

La planification sanitaire

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. La planification hospitalière.....	3
2. De la planification hospitalière à la planification sanitaire.....	3
2.1. Les outils et les acteurs de la planification.....	4
2.2. Des outils de planification aux faits : les autorisations.....	4
3. Les CPOM.....	5
4. Les moyens de planification indirects.....	5
Annexes.....	6

Objectifs spécifiques

- Connaître l'évolution de l'organisation des soins.
- Connaître les moyens de cette planification.

Introduction

La planification, au sens général et sur le principe, vise à distribuer équitablement les biens, les services et les ressources aux populations d'un territoire. L'objectif de la planification sanitaire est donc la répartition équitable des services de santé sur le territoire. Elle s'inscrit dans une politique d'aménagement sanitaire du territoire destinée à assurer l'efficacité du système de soins et elle doit rendre l'offre de soins accessible à tous en réduisant autant que faire se peut les inégalités et les disparités géographiques de santé. Elle se fait dans un cadre qui peut être plus ou moins autoritaire et contraignant, normatif ou seulement incitatif.

En France, la planification sanitaire, d'abord nationale, s'est progressivement régionalisée dans le cadre des dynamiques de la décentralisation et pour mieux orienter les choix en fonction des besoins et de l'offre de santé.

1. La planification hospitalière

C'est la régulation par l'autorité administrative des établissements de santé.

Les buts de cette planification sont :

- de rationaliser l'offre de soins en limitant la concurrence,
- favoriser l'organisation de l'accès aux soins, au matériel.

La 1^{ère} planification hospitalière date de 1838. Elle concernait les hôpitaux psychiatriques avec un asile par département.

Une circulaire en 1960 crée les secteurs psychiatriques et chaque secteur est rattaché à un hôpital départemental.

Mais c'est la loi Boulin du 31 décembre 1970 qui amorce réellement la planification sanitaire. Elle crée la notion de « service public » et définit la carte sanitaire et des indices de besoins.

La France est découpée en 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions avec un plateau technique minimum pour chaque secteur.

La loi du 31 juillet 1991 (loi Evin) crée les **SROS** (schéma régional d'organisation des soins) (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) et renforce la carte sanitaire avec la région comme référence sanitaire.

L'ordonnance du 24 avril 1996 crée les agences régionales d'hospitalisation (**ARH** (agence régionale d'hospitalisation)) et régionalise les budgets.

Le SROS devient l'outil unique de planification par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Les secteurs sanitaires sont supprimés et remplacés par les territoires de santé. Toutes les autorisations sont données par l'ARH.

2. De la planification hospitalière à la planification sanitaire

La **loi HPST (hôpital, patient, santé et territoire)** (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) ou loi Bachelot du 21 juillet 2009 définit 4 axes d'évolution :

- La modernisation des établissements de santé
- L'accès de tous à des soins de qualité
- La prévention et la santé publique

- L'organisation territoriale du système de soins avec la création des **ARS (agence régionale de santé)** (agence régionale de santé) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

La loi affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé.

2.1. Les outils et les acteurs de la planification

Concernant l'hôpital, le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de "**communautés hospitalières de territoire**" pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre "de référence" dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués.

Le terme « sanitaire » dans le SROS est remplacé par « soins ».

Les **nouveaux SROS** (art. L. 1434-7 du code de la santé publique) sont d'une part, intégrés au sein des **Projets Régionaux de Santé (PRS)** (plan régional de santé) et d'autre part, étendus à l'offre de soins ambulatoires. Ils s'inscrivent dans les schémas nationaux et interrégionaux d'organisation des soins (**SIOS** (schéma interrégional d'organisation des soins)).

Ils ont pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé, et la réduction des inégalités d'accès aux soins. En parallèle, l'efficacité du système régional de santé se doit d'être améliorée.

D'autres outils sont mis en place :

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (**PSRS** (plan stratégique régional de santé)) **qui est la première étape dans l'élaboration du Projet Régional de Santé. Il fixe les orientations stratégiques de la politique régionale de santé.**
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (**SROMS** (schéma régional d'organisation médico-sociale)) qui prend en compte les besoins de la population handicapée, en perte d'autonomie ou confrontée à des difficultés spécifiques.
- Des programmes :
 - Le Programme Régional de Gestion des Risques (**PRGDR** (programme régional de gestion des risques))
 - Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (**PRAPS** (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins))
 - Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (**PRIAC** (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie))

Les acteurs en sont l'ARS (qui remplace l'ARH) et son directeur général.

Les ARS sont créées pour mettre en œuvre au niveau régional l'ensemble des dispositifs prévus par la loi. Ces nouveaux organismes réunissent en une seule structure les moyens de l'Etat (**DRASS** (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), **DDASS** (direction départementale des Affaires sanitaires et sociales)) et ceux de l'Assurance maladie (**URCAM** (union régionale des caisses d'assurance maladie), **CRAM** (caisse régionale d'assurance maladie)) et sont chargés de décliner au niveau régional la politique de santé définie au niveau national. L'objectif de ces regroupements est d'avoir un pilotage plus efficace.

2.2. Des outils de planification aux faits : les autorisations

L'article L.6122-1 du code de la santé publique prévoit l'autorisation de l'ARS pour la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds.

La liste des activités de soins soumises à autorisation est définie par l'article R. 6122-25, celle des équipements lourds par l'article R.6122-26 du code de la santé publique.

Les dossiers de demande doivent être déposés lors de « fenêtres de dépôt » avec plusieurs volets : administratif, relatif au personnel, technique et financier et relatif à l'évaluation.

La demande doit être cohérente avec le projet d'établissement et le projet médical et être portée par une dynamique collective (direction, corps médical, équipes médico-soignantes). Elle s'inscrit dans la logique du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (**CPOM** (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)) défini par chaque établissement de santé et le SROS.

Au sein de l'ARS, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS) donnent un avis quant à ces autorisations avant décision du directeur de l'ARS.

Les conditions de délivrance de l'autorisation sont :

- Une réponse à des besoins de santé identifiés (SROS/SIOS)
- Et la compatibilité avec les objectifs du SROS/SIOS
- Et le respect de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation (Art. L6122-5 du **CSP** (code de la santé publique)).

Des conditions supplémentaires peuvent être imposées dans l'intérêt de la santé publique (Art. L.6122-7 du CSP).

L'autorisation est donnée pour 5 ans ; une visite de conformité est faite a posteriori et un retrait ou une suspension peuvent être décidés si les conditions ne sont pas respectées.

3. Les CPOM

La contractualisation a débuté avec la loi du 31 juillet 1991 qui prévoyait des contrats d'objectifs puis elle a évolué avec l'ordonnance du 24 avril 1996 qui introduisait les **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens** (CPOM) entre les établissements de santé et l'ARH puis l'ARS.

Ces CPOM ont une durée de 5 ans mais sont revus annuellement. Certains les voient comme un instrument de contrôle des établissements de santé. Ils sont de toute façon un vecteur du PRS, ainsi qu'un outil d'attribution de missions de service public et de suivi en matière de qualité et de sécurité des soins. La négociation du CPOM est donc un point important pour les établissements de santé.

Des organismes concourant aux soins ou à la recherche, ou des professionnels de santé libéraux peuvent être appelés au contrat.

L'ARS peut :

- Transformer l'acte contractuel en décision unilatérale
- Résilier le CPOM de façon unilatérale en cas de manquement grave
- Sanctionner financièrement un établissement qui ne respecte pas son CPOM

Du point de vue des établissements, le CPOM est soit perçu comme un contrat d'adhésion ou comme un contrat d'objectifs sans moyens.

4. Les moyens de planification indirects

Ce sont les procédures de contrôle, d'inspection et de certification.

Les organismes d'encadrement sont l'ARS, l'assurance maladie, la Haute Autorité de Santé (**HAS** (haute autorité de santé)), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (**ANAP** (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé)).

Annexes

Recommandation

- [L'organisation territoriale et la planification sanitaire en France](#)
- [Les instruments de la politique hospitalière](#)
- [Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires](#)

Abréviations

- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé
- **ARH** : agence régionale d'hospitalisation
- **ARS** : agence régionale de santé
- **CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CRAM** : caisse régionale d'assurance maladie
- **CSP** : code de la santé publique
- **DDASS** : direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
- **DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- **HAS** : haute autorité de santé
- **HPST** : hôpital, patient, santé et territoire
- **PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- **PRGDR** : programme régional de gestion des risques
- **PRIAC** : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- **PRS** : plan régional de santé
- **PSRS** : plan stratégique régional de santé
- **SIOS** : schéma interrégional d'organisation des soins
- **SROMS** : schéma régional d'organisation médico-sociale
- **SROS** : schéma régional d'organisation des soins
- **URCAM** : union régionale des caisses d'assurance maladie