

Circulaire DHOS/O n° 2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins

27/05/2005

Date d'application : immédiate.

Références :

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ;

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

Décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévu à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique et modifiant ce code.

relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires ;

Arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération ;

Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Annexe : tableau récapitulatif des modes de quantification des activités de soins.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de départements (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

I. - LE CONTEXTE

L'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux renouvelle profondément le cadre de l'organisation sanitaire. Elle prévoit notamment la suppression de la carte sanitaire ainsi que des indices en lits et places à compter de la date limite de parution des SROS de 3e génération, date désormais fixée au 31 mars 2006. Le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le niveau de l'organisation des soins. Les objectifs quantifiés encadrent, dans l'annexe du SROS, la déclinaison de l'offre de soins sur chaque territoire de santé.

Comme le mentionne l'ordonnance, cette annexe précise d'une part les objectifs quantifiés de l'offre de soins dans chaque territoire de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternative à l'hospitalisation et par équipement matériel lourd (EML), et d'autre part les créations, suppressions d'activités de soins et d'EML, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont élaborés en réponse aux besoins de santé pour lesquels la DHOS a proposé une méthodologie d'analyse.

Cette même ordonnance prévoit que les objectifs quantifiés de l'annexe du SROS sont déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de chaque établissement de santé.

La circulaire du 5 mars 2004 fixe les orientations stratégiques et donne les principes de référence pour les implantations. Une circulaire spécifique traitera des activités qui relèvent d'une organisation interrégionale. En complément, afin de préciser les modalités d'intégration de la psychiatrie et de la santé mentale dans le SROS, la circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 expose les principes fondateurs, les éléments méthodologiques d'évaluation des besoins et les orientations territoriales utiles à l'élaboration de ce volet du schéma. Par ailleurs, l'ensemble des circulaires thématiques parues depuis 2002 viennent en appui de la construction de l'annexe.

La présente circulaire a pour but d'expliquer le cadre et les principes d'élaboration de l'annexe du SROS et de vous fournir des éléments de méthode afin de définir des objectifs d'offre de soins sur la durée du SROS.

II. - LES TROIS DIMENSIONS DES OBJECTIFS QUANTIFIÉS

L'annexe doit permettre de décliner, par territoire de santé et pour chaque activité ou équipement matériel lourd soumis à autorisation, l'offre cible, le cas échéant phasée dans le temps sur la durée du SROS. Il ne s'agit pas de décliner les <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-n-2005-254-du-27-mai-2005-relative-a-l-elaboration-des-objectifs-quantifies-de-loffre-de-soins/>

objectifs quantifiés par établissement ; cette déclinaison est liée à l'autorisation et se fait dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La notion d'activité est à entendre au sens large comme visant également l'ensemble des matières faisant l'objet d'un volet obligatoire du SROS en vertu de l'[arrêté du 27 avril 2004](#). En effet, certaines matières sont formulées sous l'angle de modes de prises en charges et filières de soins et concernent par conséquent plusieurs activités qui doivent être identifiées dans chaque territoire de santé. Certaines matières identifiées dans l'[arrêté du 27 avril 2004](#) et faisant l'objet d'un volet du SROS ne sont pas désignées comme des activités soumises à autorisation : la prise en charge des personnes âgées, la prise en charge des enfants et des adolescents, la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires, les soins palliatifs. De même, les activités de soins intensifs et de surveillance continue ne sont pas soumises à autorisation mais font partie du volet réanimation. Toutes ces matières sont concernées dans la démarche de maillage du territoire et de gradation des soins.

Les objectifs quantifiés sont conçus en trois dimensions complémentaires :

- maillage et gradation des activités de santé sur le territoire ;
- organisation de l'accessibilité,
- définition, pour chaque territoire, de volumes d'activité.

En aucun cas, les objectifs quantifiés ne doivent être réduits au troisième niveau qui ne vise que les volumes. Les trois niveaux forment un ensemble qui permet de définir des objectifs d'organisation des soins.

L'annexe n'est pas une simple reprise de la carte sanitaire. Elle doit permettre de rendre lisible la dynamique du SROS pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Les missions régionales de santé participent à l'analyse de l'impact des réorganisations, en tenant compte de l'offre de soins ambulatoire, notamment sous l'angle financier. De même, les objectifs quantifiés doivent tenir compte des objectifs fixés par le PRSP en application de la [loi de santé publique du 9 août 2004](#).

1.1. La répartition des activités de soins sur le territoire

La première étape consiste à déterminer des objectifs d'implantation. L'implantation désigne le lieu géographique de réalisation d'une activité de soins, et non l'entité juridique, qui peut elle-même concerner plusieurs lieux géographiques. Elle devra concilier les principes de sécurité et de proximité affirmés dans la [circulaire du 5 mars 2004](#). Le maillage du territoire prendra en compte les besoins de la population tels qu'évalués, l'analyse des seuils nécessaires, ainsi que l'évolution de la démographie médicale. L'évaluation des besoins de santé pourra s'appuyer sur le cahier des charges transmis aux ARH en juillet 2004 et disponible sur le site du ministère.

Sur chaque territoire et pour chaque ensemble cohérent d'activités, sera définie une gradation des soins qui repose sur l'identification de différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau interrégional, quel que soit le statut juridique de l'établissement. Cette gradation doit permettre d'identifier de véritables filières de soins, en particulier pour les urgences vitales, mais aussi pour la prise en charge des populations spécifiques.

Pour les équipements et matériels lourds, l'implantation devra préciser le nombre d'appareils par lieu géographique.

Le maillage doit également identifier la prise en charge en aval des urgences et, plus généralement, celle du court séjour et des soins de suite. En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, au-delà des objectifs d'implantation de structures autorisées, il convient de vérifier la pertinence de la zone de couverture de la structure afin d'en assurer l'accessibilité.

Pour l'activité de soin de psychiatrie, l'objectif de réponse aux besoins de santé de la population doit donner lieu à une quantification différenciée de l'offre de soins dans le domaine de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile.

Le maillage du territoire implique par ailleurs qu'au sein du SROS un état des lieux et une étude prospective du renforcement des transports sanitaires soient effectués afin de tirer toutes les conséquences de l'implantation des plateaux techniques et pour améliorer l'efficacité des filières.

1.2. L'accessibilité des activités de soins

Le deuxième niveau d'objectifs quantifiés a été prévu en complément du premier niveau de maillage et de gradation pour permettre aux ARH de traiter des problèmes d'organisation particulièrement sensibles.

Le diagnostic des écarts entre les besoins de santé et l'offre de soins comporte aussi un aspect organisationnel, notamment en matière d'accès aux soins et de permanence des soins. Le [décret du 31 janvier 2005](#) vous permet, à la lumière du diagnostic réalisé, de fixer des objectifs, le cas échéant phasés dans le temps, en matière d'organisation.

Les objectifs d'organisation peuvent être déclinés en termes de couverture horaire et de temps d'accès. Cela permettra
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-n-2005-254-du-27-mai-2005-relative-a-l-elaboration-des-objectifs-quantifies-de-loffre-de-soins/>

d'identifier des « zones blanches » qui, le cas échéant, pourront faire l'objet de réaménagements ou de dispositifs particuliers tels que, des coopérations entre établissements ou entre régions.

L'organisation de l'accès aux urgences hospitalières publiques et privées tient compte du dispositif de permanence des soins de chaque département.

Enfin, vous tiendrez compte, dans un principe d'équité, de l'accessibilité financière des soins à l'échelle du territoire de santé, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

1.3. La détermination des volumes d'activités de soins à réaliser par territoire de santé

Ce troisième niveau permet de faire le lien entre l'accès aux soins et le volume de l'offre de soins réellement disponible. Or, la seule mention de l'implantation ne donne pas en soi la garantie d'un volume d'offre suffisant. L'insuffisance de l'offre risquerait d'aggraver les délais d'accès et de susciter une inéquité dans l'accès aux soins.

En effet, la carte sanitaire étant supprimée, il n'existe plus d'indices de besoins définis en nombre de lits aux niveaux national et régional. Il revient donc à l'annexe du SROS de définir l'offre cible, non seulement en termes de maillage et d'organisation, mais aussi en termes de volumes d'activités et d'équipements.

Ce troisième niveau de quantification de l'offre ne concerne qu'une liste limitée d'activités : la médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel de jour, à l'exception de la chimiothérapie, l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit en psychiatrie, la chirurgie y compris la chirurgie ambulatoire, les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie et les activités interventionnelles, par voie endovasculaire, en neuroradiologie, les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelles et les soins de longue durée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ainsi que les équipements matériels lourds définis à l'article R. 712-37-1 du code de la santé publique.

L'activité sera prévue et évaluée en fonction de volumes qui pourront s'exprimer en termes de séjours, venues ou nombre d'actes, en fourchettes. L'activité de psychiatrie est désormais quantifiée en journées pour l'hospitalisation complète alors que les hospitalisations à temps partiel de jour et de nuit restent décomptées en nombre de places. Un tableau figurant en annexe reprend la liste des activités, leur unité de compte et la nomenclature de référence qui s'y rapporte.

Les volets du SROS qui précisent des modes de prise en charge ne sont pas quantifiés en volume, car ils le sont au travers des activités dont ils relèvent. Ainsi, les soins palliatifs sont quantifiés au niveau des implantations et de l'accessibilité, mais leur volume est compris dans l'activité de médecine.

L'appréciation du volume de l'activité de chirurgie, qui se fait en utilisant la classification en groupes homogènes de malades (GHM), portera donc uniquement sur les actes réalisés au bloc opératoire et sur la prise en charge des traumatismes, occlusions et brûlures : il s'agit de quantifier le recours aux plateaux techniques. Pour autant, cela ne saurait résumer l'ensemble de l'activité des services de chirurgie (en particulier les surveillances sans intervention), laquelle est prise en compte dans les deux autres niveaux des objectifs quantifiés. La chirurgie des cancers est intégrée dans l'objectif quantifié en volume de chirurgie.

En revanche sont exclues de la quantification en volume, la chimiothérapie et la radiothérapie dans le cadre du traitement du cancer.

S'agissant des séjours pour activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie, et activités interventionnelles par voie endovasculaire, en neuroradiologie, ils sont à décompter de l'activité de médecine.

Les volumes d'activité sont encadrés, comme l'indique le [décret du 31 janvier 2005](#), par des valeurs maximales et/ou minimales, en fourchettes. Les variations autour de la valeur centrale (la valeur cible) pourront être différentes selon les activités.

La détermination d'un volume minimum d'activité de soins a aussi pour but de garantir le maintien de cette activité sur le territoire de santé, à un niveau compatible avec l'accès aux soins de la population dans des conditions satisfaisantes.

Le maximum est le niveau au-delà duquel l'offre serait excédentaire par rapport aux besoins et risquerait de générer des actes non fondés. La fixation de la borne supérieure doit avoir aussi une fonction de régulation de l'offre entre les différents volets et les territoires de santé.

Concrètement, le calcul des bornes inférieures et supérieures pourra prendre appui sur les variations observées les années précédentes. La détermination de ces bornes autour des objectifs cibles peut de plus avoir une dimension structurante en <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-n-2005-254-du-27-mai-2005-relative-a-lelaboration-des-objectifs-quantifies-de-loffre-de-soins/>

incitant à une modification substantielle de l'offre existante. La détermination des volumes d'activité devra de plus anticiper les évolutions des pratiques et des techniques médicales ainsi que des transferts d'activité qui peuvent en découler (chirurgie cardiaque/activités interventionnelles par exemple).

Les nomenclatures de référence à prendre en compte pour le calcul des volumes d'activité sont précisées dans un arrêté, conformément aux articles L. 6121-2, L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique et du [décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005](#) relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique. L'annexe de la présente circulaire mentionne les tables de nomenclatures retenues pour chaque activité de soins. L'arrêté précise, quant à lui, les GHM ou les actes qui caractérisent une activité de soins ou une prise en charge, qu'elle soit quantifiée en volume ou permette, par exclusion, d'en définir d'autres. Ainsi par exemple, pour l'activité de chirurgie, les GHM de chirurgie cardiaque, qui n'est pas quantifiée au niveau régional, sont listés afin d'en être exclus.

Vous pourrez vous appuyer pour cette démarche sur l'évaluation des besoins de santé et sur le diagnostic partagé ARH/URCAM. Vous veillerez aussi à prendre en compte les flux de patients et l'offre existante, en recherchant une amélioration de la qualité des pratiques.

Dans un but de plus grande sécurité et de regroupement par spécialisations, vous veillerez notamment au respect des masses critiques nécessaires à un exercice de qualité. Des conventions inter-établissements ou dans le cadre des groupements de coopération sanitaire pourront contribuer à l'atteinte des seuils nécessaires.

L'annexe du SROS décrit précisément les opérations de transformation, de regroupement et de coopération nécessaires à la réalisation des objectifs quantifiés, conformément à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique. Ainsi que l'a rappelé la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2002, il vous est possible, si cela est nécessaire à la clarté du schéma, de désigner nominativement les établissements concernés par ces opérations ainsi que les moyens envisagés pour conduire les recompositions.

III. - SUIVI ET RÉVISION DES OBJECTIFS QUANTIFIÉS

Il sera nécessaire de mettre en place, sur chaque région, un dispositif de suivi des objectifs quantifiés, pour ce qui concerne tant la répartition réelle des activités et équipements lourds que leur accessibilité et les volumes réalisés. Concrètement, les objectifs quantifiés devront être déclinés au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que vous passerez avec les établissements de santé. C'est dans ce cadre que vous pourrez en suivre l'évolution et appliquer les mesures incitatives ou rectificatives nécessaires à leur respect. Le suivi des objectifs quantifiés fera également l'objet d'une remontée d'information au niveau national, notamment dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens ARH - Etat.

Une attention particulière devra être portée à la compatibilité entre les objectifs prévus aux contrats et ceux que vous aurez arrêtés dans l'annexe du SROS ainsi qu'à la cohérence entre les projets des établissements et les projets médicaux de territoire (PMT).

Les volumes d'activités sont définis à l'échelle de chaque territoire de santé. En cas de dépassement des objectifs par un établissement, il vous appartiendra de conduire les négociations pour maintenir les volumes dans les fourchettes de valeurs que vous aurez fixées, ou le cas échéant, de revoir l'annexe du SROS si ces valeurs s'avéraient mal évaluées. La procédure de suivi et de révision devra être précisée dans les CPOM.

Dans la mesure où le dispositif est nouveau et où la carte sanitaire est supprimée, je vous demande de me faire parvenir un point d'étape pour le 31 mars 2007. Un premier bilan de la mise en oeuvre des objectifs quantifiés sera réalisé pour le 31 mars 2008.


Je vous demande également de me faire remonter toutes vos remarques sur le fonctionnement de ce dispositif. Mes services se tiennent à votre disposition pour répondre à l'ensemble de vos questions. Des actions de formation à destination des agences régionales de l'hospitalisation et des services déconcentrés se dérouleront entre les mois de mars 2005 et mars 2006 et porteront notamment sur la mise en oeuvre des objectifs quantifiés.


Pour le ministre et par délégation :



Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, J. Castex

ANNEXE

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MODES DE QUANTIFICATION DES ACTIVITÉS DE SOINS

THÉMATIQUES obligatoires du SROS (Arrêté du 27 avril 2004)	ACTIVITÉS DE SOINS soumises à autorisation (Décret du 6 mai 2005)	UNITÉS DE COMPTE par territoire de santé et par année (Décret du 31 janvier 2005)	NOMENCLATURES ET RÉFÉRENTIELS UTILISÉS (Arrêté du 8 juin 2005)
La médecine	Médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel de jour, à l'exception de la chimiothérapie	Nombre d'implantations Nombre de séjours	Activité de médecine en hospitalisation complète : nombre de séjours d'au moins un jour faisant l'objet d'un RSS, classés dans un GHM ; Activité de médecine en hospitalisation à temps partiel de jour : nombre de séjours de moins de un jour et nombre de séances faisant l'objet d'un RSS. Les deux modes de prise en charge sont globalisés dans le même objectif quantifié.
La chirurgie	Chirurgie y compris la chirurgie ambulatoire	Nombre d'implantations Nombre de séjours	Pour la chirurgie en hospitalisation : nombre de séjours d'au moins un jour faisant l'objet d'un RSS, classés dans un GHM ; Pour la chirurgie ambulatoire : nombre de séjours de moins de un jour faisant l'objet d'un RSS effectués dans une structure d'alternative à l'hospitalisation autorisée. Les deux modes de prise en charge sont globalisés dans le même objectif quantifié.
Les soins de suite	Soins de suite	Nombre d'implantations Nombre de journées Nombre de venues	Nombre de journées et nombre de venues telles que définies par la statistique annuelle des établissements, PMSI lorsqu'il est déployé sur l'ensemble de la région.
La rééducation et la réadaptation fonctionnelle	Rééducation et réadaptation fonctionnelle	Nombre d'implantations Nombre de journées Nombre de venues	Nombre de journées et nombre de venues telles que définies par la statistique annuelle des établissements, PMSI lorsqu'il est déployé sur l'ensemble de la région.
	Soins de longue durée	Nombre d'implantations Nombre de journées Nombre de venues	Nombre de journées et nombre de venues telles que définies par la statistique annuelle des établissements, ou le PMSI s'il est déployé sur l'ensemble de la région.

L'imagerie médicale	<p>Equipements matériels lourds définis à l'article R. 712-37-1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ; 2. Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ; 3. Scanographe à utilisation médicale ; 4. Caisson hyperbare ; 5. Cyclotron à utilisation médicale. 	<p>Nombre d'implantations disposant d'un équipement matériel lourd déterminé.</p> <p>Pour chaque EML : nombre d'appareils par territoire de santé.</p>	
Les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale	<p>Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie et activités interventionnelles, par voie endovasculaire, en neuroradiologie</p>	<p>Nombre d'implantations</p> <p>Nombre d'actes</p>	<p>Classification commune des actes médicaux (CCAM)</p>
La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	<p>Activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale</p>	<p>Nombre d'implantations</p> <p>Nombre de patients</p>	<p>Classification en GHM et CCAM</p>
La psychiatrie et la santé mentale	<p>Activité de psychiatrie (en distinguant psychiatre générale et psychiatrie infanto-juvénile)</p>	<p>Nombre d'implantations pour les équipements et services assurant une activité de psychiatrie définis par arrêté</p>	<ul style="list-style-type: none"> - structures d'hospitalisation complète - structures d'hospitalisation de jour - structures d'hospitalisation de nuit - services de placement familial thérapeutique - appartements thérapeutiques - centres de crise - centres de post-cure psychiatrique

		<p>Nombre de journées d'hospitalisation complète Nombre de places d'hospitalisation à temps partiel de jour Nombre de places d'hospitalisation à temps partiel de nuit</p>	<p>Statistique Annuelle des Etablissements. Précision : la place d'hospitalisation de jour permet une activité annuelle maximale de 730 demi-journées patient. La demi-journée patient correspond à la prise en charge d'un patient sur une demi-journée, pour une durée de 3 à 4 heures. Exemple : une « journée patient » peut ainsi donner lieu à la prise en charge : - soit de 2 patients pour une demi-journée chacun (prise en charge « séquentielle » en hospitalisation de jour) - soit d'1 patient sur 2 demi-journées (prise en charge « à temps plein » en hospitalisation de jour)</p>
---	---	--	---