



Lettre du 26 mars 1998 relative aux schémas régionaux d'organisation sanitaire / Circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire

26/03/1998

Madame, Monsieur,

L'hôpital est un service public qui ne ressemble à aucun autre. C'est le lieu de la douleur combattue, du soin distribué, de la vie retrouvée mais aussi de la mort accompagnée.

C'est un lieu de compétence humaine et technique au service d'une politique de santé, une communauté de travail et un espace où s'exercent les solidarités les plus profondes.

Pourquoi un nouveau schéma régional ?

Pour mieux identifier les besoins et les réponses à y apporter, l'échelon régional apparaît comme le plus pertinent. De ce point de vue, des progrès restent à faire pour prendre en charge les besoins non satisfaits ; ainsi, l'hôpital, par exemple, doit s'occuper plus encore qu'il ne le fait aujourd'hui des maladies de nos aînés, mais aussi sortir de ses murs pour aller à la rencontre des plus démunis.

Pour établir une égalité nécessaire entre les malades de ce pays, quel que soit leur lieu de résidence. Or, selon les pathologies, en fonction des maladies en cause, mais aussi de la prévention et des besoins de santé précis des populations, variables suivant les régions, cette égalité n'est pas assurée. La proximité d'un hôpital rassure l'immense majorité de nos concitoyens. Ils lui font spontanément confiance et ils en apprécient le voisinage. Or la proximité se maintient parfois aux dépens de la qualité des soins. Ainsi, dans l'urgence, pour un infarctus du myocarde ou un accident de la route, chacun devrait pouvoir bénéficier de chances de prise en charge et de survie semblables. Pour des maladies chroniques, là où la distance compte moins, tous nos concitoyens devraient pouvoir être soignés à l'identique. Ce n'est pas le cas maintenant et les disparités sont grandes. Il nous faut donc réformer notre système.

Pour adapter les structures de soins aux besoins. Nous devons partout où cela sera possible mettre en place des complémentarités hospitalières, des liens indispensables avec les médecins libéraux et les cliniques privées, des réseaux d'équipes de soins centrées sur les malades, sans oublier l'information et la prévention. La création ou le maintien d'un service ne doit pas tenir exclusivement à la présence d'un spécialiste, aussi compétent soit-il, mais aux besoins de la population. C'est ainsi seulement que l'on fera des économies tout en améliorant la qualité des soins.

Car cette réforme ne doit pas s'opérer dans un laxisme budgétaire dont les malades eux-mêmes pâtiraient tôt au tard. Il s'agit en effet de dépenses qu'ils financent par leurs cotisations sociales et non d'un budget indolore et inépuisable. Nous devons impérativement freiner la progression des dépenses de soins, qui ne procure aucun bénéfice pour la santé publique, au contraire.

La méthode sera-t-elle différente de celle suivie pour les schémas antérieurs ?

Oui. La crainte de toute réforme est telle qu'il convient de redonner du sens à ce mot et un contenu humain, centré sur le patient. Il y a beaucoup de chemin à faire, pour réformer l'hôpital et non plus seulement l'administration de tutelle.

C'est pourquoi les schémas de deuxième génération, sous votre direction, seront révisés et discutés avec la communauté médicale et hospitalière, les syndicats, les associations de malades, les usagers et les élus. Les schémas seront présentés et débattus par des personnalités indiscutables dans chaque région.

Il faut redoubler de pédagogie pour démontrer que les hôpitaux se renforcent en coopérant entre eux. Il convient d'organiser des partenariats entre les villes et entre les établissements, au profit et autour du malade, ainsi mieux pris en charge. Renforcer les complémentarités, c'est un objectif de santé publique et c'est aussi un objectif politique primordial.

L'hôpital représente souvent la dernière activité publique d'envergure. Il est presque toujours le plus grand employeur de la ville. Cette position sociale essentielle en ces temps de chômage ne doit pas être négligée, quand bien même la <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lettre-du-26-mars-1998-relative-aux-schemas-regionaux-dorganisation-sanitaire-circulaire-dheo-n-98-192-du-26-mars-1998-relative-a-la-revision-des-schemas-regionaux-dorganisation-sanitaire/>



fonction première de l'établissement hospitalier demeure le soin. Nous prenons l'engagement de maintenir globalement l'emploi dans le secteur sanitaire et social. Mais il pourra y avoir des changements d'affectation, d'une spécialité à une autre, de la cardiologie aux soins pour personnes âgées par exemple. Le slogan "l'hôpital, c'est vital" est dans toutes les oreilles. Pour que ce slogan trouve un écho, il faut que l'hôpital puisse évoluer.

Nous avons choisi une politique qui repose sur le dialogue, le respect de la parole donnée, l'échange d'expériences et la recherche des complémentarités. Cette politique doit être centrée avant tout sur le malade et conduire à transformer l'hôpital, pour construire ce que certains appellent "l'hôpital dans l'espace", dans lequel ce ne sont plus les murs qui définissent les limites de l'établissement et dans lequel les médecins viennent aux malades et non exclusivement le contraire. Une telle réforme nécessite l'assentiment des structures médicales libérales et à terme de nouveaux rapports entre les médecins de ville, généralistes et spécialistes, et l'hôpital.

Elle ne sera possible qu'avec l'engagement des personnels des établissements et leur détermination à conduire ce changement au bénéfice du malade. Nous savons pouvoir compter sur eux pour relever ensemble ce défi.

Nous mettrons sur la table toutes les données dont nous disposons pour que les choix puissent se faire en toute transparence. La population doit savoir que tout n'est pas possible partout. Mais cessons aussi de lui faire croire que tout est impossible dans certains endroits, parce que l'on renonce à bousculer certaines habitudes.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire, élaborés en 1994, arriveront à échéance en 1999. Nous avons décidé d'engager par anticipation le processus de révision des schémas afin, notamment, que les orientations des SROS de seconde génération puissent guider la campagne budgétaire pour 1999. La circulaire jointe vous présente le détail du travail à accomplir.

N.B. : la lettre et la circulaire accompagnées de leurs annexes feront l'objet du fascicule spécial BOS n° 98/10 bis "Schémas régionaux d'organisation sanitaire".

ANNEXE

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE
Direction des hôpitaux et de la solidarité
Sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière

Circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire

Annexes :
Concepts et éléments de réflexion ;
Démarche, méthodes et outils d'élaboration ;
Eléments de bibliographie.

Textes de référence :
Code de la santé publique : articles L. 712-1 à L. 712-3-1 ; L. 712-6, R. 712-1 ; R. 712-3 à R. 712-12

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales.

Le schéma régional d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Il constitue, pour les établissements de santé publics et privés, la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources.

Les schémas dits de première génération, élaborés en 1994, arriveront à échéance en 1999. Pour autant, il importe dès cette année d'engager par anticipation le processus de révision des SROS afin, notamment, que les orientations des SROS de seconde génération puissent guider la campagne budgétaire pour 1999.

La tenue des Etats généraux de la santé au cours de la période de révision des SROS viendra tout à la fois nourrir la réflexion et permettre d'adapter la réponse optimale à la demande de santé de la région.
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lettre-du-26-mars-1998-relative-aux-schemas-regionaux-dorganisation-sanitaire-circulaire-dheo-n-98-192-du-26-mars-1998-relative-a-la-revision-des-schemas-regionaux-dorganisation-sanitaire/>



Les SROS 2 poursuivront trois objectifs :

- améliorer la prise en compte par le système de santé, et en son sein par l'offre hospitalière, des besoins de santé ;
- promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre les différents segments de l'offre : médecine hospitalière, médecine de ville, prise en charge médico-sociale ;
- accélérer la recomposition du tissu hospitalier.

La présente circulaire s'appuie sur les travaux d'un comité national de pilotage placé auprès du directeur des hôpitaux qui s'est réuni à plusieurs reprises de septembre à novembre 1997, ainsi que sur les contributions de quatre groupes de travail qui ont été animés au cours du premier semestre 1997.

I. - LES PRINCIPES GENERAUX

1. Un SROS qui s'inscrit dans une approche globale de la santé

L'élaboration du SROS requiert une vision d'ensemble de la satisfaction des besoins de la population et de leur évolution. L'enjeu est ici d'élargir l'angle de vue et de s'affranchir d'une approche exclusivement centrée sur l'offre hospitalière existante pour analyser, en fonction d'objectifs précis, le rôle de l'établissement de santé dans son environnement et pour déterminer la place respective des différents segments de l'offre de soins, notamment le secteur ambulatoire et le secteur médico-social.

L'approfondissement de la démarche en termes de santé publique, initiée par les travaux du Haut Comité de santé publique et poursuivie par les réflexions des conférences nationale et régionales de santé, permet aujourd'hui d'inscrire la réponse hospitalière dans un ensemble cohérent et articulé.

A cet effet, les approches centrées sur le patient et ses besoins de soins tels qu'ils s'expriment dans un bassin de vie sont à privilégier. Elles peuvent résulter de priorités de santé publique retenues par les conférences régionales de santé dès lors que celles-ci ont un impact significatif sur les structures hospitalières. Elles peuvent également résulter de priorités spécifiques en lien avec l'organisation des soins, telles celles relatives à des pathologies traitées prioritairement en milieu hospitalier. On peut citer quelques exemples :

- les urgences, l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, le suivi de la grossesse, la prise en charge des personnes âgées, la santé des jeunes sont des domaines privilégiés d'une réflexion à conduire avec la médecine de ville ;
- les hospitalisations de personnes qui ne relèvent pas d'un établissement sanitaire, le handicap, la prise en charge des personnes âgées seront à aborder avec les élus des collectivités territoriales en charge des compétences dans le secteur médico-social et social ;
- il est également souhaitable, bien que la psychiatrie fasse l'objet d'un SROS juridiquement distinct, d'organiser les convergences entre cette discipline et les disciplines somatiques, tant chacun des domaines a à gagner d'un dialogue mutuel, particulièrement sur des thèmes comme les urgences, la psychiatrie de liaison à l'hôpital général ou pour des pathologies particulières (alcooliques, par exemple).

Certes le SROS n'a pas vocation à traiter du champ de l'ambulatoire et du secteur médico-social ; les orientations sur lesquelles il s'appuyera dans ces domaines n'auront pas de caractère opposable. Toutefois, les propositions qu'il contiendra, qui pourront prendre la forme de document d'orientation émanant des acteurs concernés, auront un effet dynamisant et valeur d'engagement dès lors qu'ils auront été élaborés avec eux et leurs représentants : les unions de médecins libéraux pour la médecine ambulatoire, les collectivités locales et les représentants des établissements pour le champ médico-social.

2. Un SROS resserré sur quelques priorités et tourné vers l'action

Instrument stratégique de l'action régionale, le SROS 2 doit être résolument construit dans une perspective d'efficacité. Parce que son champ d'intervention est par essence très vaste, il doit éviter toute ambition totalisante pour se centrer sur quelques priorités.

Afin de laisser plus de latitude à l'échelon régional pour déterminer le champ de la révision des SROS et la nouvelle structuration, il a été décidé d'abroger l'arrêté du 31 mars 1992 qui fixait le contenu obligatoire des SROS. Des dispositions réglementaires relatives à certaines activités peuvent, par ailleurs, à l'instar de ce qui est prévu pour l'accueil et le traitement des urgences, imposer qu'un volet spécifique du SROS leur soit consacré.

C'est donc en se fondant sur une sélection de priorités et en les traduisant en objectifs opérationnels que le SROS 2



trouvera une nouvelle identité.

2.1. Le choix de priorités

Les priorités qui seront retenues par les régions résulteront soit des travaux des conférences régionales de santé, soit d'une volonté de corriger les insuffisances déjà repérées dans le cadre des travaux des premiers schémas. Tant les délais impartis que le caractère illusoire d'une démarche de diagnostic visant à l'exhaustivité milite pour que les priorités soient identifiées à partir des données existantes, en évitant de multiplier les enquêtes ponctuelles.

Le SROS devra traiter :

1. Des thèmes qui résulteront des priorités énoncées par les conférences de santé, pour lesquelles la contribution attendue des hôpitaux est déjà déterminée et a un impact significatif sur l'organisation hospitalière. Ce point d'articulation des SROS et des actions de santé publique ne doit pas être négligé car il traduit la cohérence devant exister entre ces deux approches régionales dans l'optique d'un meilleur service à rendre à la population.

2. De l'optimisation de l'organisation hospitalière, après analyse des forces et des faiblesses de l'ensemble du dispositif. Il s'en dégagera des priorités d'action qui permettront d'agir sur les activités ou sur les structures hospitalières pour une meilleure satisfaction des besoins des patients ou pour résoudre des problèmes spécifiques de fonctionnement de l'offre et améliorer la qualité du service rendu. Des objectifs en matière d'organisation de la cancérologie, de la périnatalité ou de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires relèveront, par exemple, de ce type de priorités.

3. De la recomposition de l'offre hospitalière : à cet effet, le SROS aura à agir sur l'offre hospitalière régionale, dans les domaines où elle apparaît excédentaire. Cette approche conduira à fixer des objectifs de réduction des capacités pour les installations, équipements et activités de soins en excédent au regard de la carte sanitaire et à déterminer des plans d'actions précis pour la mise en oeuvre de ces objectifs.

Il pourra s'agir de donner la priorité à la conversion de l'offre de court séjour vers les soins de suite et de réadaptation ou vers les soins de longue durée, de développer les alternatives à l'hospitalisation complète ou, encore, de favoriser les complémentarités ou les coopérations entre les établissements de santé.

2.2. Les éléments d'un SROS stratégique

Pour que le SROS soit stratégique, c'est à dire qu'il conjugue la pertinence de ses choix à l'opérationnalité et à l'efficacité, il est indispensable que les priorités soient d'emblée mises en perspective avec les différents leviers d'action utilisables : projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens, réseau, autorisation (cf. tableau en annexe A1). Aussi, la formalisation des plans d'action est étroitement dépendante de l'instrument retenu pour la phase de mise en oeuvre.

En droit, le SROS comporte trois éléments :

- il fixe les objectifs prioritaires de la région dont la réalisation sera poursuivie, notamment au moyen des contrats d'objectifs et de moyens (art. R. 712-9) ;
- il détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population (art. L. 712-3) ;
- il comporte une annexe, devenue opposable, qui détermine les transformations de l'offre qui seront nécessaires à la réalisation du SROS (art. L. 712-3-1).

Les objectifs stratégiques : cette partie du SROS, qui est la plus novatrice, définit les priorités de l'action régionale pour la durée du schéma et, le cas échéant, à partir de référentiels validés par les professionnels, leur traduction en termes de cahier des charges pour les acteurs locaux (cf. exemple de cahier des charges en cardiologie en annexe A 2). Les instruments privilégiés de mise en oeuvre de ces objectifs appartiennent principalement au registre de la négociation et de l'incitation - contrat d'objectifs et de moyens, projets d'établissements, agréments des réseaux, incitations financières -, même si la délivrance des autorisations ou leur renouvellement peuvent aussi, dans certains cas, en faciliter la réalisation.

La répartition géographique des installations et des activités hospitalières : cet aspect de la démarche n'est pas à négliger car il renvoie à l'objectif fondamental de la planification, à savoir l'accessibilité aux soins de qualité. L'exercice devra se traduire par une revue des activités structurantes et non par un balayage systématique des domaines soumis à autorisation et, encore moins, à une répartition par établissement. Il devrait être limité à des enjeux particuliers sur



lesquels l'agence entend agir au cours de la période de validité du SROS, soit pour redéployer des moyens existants, soit pour traiter des activités, installations ou équipements faisant l'objet d'un excédent.

Il s'agit de définir un cadre global d'organisation, une toile de fond, qui serve de référence pour des décisions en matière d'autorisation, pour la négociation contractuelle ou pour l'agrément des réseaux. Cet exercice pourra être la déclinaison d'un ou plusieurs objectifs prioritaires du SROS, mais pourra également se démarquer de ces objectifs et constituer, en quelque sorte, un volet distinct du SROS. Ce sera le cas pour certains équipements matériels lourds ou activités à développer ou à réduire, ou pour les nouvelles activités de soins soumises à autorisation : l'accueil et le traitement des urgences ou toute autre activité soumise à norme technique de fonctionnement, pour lesquelles le schéma est le vecteur de la mise en oeuvre d'une organisation fixée par voie réglementaire, néonatalogie et réanimation, notamment.

L'annexe : Dans l'optique susdécrite, l'annexe est destinée à décrire les seules opérations de recombinaison qui sont indispensables et pour lesquelles il apparaît que seule son opposabilité juridique est de nature à permettre la conduite des opérations.

Des exemples de formulation d'objectifs figurent en annexe B 9.

Ainsi, un schéma resserré et profilé pour l'action comporterait :

- l'énoncé des objectifs stratégiques et de leur déclinaison, le cas échéant, en cahier des charges, permettant aux acteurs hospitaliers de se positionner en toute autonomie et responsabilité ;
- la démarche précédemment décrite, mais enrichie de contraintes de répartition spatiale pour les activités structurantes et certaines autres activités dans le but soit de faciliter la constitution des réseaux ou la négociation des contrats d'objectifs et de moyens, soit de recomposer l'organisation du tissu hospitalier ;
- la répartition géographique de certaines activités de soins ou certains équipements lourds, pour que le SROS puisse éclairer l'octroi ou le renouvellement des autorisations ;
- une annexe en tant que de besoin.

1.3. Un SROS respectueux de l'autonomie des acteurs de terrain

Le SROS s'adresse à des établissements autonomes. L'efficacité du schéma est en grande partie liée à l'adhésion des partenaires aux objectifs poursuivis. Les conditions de cette adhésion seront d'autant plus facilement réunies que les établissements seront des acteurs d'un processus qui n'empiète pas sur leur champ de responsabilité propre.

Il conviendra donc, dans toute la mesure du possible, et sans méconnaître certaines contraintes juridiques, notamment liées au régime des autorisations, de privilégier une planification plus contractuelle, et de limiter la vocation administrative du SROS aux seuls domaines stratégiques pour lesquels la carte sanitaire s'avère insuffisante pour éclairer les choix en matière d'autorisations.

De même, l'opposabilité de l'annexe du SROS en fait désormais un instrument fortement contraignant pour les établissements. Aussi devra-t-il s'agir d'un exercice réservé à des sujets particulièrement importants. L'élaboration de l'annexe peut d'ailleurs être disjointe du schéma et n'intervenir qu'a posteriori, de façon subsidiaire, dès lors que les acteurs hospitaliers tarderaient à s'inscrire dans les orientations du SROS. Elle sera adoptée dans les mêmes formes.

1.4. Un SROS fort d'une légitimité démocratique et professionnelle

Le domaine sanitaire est, par essence, complexe par les enjeux qu'il recouvre mais aussi parce qu'il concerne de nombreux acteurs dont les perceptions et les intérêts ne sont pas toujours convergents. Le schéma régional d'organisation sanitaire devra être le produit d'un exercice concerté, fondé sur une meilleure connaissance réciproque des acteurs.

Les premiers SROS ont permis l'apprentissage du travail en commun entre les administrations en charge de la planification, l'assurance maladie et les professionnels hospitaliers. Par le biais des comités techniques régionaux et des groupes projets, ils ont mobilisé une importante expertise médicale dont témoigne la production de référentiels. Les conférences sanitaires de secteur ainsi que les CROSS ont également contribué à la constitution de cette expertise professionnelle.

Au-delà de cette légitimité professionnelle renforcée par la consultation des organisations syndicales en tant que telles, l'élaboration des SROS 2 devra reposer sur la participation de la population et de ses représentants.



Il est essentiel que la démarche soit conduite avec l'ensemble des partenaires de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cela suppose de mettre en place une démarche rigoureuse, construite autour d'une stratégie globale permettant la concertation la plus large possible.

L'association des élus au processus de révision des SROS est indispensable. Les élus siègent au CROSS et dans les conférences sanitaires de secteur, mais les collectivités locales devront être, en cette qualité, également associées.

Des indications permettant de conduire un tel processus sont données au point 2-3 : conduite générale du projet.

1.5. Un SROS dont la mise en oeuvre devra être évaluée

L'absence d'évaluation systématique ou, tout au moins, l'absence de méthodes reconnues de suivi de la mise en oeuvre du SROS et du niveau de réalisation des objectifs a constitué, sans doute, le point faible des SROS 1.

C'est pourquoi l'élaboration des SROS 2 devra comprendre la mise au point d'un dispositif d'évaluation conduisant à définir des indicateurs pertinents pour chacun des objectifs ou plans d'actions.

La direction des hôpitaux assurera une évaluation nationale fondée sur des comparaisons interrégionales. Un groupe de travail dressera, dès le 1er trimestre 1998, le cadre de cette évaluation régionale et nationale.

II. - LA METHODE D'ELABORATION

2.1. La révision des cartes sanitaires

La carte sanitaire détermine, par un indice appliqué à un secteur sanitaire donné, la nature et l'importance des installations nécessaires à la réponse aux besoins de la population. Les cartes sanitaires, comme les SROS, sont révisées au moins tous les cinq ans.

L'élaboration des premiers schémas s'est souvent accompagnée d'un redécoupage de la région en secteurs sanitaires. L'essentiel, dans ce domaine, est fait. Cependant, la question de la pertinence du redécoupage sectoriel peut encore se poser dans certaines régions.

Toutefois, indépendamment de cet exercice, une réflexion en termes de territoires pertinents est à conduire systématiquement. En effet, si le secteur sanitaire est le seul espace opposable pour la délivrance de certaines autorisations, il n'est pas le seul espace adapté pour conduire la recombinaison de l'offre de soins hospitaliers, ces espaces pouvant être infra-sectoriel, ou bien intersectoriel selon les questions traitées.

Il importe en effet de repérer les territoires à l'intérieur desquels s'organisent les circulations de la population. Cette dernière se déplace pour travailler, pour faire ses achats, pour se détendre et pour recevoir des soins. Ces déplacements dessinent des bassins de vie qui transcendent les découpages administratifs traditionnels. Il conviendra d'inscrire votre réflexion comme votre action dans le cadre de ces bassins de vie.

S'agissant de la carte sanitaire (1), il convient de conduire une réflexion préalable de manière à apprécier l'intérêt de sa révision au regard des objectifs prioritaires. La révision peut porter sur le zonage auquel s'appliquera l'indice mais il peut aussi porter sur l'indice lui-même. A cet effet, les recommandations sur le mode de détermination des indices pour les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, figurant dans la circulaire n° 43 du 28 septembre 1992 jointe (annexe B 8), demeurent valables, mais d'autres références que les taux d'occupation et durées moyennes de séjour cibles peuvent être utilisées. Les documents de l'annexe B 7 donnent la liste de quelques indicateurs qui vous permettront de situer votre région par rapport aux autres régions et à la moyenne. De plus, une simulation transpose aux installations théoriques de la carte sanitaire pour les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique la méthode de répartition des moyens financiers entre les régions (notion de population hospitalisable).

(1) Ces éléments ne concernent pas la psychiatrie qui a ses règles propres.



Toutefois, il convient de noter que, la révision de la carte sanitaire étant relativement complexe, elle ne doit être engagée qu'en tant que de besoin, les indices pouvant d'ailleurs être revus après la révision du SROS.

2.2. La conduite générale du projet

La révision du SROS est soumise à un impératif majeur. Les travaux du SROS doivent pouvoir éclairer les choix budgétaires pour l'année 1999. Il est indispensable, pour ce faire, de disposer d'éléments dès l'automne 1998.

2.2.1. L'association des acteurs

L'élaboration du schéma intéresse un très grand nombre de partenaires dont le rôle, le degré d'intérêt et la motivation sont très variables et avec lesquels, par conséquent, les relations seront de nature différente. Il est nécessaire d'associer une palette large d'organismes et de structures pour permettre un débat productif d'expertises et d'avis.

Trois sphères d'acteurs peuvent être identifiées : celle des pouvoirs publics, celle des acteurs et professionnels du système de santé et celle de la société civile et du "grand public".

La présentation de ces trois sphères et les processus spécifiques de dialogue qui peuvent se mettre en place avec chacune sont présentés en annexe B 3.

Il importe, par ailleurs, que vous déterminiez des moyens spécifiques pour associer les assemblées des collectivités locales à chaque étape de la procédure. Il vous reviendra, notamment, de présenter à ces assemblées les projets que vous aurez élaborés.

Les communes sont représentées au sein des conférences sanitaires de secteur, avec lesquelles vous procéderez de manière similaire.

2.2.2. Les instances d'orientation et de pilotage

Le comité d'orientation : une instance de conseil.

S'il appartient à l'agence régionale de l'hospitalisation de définir la stratégie et les orientations du futur schéma, il paraît très souhaitable que celles-ci soient soumises à un groupe spécialement constitué dès le début des travaux. Ce comité pourra être assimilé à un groupe de sages, susceptible de donner un avis sur les orientations stratégiques du schéma, de se prononcer sur la méthodologie envisagée, puis, dans un processus itératif, de donner un avis, en tant que de besoin, sur les travaux des groupes techniques et les documents qui seront produits.

Ce comité sera composé d'un nombre restreint de personnalités, choisies intuitu personae, notamment dans le domaine de la santé, pour leur connaissance du sujet, leur rayonnement régional ou national, le caractère incontesté des avis qu'ils pourront être amenés à rendre individuellement et collectivement.

Le comité de pilotage : une instance d'exécution.

Le comité de pilotage sera chargé, sous la conduite du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, d'organiser les travaux d'élaboration du schéma. Animateur de la démarche, il déterminera la méthodologie, le calendrier, les contours de la mission de chaque groupe technique, examinera le résultat des différentes consultations. Ce comité de pilotage, dont la taille doit rester compatible avec sa mission opérationnelle, devrait être constitué de représentants des membres de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (assurance maladie et Etat) auxquels pourront être associés des professionnels médicaux et non médicaux.

2.2.3. Les instances de dialogue

La nécessité de recueillir des avis sur les travaux d'élaboration du schéma implique de très nombreuses procédures consultatives, dont un certain nombre devront se répéter plusieurs fois. Ces échanges sont particulièrement



indispensables entre le comité d'orientation et le comité de pilotage. Plusieurs consultations ont un caractère réglementaire, mais elles ne sont pas suffisantes et il faut considérer que tous les acteurs institutionnels devront être, au moins une fois, saisis du projet de schéma. Le déroulement de l'ensemble de la procédure décrit plus loin le rythme de ces consultations.

Réglementairement, le CROSS et les conférences sanitaires de secteur sont obligatoirement consultés en fin de processus, mais il est du plus grand intérêt d'aller au-delà et d'organiser des échanges itératifs à divers stades du processus d'élaboration.

De surcroît, il est indispensable de structurer des échanges avec des sphères citées supra qui ne sont représentées ni dans les CROSS ni dans les conférences de secteur, ce qui est le cas notamment de la médecine ambulatoire, du secteur médico-social, et dans une moindre mesure, du grand public.

Le comité économique et social régional pourrait également être consulté à plusieurs étapes des travaux. La composition de cette instance, les moyens dont elle dispose plaident pour lui ménager une place spécifique.

Enfin, le débat avec les usagers du système de santé doit, lui aussi, trouver pleinement sa place, bien que complexe à structurer. Vous choisirez la formule la plus appropriée, par exemple :

- la constitution d'un comité régional : en réunissant différentes associations, spécialisées ou généralistes, auxquelles on pourrait ajouter des représentants des usagers au sein des conseils d'administration des établissements publics, on constitue un organe dont l'expression pourrait se révéler très enrichissante, et qui pourrait constituer un investissement pour l'avenir. La composition d'un tel comité présente l'inconvénient de ne pas permettre la confrontation avec le point de vue des professionnels, toutefois cet échange peut être organisé aux grandes étapes des travaux ;
- une autre possibilité serait de constituer, au niveau du secteur sanitaire, et à partir de la conférence de secteur, un organe consultatif temporaire, associant les représentants des usagers.

En tout état de cause, le processus retenu permettra une consultation avec les associations d'usagers.

2.3. L'élaboration du schéma

La procédure de révision du SROS se déroule sur une période totale de 12 mois. Elle est marquée par la production de trois documents importants : un document de cadrage général, le rapport fixant les orientations stratégiques et le document final du SROS.

Les différentes étapes peuvent se décomposer de la façon suivante :

2.3.1. Une première phase de 8 mois, déclinée en trois séquences, qui s'achève par la présentation et l'adoption d'un rapport d'orientation stratégique

Les opérations préliminaires :

- réaliser le bilan de l'exécution du schéma de première génération qui constitue une information de base dont tous les acteurs devraient disposer ;
- définir les modalités de fonctionnement de la logistique de l'opération, chaque service concerné étant amené à déterminer sa participation ;
- constituer les comités d'orientation et de pilotage dont la participation sera très rapidement nécessaire ;
- élaborer un premier document de cadrage qui proposera le champ des travaux de révision ;
- organiser des groupes de travail sur les principaux thèmes proposés ;
- élaborer le plan de communication.

La présentation du document de cadrage :

- le document de cadrage est présenté en premier lieu à la commission exécutive de l'agence, puis au comité d'orientation ;
- après échanges et installation du comité de pilotage, l'avis du CROSS et des conférences sanitaires de secteur ou de leurs bureaux est sollicité ;
- le document est alors diffusé à l'ensemble des acteurs institutionnels, les représentants de l'Etat, les collectivités locales, le comité économique et social, l'URML, l'URCAM, etc.



Il importe qu'au terme de cette première phase les principaux acteurs aient exprimé un avis sur les orientations et qu'une première information sur le lancement de la procédure soit largement diffusée.

Les travaux de diagnostic et d'études.

Le lancement des travaux d'études s'accompagne d'une saisine du collège régional d'experts et de comités techniques spécifiques. Les échanges portent notamment sur :

- l'analyse des forces et des faiblesses de l'organisation hospitalière ;
- la recherche des normes et référentiels ;
- la détermination des indicateurs qui seront proposés pour le suivi de la mise en place du schéma.

La synthèse des travaux des groupes techniques fait l'objet d'une présentation au comité d'orientation.

Le document d'orientation stratégique.

Le directeur de l'agence prépare, en liaison avec le comité de pilotage, un document d'orientation stratégique, après avoir recueilli, d'une part, l'avis du collège régional d'experts, chargé de l'éclairer sur les éléments des travaux susceptibles de fonder les orientations stratégiques, d'autre part, l'avis du comité d'orientation. Ce document, qui cadre définitivement le schéma, fixe les domaines qui feront l'objet d'un plan d'action durant la phase suivante, et constitue une première référence pour l'exécution des missions habituelles de l'agence de l'hospitalisation, la poursuite de l'instruction des dossiers d'autorisation et l'allocation budgétaire 1999.

2.3.2. Une deuxième phase d'élaboration et de validation de 4 mois

L'élaboration des scénarios d'organisation.

Dans les domaines prioritaires qui auront été définis par le document d'étape, les travaux techniques vont se poursuivre. Il s'agit, toujours dans un processus d'échanges entre les groupes de travail et les comités techniques et sociétés savantes, d'arrêter des scénarios d'organisation pour chaque objectif.

Ces travaux seront menés de telle sorte qu'ils débouchent sur la rédaction d'un document général de planification conforme à l'esprit qui préside à l'élaboration des SROS tel qu'indiqué aux points 1.1. et 1.2.

Ce document sera soumis à la procédure de concertation et de consultation déjà mise en oeuvre durant la phase précédente. Au cours de cette période, une campagne de communication particulièrement soutenue est à développer.

La validation et les consultations réglementaires.

Le recueil de l'avis des conférences sanitaires de secteurs et du CROSS se fera sur la base d'un document complet, et l'avis de la commission exécutive de l'agence permettra d'arrêter le document final qui sera alors approuvé par arrêté du directeur de l'agence puis publié.

Vous nous rendrez compte de la mise en oeuvre de la présente circulaire, au moyen du questionnaire ci-joint, à chacune des étapes précitées. Vous y joindrez les documents correspondants : document de cadrage, rapport d'orientation et projet de schéma régional d'organisation sanitaire. D'ores et déjà, vous veillerez à nous adresser, pour le 10 avril 1998, le calendrier de vos travaux ainsi que la composition du comité d'orientation. Le questionnaire et les modalités de cette évaluation sont joints en annexe. Un comité placé auprès de la direction des hôpitaux associant notamment des représentants des organisations professionnelles et syndicales sera mis en place pour en assurer le suivi.

Source : Bulletin Officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 37 du 26 septembre 1998.