santé dans le schéma de l'hôpital de proximité, il est souhaitable de poursuivre les démarches de promotion vis-à-vis des élus et des responsables hospitaliers en vue de compléter le maillage territorial des hôpitaux de proximité. La démarche que la mission propose d'initier au sein de chaque GHT à compter de l'automne 2025 pour améliorer l'efficacité des EPS et du système hospitalier pourrait être l'occasion de **ré examiner de manière systématique l'opportunité de reconnaître de nouveaux hôpitaux de proximité dans le cadre des démarches de renforcement de la gradation de l'offre hospitalière qui pourraient être proposées.**

⁵³ Les hôpitaux de proximité se distinguent nettement de la catégorie des hôpitaux locaux mise en place en 1972 et supprimée dans la loi HPST de 2009, par leur statut juridique, par les missions qu'ils sont légalement autorisés à réaliser, y compris un rôle de coordination avec la médecine de ville, par leur procédure de reconnaissance ou encore par leurs modalités de financement spécifiques. Le dispositif avait été imaginé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à proposer en 2018 dans sa contribution à la transformation du système de santé.

⁵⁴ Loi 2019-774 du 24 juillet 2019

⁵⁵ Une procédure dérogatoire, strictement encadrée, permet au DG ARS 'autoriser certains actes chirurgicaux programmés

⁵⁶ On relèvera que les modalités spécifiques de financement de ces établissements, comprenant une dotation forfaitaire garantie et une dotation de responsabilité territoriale permettent aux hôpitaux de proximité d'être collectivement dans une situation budgétaire excédentaire

⁵⁷ Notamment du fait de la réticence à fermer certains petits services de chirurgie, incompatibles avec le statut d'hôpital de proximité.

4.2.2. Développer la projection de compétences dans les territoires

Le besoin de faciliter l'accès aux soins hospitaliers de proximité sur tous les territoires nécessite d'adopter une approche territoriale pour la gestion des ressources humaines, notamment médicales. Dans un contexte de tensions pesant sur les ressources médicales et de leur répartition territoriale inégale, **il est nécessaire que tous les territoires se sentent considérés par la recherche de solutions d'un juste partage des compétences médicales, notamment en accompagnement de projets de réorganisation.**

Lorsque le processus naturel de répartition des ressources médicales (installation des praticiens libéraux, recrutement de praticiens par les hôpitaux) fait apparaître des déficits dans certains territoires/spécialités, en dépit des différents dispositifs d'attractivité mis en place, ou lorsqu'il est nécessaire de maintenir ou développer certaines offres en proximité, **il faut mobiliser les différents dispositifs permettant de projeter de la compétence médicale dans ces territoires.** Il s'agit d'une alternative permettant de pallier le déficit d'installations.

Il existe plusieurs modalités permettant de projeter de la ressource dans les territoires.

- ◆ Les équipes médicales de territoire : ces équipes mutualisent des ressources humaines médicales entre plusieurs établissements de santé d'un même territoire, souvent dans un GHT, dans une triple logique d'animation collective, d'harmonisation des pratiques et de meilleure couverture des besoins du territoire (exercice multisite des médecins membres de l'équipe). Le GHT Tarn et Garonne (CH de Montauban établissement support) a par exemple mis en place plusieurs équipes médicales de territoire en imagerie, HAD ou chirurgie digestive ;
- ◆ Les consultations avancées : permettre à des praticiens de réaliser des consultations dans d'autres lieux que leur établissement d'origine. Ce type d'organisation est particulièrement adapté pour compenser des carences de la médecine de premier recours (en pédiatrie, psychiatrie, ou rhumatologie par exemple), pour renforcer les politiques de prévention/dépistage et pour assurer le suivi des malades chroniques. La régularité des consultations avancées est essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé du territoire, elles permettent de structurer une offre et des parcours de soins, en lien avec les CPTS notamment ;elles peuvent reposer sur la mobilisation de plusieurs praticiens intervenant ponctuellement (un jour toutes les deux semaines par exemple), ce qui permet d'assurer une présence médicale régulière tout en répartissant la charge entre les praticiens, ce qui rend la contrainte plus supportable. Ces consultations peuvent avoir lieu dans différents types de structures (centre hospitaliers, maisons de santé, locaux communaux mis à disposition...) ;
- ◆ La télémédecine : elle permet de rompre l'unité de présence sur un même lieu du patient et du praticien ou de plusieurs professionnels de santé. Selon l'article L6316-1 du CSP, « *la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ».

Encadré 4 : Les applications de la télémédecine

Les applications peuvent être extrêmement diversifiées : de consultations ou d'avis d'experts pouvant être considérés comme courants et hors contexte d'urgence à des expertises de pointe en contexte d'urgence (ex des réseaux télé AVC par lesquels des urgentistes sollicitent à distance un avis neurologique spécialisé pour un patient suspecté d'AVC avec transmission de clichés d'imagerie cérébrale). Les spécialités médicales les plus citées sont la neurologie et l'imagerie. Les images médicales (radiographies, échographies, IRM, scanners...) sont numériques et facilement transmissibles via des plateformes sécurisées (des PACS par exemple⁵⁸). Ce type d'organisation permet de pallier les difficultés les plus aiguës de pénuries de radiologues dans certains territoires, notamment en période de permanence des soins. Toutefois, de très nombreuses spécialités médicales peuvent être concernées par la mise en œuvre de solutions de télémédecine (ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, génétique...)⁵⁹.

La téléexpertise nécessite de respecter des prescriptions techniques ainsi que des équipements qui peuvent être plus ou moins sophistiqués selon la complexité des informations à transmettre. De même, la présence de personnel soignant sur le site où se trouve le patient est également nécessaire. C'est le cas par exemple des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) qui ont pour double mission de préparer, réaliser et transmettre les examens d'imagerie (radio, scanner, IRM...) et d'assurer l'interface entre le patient, le prescripteur et le radiologue expert. C'est pourquoi la disponibilité de ressources de MERM constitue un facteur potentiellement limitant du déploiement de la télémédecine en imagerie.

- ◆ Les dispositifs mobiles en santé : ils peuvent prendre des formes différentes telles que des équipes mobiles et des unités mobiles de soins (ex médi-bus) ; il s'agit de leviers essentiels pour projeter des compétences médicales et soignantes dans les territoires⁶⁰ ; leur point commun est d'aller vers les patients pour lutter contre le renoncement aux soins qui peut être lié à des raisons sociologiques (difficultés ou réticences des patients à se rendre à l'hôpital ou en cabinet), ou démographiques (pénurie de professionnels dans le territoire).

Les modalités permettant de projeter de la ressource soignante dans les territoires sont nombreuses, elles permettent de s'adapter assez largement aux spécificités territoriales. Il n'existe aucun recensement de l'ensemble des initiatives prises pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires en s'appuyant sur ces différents dispositifs. **La relance d'une ambition en matière de réorganisation de l'offre hospitalière devrait s'accompagner du réexamen des potentialités des dispositifs permettant de projeter de la compétence médicale dans les territoires.**

⁵⁸ « Picture archiving and communication system » ou Système d'archivage et de communication d'images

⁵⁹ Concernant les spécialités chirurgicales, si les dispositifs de type robots chirurgicaux peuvent permettre de découpler l'unité de lieu entre le patient et le chirurgien, cette technique nécessite des investissements conséquents (de l'ordre de 1,5 à 2,5 M€ l'unité), la formation avancée des chirurgiens utilisateurs et le maintien sur le site opératoire du patient d'une équipe soignante en lien avec le chirurgien opérateur. De sorte qu'il n'est pas possible de considérer que les robots chirurgicaux puissent constituer à moyen terme une solution permettant de projeter de la compétence chirurgicale dans ces territoires

⁶⁰ Les applications peuvent être très nombreuses (campagnes de dépistage du cancer du sein, examens médicaux ou dentaires, suivi gynécologique, contraception, IVG médicamenteuse...). Certains dispositifs mobiles peuvent embarquer des équipements tels que des appareils de radiographie numérique ou des échographes portables (couplés le cas échéant à la possibilité de pouvoir de télétransmission des images) ou des fauteuils dentaires.

- ◆ **Faire évoluer le statut des praticiens hospitaliers pour prévoir l'obligation de consacrer, en tant que de besoin, une quotité de son temps de travail au service du territoire, incluant un exercice hors de son établissement d'affectation.**

L'exercice d'une activité en dehors de son établissement d'affectation est en l'état actuel du droit une possibilité offerte aux praticiens et aux établissements. Il ne peut être imposé aux praticiens. L'article R6152-4 du CSP stipule en effet que « *le profil de poste (...) peut prévoir que les praticiens hospitaliers, nommés dans un établissement, exercent leurs fonctions dans plusieurs établissements*⁶¹ (...). Avec l'accord du praticien concerné, après avis motivé du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle, sur proposition du chef de service (...), une convention est passée à cet effet entre les établissements ».

La politique mise en œuvre dans les années 2010 a visé à créer des dispositifs incitatifs aux activités partagées⁶². Ces dispositions constituent aujourd'hui d'une certaine façon un frein à la mise en place d'équipes médicales de territoire, de consultations avancées ou de dispositif mobiles en santé qui ne peuvent être mis en œuvre que dès lors qu'un nombre suffisant de praticiens est disposé à participer à une action de projection de compétence dans les territoires. Cette situation est par ailleurs de nature à introduire une inégalité de situation entre praticiens d'une même équipe.

Dans le cadre de la présentation le 25 avril 2025 du Pacte de lutte contre les déserts médicaux, le Premier ministre a annoncé que chaque médecin, libéral et salariés des centres de santé, généraliste ou spécialiste, devra consacrer jusqu'à deux jours par mois à des consultations dans les zones identifiées comme les plus en difficulté.

Cette mesure ne s'applique pas aux praticiens hospitaliers. Aussi il pourrait être proposé d'introduire une disposition similaire dans le statut des praticiens hospitaliers. L'article R. 6152-4 du CSP serait modifié pour prévoir qu'un praticien hospitalier pourrait, en tant que de besoin, être amené à réaliser une activité en dehors de son établissement d'affectation jusqu'à concurrence de 10% de son temps de travail (soit ½ journée par semaine ou deux jours par mois). L'accord du praticien resterait nécessaire pour tout engagement supérieur à la quotité fixée dans le décret. La mise en œuvre de cette disposition ne serait effective que dès lors que le besoin serait avéré par l'ARS et la quotité à consacrer hors les murs pourrait dans les faits être inférieure au seuil du décret dès lors que la contrainte serait partagée par un grand nombre de praticiens.

- ◆ **Prévoir un régime indemnitaire reconnaissant les sujétions liées à l'exercice multisites pour les personnels non médicaux.**

Le CSP ne prévoit pas pour les personnels non médicaux (soignants, médico-techniques, techniques, éducatifs ou administratif) de régime indemnitaire destiné à reconnaître les sujétions de l'exercice dans un autres établissement équivalent à celui des praticiens hospitaliers (primes d'exercice ou de solidarité territoriale). La mission n'a pu explorer techniquement cette question dans le laps de temps imparti à la mission (nature du RI, conditions d'éligibilité, montants, estimation de coût, rôle potentiel de l'ARS dans les décisions d'allocation, risques d'effets de bord). Il lui semble toutefois souhaitable que cette possibilité soit étudiée, en lien avec les parties prenantes, notamment la FHF et les conférences hospitalières qui la réclament. Cela complèterait les dispositions mobilisables pour favoriser la projection de compétences dans les territoires en accompagnement des projets de réorganisation de l'offre de soins.

⁶¹ Notamment précise cet article, « *dans plusieurs établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire* »

⁶² La prime d'exercice territorial et la prime de solidarité territoriale prévues à l'article D6152-23-1 du CSP

- ◆ **Procéder à un ré examen systématique au sein de chaque GHT des possibilités de projection de la ressource soignante dans les territoires en s'appuyant sur les quatre dispositifs mentionnés supra.**

La démarche que la mission propose d'initier au sein de chaque GHT à compter de l'automne 2025 pour améliorer l'efficacité des EPS et du système hospitalier pourrait être l'occasion d'un ré examen systématique en lien avec les réorganisations territoriales envisagées.

Il serait souhaitable que les évolutions statutaires que la mission recommande de faire ci-dessus soient annoncées au préalable afin que les acteurs puissent procéder au ré examen des dispositifs avec de nouveaux leviers à disposition.

Une attention particulière devrait être accordée à la question de la disponibilité des ressources humaines au sein des établissements appelés à projeter des RH dans les territoires. L'insuffisance de ressources est en effet régulièrement mise en avant pour arguer de l'impossibilité de mettre en œuvre des dispositifs de projection de ressources. La mission considère que cette question doit toujours être pesée dans une approche bénéfique (pour le territoire en souffrance) / risque (pour l'établissement pourvoyeur de ressources).

Cette démarche devrait être l'occasion de mobiliser les collectivités locales, souvent très demandeuses du maintien d'une offre de soins dans le territoire, pour la participation au financement en particulier de projets de télémédecine ou de dispositifs mobiles en santé, dès lors qu'ils mobilisent des solutions interopérables reconnues régionalement et compatible avec le GHT ou les GHT et les CPTS.

4.2.3. Penser de nouvelles formes de concertations pour accompagner les réorganisations de l'offre de soins

Les difficultés récurrentes rencontrées pour mettre en œuvre des réorganisations de l'offre de soins dans les territoires paraissent traduire les limites des outils de la démocratie sanitaire dans notre pays qui sont détaillées ci-dessous.

- ◆ **La lisibilité insuffisante des orientations de la politique nationale de santé en matière de gradation des soins qui pénalise très probablement le développement d'une culture de conciliation des enjeux de proximité et de sécurité.**

C'est pourquoi la mission propose qu'une doctrine nationale d'orientation sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers⁶³ soit définie afin d'accompagner les réflexions dans les territoires (cf. 4.1.)

⁶³ Le plan d'action proposé par la mission comprend la définition d'une doctrine d'orientation sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers afin d'accompagner les réflexions dans les territoires. Ce schéma pourrait distinguer les soins hospitaliers de proximité qui doivent être équitablement répartis sur le territoire du GHT (alternative : du territoire de santé ou du département), les plateaux techniques et activités qui doivent être regroupés mais présents dans chaque GHT (alternative : territoire de santé ou département) et les plateaux techniques ou activités de recours ou d'hyper-recours qui sont organisés sur une base géographique plus large.

◆ **La potentialité des outils de la démocratie sanitaire pour accompagner les restructurations hospitalières inégalement mobilisée.**

Il existe deux types de structures susceptibles d'en connaître, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les conseils territoriaux de santé (CTS).

Par ses compétences⁶⁴, la CRSA est principalement positionnée sur des thématiques d'articulation entre la politique de santé nationale et sa mise en œuvre à l'échelle régionale. Elle « *concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé* ». Elle « *peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région et sur les territoires* ». Enfin, « *Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix* ». Sa composition large⁶⁵ pourrait en faire un lieu de débat pour éclairer et accompagner les réorganisations de l'offre de soins.

Des conseils territoriaux de santé sont constitués dans chacun des territoires de santé définis à l'échelle infrarégionale par l'ARS⁶⁶. Les CTS sont notamment composés des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont des représentants des conseils des ordres territorialement compétent⁶⁷. Les CTS participent à la réalisation de diagnostics territoriaux partagés en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés des GHT et les contrats locaux de santé. La composition et l'emprise territoriale des CTS pourraient en faire des acteurs clefs de l'accompagnement des réorganisations de l'offre hospitalière. La loi dite Valletoux du 27 décembre 2023 en renforce d'ailleurs le rôle sur le diagnostic territorial, les projets territoriaux de santé et les actions à conduire pour répondre aux besoins.

La mobilisation des instances de démocratie sanitaire reste cependant aujourd'hui inégale selon la vitalité des territoires et la politique conduite par l'ARS.

◆ **Une culture de conciliation des enjeux de proximité et de sécurité insuffisamment développée parmi les principales parties prenantes (citoyens, élus, professionnels de santé).**

Cette problématique est d'autant plus prégnante que l'appropriation des préoccupations de performance par ces acteurs n'est sans doute pas facilitée par le fait qu'aucun d'entre eux n'est *in fine* comptable de l'équilibre des comptes sociaux. Au-delà des questions primordiales de qualité et de sécurité des soins, aucun de ces acteurs ne doit assumer à ce jour les conséquences budgétaires des restructurations auxquelles ils peuvent s'être opposés et qui *in fine* ne se font pas. Il n'est a ailleurs pas acquis que les informations économiques essentielles associées aux activités hospitalières, le coût des activités de soins, la gravité de la situation financière des établissements publics de santé, les conséquences économiques du maintien de certaines activités soient parfaitement et régulièrement partagées, notamment avec les élus.

⁶⁴ Article L1432-4 du CSP

⁶⁵ Selon l'article L1432-4 du CSP sont notamment représentés au sein de différents collèges les usagers du système de santé, les conférences régionales des établissements (sanitaires, médico-sociaux, sociaux), les professionnels de santé et du secteur social/médico-social, les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les partenaires sociaux et des personnes qualifiées (experts, chercheurs).

⁶⁶ Article L1434-9 du CSP

⁶⁷ Article L1434-10 du CSP

Annexe VIII

Cette situation se distingue assez nettement de celle qui prévaut par exemple dans la gestion des projets et des ressources d'une collectivité communale, où le lien est directement fait entre les arbitrages politiques rendus et leurs conséquences sur les charges pour la collectivité. Elle se distingue également d'autres pays européens où les collectivités territoriales participent au financement des établissements de santé et doivent assumer les conséquences de leurs choix stratégiques et de gestion.

- ◆ **La mise en œuvre insuffisante des outils permettant la projection de compétences médicales dans les territoires (cf. supra), non seulement pour accompagner les réorganisations hospitalières mais plus globalement pour venir en aide aux territoires les plus en difficultés.**

Il résulte de l'effet cumulé de ces différentes limites une difficulté à réunir les conditions de débats constructifs autour de la question des restructurations hospitalières, y compris pour des motifs de qualité et de sécurité des soins. Si la philosophie des conférences de consensus⁶⁸ se prête sans doute d'avantage en raison de sa lourdeur à l'accompagnement de réflexions nationales telles que l'élaboration d'une doctrine d'orientation sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers, de nouvelles modalités permettant de mieux informer les acteurs des territoires et de faciliter l'émergence de consensus doivent être trouvées.

La logique de la loi Valletoux consisterait à mobiliser les conseils territoriaux de santé, sans doute en les outillant davantage

La réalisation de kits de concertation, qui pourraient être élaborés en associant les ARS, des associations de représentants des usagers et l'Anap, pourrait constituer une première option. Une seconde, plus ambitieuse consisterait à désigner des personnalités qualifiées susceptibles d'intervenir à la demande des ARS en appui en tant que sages pour accompagner les démarches de transformation de l'offre hospitalière, sur la base d'un cahier des charges.

⁶⁸ Certains pays ont développé des initiatives participatives pour porter des sujets de santé. C'est le cas par exemple :

- du Danemark qui organise des conférences de consensus qui reposent sur l'idée que des citoyens non experts, lorsqu'ils sont bien informés et accompagnés, peuvent produire un avis réfléchi, utile à la décision publique sur des sujets complexes, notamment en santé ;
- du Royaume Uni avec la mobilisation de panels de citoyens volontaires « NHS Citizens Panels », souvent recrutés pour se prononcer par exemple que des projets de réorganisation des soins, de fermeture de services, de refonte d'un hôpital ou d'un réseau de soins primaires ;
- des Pays-Bas où la fédération d'usagers Zorgbelang est régulièrement mobilisée pour accompagner des projets de réorganisation hospitalière.