

CHAPITRE VII

LES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES (*) 1994 - 2003

SOURCES-METHODE

Le présent rapport résulte d'un questionnaire adressé à la fin du 1^{er} semestre 2003 aux agences régionales de l'hospitalisation. Il comporte deux parties :

La première partie rend compte, comme les années précédentes, de l'état des cartes sanitaires de médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie au 30 juin 2003 et des évolutions constatées en longue période (1994-2003).

La deuxième partie présente un bilan et une analyse des principales opérations de recomposition hospitalière en cours, à partir des premiers résultats de l'enquête réalisée en juin 2003.

(*) Cf. termes de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 : article 3

Introduction

Trois orientations guident l'action de recomposition de l'offre de soins hospitaliers :

- L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ;
- La réduction des inégalités interrégionales et infra régionales pour une plus grande équité dans l'accès aux soins ;
- L'adaptation de l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins de santé de la population.

La mise en œuvre de ces orientations se réalise principalement au moyen des instruments traditionnels de planification : la carte sanitaire, qui traduit le niveau souhaitable de la quantité d'offre (exprimée le plus souvent en lits et places), le schéma régional d'organisation sanitaire et le schéma régional de psychiatrie qui permettent de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins.

La révision en 1999 des schémas régionaux d'organisation sanitaire a permis d'organiser de larges débats sur le système hospitalier dans chaque région, de déterminer les domaines prioritaires de l'action et de fixer les objectifs d'évolution à cinq ans. L'avenir du système hospitalier est ainsi tracé dans chaque région, et chaque établissement peut, aujourd'hui, définir ses propres objectifs par rapport aux perspectives régionales.

L'allocation différenciée des ressources entre régions et entre établissements ainsi que le fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES) et le fonds de modernisation des cliniques privées accompagnent ce mouvement de réorganisation de l'offre hospitalière. Au niveau de chaque établissement, il se traduit par des engagements pris dans le cadre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens, ces deux outils de gestion des établissements s'inscrivent dans un cadre pluriannuel.

VII - 1 : Carte sanitaire de la France

Etat et évolution entre juin 1994 et juin 2003

(l'ensemble des graphiques et tableaux visés dans le texte figure en annexe).

La carte sanitaire conjugue deux éléments : un découpage géographique du territoire en zones sanitaires d'organisation de l'offre hospitalière et un indice de besoins exprimé en lits/places, appareils ou unités par habitant, selon la discipline, l'équipement matériel lourd ou l'activité de soins concernés. Pour les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, on dénombre 150 secteurs sanitaires dotés d'un indice, défini à l'intérieur d'une fourchette de 1 à 2,2 lits ou places pour 1 000 habitants en chirurgie par exemple.

La carte sanitaire constitue un encadrement quantitatif et traduit un "besoin théorique" en lits ou places pour les disciplines soumises à autorisation, c'est à dire la capacité maximale "autorisable" par zone sanitaire. La comparaison entre le besoin théorique et les capacités autorisées conduit à constater un excédent ou un déficit, l'objectif de chaque région étant de tendre vers l'adéquation des lits (et places) autorisés et des besoins théoriques.

L'excédent ou le déficit varient en fonction de trois paramètres : "l'indice lit" retenu par secteur sanitaire, la variation de la population et le bilan des autorisations. Ainsi, une région peut enregistrer une baisse de son excédent du seul fait de l'augmentation de l'indice ou de la population.

L'année 2001 a été marquée par la procédure de renouvellement des autorisations. En effet, conformément à la loi hospitalière de 1991, les établissements de santé ont sollicité le renouvellement des autorisations qui arrivaient à échéance au 29 juillet 2001 (délai de 10 ans après la loi hospitalière). Cette démarche a eu pour effet de réviser, dans chaque région, les capacités autorisées de tous les établissements de santé (publics et privés) et de fixer les nouvelles capacités.

1.1 Situation du court séjour

Le court séjour concerne les installations de médecine, chirurgie et obstétrique.

1-1-1 Evolution des besoins théoriques

Les cartes sanitaires de ces disciplines ont été révisées une première fois en 1994 dans la phase préalable d'élaboration des premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) d'une validité de cinq ans. La deuxième révision est intervenue à l'occasion de l'élaboration des SROS de deuxième génération, en 1999 et 2000, selon le calendrier figurant ci-après.

**REVISION DES CARTES SANITAIRES
POUR LES INSTALLATIONS DE MCO**

REGIONS	Date de l'arrêté en vigueur	Nombre de secteurs sanitaires
Alsace	30/03/2000	4
Aquitaine	10/04/2000	7
Auvergne	15/09/1999	4
Basse-Normandie	22/07/1999	7
Bourgogne	04/05/2001	5
Bretagne	20/08/1998	8
Centre	28/01/1999	6
Champagne-Ardenne	04/07/2000	4
Corse	13/10/2000	2
Franche Comté	13/07/1999	4
Haute-Normandie	12/07/1999	4
Ile de France	23/07/1999	14
Languedoc-Roussillon	28/10/1998	7
Limousin	09/12/1999	3
Lorraine	21/08/1998	4
Midi-Pyrénées	22/06/1999	11
Nord-Pas de Calais	02/07/1999	11
PACA	10/04/2001	9
Pays de la Loire	26/07/2001	7
Picardie	11/07/2000	8
Poitou-Charentes	09/07/1999	5
Rhône-Alpes	30/09/1999	11
Guadeloupe	10/01/2000	1
Guyane	30/01/1998	1
Martinique	15/12/1998	1
Réunion	14/09/1999	2
		150

Le besoin théorique a augmenté jusqu'en 1998 par le simple effet de l'augmentation de la population, puis il a baissé en raison des corrections intervenues dans les indices de besoin des cartes sanitaires en 1999 et en 2000.

En 2001, on constate une augmentation de l'indice et un retour à la situation de 2000, en 2003 (environ 237 000 lits et places).

1-1-2 Sur la période 1994-2003

- En médecine, les besoins globaux augmentent légèrement, mais ils évoluent de manière différenciée selon les régions. Ils augmentent de manière régulière en PACA, Bretagne, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Poitou Charentes, Nord-Pas de Calais et Auvergne. Ils baissent en région Lorraine, Languedoc-Roussillon, Centre, Pays de Loire, Aquitaine : Au niveau national, le taux d'excédent est ainsi passé de 22% en 1994 à 8% en 2003.
- Les besoins en installations de chirurgie, à l'exception de la région PACA, diminuent dans toutes les régions. Avec une diminution particulièrement soutenue en Ile de France, Pays de la Loire et Rhône-Alpes, Lorraine. Malgré cette tendance le taux d'excédent qui était de 18% en 1994 reste à 12% en 2003.
- En obstétrique, le besoin théorique a été réduit de 7% sur la période. Au niveau national, le taux d'excédent est ainsi passé de 17% en 1994 à 7% en 2003.

1-1-3 Evolution des capacités autorisées par disciplines et par régions

Cf. graphiques n° 1, 1a, 1b, 1c, 2 et 3

Le total des capacités autorisées au 30 juin 2002 se décompose en :

- 124 230 lits ou places de médecine,
- 107 456 lits ou places de chirurgie,
- 24 168 lits ou places d'obstétrique,
- 4 109 lits ou places de néonatalogie. et réa-néonatalogie.

Entre 2002 et 2003, les capacités totales ont été réduites de 0,6 %, soit - 1 642 lits et places (**Cf. tableau 1**). Cette période est marquée par un ralentissement du rythme continu de décroissance observé entre 1994 et 2000.

- les capacités de médecine ont diminué de 0,1%, contre - 1,1% entre 2001 et 2002 (**Cf. tableau 2**),
- celles de chirurgie de 1,2%, contre - 2,7% entre 2001 et 2002 (**Cf. tableau 3**),
- et celles d'obstétrique de 0,8%, contre - 1,3% entre 2001 et 2002 (**Cf. tableau 4**).

Ces données, même si elles masquent des particularités régionales et infra-régionales, traduisent bien la politique volontariste mise en œuvre depuis plusieurs années : L'analyse en longue période (1994-2002) montre que les inégalités d'équipements autorisés entre les régions tendent à se réduire : Le taux moyen de lits diminue, passant de 5,10 lits/1000 habitants en 1994 à 4,44 lits/1000 habitants en 2003 (**Cf. graphique 3**).

Cette variation s'explique par l'évolution des capacités autorisées (voir supra) mais tient aussi aux évolutions démographiques intervenues et à la prise en compte des

données du dernier recensement. Les disparités entre les régions sont globalement en voie de réduction. L'écart entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée, qui était de 1,63 lit/1000 en 2001, passe à 1,46 lit/1000 en 2002 (5,30 pour le Limousin - 3,84 pour Poitou-Charentes) Cet écart est à comparé avec celui de 2,32 lits/1000 en 1994. Les régions les moins équipées en 1994 le restent en 2003. Il s'agit de Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Haute Normandie, Centre, Picardie.

1-1-4 Répartition des capacités autorisées selon les statuts des établissements **Cf. graphique n°4-A**

Le **graphique n° 4-A** montre les parts respectives de chaque secteur en 2003. Les établissements publics représentent 63,85 % de l'ensemble, mais 78,71 % de la médecine, 45,58 % de la chirurgie et 64,83 % de l'obstétrique. Les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) représentent 7,52 % de l'ensemble des capacités autorisées en 2003, auxquels il convient d'ajouter la part des établissements privés non lucratifs financés par dotation globale (0,77 %) soit au total 8,29 %.

Les établissements privés à but lucratif sous objectif quantifié national (OQN) représentent 26,91 % des capacités autorisées en 2003, avec 44,19 % des lits et places en chirurgie. Ce secteur est caractérisé par des évolutions marquantes : il intègre les établissements antérieurement financés par prix de journée préfectoral (PJP) et qui ont opté pour un financement dans le cadre de l'enveloppe OQN (en 2003, ils représentent 1,06 % du parc des autorisations).

L'effort de réduction 2001-2002 des capacités s'est ralenti cette année dans le secteur public (- 0,43 % entre 2002 et 2003, contre - 1,53 % entre 2001 et 2002) et dans les établissements privés à but lucratif sous OQN (- 0,27 % entre 2002 et 2003 contre - 0,75 % entre 2001 et 2002). Même les établissements privés participant au service public hospitalier, qui poursuivaient une réduction soutenue de leurs capacités depuis quelques années, ont légèrement relâchés leur effort. (- 1,29 % cette année et - 2,96 % entre 2001 et 2002).

1-1-5 L'évolution des alternatives à l'hospitalisation complète entre 1995 et 2003 **Cf. graphique n°5**

Le nombre de places autorisées est passé de 14 629 en 1995 à 20 123 en 2002 et 20 725 en 2003. Cette évolution de 41,67 % sur la période, et de 3% entre 2002 et 2003 est à souligner car le développement de ces nouveaux modes de prise en charge constitue un axe de la politique hospitalière et a un impact direct sur la situation de l'hospitalisation complète.

Toutefois, Le mouvement de création de places s'est ralenti cette année (602 places ont été créées entre 2002 et 2003, contre 1216 l'année dernière) Le secteur privé développe énergiquement cette modalité de prise en charge : sur les 315 places de chirurgie ambulatoire supplémentaires autorisées, plus de 85 % l'ont été dans le secteur privé lucratif, et 20 % dans le secteur public (contre 18 % en 2002) Le secteur privé lucratif représente, en juin 2003, 42,55 % des places d'alternatives à l'hospitalisation de l'ensemble MCO mais ce taux est de 71,20 % pour les places de chirurgie ambula-

toire, 20,18 % pour l'hospitalisation à temps partiel en médecine et/ou l'hospitalisation à domicile et 6,89 % pour l'obstétrique.

Les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète représentent encore une part très insuffisante de l'offre : 8,88 % des installations de médecine, 8,57 % des installations de chirurgie; 1,98 % des installations d'obstétrique. Le **graphique 5** représente les évolutions des lits et des places par région entre 1995 et 2003.

1-1-6 Evolution de l'excédent Cf. tableaux n°1

L'excédent des capacités de médecine, chirurgie, obstétrique qui était de 24 396 lits et places au 30 juin 2002 soit un taux de 10 % (20% en 1994), est passé à 9% en 2003 (22 263 lits et places), soit une réduction de 2 133 lits et places. Le niveau des excédents est très variable selon les régions. Il est en moyenne autour de 20% en Limousin et Lorraine. Il est inférieur à 10 % en Poitou Charentes, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Centre, Haute Normandie, et inférieur à 3 % dans le Nord-Pas-de-Calais et en Picardie.

1.2 Situation des soins de suite et de réadaptation Cf. graphiques n° 6 et 7

La répartition des soins de suite et de réadaptation est inégale sur le territoire mais elle tend à se corriger progressivement par le rééquilibrage de l'offre entre les régions et par une meilleure distribution des structures au sein de chaque région.

Cette mutation est rendue nécessaire par l'évolution même de la discipline, dont il est attendu qu'elle développe toutes les dimensions permettant la réinsertion rapide et durable du patient. De même, tant l'organisation optimale des soins que l'attente des usagers eux-mêmes plaident pour que ces structures, lorsqu'elles n'ont pas une vocation spécialisée (telle la rééducation fonctionnelle, par exemple), soient présentes dans l'environnement des services de soins aigus et à proximité du domicile des patients.

Toutes les régions disposent désormais d'un indice de besoin dans cette discipline et sont en mesure d'adapter leur offre en fonction d'un objectif quantifié. L'excédent global est de 4 878 lits et places au 30 juin 2003. Il masque des disparités régionales très importantes. L'excédent le plus fort est de 3 236 lits en région PACA. Cette région ainsi que la Corse affichent un taux d'excédent autour de 40 %. Une région présente un déficit particulièrement important : l'Île-de-France (- 1 043 lits, soit -5,60%). Le taux d'excédent progresse légèrement cette année. Il passe de 3,93% en 2002 à 4,98% en 2003. Cette progression s'explique principalement par la région Ile de France qui réduit son déficit de moitié (-2 130 en 2002, contre -1 043 en 2003).

La réadaptation fonctionnelle représente 32,47% des capacités autorisées de la discipline. Le **graphique n° 6** indique les taux d'équipement par régions et le **graphique n° 7** montre la répartition de l'offre par catégorie juridique.

1.3 Situation de la psychiatrie

1-3-1 Evolution des capacités Cf graphiques 8 à 15

La carte sanitaire de psychiatrie se compose de 2 indices : l'indice global inclut les lits d'hospitalisation complète, les places de jour, les lits de nuit, les places de placement familial thérapeutique, les places d'appartement thérapeutique, les lits de centre de crise et les lits de centre de post-cure psychiatrique.

Au sein de cet indice, l'indice partiel inclut les seuls lits d'hospitalisation complète. Les autres équipements tels que les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ne sont pas soumis à autorisation et ne sont pas comptabilisés par la carte sanitaire.

L'ensemble des 26 régions a désormais arrêté sa carte sanitaire de psychiatrie. Ainsi, la Corse qui était la dernière région à ne pas disposer d'un schéma régional d'organisation de la psychiatrie a arrêté son schéma régional d'organisation et sa carte sanitaire de psychiatrie le 21 février 2003.

1-3-2 Situation au 30 juin 2003

Les cartes sanitaires de psychiatrie fixent les objectifs à atteindre par les régions concernant la nature et l'importance des installations psychiatriques nécessaires pour répondre aux besoins de la population. La situation synthétisée au niveau national au 30 juin 2003 est la suivante :

• *Psychiatrie générale* :

- nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés : 61 614 (soit une diminution de 1350 lits par rapport au bilan au 30 juin 2002).

=> excédent national de 12 417 lits d'hospitalisation complète par rapport aux besoins théoriques exprimés par la carte sanitaire (indice partiel) mais à noter le déficit présenté par les régions Nord Pas de Calais, Ile de France et les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion.

- nombre de places autorisées : 27 905

- nombre de lits et places autorisés : 89 493

=> excédent national de 2 084 lits et places. Cet excédent porte essentiellement sur les lits d'hospitalisation complète (cf. supra) et correspond de ce fait à un déficit de places alternatives à l'hospitalisation. A noter les déficits enregistrés dans plusieurs régions par rapport aux indices globaux arrêtés : Alsace, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou Charentes, Ile de France, Rhône-Alpes, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Corse.

• *Psychiatrie infanto-juvénile* :

- nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés : 2568

=> déficit de 198 lits d'hospitalisation complète

- nombre de places autorisées : 10 708
 - nombre de lits et places autorisés : 13 276
- => déficit de 1434 lits et places autorisés portant donc à la fois sur l'hospitalisation complète et sur les alternatives à l'hospitalisation complète.

1-3-3 Evolution des déficits/excédents entre 2002 et 2003 Cf graphiques 16 à 19

Les facteurs ayant participé à l'évolution des excédents et déficits présentés par les cartes sanitaires sont les suivants :

- La révision des cartes sanitaires de psychiatrie avec la modification des indices de besoins (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes, Guyane, Martinique, Réunion) ;
- Des opérations de recomposition hospitalière dans le cadre de la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie se sont également essentiellement traduites par :
 - des créations nettes de lits et places dans de nombreuses régions en psychiatrie générale (Alsace, Centre, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Ile de France, Rhône-Alpes, Martinique, Réunion), et en psychiatrie infanto-juvénile (Basse-Normandie, Centre, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord Pas de Calais, Poitou-Charentes, PACA, Ile de France, Rhône-Alpes, Corse) ;
 - des transformations de lits d'hospitalisation complète en structures alternatives à l'hospitalisation complète. C'est le cas par exemple :
 - => en psychiatrie générale : en Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Pays de la Loire, PACA, Ile de France, Martinique ;
 - => en psychiatrie infanto-juvénile : en PACA et dans le Centre

Sur ce plan, l'évolution 2002-2003 est marquée par la primauté des opérations de créations nettes de lits et places par rapport aux transformations de lits d'hospitalisation complète en alternatives à l'hospitalisation.

De plus, alors qu'entre 2001 et 2002, les opérations de suppressions de lits de psychiatrie générale avec transferts vers le secteur médico-social s'étaient ralenties par rapport à l'évolution 2000-2001, on note entre 2002 et 2003 une reprise de ce type d'opérations (notamment dans les régions Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Midi-Pyrénées et dans les départements de la Martinique et de la Guadeloupe).

Ces constats corroborent le diagnostic général porté actuellement sur la question du niveau des équipements d'hospitalisation complète, particulièrement en psychiatrie générale. Celui-ci tend à considérer que de manière globale, l'évolution en cours porte sur une adaptation à la fois quantitative et qualitative du nombre de lits d'hospitalisation complète afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes prises en charge, en particulier pour ce qui concerne les personnes hospitalisées au long cours de manière inadéquate en psychiatrie.

• **Psychiatrie générale (graphiques 16-17)**

L'ensemble des opérations a globalement contribué à réduire les taux de déficit (Nord Pas de Calais) ou les taux d'excédents en lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale au profit des alternatives à l'hospitalisation complète, notamment en Alsace, Aquitaine, Auvergne, Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes, PACA, Rhône-Alpes, Limousin.

Néanmoins sur ce plan, comme en 2002, une grande hétérogénéité dans la situation des régions subsiste traduisant des capacités diverses de redéploiement au profit des alternatives. Ainsi, les régions Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Midi-Pyrénées, Corse et Limousin présentent des taux d'excédents en lits d'hospitalisation complète pour 10000 habitants très supérieurs aux autres régions.

Enfin, les taux de déficits en lits et places pour 10000 habitants en psychiatrie générale sont les plus élevés dans les régions Champagne-Ardenne, Nord Pas de Calais et en Guyane malgré l'impact des opérations de recomposition précitées sur le développement des alternatives à l'hospitalisation et la réduction des taux de déficit en lits et places dans des régions telles que l'Alsace, le Nord Pas de Calais ou la Picardie, cette dernière étant devenue excédentaire alors qu'elle présentait un taux de déficit pour 10 000 habitants important en 2002.

• **Psychiatrie infanto-juvénile (graphiques 18-19)**

Au 30 juin 2002, seules les régions Alsace, Aquitaine, Auvergne, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire et Poitou-Charentes présentaient un excédent en lits d'hospitalisation complète et les régions Auvergne, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes, Ile de France et Guadeloupe faisaient apparaître un excédent en lits et places.

A contrario, les régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, PACA et Martinique présentaient des taux de déficit pour 10000 habitants de 0 à 16 ans très supérieurs aux autres régions pour ce qui concerne les lits d'hospitalisation complète. Il en était de même en Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, PACA et en Martinique pour ce qui concerne les lits et places.

Le bilan au 30 juin 2003 fait apparaître un développement des équipements en psychiatrie infanto-juvénile pour ce qui concerne l'indice partiel (lits d'hospitalisation complète) et pour l'indice global (lits et places alternatives), contribuant à réduire les déficits constatés l'année précédente.

Ainsi, désormais, les régions Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Corse, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et les départements de la Guyane et de la Martinique présentent des excédents en lits d'hospitalisation complète (ou des capacités équivalentes aux besoins théoriques exprimés par la carte sanitaire) alors que dans le même temps, plusieurs régions ont réduit leur déficit (Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord Pas de Calais, Rhône-Alpes).

Cette amélioration renforce toutefois le constat d'une grande hétérogénéité entre les régions puisque dans le même temps les déficits constatés en 2002 en lits d'hospitalisation complète dans les régions Basse Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche Comté, Limousin, Picardie et dans le département de la Réunion persistent.

Les constats sont identiques en terme d'évolution des excédents et des déficits pour ce qui concerne l'indice global (lits et places alternatives à l'hospitalisation). Ainsi, si seules les régions Auvergne, Basse Normandie, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes, Ile de France, Guyane, Martinique et Corse présentent des excédents en lits et places, l'évolution générale fait apparaître une diminution des déficits dans les régions Aquitaine, Centre, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord Pas de Calais, PACA et Rhône Alpes. En revanche, les régions Alsace, Bourgogne, Limousin, Réunion et de manière particulièrement significative Bretagne, Champagne-Ardenne et Pays de la Loire présentent des taux de déficits pour 10 000 habitants de 0 à 16 ans persistants.

1-3-4 Taux d'équipement pour 1000 habitants Cf graphiques 20 à 23

• *Psychiatrie générale (graphiques 20-21)*

- Pour les lits d'hospitalisation complète : en 2003, le taux d'équipement national pour 1000 habitants est de 1,02. On peut noter que ce taux, bien que légèrement inférieur à celui constaté en 2002 (1,05) reste supérieur à l'indice de 0,5 à 0,9 fixé par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques. Il est toutefois inférieur à la borne maximale de l'indice de référence à la Réunion, en Martinique, Guadeloupe, Ile de France, Pays de la Loire, Nord Pas de Calais, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et en Alsace.
- Pour les lits et places : en 2003, le taux d'équipement national pour 1000 habitants est de 1,49. On peut noter que les régions Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées présentent, sur ce plan, des taux d'équipement pour 1000 habitants supérieurs à l'indice fixé par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques (1 à 1,8). En revanche, l'Alsace, la Champagne-Ardenne, la Haute-Normandie, la Lorraine, l'Ile de France, le Nord Pas de Calais, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion enregistrent les taux les moins élevés traduisant en particulier des besoins, en alternatives à l'hospitalisation complète.

Entre 2002 et 2003, les alternatives à l'hospitalisation ont été particulièrement développées dans les régions Alsace, Languedoc-Roussillon, Nord Pas de Calais, Ile de France, Rhône Alpes ainsi que dans le département de la Martinique.

• *Psychiatrie infanto-juvénile (graphiques 22-23)*

- Pour les lits d'hospitalisation complète : malgré une amélioration du taux d'équipement en Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord Pas de Calais, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, Martinique, en 2003, le taux d'équipement national pour 1000 habitants de 0 à 16 ans reste de 0,18 comme en 2002. On peut noter que l'Auvergne, la Bourgogne et la Corse présentent un taux d'excédent supérieur à l'indice fixé par l'arrêté du 11 février 1991 précité (0,1 à 0,3). Les départements ou régions suivants présentent quant à eux des taux d'équipement inférieurs ou égaux à la borne minimale de l'indice de référence : la Guyane, la Réunion, la Basse-Normandie, la Champagne-Ardenne et la Haute-Normandie.
- Pour les lits et places : en 2003, le taux d'équipement national pour 1000 habitants de 0 à 16 ans est de 0,97, en légère progression par rapport à 2002 (0,95), traduisant,

compte-tenu de la stabilité du taux d'équipement en hospitalisation complète, un renforcement de l'équipement en alternatives à l'hospitalisation. On peut noter toutefois que seules les régions Aquitaine, Corse, Midi-Pyrénées, Picardie et Poitou-Charentes ont un taux d'équipement supérieur à l'indice arrêté (0,8 à 1, 4). En revanche, le Nord Pas de Calais, l'Île de France, Rhône-Alpes et les DOM (hors Martinique) enregistrent les taux les plus faibles, inférieurs à la borne minimale de l'indice de référence, traduisant des besoins, notamment en alternatives à l'hospitalisation complète.

Entre 2002 et 2003, les alternatives à l'hospitalisation ont été particulièrement développées par les régions Basse Normandie, Centre, Nord Pas de Calais, PACA, Ile de France et en Martinique.

1-3-5 Evolution des capacités selon les statuts juridiques des établissements.

Comme les années précédentes, ce sont les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, qui produisent les évolutions les plus importantes, en particulier pour ce qui concerne la réduction des lits d'hospitalisation complète.

Pour la première année toutefois, cette évolution marque de manière équivalente les établissements non spécialisés (-445 lits de psychiatrie générale) que les établissements spécialisés (- 431 lits en psychiatrie générale). La poursuite du mouvement de rapprochement de l'offre de soins de la population au travers du positionnement des établissements publics non spécialisés en psychiatrie se traduit également par le rythme de développement des places alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie générale plus soutenu pour cette catégorie d'établissements (+158 places en psychiatrie générale et + 91 places en psychiatrie infanto-juvénile) que dans les établissements spécialisés (+35 places en psychiatrie générale et +35 places en psychiatrie infanto-juvénile).

Les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN) voient, comme les années précédentes, leurs capacités rester stables. En matière d'alternatives à l'hospitalisation, ce constat reste largement lié à la persistance de l'impossibilité juridique, pour ces établissements, de créer d'autres alternatives que de l'hospitalisation de jour et de nuit, et de l'absence de tarification par l'assurance-maladie, pour ces deux derniers équipements.

Toutefois, des projets de mesures intégrées au plan Hôpital 2007 devraient d'une part, lever les obstacles juridiques et financiers à la tarification de ces alternatives à l'hospitalisation pour ces établissements et d'autre part, dans le cadre de l'ordonnance portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé, permettre d'accroître les coopérations entre les établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie afin de mieux répondre aux besoins de santé mentale de la population.

1-3-6 Accompagnement financier pour adapter l'offre de soins en santé mentale aux besoins de la population en 2002

L'évolution et la croissance des besoins en santé mentale, et notamment de certaines populations telles que les adolescents, les personnes âgées, les per-

sonnes en situation de précarité ainsi que la nécessité d'améliorer la réponse aux urgences et aux situations de souffrance psychique exprimées dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ont justifié que la prise en charge des personnes atteintes de pathologies mentales soit reconnue comme une priorité de santé publique au plan national.

C'est pourquoi à partir de 2001, cette priorité de santé publique a fait l'objet d'un soutien financier national alloué aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour adapter l'offre de soins psychiatriques aux besoins de la population à travers la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie.

Ainsi, en 2001, une enveloppe de crédits de 19,7 millions d'euros avait été fléchée sur ce thème dans le cadre de la dotation incompressible de santé publique au titre de l'accompagnement de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie. L'effort financier des régions en 2001 au titre de la santé mentale estimé à plus de 41,16 millions d'euros effectivement alloués, avait alors contribué à :

- la diversification des prises en charge avec le développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation (20,12 millions d'euros) ;
- l'amélioration de la prise en charge en hospitalisation complète en psychiatrie générale (10,21 millions d'euros) et en psychiatrie infanto-juvénile (2,44 millions d'euros) ;
- le développement de la psychiatrie de liaison et de la prise en charge aux urgences (6,4 millions d'euros).

Compte tenu de l'effet levier ainsi avéré de ce fléchage de crédits sur la politique de santé mentale, une nouvelle enveloppe a été fléchée en 2002 au niveau national à hauteur de 19,06 millions d'euros. **Le bilan des crédits effectivement alloués par les ARH en 2002 est de nouveau largement supérieur au montant initial de l'enveloppe avec un peu plus de 45,5 millions d'euros.**

Cet effort accompagne les évolutions constatées dans le bilan de la carte sanitaire, en particulier pour ce qui concerne le développement des alternatives à l'hospitalisation, mais porte également sur le développement d'une offre de soins non recensée à la carte sanitaire (centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, travail en réseau et psychiatrie de liaison, amélioration de la réponse aux urgences). Le bilan des crédits effectivement alloués en 2002 fait enfin apparaître, au-delà de créations nettes de structures, le renforcement des moyens des structures existantes dans une logique d'adaptation qualitative de la réponse aux besoins en santé mentale. Ainsi, l'effort financier en 2002 a porté principalement sur les axes suivants :

a/ Le développement des alternatives à l'hospitalisation.

L'effort financier en ce domaine porte sur 17 millions d'euros et a permis d'accompagner le développement des places alternatives à l'hospitalisation constaté dans le bilan de carte sanitaire précédent aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

En psychiatrie infanto-juvénile, 8,6 millions d'€ ont été attribués par les régions Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Ile de France Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas de Calais, PACA, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes ou à la Réunion. Cet effort a notamment permis de créer 16,08 ETP médicaux et près de 160 ETP non médicaux (parmi lesquels notamment 20,5 ETP de psycholo-

gues, 46,5 ETP d'IDE, 31 ETP d'éducateurs, psychomotriciens, orthophonistes...). Cet effort est particulièrement sensible dans des régions présentant des bilans de carte sanitaire lourdement déficitaires en ce domaine telles que la Lorraine (592 420 €), le Nord-Pas de Calais (670 776 €), les Pays de la Loire (753 000 €), Rhône Alpes (1 710 151 €).

En psychiatrie générale, un peu plus de 8 millions d'€ ont été alloués permettant la création de 12,83 ETP médicaux et 166 ETP non médicaux (parmi lesquels notamment 8,95 ETP de psychologues, 47 ETP d'infirmiers). Cet effort a été particulièrement important dans les régions Alsace, Haute-Normandie, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord Pas de Calais, PACA, Rhône-Alpes et à la Réunion.

b/ L'adaptation de l'offre de soins en hospitalisation complète.

En psychiatrie générale, comme l'indique le bilan de la carte sanitaire, les objectifs d'adaptation de l'hospitalisation complète s'inscrivent davantage dans une perspective qualitative que strictement quantitative d'augmentation du nombre de lits. 15,6 millions d'euros ont ainsi été alloués en accompagnement de la mise en œuvre de cet objectif. Il s'agit de mieux répondre aux besoins des personnes prises en charge, notamment ceux des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie.

C'est ainsi qu'entre juin 2002 et juin 2003, la diminution de 1350 lits autorisés a porté pour 482 lits (soit 35,7 %) sur des suppressions avec transformation en structures médico-sociales (cf. supra). La dimension qualitative de cet effort est poursuivie par plusieurs moyens. La plupart des régions ayant soutenu l'adaptation de l'hospitalisation complète ont tout d'abord renforcé les moyens humains afin de satisfaire aux objectifs de sécurité et de permanence des soins, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.

Le bilan des crédits alloués fait ainsi apparaître le financement de 32,85 ETP médicaux et 255 postes non médicaux sur cet objectif. Plusieurs régions ont également alloué des moyens relatifs à des surcoûts d'investissement dans le cadre d'opération d'amélioration de la qualité de l'accueil en hospitalisation complète.

Enfin, cet objectif de qualité et d'adaptation de l'offre de soins est appréhendé dans plusieurs régions par le développement de réponses à des besoins spécifiques tels que ceux des personnes âgées (avec la création d'unités de géronto-psychiatrie) ou que les besoins somatiques des personnes prises en charge en psychiatrie (par le financement de postes de médecins généralistes).

L'adaptation de l'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile comporte en revanche des objectifs de développement à la fois quantitatif et qualitatif, notamment afin d'améliorer la prise en charge des adolescents. Conformément aux schémas régionaux de psychiatrie, un soutien particulier a donc été apporté par plusieurs ARH en 2002 à hauteur de 4,192 millions d'€.

Ainsi, comme l'indique le bilan de carte sanitaire, entre juin 2002 et juin 2003, 84 lits d'hospitalisation complète ont été créés. Alors qu'en 1997, 17 départements ne disposaient d'aucune capacité d'hospitalisation complète pour enfants et adolescents, au 30 juin 2003, ce ne sont plus désormais que 10 départements qui n'en disposent pas. Parmi ceux-ci, certains schémas (Limousin ou Champagne-Ardenne par exemple) privilégient une organisation autour d'une structure régionale unique d'hospitalisation complète en réseau avec les équipes des autres départements de la région. Au sein de ces derniers, l'accent est porté plutôt sur le développement de l'ambulatoire et des

capacités de recours dans les services somatiques de proximité tels que la pédiatrie et sur la psychiatrie de liaison dans les secteurs social, médico-social, éducatif et judiciaire. En terme de réponse aux besoins de la population en ce domaine, il convient de noter que ce développement quantitatif des structures d'hospitalisation complète a principalement bénéficié à la prise en charge des adolescents.

Au total, ce sont donc 20,4 millions d'euros qui ont contribué en 2002 à l'adaptation quantitative et qualitative de l'hospitalisation complète en psychiatrie.

c/ Le renforcement de la psychiatrie de liaison et de la prise en charge des urgences.

Le développement de la psychiatrie de liaison permet de mieux évaluer et prendre en charge la dimension psychologique voire psychiatrique des pathologies traitées dans les services somatiques et plus particulièrement pour les patients alcoolo-dépendants ou toxicomanes, les personnes âgées ou les adolescents en détresse. La psychiatrie contribue à ce titre au développement des réseaux.

Pour ce qui concerne plus particulièrement l'amélioration de la prise en charge aux urgences de l'hôpital général, l'objectif de la plupart des schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie, conformément aux décrets de 1997 sur l'accueil et le traitement des urgences, est d'organiser la présence des équipes de psychiatrie dans les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et dans les unités de proximité d'accueil et de traitement des urgences (UPATOU).

Ainsi, les régions Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas de Calais, PACA, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes, Martinique et Réunion, ont soutenu le renforcement des complémentarités entre les équipes de psychiatrie et les autres acteurs du champ sanitaire (notamment aux urgences), social et médico-social, à hauteur de 4,6 millions d'euros. Cet effort a notamment permis de créer 10,5 ETP médicaux et 66,05 ETP non médicaux, notamment pour satisfaire un objectif de permanence et de continuité des soins aux urgences en renforçant les équipes concernées dans le cadre de la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.

L'essentiel de cet effort a porté en 2002 sur l'amélioration de la prise en charge des urgences, notamment par la création ou le renforcement de structures de type « centres d'accueil intersectoriels de 72 heures » à l'hôpital général (notamment en Bretagne et dans le Centre). Celles-ci visent, à proximité immédiate des services d'accueil des urgences, la mise en œuvre de soins intensifs de très courte durée. Elles permettent d'évaluer la situation médicale, psychologique et sociale de la personne. Fonctionnant 24 heures sur 24, coordonnées par des équipes pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, cadres infirmiers, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales, ASH), elles permettent l'améliorer la prise en charge de certaines situation de crise et de diminuer le recours à l'hospitalisation sous contrainte.

d/ Un accompagnement pluriannuel à poursuivre.

Ce bilan des crédits alloués en 2002 après l'effort déjà sensible en 2001 confirme donc la priorité accordée par les ARH à l'adaptation de l'offre de soins en santé mentale, déjà constatée au travers des bilans de carte sanitaire. Cet effort a donc permis une adaptation à la fois quantitative (cf. bilan de la carte sanitaire) et qualitative afin d'assurer des

objectifs de qualité et de sécurité des soins (diversification des compétences et des métiers, amélioration des conditions d'accueil, prise en charge de besoins spécifiques tels que ceux des adolescents et des personnes âgées).

Au-delà de ces deux exercices budgétaires, l'évolution des besoins en santé mentale et le cadre pluriannuel de mise en œuvre des schémas justifient la poursuite de cet effort dans les années à venir. C'est pourquoi pour 2003, la santé mentale constitue de nouveau une priorité de santé publique au niveau national dans le cadre de l'allocation de ressources des établissements financés sous dotation globale.

Conformément aux orientations nationales et aux objectifs des schémas régionaux de psychiatrie, il s'agit notamment de poursuivre :

- la diversification de l'offre de soins au profit du dispositif ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation, de la psychiatrie de liaison et du travail en réseau, avec une attention particulière pour les territoires sous-équipés en psychiatrie générale et le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile. Dans ce dernier domaine, la priorité est de nouveau portée en particulier sur la constitution ou le renforcement de la filière de prise en charge des adolescents ainsi que sur les départements encore dépourvus d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie.
- l'adaptation qualitative de l'hospitalisation complète en psychiatrie générale autour des objectifs de proximité, qualité, permanence et sécurité des soins développés dans les schémas régionaux de psychiatrie. Il s'agit notamment de favoriser l'adéquation de la réponse offerte aux besoins des patients pris en charge (et en particulier des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie) et d'améliorer les conditions d'accueil en hospitalisation, par un soutien à l'investissement (en particulier dans le cadre du plan Hôpital 2007).
- l'amélioration des réponses à la crise et à l'urgence en psychiatrie au sein des hôpitaux généraux au travers des centres d'accueil intersectoriels de 72 heures (cf. supra) mais également en renforçant le dispositif d'amont et d'aval des urgences hospitalière dans une logique de filière de prise en charge.

VII - 2 Présentation de l'évolution de la recomposition de l'offre de soins

Le suivi des recompositions des activités de soins constitue un élément essentiel de la connaissance de l'évolution des structures de soins et de leur adaptation à une modification des attentes de la population quant à la nature des réponses apportées à leurs besoins de santé: plus d'alternatives à l'hospitalisation, soins de proximité, prise en charge coordonnée dans le cadre de filières et de réseaux de santé, part de plus en plus importante de la population âgée désireuse de bénéficier d'un maintien au domicile et de soins de proximité, le tout dans le cadre d'une exigence constante de qualité et de sécurité des prestations offertes.

Dans le même temps, la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, les difficultés d'effectifs médicaux dans certaines disciplines médicales, particulièrement sensibles dans les établissements de faible capacité situées dans des zones éloignées des centres urbains, conduisent les agences régionales d'hospitalisation à concevoir des solutions visant à assurer la couverture des besoins de santé de proximité en optimisant les ressources disponibles dans le secteur concerné.

C'est la synthèse de ces deux séries d'éléments qui conduit à la recomposition des activités de soins.

Les données quantitatives et qualitatives des opérations menées dans le cadre des régions sont directement renseignées par les agences régionales sur le site de l'observatoire des recompositions qui peut être mis à jour au fil de l'eau et en tout état de cause avant le 30 juin de chaque année, date à laquelle il est procédé à l'examen comparatif de la situation d'une année à l'autre.

2-1 L'évolution en chiffres des opérations de recompositions des activités de soins du 30 juin 2002 au 30 juin 2003 :

58 opérations de recompositions qui étaient précédemment engagées sont parvenues à terme , tandis que **78 opérations nouvelles** sont engagées.

L'analyse des opérations parvenues à terme permet de dégager des tendances générales dans les objectifs assignés aux opérations de recompositions, même si certaines d'entre elles répondent à des spécificités régionales.

2-2 Analyse des objectifs assignés aux opérations de recompositions qui sont parvenues à leur terme entre 2002 et 2003 :

2-2-1 L'objectif d'optimisation des moyens

Il figure dans 16 cas sur 58, exprimé sous différentes formules telles « la nécessité d'assurer une masse critique d'activité d'un plateau technique », « optimiser les moyens en personnel et plateau technique », « renforcement et optimisation du

dispositif sanitaire dans une zone déterminée », « recherche de complémentarités et de coopération forte entre deux ou plusieurs établissements », « partage d'activités entre établissements », « mettre fin à une concurrence préjudiciable à la qualité de l'offre », « améliorer la qualité de la prise en charge par une meilleure répartition des activités ».

L'objectif d'atteindre un volume d'activité suffisant pour dégager des économies d'échelle est très présent dans les opérations touchant les cliniques privées et donne lieu à des fusions juridiques et regroupements des cliniques sur un même site géographique, à des rachats d'une structure privée par une autre, à des partages d'activités avec l'établissement public de santé proche aboutissant souvent à l'attribution de la totalité de l'activité de chirurgie à la clinique sur la base d'une concession de service public et, parfois regroupement de l'établissement public de santé et d'une clinique sur un même site géographique avec coexistence des deux statuts.

Dans les opérations visant à l'optimisation des moyens mettant en jeu les seuls établissements publics de santé, le moyen utilisé à cet effet est souvent la fusion des structures (7 opérations de fusions) avec parfois utilisation de la formule du SIH (syndicat interhospitalier) comme étape intermédiaire préparatoire à la fusion.

2-2-2 L'amélioration de l'organisation de l'activité d'obstétrique

Elle apparaît dans 11 opérations sur les 58 opérations menées à leur terme. Cet objectif s'est traduit par le regroupement de l'activité d'obstétrique de deux ou plusieurs structures sur un site unique.

Le transfert de l'activité d'obstétrique est opéré dans la plupart des cas, d'une structure privée vers une structure publique avec, lorsque le contexte local le justifie, l'ouverture d'une clinique ouverte dans l'enceinte de l'établissement hospitalier public où se trouve regroupée la totalité de l'activité d'obstétrique et, l'ouverture d'un centre périnatal de proximité dans le site où l'activité d'accouchement a été supprimée.

Dans les opérations concernant les centres hospitaliers, la sécurisation médicale de l'activité d'obstétrique d'un établissement connaissant des difficultés, a été assurée par la création d'une F.M.I.H.(fédération médicale interhospitalière) avec l'équipe médicale d'un autre établissement de santé et mise en place d'une organisation entre les deux établissements pour la prise en charge des interventions programmées et des urgences.

2-2-3 L'amélioration de la qualité et de la sécurité comme déterminant de la recomposition opérée apparaît également dans de nombreuses opérations

Cet objectif est expressément mentionné dans 9 opérations sur les 58 abouties. Mais, il figure en filigrane dans la plupart des actions de recompositions. Cependant, c'est principalement au niveau de l'activité de chirurgie que porte cette action de sécurisation.

Les opérations menées concernent des établissements publics de santé et se traduisent par des actions dans lesquelles l'action de sécurisation médicale repose sur un établissement public de santé qui sert de pilier de soutien à celui ou à ceux dans lesquels il existe des difficultés de fonctionnement au niveau de l'activité de chirurgie : les actions consistent alors à supprimer l'activité de chirurgie dans un ou plusieurs éta-

blissements avec regroupement de cette activité dans l'établissement de santé servant de tremplin, avec mise en place de consultations avancées dans les établissements ayant cessé l'activité de chirurgie et parfois d'une UPATOU (unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences).

Lorsque l'activité de chirurgie est ainsi supprimée, l'activité des établissements de santé concernés est infléchi vers un rôle de soins de proximité, tandis que l'établissement pilier autour duquel ces actions ont été conduites, voit son rôle d'établissement d'appel renforcé.

2-2-4 L'objectif de maintien ou d'organisation de soins de proximité

Il est mentionné dans 8 cas sur 58. Ces opérations se traduisent selon les cas, par des changements de localisation d'un équipement lourd de cancérologie avec instauration d'un partenariat entre plusieurs utilisateurs, des implantations d'unités de psychiatrie d'hospitalisation complète dans des hôpitaux généraux, ces unités continuant à être gérées par un CHS (centre hospitalier spécialisé), par la mise en place dans les établissements de santé de la région des services de proximité susceptibles de désengorger le CHR avec le concours des médecins du CHR qui contribuent à la formation des équipes, par la délocalisation de certains établissements de SSR (soins de suite et réadaptation) pour les rapprocher des agglomérations qu'ils desservent majoritairement.

2-2-5 L'objectif de mise en place de filières court-séjour, réadaptation, soins de suite

Cet objectif (5 cas sur 58) apparaît surtout dans les opérations de recompositions des activités de soins qui s'organisent à partir d'un CHR avec les établissements périphériques par reconversion de lits de médecine en lits de SSR (soins de suite et réadaptation) pour augmenter la capacité de ces structures dans ce domaine, et l'instauration d'un partenariat entre le CHR et ces établissements.

2-2-6 Enfin, certaines opérations sont dictées par la nécessité de maintenir une offre de soins suite à la fermeture inopinée de cliniques.

Ainsi les grandes tendances qui se dégagent des opérations réalisées sont celles d'une **recherche d'optimisation des moyens** par des actions de regroupement d'une ou de plusieurs activités sur un seul site, **d'une graduation de l'offre de soins** avec une offre de proximité dispensée par des établissements de santé situés dans le bassin de population desservie et dont l'action s'organise autour d'une structure de soins hospitalière plus importante qui joue le rôle de structure d'appel par rapport aux précédentes. Le ciment de cette organisation est une concertation médicale forte formalisée par le biais **des F.M.I.H.** (fédérations médicales interhospitalières) et par une organisation des activités de soins en **pôles de santé**.

2-3 Objectifs assignés aux nouvelles opérations de recompositions initiées depuis le 30/06/2002

78 nouvelles opérations ont été initiées par les agences régionales d'hospitalisation entre le 30/06/2002 et le 30/06/2003.

- 40% des opérations envisagées visent un objectif d'optimisation et de rationalisation des activités de soins.
- un peu plus de 10 % mentionnent l'objectif d'organiser une offre de soins de proximité,
- près de 10 % des opérations invoquent la nécessité de réorganisation de l'activité obstétricale ;

Dans les 40 % restants, les objectifs formulés évoquent la notion de réorganisation de l'offre de soins dans une zone géographique donnée pour l'adapter aux besoins de la population. Cette indication à caractère général ne permet pas de restituer avec précision l'orientation recherchée. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit d'opérations nouvellement initiées et dont les contours se dessineront au fil des négociations menées.

Mais on constate d'ores et déjà que la tendance forte des actions envisagées est celle d'une optimisation des moyens par regroupement des moyens existants et par toute action mettant en œuvre une forte complémentarité entre établissements de santé.

2-4 Les réseaux de santé en 2003

En 2003, 226 réseaux ont été recensés *via* les ARH, financés par la dotation nationale des réseaux (DNDR), le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et/ou dans le cadre du dispositif prévu par les articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité social (« réseaux Soubie »).

Les années 2002 et 2003 ont été décisives pour les réseaux de santé, un nouveau cadre législatif et réglementaire des réseaux ayant été mis en place, reconnaissant leur fonction indispensable, structurante et irréversible au sein du système de santé.

Ce dispositif simplifie les modalités de financement et clarifie l'organisation des réseaux de santé ville/hôpital. Il est constitué par un ensemble de textes :

- article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé qui introduit un article L. 6321-1 dans le code de la santé publique relatif aux réseaux de santé ;
- décret du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;
- décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;
- circulaire cosignée par le ministère de la santé et la CNAMTS du 19 décembre 2002 ayant pour objet d'accompagner la mise en œuvre opérationnelle de ces nouvelles dispositions.

Dans ce nouveau contexte, la mise en œuvre de la procédure maintenant régionalisée de financement des réseaux sur la DNDR nécessite au préalable une organisation régionale avec notamment :

- la mise en place des structures de coordination appropriées : « guichet unique » lieu de convergence de tous les financeurs potentiels, secrétariat technique commun ARH/URCAM, cellule d'appui aux réseaux, comité régional des réseaux ...
- la mise au point des modalités d'instruction de la décision conjointe de financement : convention signée ARH/URCAM, définition des orientations régionales relatives au développement des régions, arrêté type portant décision publié au recueil des actes administratifs...

La dotation nationale de développement des réseaux, mise en œuvre pour la première fois en 2002, s'élevait cette année là à 22.87 millions d'euros. Le dispositif ayant été rendu opérationnel dans les régions courant décembre, cette dotation a néanmoins été consommée à plus du tiers, essentiellement pour financer des dépenses d'équipement. Cette rapidité de montée en charge révèle l'intérêt des professionnels de santé pour ces nouvelles formes de prise en charge.

En 2003, cette dotation représente 45.86 millions d'euros. L'objet des réseaux financés correspond aux priorités de santé publique définies au niveau national :

- lutte contre le cancer
- amélioration de l'accueil aux urgences
- développement des soins palliatifs
- périnatalité
- personnes âgées
- handicap
- diabète

L'essentiel des réseaux financés sont des réseaux ville-hôpital, qui permettent un incontestable décloisonnement des acteurs de l'offre de soins, correspondant aux véritables besoins des populations : décloisonnement entre les prises en charges à domicile et hospitalières, entre les secteurs, sanitaire et social, public et privé. Des exemples significatifs peuvent être cités, tel le réseau gérontologique mis en place par la mutualité sociale agricole dans 19 régions, qui prend aujourd'hui en charge un millier de personnes âgées ou, en Ile de France, le réseau de soins palliatifs « Le Pallium » permettant le maintien à domicile d'un nombre croissant de patients en fin de vie.

En outre, l'émergence de réseaux interrégionaux et transrégionaux traduit la volonté, tant des professionnels que des pouvoirs publics, d'apporter la réponse la plus pertinente aux besoins des patients, en respectant la réalité des territoires. Ainsi, le réseau de lutte contre le cancer ONCOSUD, répond aux besoins communs des patients à la confluence des régions PACA, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes.

