

Chapitre 3. Le schéma de services collectifs sanitaires

Jean-Philippe Brouant

DANS **CAHIERS DU GRIDAUH 2002/2 N° 7**, PAGES 85 À 92
ÉDITIONS **GRIDAUH**

ISSN 1291-9527

ISBN 9782913457065

DOI 10.3917/cdg.007.0085

Date de mise en ligne : 15/09/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://droit.cairn.info/revue-cahiers-du-gridauh-2002-2-page-85?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour GRIDAUH.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

chapitre 3

Le schéma de services collectifs sanitaires

JEAN-PHILIPPE BROUANT

Le dispositif de l'article 21 de la loi du 4 février 1995 reposait sur un schéma national d'organisation sanitaire qui n'a, en réalité, pas été élaboré. L'article 15 de la loi du 25 juin 1999 met en place un nouveau dispositif. La formule du schéma de services collectifs dans le domaine sanitaire doit permettre là aussi une planification s'appuyant d'abord sur l'analyse des besoins existants et y répondant en termes de services rendus, ainsi qu'une meilleure association des partenaires locaux à l'élaboration des propositions. En plus des obligations générales de consultation, on doit signaler l'obligation particulière prévue à l'article 11 de la loi qui impose la consultation pour avis à la section sanitaire du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

I – ANALYSE DU CADRE JURIDIQUE DANS LEQUEL S'INSCRIT LE SCHÉMA

Dans la mesure où le système de santé s'inscrit dans des territoires, il existe dans ce domaine de nombreux instruments de régulation et de planification. Dès lors l'enjeu essentiel du schéma de services collectifs sanitaires consiste à prendre réellement sa place dans le dispositif existant.

A – Le cadre juridique de la planification dans le domaine de la santé

Tel que résultant des dispositions du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la protection de la santé revêt le caractère d'un principe constitutionnel. De même, il existe un principe constitutionnel d'équilibre financier de la sécurité sociale, principe rappelé tout au long des débats. Le schéma de services collectifs sanitaires doit par ailleurs inscrire son action dans un cadre complexe où différents outils de planification coexistent. Le dernier alinéa de l'article 15 de la loi du 25 juin 1999 rappelle ce contexte en disposant que le schéma de services collectifs sanitaires « prend en compte les dispositions des schémas régionaux d'organisation sanitaire ainsi que des schémas nationaux et interrégionaux prévus aux articles L. 712-1 à L. 712-5 du code de la santé publique ».

Il faut mentionner tout d'abord la carte sanitaire prévue à l'article L. 712-2 du code de la santé publique qui détermine pour chaque région sanitaire la nature et l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Arrêtée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, la carte sanitaire conjugue un découpage géographique par zones sanitaires et des indices de besoins exprimés en lits ou places, en nombre d'ap-

pareils ou d'unités par habitant selon la discipline, l'équipement matériel lourd ou l'activité de soins concernée.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire, prévus à l'article L. 712-3 du code de la santé publique, sont établis pour chaque région sanitaire pour tout ou partie des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire. Les schémas régionaux, qui ont pour objet la recherche d'une satisfaction optimale des besoins de la population, sont élaborés pour cinq ans. Alors que la carte sanitaire traduit le niveau souhaitable de la quantité de l'offre exprimée le plus souvent en lits ou places, les schémas régionaux d'organisation sanitaire sont chargés de fixer la répartition géographique de l'offre au regard des priorités. Arrêtés par les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, ils constituent, pour les établissements de santé publics et privés, le cadre de référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation de ressources, etc. La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire peuvent être révisés à tout moment. Ils le sont obligatoirement au moins tous les cinq ans.

Il faut remarquer qu'aux côtés des schémas régionaux, il existe également des schémas nationaux d'organisation sanitaire sur plusieurs activités de soins hautement spécialisés (notamment transplantations d'organes, greffes de moelle osseuse ou chirurgie cardiaque). Ces schémas nationaux prévus par l'article L. 712-5 du code de la santé publique sont fixés par arrêté ministériel. Du fait du caractère très spécialisé des activités en cause, l'approche nationale apparaît indispensable pour permettre une répartition géographique adaptée.

Il existe donc dans le domaine couvert par le schéma de services collectifs sanitaires toute une gamme d'instruments prospectifs et évolutifs, visant des objectifs aussi bien qualitatifs que quantitatifs. Ces outils sont destinés à encadrer non seulement l'équipement sanitaire mais aussi l'organisation du système de soins. Ces instruments ne sont pas dénués de portée normative puisque les autorisations de création, d'extension, de regroupement d'établissements de santé doivent être compatibles avec les objectifs définis. La portée normative a d'ailleurs été renforcée au cours du temps. C'est le cas par exemple pour les annexes aux schémas d'organisation sanitaire. D'après la loi du 31 juillet 1991, l'annexe « indique... les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires » à la réalisation du schéma. Et la loi précisait expressément que « l'annexe est un document à caractère indicatif ». L'ordonnance du 24 avril 1996 a rendu cette annexe opposable en remplaçant le mot « indique » par « détermine », en supprimant la référence au caractère indicatif de l'annexe et en rendant les décisions d'autorisation compatibles avec l'annexe.

En présence de ces différents instruments, les débats parlementaires ont évoqué les problèmes d'articulation entre le schéma de services collectifs sanitaires et les schémas existants. Le projet de loi prévoyait que le SSC était construit « sur la base des schémas régionaux d'organisation sanitaire ainsi que des schémas nationaux et interrégionaux prévus aux articles L. 712-1 à L. 712-5 du code de la santé publique ». La commission de la production et des échanges de l'Assemblée nationale a cependant clairement exprimé le souci que le schéma de services collectifs sanitaires ne soit pas une simple addition ou compilation des différents schémas existants, schémas qui par

leurs champs d'action, leur période d'application ou encore leur procédure d'élaboration sont de nature différente. En effet, pour certains députés, l'État doit pouvoir prévoir et programmer les réponses aux besoins existants sans être excessivement lié par ces schémas et l'effort de planification sanitaire ne doit pas être enfermé dans le carcan de l'action des agences régionales de l'hospitalisation. C'est pourquoi le rapporteur de la commission a présenté un amendement prévoyant que le schéma de services collectifs sanitaires « prend en compte » les dispositions des schémas régionaux d'organisation sanitaire, alors que le projet de loi disposait qu'il « est construit sur la base » de ces SROS. La commission spéciale du Sénat a quant à elle critiqué cette distance introduite entre le schéma de services collectifs sanitaires et les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Notamment, pour le rapporteur Larcher, « les objectifs d'aménagement du territoire, pour être atteints, doivent être intégrés par ceux-là mêmes qui sont en charge de la programmation et de l'organisation des équipements... La réalisation des objectifs d'aménagement du territoire en matière sanitaire doit être le fruit d'arbitrages à enveloppe constante ». Et la commission proposait de rétablir la version initiale du gouvernement en précisant que le SSC devait être cohérent avec les schémas existants. L'Assemblée nationale a toutefois maintenu sa position en dernière lecture. On peut en déduire qu'il ressort clairement des débats que le schéma de services collectifs sanitaires n'est pas strictement conditionné par les schémas existants. Il ne peut ignorer de façon manifeste les objectifs établis par les agences régionales d'hospitalisation. Mais il n'a pas à être la synthèse fidèle de ces schémas. Pour reprendre les termes du rapporteur Duron, « l'effort de planification mené ne peut méconnaître le contenu des schémas régionaux, mais il doit aller au-delà et être conduit au plan national ». Il faut cependant préciser que l'impact du schéma de services collectifs sanitaires paraît faible. Si l'Assemblée avait été jusqu'au bout de sa logique, elle aurait imposé une obligation de prise en compte, voire de compatibilité, des SROS vis-à-vis du schéma de services collectifs sanitaires et non l'inverse. Or, comme on le verra dans les développements qui suivent, s'il apparaît que les objectifs assignés aux SROS et au schéma de services collectifs sanitaires se recoupent fréquemment, la portée juridique de ces instruments n'est pas la même. La loi Voynet ne donne aucun effet particulier au schéma de services collectifs sanitaires, alors que le code de santé publique donne une véritable portée normative à la carte sanitaire et aux SROS.

B – Le schéma d'organisation sanitaire prévu par la loi Pasqua

L'article 21 de la loi du 4 février 1995 a prévu l'intervention d'un schéma national d'organisation sanitaire arrêté par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale. Les objectifs assignés à ce schéma étaient quelque peu vagues :

- Assurer une répartition équilibrée de l'offre sanitaire.
- Accorder la priorité à la sécurité des soins.
- Veiller à l'égalité des conditions d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.
- Veiller au maintien des établissements de proximité.

Les dispositions de la loi Pasqua ne mentionnaient rien sur la portée juridique de ces dispositions et sur l'articulation prévue entre les SROS et le schéma national.

C – Objectifs et portée du schéma de services collectifs sanitaires

Ce schéma a pour but « d'assurer un égal accès, en tout point du territoire, à des soins de qualité ». Il est clair que le domaine de la santé est un secteur stratégique en termes d'aménagement du territoire. L'objectif d'égalité d'accès se décline en différents sous-objectifs assignés au schéma.

- « Il vise à corriger les inégalités intra et interrégionales en matière d'offre de soins. » La loi part du postulat qu'il existe une situation d'inégalité dans la répartition nationale de l'offre de soins. Le texte impose donc un recensement assez précis de la situation, qui doit inclure l'existant à l'intérieur même des régions. La loi n'indique pas cependant comment le schéma pourra s'efforcer d'atteindre ce résultat. Cet objectif de rééquilibrage n'apparaît pas dans les objectifs assignés aux SROS.
- Le schéma « vise à promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins et des exigences de sécurité et d'efficacité ». L'accent mis sur la qualité des prestations fait passer ainsi d'un système où la proximité des établissements est jugée primordiale, à une vision s'appuyant sur des notions plus larges, celles d'accessibilité et de mise en réseau. La référence faite, par ailleurs, aux « prises en charge » témoigne d'un souci de prise en compte globale, médicale, mais aussi sociale des personnes. D'après les travaux parlementaires, l'objectif poursuivi est clairement de mettre en place des réseaux à caractère sanitaire, mais aussi social et médico-social représentant un dispositif gradué et coordonné de professionnels présents sur une même zone sanitaire et y exerçant des missions complémentaires et non plus concurrentes. Pour apprécier « la continuité et la qualité des prises en charge », trois critères sont énoncés par la loi : les besoins de santé, les conditions d'accès aux soins et les exigences de sécurité et d'efficacité.
- « Il veille au maintien des établissements et des services de proximité. » Il est clair que la suppression d'établissements hospitaliers a un fort impact sur le tissu économique local. Toutefois, la loi ne garantit pas le maintien d'un *statu quo ante*. Le maintien des établissements doit faire l'objet d'une attention particulière. On peut toutefois noter que la notion d'établissement ou de service « de proximité » est une notion très floue juridiquement. D'après une réponse ministérielle du 19 février 1998, « l'établissement de proximité... ne correspond ni à une catégorie juridique ni à une localisation géographique particulière... L'importance accordée par le patient à la proximité dépend de sa pathologie et du niveau technique des soins qui lui sont nécessaires, de leur caractère plus ou moins urgent, grave ou ponctuel » (Rép. min. Sénat 19 févr. 1998, p. 603).
- Le schéma « favorise la mise en réseau des établissements de santé, assurant le service public hospitalier et le développement de la coopération entre les établissements publics et privés. Il vise également à améliorer la coordination des soins en développant la complémentarité entre la médecine préventive, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale ». Le schéma doit donc comporter des actions d'encouragement, de soutien, de simplification en vue de la « mise en réseau ». Cet objectif n'est pas nouveau puisque l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique parle des réseaux de soin. Ici encore le SSC devra s'appuyer sur les autres instruments de planification dans la mesure où l'objectif de complémentarité entre les différentes médecines existe déjà pour les SROS. En effet, l'article 712-3 du code de la santé publique dispose : « Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les

complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé».

- « Il favorise l'usage des nouvelles technologies de l'information dans les structures hospitalières de façon à permettre le développement de la télémédecine et à assurer un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. » Ici encore nous sommes en présence d'une action d'encouragement qui ne possède pas de caractère prescriptif. La lettre de cadrage du 21 juin 1999 relative au schéma de services collectifs de l'information et de la communication recense les différents objectifs assignés au développement de ces nouvelles techniques au sein des établissements de santé. L'action de l'État dans ce domaine est déjà fortement encadrée au niveau national par le ministère de la Santé, et la mise en place, non sans mal, de standards nationaux pour la protection des données médicales offre déjà une base de travail établie. Assurément l'usage des NTIC est entendu comme un moyen privilégié visant à corriger les inégalités territoriales. Mais on peut s'interroger sur ce dernier objectif et le mettre en liaison avec l'objectif premier du schéma. En effet, peut-on mettre sur le même plan l'égal « accès aux soins sur l'ensemble du territoire » et l'égal « accès en tout point du territoire à des soins de qualité » ? Il est clair que l'objectif général assigné au schéma ne peut se résumer au simple développement des NTIC.

Au final, et d'après l'analyse des dispositions législatives, on peut estimer que ce schéma ne devrait pas posséder de caractère prescriptif. À la différence des autres instruments de planification, le schéma ne vise qu'à établir une photographie exacte des besoins et des inégalités existantes et à prévoir des actions d'encouragement. Surtout, compte tenu de l'absence d'articulation précise entre les SROS et le schéma de services collectifs sanitaires, on voit mal comment les objectifs contenus dans le SSC pourront être effectivement relayés.

II – ANALYSE DU SCHÉMA APPROUVÉ

En préambule, il faut évoquer la structure particulière de ce schéma. Le projet de schéma, à l'instar d'autres schémas, disposait d'annexes comportant les contributions régionales à l'élaboration du schéma. Le schéma définitif approuvé par le décret du 18 avril 2002 précise expressément que ces documents sont « des documents d'information à valeur indicative qui ne sont pas une partie composante du schéma lui-même » (p. 350). Cette disposition vise donc à ôter toute potentialité normative aux contributions régionales. On peut dès lors s'interroger sur la valeur juridique d'annexes semblables qui se retrouvent dans d'autres schémas. Le schéma de services collectifs culturels par exemple fait référence à des « documents d'objectifs régionaux » sans préciser s'ils ont ou non un caractère indicatif. Une telle distorsion entre les différents schémas pose véritablement des problèmes de cohérence au regard de la normativité.

A – Cohérence du schéma au regard des prescriptions de la loi du 25 juin 1999

1) *Les objectifs*

- *Le volet particulier sur les régions ultrapériphériques*
À l'instar d'autres schémas, le schéma de services collectifs sanitaires ne contient pas de volet

des régions ; le développement d'une culture de coordination (améliorer la pluridisciplinarité de la formation initiale, encourager les lieux d'échanges d'expérience...) ; le soutien aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

L'objectif de complémentarité entre les différentes médecines existe déjà pour les SROS. En effet, l'article L. 712-3 du code de la santé publique dispose : « Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé ».

Le schéma de services collectifs se contente d'opérer une distinction en fonction des zones. Dans les zones rurales, l'objectif est que « le couple médecin de ville/structure sanitaire, qu'il s'agisse de l'hôpital local, du centre hospitalier, de la clinique ou d'une institution médico-sociale, devrait constituer le premier maillon du réseau ou de la filière de soins, relayé par des outils de télé-médecine » (p. 418). Dans les zones périurbaines les plus défavorisées, « il faudra, dans certains cas, envisager des systèmes d'intégration physiques de services sur un même lieu sous forme de maisons de santé ».

Une fois encore, il s'agit là de lignes de conduite destinées à guider les politiques de santé publique, et non d'actions de soutien ou d'encouragement précises.

■ *Le développement de l'usage de nouvelles technologies de l'information*

Le chapitre 2.4 est consacré à ce thème. Quatre objectifs principaux sont retenus dont la mise en œuvre sera assurée en lien avec le schéma des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

■ *La prise en compte des dispositions des SROS et autres schémas*

Le schéma de services collectifs sanitaires doit par ailleurs inscrire son action dans un cadre complexe où différents outils de planification coexistent. Le dernier alinéa de l'article 15 de la loi du 25 juin 1999 rappelle ce contexte en disposant que le schéma de services collectifs sanitaires « prend en compte les dispositions des schémas régionaux d'organisation sanitaire ainsi que des schémas nationaux et interrégionaux prévus aux articles L. 712-1 à L. 712-5 du code de la santé publique ».

La prise en compte des SROS et autres schémas est bien réalisée, notamment au point de vue du diagnostic et en tant qu'instrument de relais des choix stratégiques du SSC. À plusieurs reprises, le schéma de services collectifs sanitaires s'en remet aux SROS quant à la définition plus précise des objectifs définis.

2) *Le dispositif de mise en œuvre*

À la différence d'autres schémas (Sport et Culture, par exemples), la loi du 25 juin 1999 ne prévoit pas de mécanisme spécifique destiné à la mise en œuvre du schéma de services collectifs sanitaires. Le schéma prévoit que les orientations et les choix stratégiques retenus « sont mis en œuvre par chaque direction du ministère chargé de la Santé et de la Solidarité pour ce qui la concerne, au moyen des instruments qui lui sont propres, et dont les modalités sont définies par le code de la santé publique. Ainsi, pour le secteur de l'hospitalisation, les schémas d'organisation sanitaire définissent les objectifs spécifiques retenus pour une région et/ou un domaine. Ils

traduisent les déclinaisons territoriales des politiques menées » (p. 429). Le SSC s'en remet donc aux instruments existants de planification pour la mise en œuvre des objectifs retenus. Pour reprendre les termes de la délégation à l'aménagement du territoire du Sénat, les moyens d'évaluation et de suivi du schéma apparaissent inexistant, laissant le schéma lui-même « en totale apesanteur »⁽³⁴⁾.

B – Niveau de normativité et d'opposabilité des dispositions du schéma

La partie introductive ainsi que celle consacrée aux « enjeux et diagnostics » recèlent quelques constats ou affirmations qui relèvent de l'évidence (« vieillir est, dès la naissance, le destin de chacun d'entre nous », p. 354).

Pour ce qui est des objectifs, on a pu déjà noter que ceux énoncés par la loi du 25 juin 1999 présentent un degré d'opposabilité très faible. Il en va de même pour bon nombre de dispositions du schéma parmi lesquelles il est difficile de déceler un quelconque caractère contraignant. Certains objectifs sont formulés en termes très généraux, ce qui les prive de tout caractère normatif. Par exemple, il est indiqué (p. 420) que « l'allégement des procédures – qu'il s'agisse des modes de fonctionnement, d'agrément, de financement ou d'exercice des professionnels – sera recherché, de même que la déconcentration de certaines procédures au niveau de la région ». Par ailleurs, certains objectifs de santé publique sont formulés : réduire la mortalité évitable par cancers, améliorer la prévention des suicides, prévenir l'apparition de la dépendance chez les personnes âgées. Pour tous ces objectifs, il est indiqué que « ces actions seront déclinées au plan régional ou, selon les cas, à une échelle géographique plus fine si cela s'avère pertinent, en favorisant la coordination des différents intervenants et des actions, notamment en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé » (p. 426).

Le schéma prend ainsi acte du caractère partenarial de la mise en œuvre des objectifs. Par exemple, s'agissant de la mise en œuvre de l'objectif de réduire la mortalité et les handicaps chez les jeunes liés aux accidents de la voie publique, le schéma rappelle que « cette politique dépasse le seul champ sanitaire et doit être conduite avec l'ensemble des partenaires concernés » (p. 426).

Au final, et la lecture des dispositions de l'article 15 de la loi du 25 juin 1999 laissait présager ce sentiment, les dispositions du schéma de services collectifs sanitaires ne possèdent pas de caractère prescriptif.

(34) Rapport de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, Sénat, rapport n° 395, 2000-2001, p. 91.