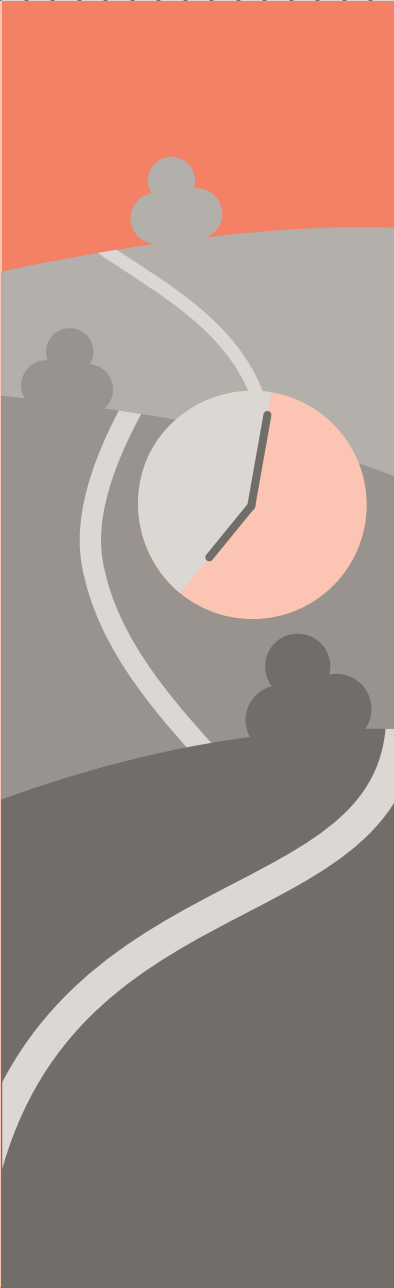
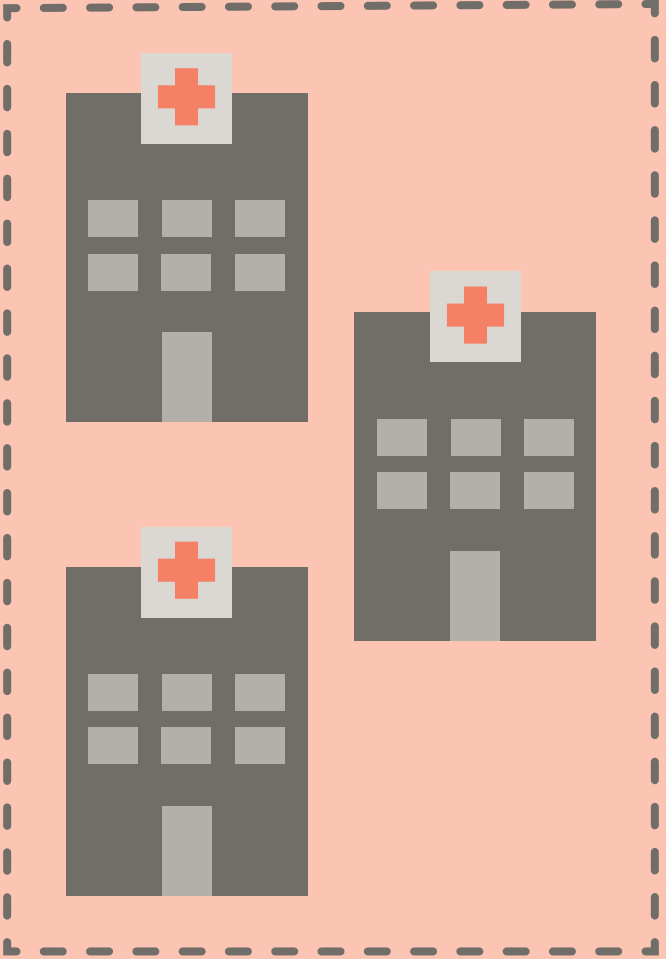
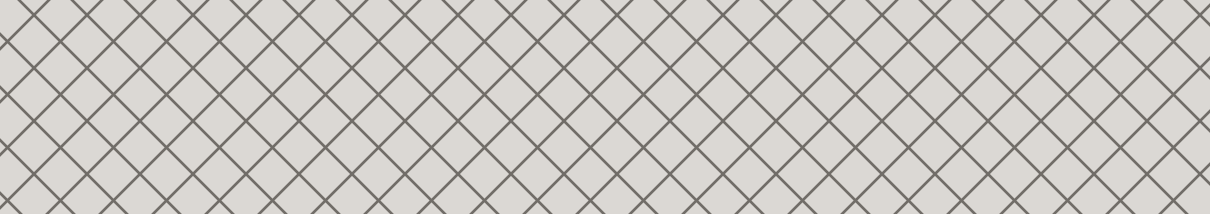




1.

Réorganiser le maillage de l'offre de soins hospitaliers

L'accessibilité des soins hospitaliers¹ constitue, pour nos concitoyens, une préoccupation importante. Elle est en effet une condition pour éviter les retards de prise en charge et les pertes de chance de guérison. Elle dépend de plusieurs facteurs : la connaissance de l'offre de soins par les patients, sa proximité géographique, sa disponibilité effective et, aussi, son adéquation aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

Avec environ 2 500 sites, la France métropolitaine se caractérise par une forte densité géographique de ses établissements de santé. Afin de mieux tenir compte de situations territoriales contrastées, les pouvoirs publics ont confié aux agences régionales de santé (ARS), depuis 2010, la responsabilité de piloter l'organisation territoriale² de l'offre de soins hospitalière. Cette évolution s'est inscrite dans la recherche d'une plus forte concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé, collectivités territoriales, citoyens).

1. Dans le cadre du présent chapitre, seuls ont été considérés, au titre de l'activité hospitalière, les soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine. Le chapitre 2 (partie I) de ce rapport présente l'accès aux soins en outre-mer.

2. Les ARS définissent leurs territoires de santé qui peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.

Entre 2015 et 2024, le maillage hospitalier a peu évolué malgré les profondes transformations des modalités de dispensation des soins et l'évolution des besoins de santé (I). Il est désormais nécessaire de mieux piloter l'offre hospitalière au niveau territorial afin de satisfaire aux impératifs de proximité, de qualité et de soutenabilité financière (II).

Chiffres clés

Un maillage hospitalier dense

2 380 sites hospitaliers
en 2023



Des délais d'accès à l'hôpital variables selon les pathologies

75 %

des patients sont hospitalisés
à **43 kilomètres** maximum de leur
domicile en 2024 (48 minutes en
voiture environ)



à **25 km** (33 min) pour l'obstétrique
(délai le plus court)

à **119 km** (1 h 36) pour
les transplantations d'organes
(délai et distance les plus longs)

Une médecine spécialisée

44 spécialités

actuellement
(contre huit en 1947)



Mais des besoins en proximité

25 millions

de patients atteints de maladies
chroniques en 2023, soit 7 % de
plus qu'en 2015, ce qui représente
une dépense d'environ **126 Md€**

Seuls

26

groupements hospitaliers de territoire
sur les 135 existants ont mis en place
une direction commune à l'ensemble
de leurs membres

En 2023, un déficit
des hôpitaux publics de

2,4 Md€

I. Un maillage hospitalier qui a peu changé malgré l'évolution des besoins en santé

La proximité géographique des sites hospitaliers constitue un critère majeur de choix des soins hospitaliers (A) et demeure préservée (B). Pour autant, la répartition territoriale des activités entre les établissements doit évoluer, afin de mieux répondre aux besoins de santé résultant notamment du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques (C).

A. La proximité, un critère majeur mais non exclusif du choix des soins hospitaliers

Selon un sondage organisé par la Cour sur l'accessibilité des soins hospitaliers, la proximité d'un service de soins est le critère majeur pour le choix du lieu de vie, tant pour la médecine de ville (73 %) que pour les hôpitaux (63 %), et ce, bien avant d'autres services publics (transports, établissements scolaires)³. Ces préférences se retrouvent chez les habitants de communes rurales et augmentent avec l'âge.

Sur la base des déclarations faites, 77 % des hospitalisations programmées ont eu lieu dans le département de résidence à une distance médiane⁴ comprise entre 16 et 20 kilomètres, soit une durée de trajet de 19 à 23 minutes.

Des patients satisfaits de leur expérience de l'hôpital

Le sondage commandé par la Cour, réalisé sur un échantillon représentatif de 2 973 Français âgés de 18 ans et plus⁵, dont 48 % se sont rendus à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, conclut à un bon niveau de satisfaction.

Parmi les facteurs de satisfaction, figurent la facilité d'identification des interlocuteurs (83 %), la facilité de prise de rendez-vous (78 %) et leurs délais (56 % étant obtenus en moins d'un mois), le reste à charge après remboursement (74 %), la facilité et la rapidité d'accès aux examens (73 %) et, pour 71 % des répondants, l'information sur le séjour (explications sur les soins et la durée de l'hospitalisation).

Ces résultats complètent les données recensées par le dispositif e-*satis* mis en place dans les établissements de santé et porté par la Haute autorité de santé.

3. Enquête CSA réalisée en ligne du 30 avril au 22 mai 2025.

4. Distance calculée avec le distancier *Metric-OSRM* de l'INSEE, en fonction du code postal du lieu d'habitation et de l'établissement déclaré.

5. La représentativité de l'échantillon est assurée par la méthode des quotas sur les critères de sexe, d'âge, de profession, de région et de catégorie d'agglomération.

L'accessibilité doit également être appréciée au regard de la facilité d'organisation des patients, constat déjà établi par le ministère de la santé qui a souligné les conséquences des contraintes familiales et professionnelles sur l'accès aux soins⁶.

La proximité géographique constitue donc un critère important de choix du lieu de soin, même s'il n'est pas le seul. Les patients font également leur choix en fonction de la disponibilité, de la confiance qu'ils accordent au médecin, de sa spécialité et de la notoriété de l'établissement. Ainsi, en Île-de-France, les patients de la petite couronne privilégient les établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris au détriment des centres hospitaliers de la grande couronne parisienne⁷.

Au total, 23 % des personnes hospitalisées sur rendez-vous l'ont été dans un établissement qui n'était pas le premier consulté, principalement parce que celui-ci ne disposait pas d'une offre de soins adaptée, avec une prise de rendez-vous orientée à 62 % par l'hôpital d'origine.

B. Un maillage territorial essentiellement fondé sur une logique de proximité

Héritage d'implantations historiques et des politiques successives de planification, l'offre de soins hospitalière est caractérisée par un maillage territorial dense. En 2024, la moitié des séjours a été réalisée à moins de 30 minutes du domicile des patients.

1. Un maillage territorial qui reste dense

Le nombre de sites⁸ a diminué de 4 %, passant de 2 489 en 2015, à 2 380 en 2023. Cette baisse se répartit entre le secteur public (- 21 sites), les établissements privés à but non lucratif (- 14 sites) et privés lucratifs (- 74 sites). Elle concerne la plupart des régions, mais plus fortement le Centre-Val de Loire (- 9 %), l'Auvergne-Rhône-Alpes (- 8 %), le Grand Est (- 7 %) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (- 7 %).

L'absence de données consolidées relatives aux opérations de recomposition de l'offre de soins hospitalière

Les évolutions des activités hospitalières sont diverses et n'induisent pas systématiquement des fermetures de sites. Une nouvelle activité peut ainsi être réalisée par la création, le transfert, la modification d'activité, la fusion ou la scission d'établissements. Cette diversité explique la difficulté des administrations à disposer d'un suivi consolidé.

6. Loïcka Forzy, Lou Titli et Morgane Carpeza, *Accès aux soins et pratiques de recours—Étude sur le vécu des patients*, Les dossiers de la DREES n° 77, avril 2021.

7. CRC Île-de-France, CH de Versailles et CH d'Argenteuil.

8. Source : PMSI-ATI, nombre de sites géographiques ayant réalisé au moins un séjour/journée (hospitalisation complète ou partielle) en médecine, chirurgie, obstétrique.

Le bilan des recompositions ou restructurations hospitalières est donc mal connu aux niveaux national et régional. Certaines études⁹ ont toutefois montré que les recompositions de l'offre se traduisent le plus souvent par des reconversions dans le secteur public (majoritairement dans des villes de moins de 10 000 habitants) et des fermetures de sites dans le secteur privé.

Le maintien d'un maillage hospitalier dense préserve les délais théoriques d'accès aux établissements de santé¹⁰. Les trois quarts de la population vivent à une distance inférieure à 12 kilomètres d'un établissement de santé de médecine, de chirurgie et d'obstétrique¹¹. Les communes les plus éloignées se situent principalement dans les zones montagneuses et dans le département des Landes. Ces conditions ont peu évolué entre 2015 et 2023.

Un maillage territorial disparate en Europe¹²

En Europe, 83,2 % de la population vit à moins de 15 minutes en voiture d'un centre hospitalier (CH). Toutefois, ces données restent fortement contrastées d'un pays à l'autre et au sein même de chaque pays, suivant la densité de population des régions considérées.

En France, 90,4 % de la population a accès à un hôpital en moins de 15 minutes en voiture (75 % pour les zones rurales)¹³.

Avec un maillage hospitalier dense, les Pays-Bas, la Belgique et l'Allemagne présentent des taux plus élevés avec, respectivement, 96,4 %, 95,7 % et 93,9 %.

D'autres pays disposent d'un maillage moins important. Seuls 66,7 % de la population en Suède vit à moins de 15 minutes d'un hôpital.

Le nombre de sites hospitaliers, rapporté à la population couverte, demeure inégal¹⁴ entre les départements. Ainsi, la Somme bénéficie de plus de 17 sites hospitaliers alors que l'Eure en compte moins de neuf. Certains départements ruraux sont plutôt bien dotés (Ardèche et Haute-Marne). Toutefois, ces différences ne reflètent pas nécessairement une inadéquation dans l'offre de soins.

9. Edouard Couty, *Les restructurations dans le secteur hospitalier*, in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les presses de Sciences Po, 2009 Dexia, *Dix ans de recompositions hospitalières en France*, janvier 2009.

10. Extraction des établissements de santé ayant réalisé en 2015, 2019 ou 2023 au moins un séjour/journée en médecine, chirurgie ou interventionnel à partir des fichiers PMSI. Les temps de trajet entre les communes et les établissements sont calculés avec l'outil *Open Source Routing Machine (OSRM)* et ne tiennent pas compte de la densité du trafic selon le moment du trajet.

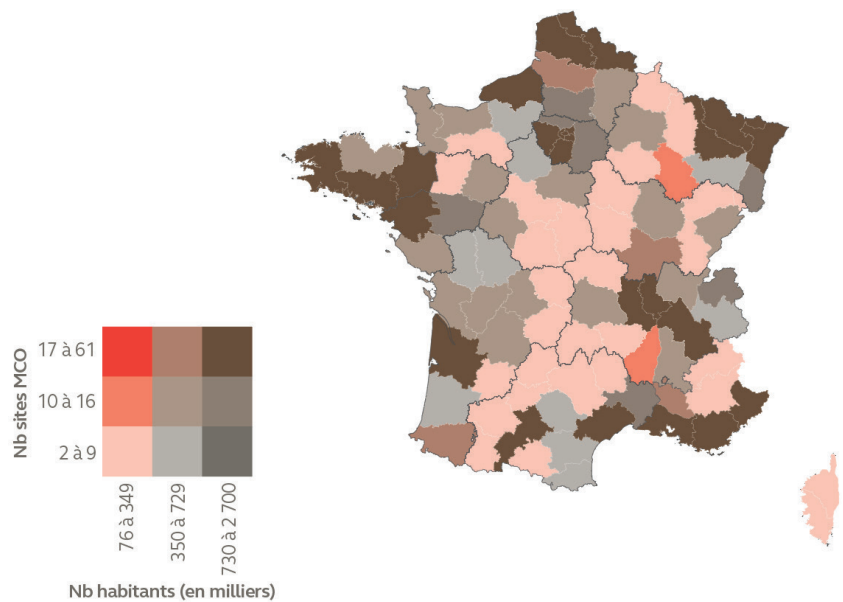
11. Distances calculées sans pondération des communes par leur population. En 2015, la distance moyenne était de 16 kilomètres.

12. *Eurostat Regional Yearbook – chapter 2 Health – 2025*.

13. Les chiffres français issus d'Eurostat, bien que différents des indicateurs retenus par la Cour avec une méthode de calcul différente, sont présentés dans un but de comparaison avec les autres pays européens.

14. Le découpage administratif départemental ne correspond toutefois pas exactement aux bassins de vie couverts par les établissements.

CARTE N° 1 | Comparaisons départementales de la densité de sites hospitaliers rapportés au nombre d'habitants (en milliers)



Source : INSEE (populations légales au 1^{er} janvier 2024) et ATIH (PMSI, nombre de sites géographiques ayant réalisé au moins un séjour MCO)
Note de lecture : les couleurs sont déterminées selon deux critères : la démographie et le nombre de sites (en médecine, chirurgie et obstétrique uniquement). Ainsi, par exemple, les départements en gris comptent entre 350 000 et 729 000 habitants et entre deux et neuf sites.

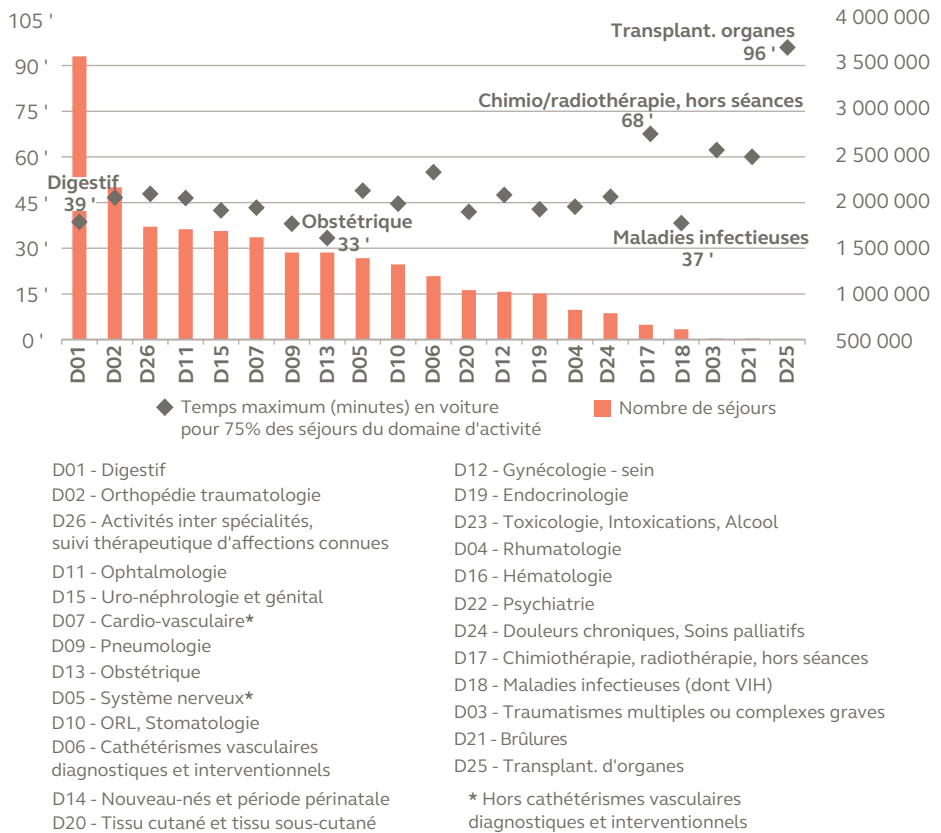
Par ailleurs, l'insuffisance d'infrastructures de transport accentue les difficultés d'accès aux hôpitaux (Ariège ou Jura par exemple¹⁵).

2. Une stabilité des temps d'accès

La distance domicile-hôpital¹⁶ varie donc selon le type de pathologie. En 2024, les délais d'accès aux soins les plus courts concernent l'obstétrique (75 % des séjours ont été réalisés à une distance maximale de 25 kilomètres, soit un délai estimé à 33 minutes), les plus longs concernent les transplantations d'organes (119 kilomètres maximum pour 75 % des séjours, soit un délai de 1 h 36). Pour les cinq domaines d'activité les plus courants, 75 % des patients sont hospitalisés à, au maximum, 43 kilomètres de leur domicile (estimation de 48 minutes en voiture)¹⁷.

15. CRC Occitanie, CH Ariège-Couserans, octobre 2024, et CRC Bourgogne-Franche Comté, Groupement hospitalier de territoire du Jura, décembre 2025
16. Les temps de trajet sont ici analysés à partir des distances séparant le domicile du patient et l'établissement où il a été soigné. Le temps de trajet fourni par l'IGN est « théorique » et peut différer sensiblement du temps de trajet réellement observé.
17. En 2015, ces chiffres s'élevaient pour l'obstétrique à 24 kilomètres, soit 32 minutes et pour les transplantations d'organes à 120 kilomètres, soit 1h36. Les cinq domaines d'activité les plus courants ont concerné des patients hospitalisés à, au maximum, 38 kilomètres de leur domicile (estimation de 45 minutes en voiture) pour 75 % d'entre eux. En 2015, parmi ces cinq domaines d'activité les délais les plus longs concernaient la catégorie « orthopédie » ; en 2024, la catégorie « activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues ».

GRAPHIQUE N° 1 | Séjours médecine-chirurgie-obstétrique en 2024 et temps de trajet domicile-hôpital, par domaine d'activité



Source : PMSI-MCO 2024, ATIH ; temps de trajet estimés à partir de l'API Itinéraires de l'Institut national de l'information géographique et forestière (IGN) pour 75 % des séjours de chaque groupe d'activité

Note de lecture : 75 % des séjours de 2024 classés dans le domaine « digestif » ont accueilli des patients dont le domicile était situé à, au plus, 39 minutes en voiture de l'hôpital.

Les temps d'accès les plus longs correspondent aux prises en charge requérant les plateaux techniques les plus sophistiqués (chimiothérapies ou radiothérapies-hors séances) ou concernant moins de patients (transplantations d'organes, traumatismes complexes, brûlures).

Ces temps d'accès ont peu varié depuis 2015, la fragilisation de l'offre de soins ayant résulté bien plus des interruptions d'activité temporaires, en raison notamment de l'insuffisance de ressources médicales, que de l'évolution du maillage territorial.

C. Une offre hospitalière en difficulté et insuffisamment adaptée à l'évolution des besoins

La proximité de l'offre de soins hospitaliers constitue l'un des facteurs de l'égalité d'accès aux soins. Sa disponibilité réelle est toutefois limitée par les évolutions démographiques des professionnels de santé. Les profondes évolutions, tant pour les modalités de prise en charge que pour les évolutions démographiques et épidémiologiques, nécessitent de mieux mettre en adéquation l'offre et la demande de soins, dans un contexte financier contraint.

1. Une offre de soins de plus en plus contrainte dans un contexte de dégradation de la situation des établissements

L'évolution démographique des professions médicales constitue une contrainte qui pèse fortement sur l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. En 2024, la Cour¹⁸ a relevé la difficulté des établissements à pourvoir les postes médicaux nécessaires pour assurer la continuité des soins dans le respect des conditions de qualité et sécurité. Ces difficultés concernent aussi d'autres professions soignantes. Selon les agences régionales de santé et les données du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, certaines spécialités (urgences, anesthésie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie) et certaines régions (Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté¹⁹) sont plus particulièrement touchées. Plus un établissement est éloigné d'une grande ville, plus il est concerné par des suspensions erratiques d'activité ou des réductions d'amplitude horaire. Ce constat n'est pas propre à la France et concerne l'ensemble des pays européens²⁰. Le recours à des solutions alternatives, notamment l'intérim, s'avère coûteux et ne s'inscrit pas dans une stratégie régionale de réorganisation de l'offre.

Parallèlement à cette évolution, la situation financière des hôpitaux s'est dégradée²¹. En 2023²², le déficit des hôpitaux publics a atteint 2,4 Md€ (après 1,3 Md€ en 2022 et 565 M€ en 2019 avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid 19). Une progression plus forte de leurs charges que de leurs produits est à l'origine de la détérioration du déficit d'exploitation qui a plus que doublé en 2023 (- 1,9 Md€), tandis que le résultat financier est structurellement négatif. Le poids de leurs emprunts augmente (907 M€ en 2023 après 792 M€ en 2022), malgré les mesures d'aide à l'investissement du plan Ségur de la santé²³. Enfin, leur trésorerie diminue (8,3 Md€ à fin 2023 contre 9,1 Md€ à fin 2022).

Au total, l'organisation actuelle de l'offre de soins hospitaliers n'est plus soutenable, tant sur le plan des ressources humaines que financières²⁴.

18. Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics*, juillet 2024.

19. CRC Bourgogne-Franche-Comté, *GHT UnYon*.

20. Déclaration de la Commission européenne devant le Parlement les 11 et 12 février 2025.

21. Cour des comptes, « Des dérives continues dans l'exécution de l'ONDAM, un pilotage efficace à retrouver », *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2025.

22. DREES, *La situation économique et financière des hôpitaux publics. Panorama des établissements de santé*, édition 2025.

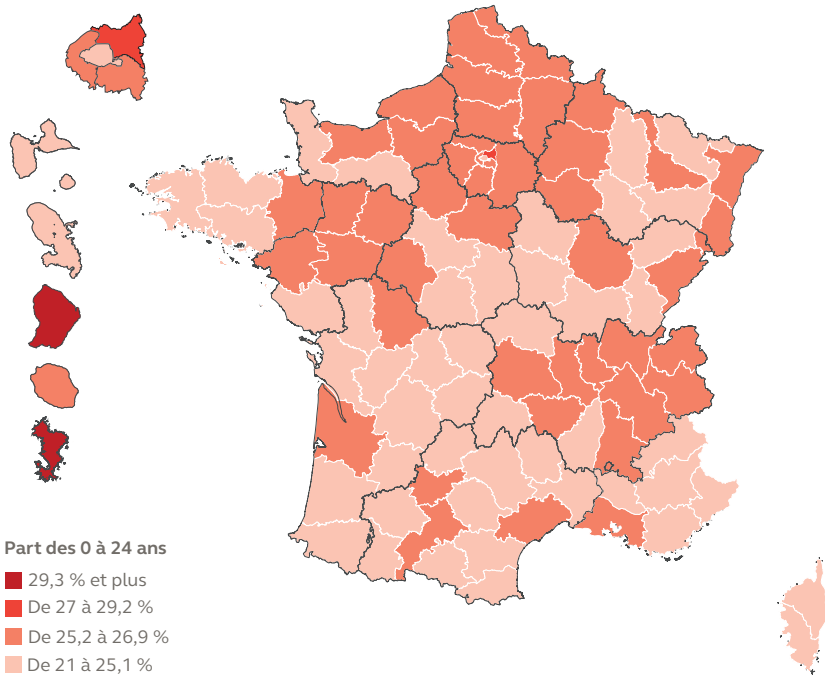
23. Adopté en 2021, ce plan prévoit notamment une enveloppe de 9 Md€ pour des projets d'investissements, sur 10 ans.

24. Exemples : CRC Pays-de-la-Loire, *CH Erdre-et-Loire* ; CRC Île-de-France, *CH de Versailles* et *CH d'Argenteuil*, février 2016, ou CRC Bourgogne-Franche-Comté, *GHT du Jura* et *GHT UnYon*.

2. L'évolution de la demande de soins sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques

Depuis une dizaine d'années, la croissance démographique²⁵ s'atténue sous l'effet du recul du nombre de naissances²⁶ et de l'augmentation du nombre de décès²⁷. Ces évolutions affectent toutefois différemment les départements²⁸.

CARTE N° 2 | Comparaisons départementales de population par âge au 1^{er} janvier 2025



Source : INSEE, estimations de population (données provisoires)
Note de lecture : les couleurs les plus foncées indiquent une part plus élevée des plus jeunes.

Corollaire du vieillissement et des conditions de vie de la population ainsi que d'évolutions épidémiologiques²⁹, la part des pathologies chroniques dans la population a progressé de 7 % de 2015 à 2023. En 2023, 25 millions de patients étaient atteints de maladies chroniques, ce qui représente une dépense d'environ 126 Md€ (soit 62 % des charges remboursées par l'assurance maladie)³⁰. En 2022, les affec-

25. INSEE première n° 1 935, Bilan démographique 2022, janvier 2023.
26. Avec un niveau historiquement bas atteint en 2022 de 723 000 bébés (- 2,6 % par rapport à 2021), le nombre le plus faible depuis 1946.
27. + 0,7 % par an en moyenne entre 2004 et 2014 ; + 1,9 % entre 2014 et 2019.
28. INSEE Première, D'ici 2070, un tiers des régions perdrait des habitants, novembre 2022.
29. Liées au mode de vie, à l'alimentation, à la consommation de tabac et d'alcool, à l'activité physique insuffisante et aux troubles de la santé mentale.
30. Assurance maladie, Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2026, juillet 2025. Les maladies cardio-vasculaires, les traitements du cancer, le diabète et les maladies mentales représentent plus de la moitié des dépenses remboursées.

tions de longue durée³¹ représentaient 73,8 % de la dépense totale remboursée pour les hospitalisations³².

La prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques, faisant appel à différents professionnels, nécessite de renforcer la proximité et la coordination des soins délivrés.

3. Des exigences de qualité et de sécurité des soins qui justifient une concentration des activités

Les progrès de la médecine permettent l'accès à des diagnostics plus fins et plus rapides qu'auparavant au bénéfice d'une population étendue. Ils ont profondément modifié la manière de dispenser les soins.

L'exercice de la médecine s'est spécialisé³³. Le nombre de spécialités est actuellement de 44 (contre huit en 1947)³⁴, avec 28 options possibles, comme la radiologie interventionnelle en radiologie ou la neurologie vasculaire en neurologie.

Les modalités de prise en charge ont aussi fortement évolué : les hospitalisations peuvent être évitées ou retardées et leur durée réduite. Ainsi, la chirurgie ambulatoire et les hôpitaux de jour se sont développés. Par exemple, en cancérologie, le recours massif aux traitements anti-cancéreux par voie orale pris à domicile a réduit considérablement le recours à l'hospitalisation.

Ces évolutions ne sont pas sans incidence sur les conditions à réunir pour offrir des soins de qualité et sécurisés. En effet, le maintien de la qualité des pratiques médicales exige un volume minimal d'activité³⁵. Les médecins choisissent donc de préférence d'exercer dans les plus grands centres hospitaliers, qui concentrent les hyper-spécialités ainsi que les plateaux techniques de pointe associés. Par ailleurs, à l'échelle des établissements, répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins nécessite des équipes formées, stables et de taille suffisante, notamment pour assurer la permanence des soins. Ces conditions ne sont plus réunies dès lors que les équipes ne sont pas au complet, tant sur le plan de l'effectif que sur celui de la diversité des compétences ou des disciplines, alors même que les normes en la matière ont été renforcées pour l'obtention de certaines autorisations³⁶. C'est ainsi que s'explique, par exemple, l'absence d'offre en ophtalmologie et en urologie au CH de Carcassonne³⁷.

31. Le dispositif des affections de longue durée vise à réduire le reste à charge des patients atteints d'une maladie chronique.

32. Assurance maladie, *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2022 et évolutions depuis 2005*, juillet 2024.

33. Entre 2015 et 2024, le nombre de médecins spécialistes (101 935 en 2024) a augmenté de 13 %.

34. En 2018, 30 diplômes d'études spécialisées (DES) médicaux, 13 Des chirurgicaux et le DES de biologie.

35. Pr Guy Vallancien, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, avril 2006, IRDES. *Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature*, 2008.

36. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale annuel* - Chapitre VI « Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants », mai 2025 ; *Politique de périnatalité*, mai 2025

37. CRC Occitanie, *CH de Carcassonne*, juin 2025.

II. La nécessité de faire évoluer l'offre hospitalière dans un objectif de complémentarité entre les établissements

La prise en compte de ces évolutions nécessite la réorganisation de l'offre de soins entre les sites hospitaliers, au niveau territorial, dans un souci de concilier proximité, qualité et soutenabilité (A). Par ailleurs, les filières de soins doivent être confortées (B) et les instruments de pilotage améliorés (C).

A. Organiser une offre hospitalière de proximité financièrement soutenable

L'hôpital est un service public qui occupe une place particulière dans l'aménagement du territoire. Pourtant, son rôle dans l'accès aux parcours de soins n'a pas fait l'objet d'une réflexion suffisante et nécessite d'être mieux pris en compte.

1. L'offre hospitalière, élément clé de l'aménagement du territoire

L'hôpital assure avant tout une mission de santé publique. Il est également l'un des principaux employeurs d'un territoire³⁸ et un acteur important de son développement³⁹. La modification de son offre peut avoir un impact notable sur l'attractivité du territoire concerné.

Même si la santé et l'offre hospitalière ne relèvent pas directement des compétences des collectivités territoriales, leurs représentants sont attentifs aux évolutions possibles. Certaines situations peuvent conduire à des blocages comme, par exemple, la restructuration de la maternité de Guingamp ou du site de Carhaix du centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest. L'investissement des autorités locales peut aussi les amener à contribuer à la mise en œuvre d'un projet, par la mise à disposition de foncier, par la modification du schéma des transports en commun⁴⁰, par des mesures d'attractivité de professionnels libéraux, bien que ces démarches ne soient pas systématiques.

Associer l'ensemble des acteurs du territoire pour reconvertir une maternité

Face à l'absence de professionnels pour assurer la sécurité des soins, l'ARS Grand Est a suspendu l'autorisation d'activité de la maternité du CH de Sedan en 2023.

38. Agence d'urbanisme région de Saint-Nazaire, *L'hôpital, un objet résolument urbain*, Vent d'Ouest, novembre 2023.

39. Aurélien Delas, *L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégique*, Hérodote n° 143, avril 2011.

40. CRC Grand Est, *L'organisation territoriale de l'offre hospitalière sur le territoire du GHT Lorraine nord*, janvier 2026.

L'activité de maternité a ainsi été transférée à Charleville-Mézières, devenue l'unique maternité du territoire nord-ardennais. Pour répondre aux besoins du territoire, une offre de proximité a été repensée en relation avec les professionnels de santé, l'ARS et les élus locaux : ouverture d'un centre périnatal de proximité, d'une maison des 1 000 premiers jours, d'un accompagnement parental au sein du CH de Sedan et dans le territoire de proximité, déploiement de propositions de consultations avancées de sage-femmes et d'un médico-bus gynécologique. Cette proposition, rénovée et graduée, permet le suivi des femmes enceintes et assure des consultations de santé de la femme (puberté, ménopause, violences intrafamiliales).

Ce projet associe les collectivités territoriales, l'établissement intercommunal et l'ARS au travers d'une étroite concertation pour trouver l'organisation garantissant une offre de qualité pour l'ensemble du territoire. Il a bénéficié d'une aide à l'investissement de 3,2 M€ et d'exploitation de 2,4 M€ entre 2023 et 2024 puis de 1 M€ annuel à compter de 2025, de la part de l'ARS (enveloppe issue du fonds d'intervention régional).

2. Une gradation de l'offre de soins encore inaboutie

Afin de répondre aux enjeux d'adaptation de l'offre hospitalière et de qualité des soins, une organisation « graduée » est nécessaire pour offrir un parcours alliant la proximité pour les soins de premier recours et la spécialisation pour les activités les plus complexes techniquement.

Les progrès d'une médecine spécialisée, adossée à des plateaux techniques complexes, ne permettent plus en effet le maintien de tous les niveaux de prise en charge hospitalière au sein de tous les établissements. Différents niveaux de prise en charge du patient sont ainsi définis (proximité, recours ou référence) et conditionnent son orientation vers le service le plus adapté en fonction de la sévérité de son état. Cet objectif de gradation des soins est par ailleurs une préoccupation partagée en Europe.

En France, cette logique de gradation des soins ne donne cependant pas lieu à une catégorisation précise des établissements de santé, comme l'avait souligné la Cour en 2018⁴¹. Seules certaines prises en charge⁴² ont été organisées selon cette logique comme, par exemple, l'obstétrique, le traitement du cancer, les soins critiques ou la chirurgie bariatrique qui traite certains cas d'obésité. Au-delà de l'organisation des établissements de santé, l'objectif de cette gradation est de garantir les meilleurs parcours de soins possibles, en particulier d'en améliorer l'accès.

41. La Cour des comptes a déjà formulé la recommandation : « Adopter rapidement une définition nationale des activités de recours, d'expertise et de proximité, qui doivent devenir des indicateurs de pilotage de l'offre de soins en région », dans *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2018.

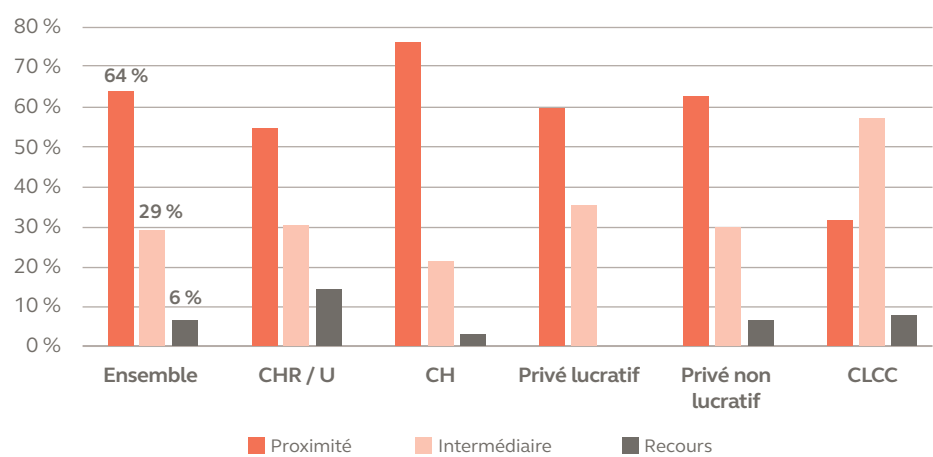
42. Réforme 2022-2024 du régime des autorisations des activités de soins des établissements de santé.

3. La soutenabilité financière des soins de proximité

Depuis 2022, les hôpitaux de proximité remplissent cet objectif en constituant le premier niveau de la gradation des soins, organisé en relation avec le secteur des soins de ville⁴³. En 2024, 312 hôpitaux bénéficiaient d'un financement forfaitaire à ce titre, prévu sur une base pluriannuelle de trois ans. Les hôpitaux de proximité, qui ne réalisent pas d'activités de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique⁴⁴, doivent permettre⁴⁵ d'améliorer l'entrée ou la sortie du parcours de soins, ainsi que le suivi des patients, la coordination ville-hôpital et la situation financière des établissements concernés.

Toutefois, les établissements de santé dispensent majoritairement des soins de proximité, ce qui pose la question des modalités de financement de ces soins et de la soutenabilité de leur activité.

GRAPHIQUE N° 2 | Répartition de l'activité de soins entre les types d'établissement en 2023⁴⁶



Source : Cour des comptes à partir des données PMSI 2023
Note de lecture : 64 % des séjours MCO réalisés en 2023 étaient catégorisés en soins de proximité, 29 % en soins intermédiaires et 6 % en soins de recours.

Par ailleurs, certains établissements, qui ne sont pas reconnus hôpitaux de proximité, réalisent une activité relevant de cette catégorie, indispensable dans certains territoires. Il peut s'agir d'une offre de maternité ou de chirurgie en relation avec un service d'urgence, sans laquelle le temps d'accès serait supérieur à 30 minutes

43. Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.
44. Article R. 6111-24 du code de la santé publique.
45. CRC Pays-de-la-Loire, CH Erdre-et-Loire, octobre 2025, CRC Bourgogne-Franche Comté, CH de Morez dans le GHT Territoire du Jura, CRC Grand Est, GHT Nord-Ardenne.
46. L'ATIH a établi une typologie des séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique à partir de leur classification (par exemple « affections sévères du tube digestif ») ; en fonction des distances domicile-établissement observées en moyenne, chaque catégorie de séjour est dite de proximité, intermédiaire ou de recours.

pour un nombre de séjours non négligeable, ce qui rend difficile leur report sur d'autres établissements. La Cour a identifié plus de 250 sites hospitaliers⁴⁷ maintenus par nécessité d'accès aux soins, dont 230 sont en déficit.

Un dispositif d'établissement en isolement géographique⁴⁸ a été mis en place et permet d'allouer des financements dérogatoires. Au-delà de ce dispositif, les ARS devraient recenser, pour chaque établissement de santé de leur ressort, la qualité des soins qui y sont réalisés, leurs missions principales et leur situation financière afin de concevoir une offre de soins soutenable, en adéquation avec les besoins du territoire⁴⁹.

B. Des filières de soins à conforter

Les filières coordonnées de soins, au service des parcours des patients, entre établissements de santé et entre secteurs (ville, hôpital, médico-social), ont eu pour objectif d'organiser la gradation des soins. Face aux difficultés de recrutement des médecins au sein des plus petits hôpitaux, le partage du temps médical sur un même territoire constitue une réponse adaptée au maintien d'une offre de proximité. Le déploiement des filières est cependant hétérogène et insuffisamment évalué.

La filière coordonnée de soins

La notion de « filière coordonnée de soins » renvoie à l'organisation de l'ensemble des activités qui concourent à la prise en charge d'un patient porteur d'une pathologie donnée dans un territoire de santé. Elle a pour objet d'organiser la trajectoire de soins des patients entre les établissements de santé, selon leur niveau d'expertise et de soins. Ainsi, un patient accueilli en première intention au sein d'un service non spécialisé de proximité (par exemple en unité de médecine polyvalente) doit pouvoir bénéficier d'un avis médical plus spécialisé si son état de santé le nécessite, voire d'un transfert vers l'hôpital de recours si un plateau technique et des compétences médicales spécialisées sont requises. Il doit ensuite pouvoir être accueilli à nouveau au sein de l'établissement de proximité pour y achever sa convalescence.

47. Ces établissements seraient pour plus de 60 % publics, 30 % privés à but lucratif et moins de 10 % privés non lucratifs. 70 % d'entre eux, tout statut confondu, réalisent en moyenne 2 800 séjours de chirurgie et 900 séjours d'obstétrique par an.

48. Article R. 162-33-16-2 du code de la sécurité sociale.

49. Il s'agit pour les ARS de distinguer les situations qui relèvent de problématiques de gestion, de difficultés conjoncturelles ou de difficultés structurelles et de définir des « stratégies individualisées de redressement financier », comme le soulignait déjà la Cour en 2023 dans son rapport sur la situation financière des hôpitaux publics.

1. Des groupements hospitaliers de territoire qui n'ont pas encore permis une structuration suffisante des filières de soins

Le déploiement de filières de prise en charge graduée des patients au sein d'un territoire par groupe de disciplines ou de pathologies est au cœur de la stratégie territoriale déployée par les ARS et les groupements hospitaliers de territoire (GHT)⁵⁰.

Une gouvernance hospitalière consolidée à l'échelon territorial est un facteur favorisant la mise en place des filières et de leurs outils support mais elle est encore insuffisamment développée. Alors que la Cour⁵¹ soulignait l'intérêt d'un déploiement plus important des directions communes, les données recueillies auprès des ARS ont mis en évidence leur nombre encore limité (26 GHT sur les 135 existants ont mis en place une direction commune à l'ensemble de leurs membres). Dans certains cas⁵², la construction de filières partagées peut se heurter à l'absence de direction commune, tandis que la possibilité d'ériger les GHT en personne morale⁵³ est encore faiblement utilisée, à l'image des autres dispositifs de gouvernance partagée des GHT, peu exploités. Le déploiement des systèmes d'information partagés est également inachevé.

Toutefois, l'obstacle majeur qui s'oppose au déploiement des filières de soins réside surtout dans le caractère contraint des ressources médicales, qui affecte tout autant le personnel paramédical.

2. Favoriser le partage du temps médical au sein des territoires

La concentration des activités spécialisées a eu pour effet d'augmenter la taille des équipes médicales dans les établissements de référence⁵⁴. Dans ce contexte, de nombreuses initiatives de coopération entre équipes médicales ont vu le jour afin d'assurer le déploiement des filières de soins⁵⁵.

Les fédérations médicales inter-hospitalières⁵⁶, encouragées dès 2010, ou les pôles inter-établissements, créés en 2016, sont des modalités de coopération souples permettant de définir un projet médical partagé et des modalités de collaboration entre les équipes médicales qui les constituent. Dans la majorité des territoires, ces modalités de coopération se sont traduites par la mise en place de postes médicaux partagés⁵⁷. Souvent soutenus financièrement par les ARS⁵⁸, ces dispositifs permettent l'organisation de consultations avancées des médecins exerçant à titre

50. L'article R. 6132-3-I du code de la santé publique précise que l'organisation par filière d'une offre de soins gradués est l'axe principal des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire.

51. Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, octobre 2020.

52. CRC Île-de-France, *GHT Grand Paris-Nord Est*.

53. CRC Grand Est, *CH Nord-Ardenne* (fusion le 1^{er} janvier 2020).

54. Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics*, juillet 2024.

55. Par exemple, au sein du *GHT Lorraine-Nord*, rapprochement entre le CHR de Metz-Thionville et l'hôpital militaire Legouest pour mutualiser la filière de chirurgie viscérale.

56. Articles L. 6135-1 et R. 6146-9-3 du code de la santé publique.

57. CRC Pays-de-la-Loire, *CH Erdre-et-Loire*, octobre 2025.

58. À l'image des contrats conclus entre l'ARS Bretagne et les GHT de la région.

principal dans l'hôpital de recours. Elles concourent au maintien d'un exercice hospitalier de premier niveau et peuvent appuyer une logique d'aller vers les patients pour mieux répondre à leurs besoins, parfois sous forme d'équipe mobile⁵⁹.

L'exemple du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Limousin

Le GHT du Limousin couvre 10 filières de soins identifiées, 16 pôles inter-établissements, deux fédérations inter-hospitalières, dispositifs s'appuyant sur 170 postes de praticiens partagés entre le CHU de Limoges et les autres établissements du territoire. La moitié de ces postes correspond à un exercice rattaché au CHU à titre principal, avec de nombreuses consultations avancées ou participations directes à une activité exercée dans les hôpitaux de proximité. L'autre moitié concerne des médecins exerçant à titre principal dans certains établissements de proximité et ayant accès à une activité sur le plateau technique du CHU.

Plus intégré que les dispositifs précédemment évoqués, le modèle le plus abouti de mutualisation est celui de l'équipe médicale de territoire, gérée par un seul établissement (le plus souvent l'établissement support du GHT). En complément des mesures d'attractivité déployées, soit à l'échelle des établissements, soit à l'échelle des régions⁶⁰, l'exercice médical mutualisé a joué un rôle favorable à l'attractivité des établissements inclus dans ces dispositifs, permettant le maintien d'activités de proximité au sein de certains territoires, comme c'est le cas au sein du GHT du Jura⁶¹.

Certains obstacles limitent néanmoins la mise en œuvre de ces dispositifs. Le régime de rémunération de l'exercice médical partagé est parfois insuffisant pour favoriser ces coopérations⁶². Une autre limite tient aux difficultés de mise en commun d'équipes médicales relevant de statuts différents, dans le cadre des coopérations public-privé, certains acteurs soulignant la complexité de mise en œuvre de groupements de coopération sanitaire consacrés à cet objectif. La persistance de difficultés pour attirer certaines disciplines médicales compromet aussi la permanence des organisations mises en place, le pôle de référence étant parfois lui-même en difficulté pour maintenir son effectif médical⁶³.

59. Par exemple CRC Grand Est, GHT Lorraine Nord et CRC Bourgogne Franche-Comté, GHT du Jura.

60. Plans d'attractivité développés par les ARS Bourgogne-Franche Comté et Grand Est.

61. CRC Bourgogne-Franche Comté.

62. Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics*, juillet 2024.

63. CRC Nouvelle-Aquitaine, CHU de Limoges.

3. Des parcours de soins à mieux évaluer

Le déploiement des filières, au service des parcours de soins, est insuffisamment évalué⁶⁴.

Dans une synthèse de l'action des ARS réalisée en 2022, le ministère de la santé a relevé ainsi le caractère informel de l'évaluation des projets partagés de première génération⁶⁵.

Par ailleurs, la Haute autorité de santé a intégré la notion de parcours dans la dernière version du référentiel de certification. Cependant, ses critères portent davantage sur les moyens engagés que sur les résultats obtenus en termes de qualité de parcours. La prise en compte du point de vue des patients et l'évolution des critères d'appréciation des résultats contribueraient à mieux adapter l'organisation des soins aux besoins des patients.

C. Améliorer les instruments de pilotage de l'offre de soins hospitaliers

Les agences régionales de santé⁶⁶ ont la responsabilité de piloter l'organisation territoriale de l'offre de soins. Un cadre national s'avère néanmoins indispensable pour donner aux ARS les moyens de mettre en œuvre cette territorialisation.

1. Une stratégie nationale d'évolution de l'offre de soins hospitalière à définir

Le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033⁶⁷ réitère l'objectif d'adapter l'offre de santé aux besoins des territoires. Il ne détermine toutefois aucune orientation précise en matière de restructuration hospitalière. En l'absence de cadre d'orientation national formalisé et faute d'indicateurs adaptés pour une mesure plus précise des besoins de santé, les projets régionaux de santé (PRS) élaborés par les ARS reconduisent le plus souvent les situations existantes en matière d'offre hospitalière.

Les ARS ont par ailleurs déployé des stratégies régionales d'investissement hospitalier⁶⁸. Dans un laps de temps très court, elles ont sélectionné des projets cohérents territorialement et soutenables financièrement, couvrant trois enjeux majeurs, dont celui de la « structuration de l'offre de soins » sur leur territoire. En 2023, la Cour a souligné la fragilité du pilotage de ces mesures⁶⁹ avec « *une faible sélectivité des projets soutenus, prenant rarement en compte l'objectif de concentration des plateaux techniques lourds* », élément pourtant essentiel de l'organisation territoriale

64. La dernière classification des filières effectuée par la DGOS remonte à 2018 et recensait 45 % des filières centrées autour d'une pathologie, 42 % par mode de prise en charge et 13 % par approche populationnelle.

65. Une première génération de projets médico-partagés a suivi la création des GHT en 2016 et a couvert la période 2017-2022. La deuxième génération couvre la période 2023-2028.

66. Créées par la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* du 21 juillet 2009 et mises en place le 1^{er} avril 2010.

67. L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique pose le principe que « *la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement* ».

68. Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du *Ségur de la santé*. 774 projets sont programmés par les ARS pour un montant total de 31,5 Md€ (source DGOS).

69. Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

de l'offre hospitalière. Cet objectif n'a été que partiellement atteint. Ainsi, l'ARS Hauts-de-France n'a identifié que des opérations de restructuration interne, à l'inverse de l'ARS Grand Est dont les crédits ont été prioritairement octroyés aux établissements proposant des projets de restructuration de l'offre.

2. Un régime des autorisations et des financements à mieux adapter aux besoins des territoires

Pour le ministère de la santé, les réformes actuelles du régime des autorisations⁷⁰ et des financements des établissements de santé constituent, avec les GHT, dispositif obligatoire de coopération entre les hôpitaux publics depuis 2016, les principaux instruments de réorganisation de l'offre de soins hospitalière. Ces mesures ne répondent néanmoins que partiellement aux besoins de territorialisation de cette offre.

a) Un régime des autorisations trop restrictif

La complexité du nouveau régime des autorisations⁷¹ et le calendrier trop resserré entre la parution des textes de l'échelon national et les délais imposés pour l'adoption des PRS n'ont pas permis aux acteurs d'en appréhender complètement les enjeux et l'un de ses trois objectifs, à savoir l'adéquation entre d'une part, la concentration des soins et d'autre part, leur qualité et leur sécurité.

La fixation de seuils en termes de ratio de personnel (soins critiques) ou de nombre d'actes (traitement du cancer, chirurgie bariatrique⁷², cardiologie interventionnelle) donne pourtant un cadre de référence de qualité et de sécurité des soins. Il représente un réel levier de restructuration de l'offre pour les hôpitaux et les ARS.

L'approche fondée sur la notion d'autorisation reste pertinente pour faire évoluer l'offre hospitalière. Toutefois, celle-ci doit être élargie. En particulier, le principe selon lequel une autorisation ne peut être donnée que pour un seul site limite les possibilités de coopération entre les établissements. La faculté de délivrer des autorisations à plusieurs sites serait de nature à renforcer la pertinence et l'efficacité de la réforme.

b) Des financements qui ne permettent qu'imparfaitement de répondre aux besoins territoriaux de santé

Des réformes récentes du financement des hôpitaux ont notamment eu pour objectif un rééquilibrage de l'allocation des ressources afin de mieux répondre aux besoins territoriaux de santé.

Depuis 2004, le financement des hôpitaux repose sur la tarification à l'activité, « *utilisée par les pouvoirs publics comme un vecteur, non exclusif, de réorganisation de l'offre de soins sur le territoire* »⁷³. Son évolution, issue de la loi de financement

70. En 2024, 23 577 autorisations sont en vigueur sur l'ensemble du territoire, comprenant à la fois les activités de soins et les équipements matériels lourds.

71. Réforme entrée en vigueur au 1^{er} juin 2023.

72. Le nouveau régime d'autorisation de chirurgie bariatrique instaure, par exemple, un seuil de 50 actes par an.

73. Cour des comptes, *La tarification à l'activité, observations définitives*, 2023.

de la sécurité sociale pour 2024, vise à réduire la part « activité » dans le financement des hôpitaux en intégrant des « missions spécifiques » et des « objectifs territoriaux de santé publique »⁷⁴. Des dotations « populationnelles » ont aussi été introduites⁷⁵. L'objectif est de soutenir la réorganisation territoriale de l'offre hospitalière en répartissant de façon plus équitable une partie des ressources entre les régions, tenant mieux compte de leurs besoins de soins spécifiques. Les ARS soulignent néanmoins la complexité de l'approche « populationnelle », ainsi que la difficulté à déterminer des indicateurs et à fixer des objectifs incitatifs. Ces réformes sont encore trop récentes pour permettre d'évaluer leurs effets sur la restructuration de l'offre hospitalière.

Enfin, les crédits issus des fonds d'intervention régionaux (FIR), destinés notamment à financer les restructurations hospitalières, ont été utilisés en grande partie pour soutenir les établissements en difficulté financière. Dans le cadre d'un pilotage renforcé du ministère de la santé, ces crédits devraient être recentrés sur l'objectif initial de recomposition de l'offre hospitalière pour améliorer les marges de manœuvre des ARS.

3. Une concertation avec les collectivités territoriales à améliorer

La concertation des collectivités constitue une condition de l'évolution de l'offre hospitalière sur le territoire.

Actuellement, les collectivités territoriales sont consultées sur l'élaboration des politiques régionales de santé⁷⁶. Toutefois, la conférence régionale de santé et de l'autonomie, au niveau régional, et les conseils territoriaux de santé (CTS), au niveau départemental, instances réglementaires de concertation, ne traitent que partiellement de l'organisation territoriale de l'offre hospitalière.

Ce constat est accentué dans les cas où le territoire du GHT ne recoupe pas celui du CTS, comme cela se produit par exemple pour le CH d'Argenteuil⁷⁷ dont le GHT regroupe le sud du Val-d'Oise et le nord des Hauts-de-Seine, alors que les CTS sont départementaux, ce qui conduit l'ARS et les établissements à envisager une évolution du périmètre et créer deux groupements.

Dans le cadre des nouvelles attributions dévolues aux préfets en matière d'organisation de l'offre de soins⁷⁸, cette situation appelle une meilleure gouvernance hospitalière locale, associant les collectivités territoriales aux échelons pertinents du rayonnement de chaque catégorie d'établissements (hôpital de proximité, CH, CHU).

74. Ces deux nouveaux compartiments remplacent depuis 2025 les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dans le champ MCO.

75. Trois activités sont concernées par ce nouveau modèle de financement : les urgences, la psychiatrie et les soins médicaux et de réadaptation.

76. Comme, par exemple, lors de la révision des PRS. Leur avis est également recueilli lors de l'attribution des nouvelles autorisations d'activités de soins au sein des commissions spécialisées de l'offre de soins dont leurs représentants sont membres.

77. CRC Île-de-France, CH d'Argenteuil.

78. Décret n° 2025-723 du 30 juillet 2025 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements.

Conclusion et recommandations

En 2024, la moitié des séjours hospitaliers a été réalisée à moins de 30 minutes du domicile des patients. Or, les difficultés de recrutement des professionnels de santé, tout particulièrement des médecins, contraignent fortement le maintien d'une offre de proximité. En outre, les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins nécessitent de regrouper l'offre autour des grands pôles hospitaliers. Pour autant, pour améliorer l'accès aux soins, les activités hospitalières doivent être organisées à l'échelle des territoires et non plus, site par site. Le défi pour les pouvoirs publics est de concilier concentration et accessibilité des soins via une évolution des services de proximité, alors que le recours aux soins s'accroît sous l'effet du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques.

Or, faute d'une stratégie de réorganisation de l'offre hospitalière clairement définie, les outils mis à la disposition des ARS pour piloter la répartition des activités hospitalières peinent à produire leurs effets.

À l'issue de cette enquête, la Cour réitère sa recommandation de fusionner les établissements de santé d'un GHT pour constituer une personne morale unique⁷⁹ et de renforcer la gradation des soins en leur sein.

Elle formule les recommandations suivantes à mettre en œuvre d'ici 2028 :

1. définir, au niveau national, une nouvelle stratégie d'évolution de l'offre hospitalière fondée sur la gradation des soins et, par région, un scénario d'évolution de l'offre hospitalière (*ministère de la santé*) ;

79. Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2020.

2. évaluer la qualité des parcours de soins
(*ministère de la santé, Haute autorité de santé*) ;
3. recentrer le fonds d'intervention régional sur sa mission
de recomposition de l'offre de soins (*ministère de la santé*) ;
4. introduire la possibilité pour les agences régionales
de santé de délivrer des autorisations d'activité
multisites (*ministère de la santé*).

Réponses reçues à la date de la publication

Réponse de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées 91

Destinataire n'ayant pas d'observation

Monsieur le président de la Haute autorité de santé (HAS)

Réponse de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Par courrier en date du 5 novembre 2025, vous m'avez transmis le chapitre relatif à l'organisation territoriale de l'offre de soins, destiné à figurer dans le rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes.

Je tiens à remercier les auteurs de ce chapitre, à la fois pour les échanges menés avec mes services en amont de sa rédaction, ainsi que pour ses développements soulignant l'importance de l'accessibilité des soins hospitaliers, sujet majeur de préoccupation pour nos concitoyens. Vous trouverez ci-dessous les remarques qu'appellent de la part de mes services les constats et recommandations de la Cour.

- La Cour considère que les projets régionaux de santé (PRS) élaborés par les agences régionales de santé (ARS) reconduisent le plus souvent les situations existantes en matière d'offre hospitalière faute de cadre d'orientation national formalisé et d'indicateurs adaptés pour mesurer les besoins de santé.

Le ministère chargé de la santé partage l'appréciation de la Cour selon laquelle l'approche fondée sur la notion d'autorisation peut constituer un levier pertinent pour faire évoluer l'offre hospitalière. C'est dans ce sens que des éléments de cadrage et d'orientation nationaux ont été pris dans le cadre de la réforme des autorisations. S'agissant des activités de soins, en effet, la publication des nouvelles conditions d'implantations et conditions de fonctionnement (CI/CTF) des différentes activités a été accompagnée de la publication d'instructions et de notes d'informations utiles pour guider les ARS dans l'élaboration des schémas régionaux de santé (SRS) 2023-2028 et dans la détermination de leurs objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). Plusieurs outils d'évaluation des besoins sont par ailleurs à disposition des ARS pour la réalisation de leur schéma (données *ScanSanté* de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur l'activité, données DREES du panorama des établissements de santé qui permettent des comparaisons à l'échelle nationale, référentiel *INCa* pour les activités de traitement du cancer, données INSEE pour caractériser sur le plan démographique les territoires de santé, etc.), favorisant ainsi la production des analyses territoriales.

- La Cour propose de définir au niveau national une nouvelle stratégie d'évolution de l'offre hospitalière fondée sur la gradation des soins.

La nécessité d'une meilleure territorialisation de l'offre, *via* notamment la gradation des soins en fonction des besoins des patients est partagée avec les auteurs. C'est d'ailleurs l'un des trois objectifs fixés à la réforme des autorisations de soins, mise en œuvre dans le cadre de *Ma santé 2022*. La Cour suggère que seules certaines prises en charge relèvent d'une logique de gradation. Or, l'introduction de la gradation des soins a systématiquement été abordée au moment des travaux de révisions d'activité menées depuis 2018 avec les acteurs et les professionnels impliqués et la majorité des activités soumises à autorisation bénéficient, aujourd'hui, d'une approche graduée (à savoir l'obstétrique, le traitement du cancer, les soins critiques ainsi que la neuroradiologie interventionnelle, la radiologie interventionnelle, la cardiologie interventionnelle, la chirurgie cardiaque, la médecine nucléaire, la neurochirurgie, les services médicaux de réadaptation). Cette logique de gradation ne s'applique pas aux activités strictement de recours, telles la greffe ou le traitement de grands brûlés, et la logique de seuils sans gradation a parfois été privilégiée, comme pour la chirurgie bariatrique.

- La Cour recommande d'introduire la possibilité pour les ARS de délivrer des autorisations d'activité multisites.

Dans le cadre de la réforme des autorisations, l'incitation à la coopération entre établissements a été privilégiée. Par exemple, la réforme des autorisations de traitement du cancer porte des dispositions réglementaires incitant aux coopérations inter-établissements autorisés à la chirurgie oncologique pour favoriser l'atteinte et le maintien du seuil d'activité minimale annuelle sur un site autorisé « fragile », en limite de seuil. Pour l'activité de neuroradiologie interventionnelle (NRI), le régime d'autorisation prévoit l'obligation d'une convention entre les différents centres de mention A (comprenant uniquement la réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire ischémique à la phase aiguë) et les centres de mention B comprenant l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie. La possibilité de délivrer des autorisations de soins à plusieurs sites n'a pas été retenue, afin de ne pas réduire les capacités de régulation et de contrôle du directeur général de l'ARS. En effet, dans l'hypothèse d'une autorisation de soins à plusieurs sites, s'assurer du respect sur un site donné de l'ensemble des conditions fixée par le cadre national (les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement fixés pour chaque activité par voie réglementaire) ne serait plus possible, entraînant un risque en matière de qualité et de sécurité des soins.

Au-delà de ces éléments, je vous informe attacher une importance spécifique à ce que de manière globale la réglementation relative au droit des autorisations sanitaires puisse autant que de besoin être adaptée afin d'améliorer la réponse hospitalière aux besoins de la population, notamment dans les zones dans lesquelles l'accès aux soins est la plus difficile.

Le chantier continu ouvert dans mon ministère sur la simplification des procédures, tant pour les administrés que pour les administrations, et en réponses aux interrogations régulières relayées par les élus à ce sujet, doit pouvoir nous amener à trouver les équilibres adéquats entre les différentes dimensions que ce régime d'autorisations combine, en termes d'accès à des soins de qualité et sûres en tous points du territoire.
