

*S'assurer de l'adéquation des moyens des agences aux missions par le biais d'un bilan régulier du fonctionnement (nombre, disponibilité et compétences des personnels des membres du GIP, organisation fonctionnelle des ARH) et d'une évaluation de l'impact des politiques menées, renforcer la coopération interrégionale.*

## REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

### II – Le cadre juridique de la planification hospitalière

La planification hospitalière est déterminée par deux documents, la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire. Sont soumis à cette planification, en premier lieu, les installations correspondant aux disciplines de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique (regroupées sous le sigle générique MCO), de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée ; en second lieu, certains équipements matériels lourds (article R. 712-2-II du code de la santé publique) ; enfin, les activités de soins « *d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique* » (article R. 712-2-III).

La carte sanitaire détermine le nombre d'installations et d'activités de soins nécessaires dans chaque zone sanitaire retenue (secteur, région et ensemble du territoire) par application d'indices de besoins à la population résidant dans cette zone. Les indices de besoins sont fixés, pour une proportion donnée de la population, en nombre de lits ou places pour les disciplines MCO, psychiatrie et SSR ainsi que pour certaines activités de soins, en nombre d'appareils pour les équipements lourds, en nombre de structures pour la majorité des activités de soins.

Le schéma en détermine la répartition et l'organisation « *en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire* », et englobe, depuis 1999, les moyens de toute nature nécessaires à la réalisation des objectifs qu'il fixe, et non plus les seules installations et activités comprises dans la carte sanitaire.

Depuis le décret du 5 novembre 2001, la planification s'exerce presque exclusivement au plan régional. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est compétent pour arrêter les cartes sanitaires au niveau de la région et des secteurs infrarégionaux, dont il délimite la circonscription, et pour élaborer le schéma régional correspondant, le SROS. Pour quelques rares équipements lourds et activités de soins, la planification continue à relever du niveau national.

Pour mettre en œuvre les objectifs retenus, les ARH disposent de moyens incitatifs et négociés (projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, promotion des regroupements et de formules de coopération, incitations financières) mais aussi juridiques et coercitifs (délivrance des autorisations dont relèvent les installations et activités inscrites sur la carte sanitaire).

#### Les critères de délivrance des autorisations

L'article L. 6122-1 du code de la santé publique soumet à autorisation les installations et activités de soins inscrites sur la carte sanitaire. Pour être agréés, les projets de création doivent 1°) répondre, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire ; 2°) être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire ainsi qu'avec son annexe ; 3°) satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret. Le renouvellement de ces autorisations, fixé à des échéances s'étalant entre 5 ans pour les activités de soins d'un coût élevé, 7 ans pour les équipements lourds et 10 ans pour les disciplines courantes, est pour sa part subordonné, outre le respect des conditions techniques de fonctionnement, à la compatibilité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ainsi qu'à l'appréciation des résultats de l'évaluation dont était en principe assortie l'autorisation initiale.

#### A – Les limites de la carte sanitaire

Les indices doivent prendre en compte [\[14\]](#) « *les besoins de la population appréciés en fonction a) de l'évolution des techniques médicales et des données épidémiologiques ; b) des caractéristiques géographiques et des moyens de communication de la zone sanitaire considérée.* ». La fixation des indices relève de la compétence du directeur de l'ARH lorsque la carte sanitaire est arrêtée par secteur ou région sanitaire et des ministres chargés de la santé et des affaires sociales pour les équipements sur lesquels ils ont compétence. Le ministre peut déterminer un minimum et un maximum qui serviront de limites aux indices fixés par l'ARH [\[15\]](#).

## **1 – Une évaluation fruste des besoins pour les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)**

Les indices de lits de MCO sont établis selon une méthodologie assez fruste définie par une circulaire de la DH de septembre 1992, les ARH restant libres d'utiliser d'autres références.

Le volume théorique de lits souhaitable est calculé en fonction du rapport entre le nombre total de journées réalisées pour chacune des grandes disciplines, d'une part, et, d'autre part, le nombre de jours dans l'année multiplié par un taux d'occupation cible [\[16\]](#), fixé forfaitairement. Dans cette méthode, les besoins sont simplement déterminés par référence à l'état existant de l'offre et à son utilisation moyenne. Le nombre de lits pour une population donnée, ainsi déterminé, ne peut guère être considéré comme représentatif des besoins réels. Par exemple, cette méthode peut aboutir en pratique à pénaliser les secteurs dont les capacités apparaissent sous-utilisées et les durées moyennes de séjour courtes, alors que cette situation peut résulter d'un manque de moyens (notamment en personnel médical) et non d'un tarissement des besoins.

De surcroît, l'utilisation du nombre de lits autorisés par discipline comme unité de mesure apparaît comme à la fois trop globale et trop fine. Trop globale parce qu'elle mêle des activités de nature et de coût peu comparables, dont certaines, comme la médecine gériatrique, sont fortement consommatrices de lits dans les hôpitaux de proximité. Trop fine parce que, à l'intérieur des établissements, elle a tendance à figer les situations entre disciplines et à faire obstacle au redéploiement des moyens.

C'est pourquoi dans la ligne de ce que tentent de pratiquer déjà certaines ARH, cette méthode de planification quantitative pourrait être enrichie, en utilisant les données du PMSI, par une appréciation du volume d'activité exprimé en points ISA. Par ailleurs, la DHOS a mis à l'étude une approche nouvelle, fondée sur le nombre annuel de patients, pour pallier les effets pervers qui ont pu résulter des indices de besoins utilisés pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

## **2 – La rigidité de certains indices d'équipements lourds**

La politique de maîtrise de la diffusion des équipements lourds par fixation d'indices de besoins peut plus facilement tenir compte des besoins thérapeutiques ou diagnostiques auxquels répondent ces équipements. Pourtant, ces indices n'échappent pas non plus à la critique. Ainsi, malgré de fréquentes révisions, les indices d'imagerie nucléaire jusqu'à présent fixés au niveau national n'ont pas pu pleinement tenir compte de la forte augmentation des indications du recours à ces appareils. Il a donc été nécessaire, à l'occasion de la déconcentration des autorisations, de relever les indices d'équipement (arrêté du 21 décembre 2001). Une évaluation du dispositif expérimental utilisé dans six régions pour autoriser des appareils d'imagerie en dérogation à la carte sanitaire sous réserve d'une absence de surcoût pour l'assurance maladie, a été réalisée dans ce contexte.

S'agissant du traitement de l'insuffisance rénale chronique, la valeur des indices encadrant l'utilisation d'appareils par les centres de dialyse a été fixée à un niveau tel que leur respect a entraîné une situation de pénurie d'équipement dans les centres, les contraignant à une suractivité inconfortable, voire dangereuse pour les patients et à un recours accru à des unités d'autodialyse conçues en principe pour n'accueillir que des patients autonomes. Cette situation a conduit le ministre délégué à la santé à annoncer la suppression de l'indice de besoins des appareils de dialyse utilisés en centre et son remplacement par un régime d'autorisation assis sur des critères d'activité et de nombre de séances. Cette réforme est en cours de mise en œuvre.

## **B – Le caractère imprécis des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)**

La révision des SROS engagée en 1998 a été l'occasion de mettre en place une analyse régionale dynamique et médicalisée de l'offre de soins. Les premiers SROS, qui n'étaient pas des instruments juridiques contraignants pour les établissements de santé, avaient identifié les dysfonctionnements majeurs mais n'étaient pas porteurs de solutions permettant d'y remédier.

Les SROS dits de deuxième génération ont été l'occasion d'une consultation de l'ensemble des acteurs de la politique hospitalière (usagers inclus) et d'une concertation très complète ; les groupes d'experts ont permis d'associer la communauté médicale au processus de la planification régionale. Les travaux ne se sont pas limités à des bilans quantitatifs, mais ont évolué vers une appréciation de la qualité des prises en charges.

Pour la première fois, les données issues du PMSI ont pu être exploitées, en liaison avec celles fournies par d'autres sources comme la SAE [\[17\]](#), dans une perspective de planification et d'élaboration de stratégies des établissements. Les analyses d'activité en termes de recrutement de patients (lourdeur de prise en charge, aire de recrutement) ou de parts de marché des établissements d'un même secteur ont été développées dans plusieurs régions. Certaines, comme l'Ile-de-France, ont développé des outils appropriés (« outils d'analyse du PMSI » pour la lourdeur des cas ou « description de l'activité en cancérologie »), parfois reprises ailleurs, mais toutes n'ont pas fait l'effort d'exploiter l'ensemble des possibilités offertes par le PMSI.

Les travaux menés depuis 1998 ont conduit à un bilan souvent très fin de l'offre, une multiplication des objectifs et des priorités et un effort notable pour les articuler. Les objectifs de qualité, de sécurité, de proximité des soins dominent ; leur déclinaison opérationnelle impose souvent un positionnement des établissements selon une gradation des missions et une organisation en réseau sur le modèle retenu, à partir de 1997, pour les urgences [18] (services d'accueil des urgences et unités de proximité), les maternités (trois niveaux de maternités, outre les centres périnataux de proximité) ou la cancérologie.

L'approfondissement des travaux entrepris dans le cadre de l'élaboration de volets complémentaires du SROS a conduit certaines agences à développer une approche plus médicale visant, au-delà de la détermination d'un seuil d'activité minimal pour la réalisation de certains actes complexes ou lourds, à une meilleure adéquation de certains modes de prise en charge à l'état des patients. C'est notamment le cas en Ile-de-France concernant le développement important de l'angioplastie ou, au contraire, les carences dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (thème également traité par l'ARH de Rhône-Alpes et repris dans un plan gouvernemental).

L'absence de volet financier des SROS, conforme aux recommandations de la DH, a cependant souvent conduit à inscrire dans les schémas des objectifs très difficiles à atteindre en cinq ans. Peu d'agences (Poitou-Charentes, Franche-Comté) ont tenté de chiffrer le coût de la mise en œuvre du SROS, certaines, comme l'Ile-de-France, ayant renoncé à afficher un coût global impossible à financer compte tenu du taux d'évolution de la dotation régionale et de la faiblesse des gains escomptés des restructurations dans cette région.

Les annexes désormais opposables des SROS de deuxième génération sont supposées décrire précisément les opérations de recomposition induites par les objectifs choisis. En pratique, une jurisprudence du Conseil d'Etat (Section du contentieux, Union régionale hospitalière privée du Nord-Est, 1999), mal interprétée, a incité le ministère chargé de la santé à conseiller aux agences de ne pas citer les établissements concernés par les recompositions à mener [19]. Aussi les décisions sur l'avenir de certains établissements ont-elles été souvent reportées à l'approbation des projets d'établissement et à la négociation de contrats d'objectifs et de moyens.

L'articulation avec les autres outils de la planification s'est avérée délicate : les aires de coopération inter-hospitalière identifiées dans les SROS ne correspondaient pas toujours aux secteurs sanitaires, dont la redéfinition a dû, dans certaines régions (comme la Bourgogne), faire l'objet d'âpres discussions. Le renouvellement des autorisations décennales d'activité intervenu en 2000-2001, qui a mobilisé des moyens humains importants, n'a souvent eu pour effet que de supprimer de la carte sanitaire les lits autorisés non installés, ce qui ne produit ni recomposition ni économie budgétaire. Les suppressions de lits installés sont plus souvent obtenues par les agences en échange de compensations dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens.

## **C – Un régime d'autorisation impropre à promouvoir efficacement les restructurations**

Du fait de la diminution des durées de séjour permise par l'évolution des pratiques et des techniques médicales, le niveau d'équipement en lits, notamment de court séjour, est devenu, depuis le milieu des années 1970, notablement supérieur aux besoins théoriques déterminés par la carte. Aussi la carte sanitaire a-t-elle été essentiellement utilisée comme outil de limitation de l'offre hospitalière et de redéploiement des lits entre secteurs d'activité.

Efficace pour contenir les créations d'équipements nouveaux en cas d'excédents, le régime des autorisations s'avère beaucoup plus difficilement mobilisable pour susciter ou accompagner la recomposition du tissu hospitalier. Héritées du passé et accordées pour une durée illimitée sous l'empire du système antérieur à la loi du 31 juillet 1991, les autorisations de fonctionner peuvent désormais être remises en cause, soit pour des impératifs de santé publique, soit pour sous-utilisation des capacités octroyées, soit plus systématiquement à l'occasion de leur renouvellement. Si la première hypothèse reste par définition marginale, le dispositif de retrait des autorisations en cas de sous-utilisation des installations [20] devrait constituer un levier important de réduction des excédents : or, faute de parution des arrêtés annuels constatant les durées moyennes nationales de séjour devant servir de référence pour apprécier les taux d'occupation, ce mécanisme ne peut être mis en œuvre.

Quant au renouvellement des autorisations, qui ne peut être refusé en raison des excédents de la carte sanitaire, son utilisation pour remettre en cause l'existant dépendait du degré de précision des SROS et de leurs annexes et de la capacité des ARH à lier cette procédure avec celle des regroupements nécessaires dans le secteur considéré. Or, les ARH ont, dans l'ensemble, peu utilisé la possibilité d'invoquer les objectifs de regroupement figurant dans les SROS pour refuser les renouvellements et contraindre les établissements à déposer des dossiers de regroupement.

Il faut enfin relever que la logique du régime des autorisations ne paraît pas encore en adéquation complète avec celle des SROS. C'est seulement par la loi déjà citée du 27 juillet 1999 qu'a été reconnue aux SROS la capacité de dégager des critères de répartition géographique des installations et activités de soins dont la carte sanitaire, en l'absence de fixation d'indices, n'avait pas préalablement déterminé le nombre. De même et surtout, les échéances assignées aux deux instruments ne coïncident pas, l'horizon des SROS étant de 5 ans et la durée des autorisations en général de 10 ans. La volonté de pallier cette discordance a conduit certaines ARH à délivrer, dans des conditions juridiquement fragiles, des autorisations limitées à la durée restant à courir du SROS et subordonnées à la mise en œuvre de ses objectifs.

## **D – Une prise en compte malaisée de critères qualitatifs d'organisation et de fonctionnement**

Au-delà de la détermination et de la répartition des capacités en vue de répondre aux besoins, la planification hospitalière vise également l'amélioration de la qualité des soins. Les installations et activités de soins soumises à autorisation doivent respecter des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

Ces normes concernent actuellement les transplantations, la chirurgie cardiaque, les activités de diagnostic prénatal (DPN) et de procréation médicalement assistée (PMA), les urgences, l'obstétrique, la néonatalogie et, depuis avril 2002, la réanimation. Leur impact sur l'offre hospitalière est important, comme en témoigne la réorganisation des services d'urgence et de la néonatalogie consécutive à la parution des textes régissant ces activités. L'édiction de nouvelles normes se heurte cependant à l'évolution de la démographie médicale. Il ne paraît, de plus, pas envisageable d'édicter des normes réglementaires pour chacune des activités hospitalières.

En revanche, il pourrait être utile de disposer de référentiels régionaux adaptés aux spécificités locales. Pour ce faire, il conviendrait de renforcer la portée juridique des SROS [\[21\]](#).

Enfin, le code de la santé publique prévoit que les autorisations et leur renouvellement sont subordonnés à une évaluation. Afin que ce critère soit pris en compte pour les prochains renouvellements, les arrêtés d'application nécessaires doivent être rapidement adoptés.

## **SYNTHESE**

*La planification de l'offre hospitalière est organisée par la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire. Instrument purement quantitatif et souvent fruste, la carte sanitaire, si elle permet d'empêcher la création d'installations nouvelles dans des zones saturées, se révèle impropre à recomposer l'existant. L'articulation délicate du régime des autorisations avec les orientations des schémas d'organisation sanitaire, outils qualitatifs d'organisation de l'offre, rend au total ce régime peu adapté à la mise en œuvre des objectifs de restructuration et d'amélioration de l'organisation de l'offre hospitalière.*

## **RECOMMANDATION**

*Adopter les arrêtés nécessaires à la prise en compte des résultats de l'évaluation dans la procédure d'autorisation.*

# **REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES**

## **III – Le système d'information sur l'hôpital**

La Cour a examiné à plusieurs reprises [\[22\]](#) la question des systèmes d'information sur l'hôpital, soulignant les progrès restant à accomplir et l'importance, pour les acteurs de la politique hospitalière, de disposer de données exhaustives, fiables et partagées, donc accessibles à tous. Le constat fait en 2000 est toujours d'actualité, ce qui montre l'extrême lenteur des progrès accomplis par les principaux acteurs du système.

Le système d'information sur l'hôpital est principalement constitué, d'une part, de répertoires et de fichiers statistiques et, d'autre part, du PMSI.

### **A – Les recueils et fichiers statistiques, outils de l'encadrement quantitatif**

Les recueils et fichiers statistiques utilisés jusqu'au milieu des années 1990 étaient organisés de manière à permettre aux autorités ministérielles d'encadrer la progression de l'offre hospitalière par un système d'autorisations d'activités et d'équipements, retracées dans le fichier des établissements (FINESS), et de numerus clausus s'agissant des professionnels de santé, recensés par le répertoire ADELI.

La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) est le reflet de cette logique : elle fournissait jusqu'en 1999 des statistiques sur les moyens mis en œuvre par les établissements (capacités en lits et places, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, équipements lourds) et leur activité en relation avec la facturation (comptage des journées et des lettres-clés).

#### **1 – Les répertoires**

Les répertoires FINESS et ADELI sont respectivement gérés par la DHOS et la DGS. Ils reposent sur une déclaration annuelle effectuée par les