

région ou la mise aux normes des dispositifs médicaux visant à réduire le risque lié aux agents transmissibles non conventionnels dans les établissements de santé). Il y a urgence à développer des méthodes de hiérarchisation communes aux risques et aux problèmes de santé, basées sur des méthodes bénéfice/risque.

Enfin, il est nécessaire de développer encore le débat public en région sur ces nouveaux axes.

L'espace décisionnel reste très fragmenté

Le choix de construire des priorités dans un espace régional, articulé autour du préfet de région et de son comité régional des politiques de santé, n'est pas simple à mettre en œuvre. Dans le même mouvement qui le désaisit de ses compétences hospitalières, il est demandé au préfet de région d'animer le pilotage de l'ensemble des politiques régionales de santé, sans personnels spécifiques autres que ceux des Drass, ni financement transversal dédié. Cette demande de création d'une enveloppe nationale transectorielle a d'ailleurs fait l'objet de nombreux développements et débats en conférences nationales de santé en 1999 et 2000, sans traduction concrète à ce jour [10].

En l'absence de positionnement institutionnel fort, à l'image des ARH, l'animation des politiques régionales de santé par le préfet repose sur les volontés locales de s'associer ou pas au montage d'un patchwork collectif où chacun sera tenté de revendiquer l'organisation de l'ouvrage sur son patron propre.

Au total, les liens entre priorités et allocation de ressources restent fragiles [13]. Les orientations récentes de la loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé répondent à une partie des préoccupations sous-jacentes. Les débats « santé » vont se concentrer au sein d'un même espace « conseil régional de santé »**.

Mais le dispositif décisionnel est inchangé.

Les conflits de légitimité ne sont pas ou peu arbitrés

La principale contrainte pour l'équilibre régional vient de l'échelon national. Il impose de travailler sur de nouvelles priorités sans tenir compte de celles déjà engagées, contribuant à l'étouffement de la maîtrise d'œuvre sous l'effet d'empilement de plans nationaux : le suicide, le diabète, la nutrition et le cancer viennent ainsi de s'ajouter ces dernières années aux charges des choix locaux. La tension entre jacobins et girondins reste toujours vivante dans notre pays.

Cette accumulation de programmes imposés vide peu à peu de sa substance tout exercice de hiérarchisation régionale des priorités.

Il est par ailleurs difficile, à un moment donné, d'accompagner efficacement plus de quatre ou cinq priorités déclinées en programmes régionaux de santé.

Il faudra bien, un jour, refonder le partage des compétences et des responsabilités des acteurs en charge de la santé et des affaires sociales.

**Articles 24 et 25 du projet de loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé.

Le débat portera également sur les compétences des différentes collectivités territoriales. Il dépasse naturellement le seul secteur santé et il n'est pas étonnant qu'il rejaille à l'occasion du débat sur le transfert d'autres compétences aux collectivités territoriales.

Voilà, entre autres, quelques chantiers qu'il serait intéressant d'inscrire à l'agenda de la prochaine législature, avant d'organiser la prochaine évolution confiant la gestion du système à une agence régionale de santé. ■

Les Sros et les ARH

Maxence Cormier
Maître de conférences associé en droit public à l'Institut d'études politiques de Rennes

Institués par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) et leurs annexes étaient destinés à compléter les cartes sanitaires et les indices de besoins qui, jusqu'alors, permettaient une planification purement quantitative de l'offre de soins. Ils devaient être l'instrument de planification qualitative qui manquait au dispositif de planification de l'offre de soins créé dans les années soixante-dix. Initialement, le schéma d'organisation sanitaire devait seulement déterminer : « *la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population [...]* ». Mais le contenu des Sros a connu d'importantes évolutions au fil des différentes réformes hospitalières qui se sont succédé depuis 1991 en donnant ainsi aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) leur principal instrument d'adaptation de l'offre de soins.

L'adaptation continue du contenu des Sros par les réformes hospitalières successives

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est venue préciser que l'annexe du Sros détermine : « *les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à la réalisation des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire* » et qu'elle est opposable aux demandes d'autorisations et de renouvellements d'autorisations.

Le contenu du Sros et de son annexe était ainsi clairement déterminé. Pourtant, certains préfets (alors compétents pour établir les Sros) sont allés plus loin en imposant dans ces schémas des normes techniques de fonctionnement applicables aux installations, aux équipements et aux activités de soins soumis à autorisation. Ce faisant, ils ont commis une illégalité qui, pour un Sros (le Sros de première génération de Lorraine), a conduit à son annulation partielle par le Conseil d'État pour incompétence de son auteur (CE, 15 février 1999, URHP du Nord-Est). Cette annulation a eu lieu le 15 février 1999, en pleine période de préparation des Sros de

deuxième génération. Or, nombreux étaient les projets de Sros qui contenaient des normes techniques applicables aux activités soumises à autorisations. En conséquence, la majorité des ARH a toiletté et épuré son projet de Sros de toutes normes techniques.

Cinq mois plus tard la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle est venue préciser le régime juridique des Sros en modifiant la rédaction de l'article L. 6121-3 du Code de la santé publique qui dispose désormais que : « *Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire. Toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines installations ou activités de soins mentionnées à l'article L. 6121-2.*

« *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 détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs mentionnés à l'article L. 6121-1. Il peut comporter des recommandations utiles à la réalisation de ces objectifs.* »

Certaines ARH y ont vu (à tort) la possibilité pour les Sros de comporter des normes techniques opposables aux demandeurs d'autorisations. Or le terme de « recommandations » ne signifie en aucun cas « normes techniques opposables ».

Au final, la rédaction des Sros de deuxième génération n'est pas uniforme, cette absence d'uniformité s'expliquant pour partie par l'arrêt susmentionné du Conseil d'État du 15 février 1999 et par la loi du 27 juillet 1999. En effet, les ARH ont modifié la rédaction de leur Sros pour les rendre compatibles avec la jurisprudence administrative. Les normes techniques qui s'y trouvaient ont été expurgées et les objectifs qu'ils comportaient ont été formulés de la manière la plus générale possible (des ARH ayant donné à l'arrêt du Conseil d'État une portée qu'il n'avait pas). Ce faisant, ces agences ont publié des Sros pour lesquels il paraît très difficile, voire impossible, d'envisager qu'une demande d'autorisation puisse être déclarée incompatible avec leurs objectifs.

D'autres ARH ont au contraire publié des Sros contenant des objectifs précis et en conséquence opposables aux demandes d'autorisation. Parmi ces Sros, certains comportent également des normes techniques et sont donc pour ce motif illégaux.

En pratique, il existe donc trois types de Sros : les Sros légaux et opposables, les Sros légaux mais dont les objectifs sont inopposables car trop généraux et les Sros illégaux car comportant des normes techniques.

Le Sros instrument d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population

Les Sros de deuxième génération sont aujourd'hui, pour les ARH, un instrument particulièrement efficace d'adaptation de l'offre de soins aux besoins réels de la

population et de fixation de l'organisation territoriale de l'offre de soins hospitalière au sein d'une zone sanitaire déterminée. Cet instrument d'orientation en matière contractuelle est opposable aux demandes d'autorisation hospitalière. En effet, les objectifs du Sros et son (ses) annexe(s) sont opposables aux demandes d'autorisations de création comme aux demandes de renouvellement d'autorisation (art. L. 6122-2 et L. 6122-8 du CSP). La commission exécutive de l'ARH dispose ainsi d'un instrument juridique lui permettant de refuser la délivrance d'autorisation (art. R. 712-42 du CSP). Or, si récemment cette condition de compatibilité avec les objectifs du Sros et avec son annexe était encore rarement opposée aux promoteurs, aujourd'hui elle est très régulièrement utilisée par les agences pour rejeter une demande d'autorisation. Il est d'ailleurs certain qu'à moyen terme cette condition sera l'instrument des agences leur permettant d'« inciter » les établissements de santé à aménager leurs projets soumis à autorisation afin qu'ils deviennent « compatibles » avec le Sros (objectifs et/ou annexe) et, à défaut, de rejeter ces projets. Les promoteurs doivent donc impérativement examiner avec précision la « compatibilité » de leurs projets avec les objectifs du Sros et avec leurs annexes. Un jugement du tribunal administratif de Paris du 28 mars 2000 donne quelques renseignements sur cette notion de compatibilité avec les objectifs du Sros. Pour le juge administratif, un objectif trop général, en l'espèce « un principe d'accessibilité », ne permet pas de déclarer une demande d'autorisation incompatible avec le Sros. Or, nombreux sont les Sros qui comportent des objectifs généraux (trop généraux...). Ils ne seront donc pas opposables aux promoteurs.

En pratique, ce recours aux objectifs et à l'annexe d'un Sros devrait conduire à une augmentation importante du contentieux en matière d'autorisations hospitalières. Or, certains Sros de deuxième génération sont partiellement illégaux. Pourtant, dans la mesure où ces Sros n'ont pas fait l'objet d'un recours hiérarchique dans les deux mois suivant leur publication (puis éventuellement d'un recours pour excès de pouvoir), il est impossible d'en demander l'annulation. Cela signifie-t-il que les agences régionales de l'hospitalisation peuvent sans risque (juridique) opposer des Sros partiellement illégaux aux demandes d'autorisation ? La réponse est évidemment négative. En effet, un promoteur peut en demander l'abrogation, totale ou partielle, auprès du directeur de l'agence. En cas de refus d'abroger, le promoteur peut demander l'annulation de ce refus et éventuellement sa suspension dans le cadre d'une procédure d'urgence sur la base de l'article L. 521-1 du Code de justice administrative. Enfin, si l'autorisation sollicitée a d'ores et déjà été refusée par la commission exécutive au motif que la demande était incompatible avec un objectif du Sros ou avec son annexe, le promoteur peut toujours exciper de l'illégalité du Sros à l'occasion d'un recours hiérarchique auprès du ministre contre la délibération refusant l'autorisation. ■

