



La régulation hospitalière : quelques éléments pour un bilan

Une panoplie d'outils existe, permettant au système hospitalier de s'adapter aux évolutions de la société. Ils ne seront suffisants que si les diagnostics sont posés et si les acteurs ont les capacités et la volonté de gérer le changement

Jean-Pierre Claveranne
Professeur des universités
Martine Conci
Maître de conférences
en sciences de gestion
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les décrets d'application qui l'accompagnent comme les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée constituent un corpus juridique autonome poursuivant trois objectifs fondamentaux :

- améliorer la prise en charge hospitalière,
- optimiser l'offre de soins par une meilleure coordination du dispositif existant,
- maîtriser les dépenses de santé.

Pour ce faire, cet ensemble de textes s'articule autour de deux idées forces :

- inscrire et ancrer la réforme de l'offre de soins au plan régional en donnant à chaque agence régionale la mission de l'organiser, de la gérer et de la faire évoluer sur son territoire ;
- faire de chaque établissement participant à l'offre de soins un acteur responsable de son propre développement et un partenaire actif dans la réforme de l'offre de soins par l'élaboration et la formulation d'un projet d'établissement, par la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation, par l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement, condition essentielle pour la mise en œuvre d'une réponse globale du système de soins aux besoins de santé de la population.

Les instruments prévus par la loi dessinent une économie singulière et originale au sein des politiques de régulation de l'offre de soins mises en œuvre dans les pays développés.

- Instruments de type macro-économique, la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) profilent sur le territoire régional, les grandes orientations de la politique mise en œuvre, à partir des objectifs précités et de la structure de l'offre de soins existante et des différents projets des établissements.

- Instruments de type microéconomique, le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci le projet médical sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leur stratégie et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population, des orientations du Sros, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés et des perspectives de développement des techniques médicales et des prises en charges*.

- Instrument de type mésoéconomique, le contrat d'objectif et de moyen est le bras séculier à la disposition des agences d'hospitalisation pour mettre en œuvre de façon contractuelle le schéma régional d'organisation en ce qu'il permet sur un territoire donné de mettre en synergie les orientations stratégiques des établissements et celles définies par le Sros. Afin de permettre une réponse graduée dans les prises en charge, des nouvelles modalités de coopération ont été mises en place, qu'il s'agisse des communautés d'établissement ou des groupements de coopération sanitaire en matière d'hospitalisation ou des réseaux de soins créés entre les établissements et la médecine de ville ou les alternatives à l'hospitalisation.

- Enfin, dernière venue dans le paysage, l'accréditation, procédure conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères, de

* Les confrontations Sros-projet d'établissement sont prévues par la loi de façon directe et indirecte, qu'il s'agisse de la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps, de la possibilité de modifier le Sros à tout moment, des possibilités de réaliser des contrats tripartites entre la tutelle, l'assurance-maladie et les établissements.

référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Dès lors le pilotage du système se conjugue comme suit en théorie :

- dans un premier temps, l'agence régionale définit le cadre dans lequel chaque établissement est appelé à inscrire son action,
- dans un second temps il incombe à l'établissement d'en déduire une stratégie propre incluant des alliances et des partenariats avec les autres établissements du secteur ou la médecine de ville, se traduisant dans son projet d'établissement, et d'en négocier les grands choix avec l'agence régionale au travers du contrat,
- dans un troisième temps, l'établissement exécute ses engagements de manière autonome, en bénéficiant, s'il le respecte, des moyens prévus par le contrat,
- enfin, par le biais de visites d'accréditation, de façon indirecte et par un effet système, l'agence régionale d'hospitalisation est à même d'inciter, le cas échéant, un établissement à améliorer son offre de soins.

L'articulation carte sanitaire/Sros

Si la carte sanitaire qui délimite les secteurs sanitaires peut être considérée comme un contenant, c'est-à-dire un espace géographique délimité auquel sont affectés des indices de référence relatifs au nombre de lits et places d'hospitalisation et aux équipements lourds autorisés, le Sros en constitue le contenu. Il détermine, à l'intérieur de chaque secteur sanitaire, les objectifs de répartition géographique des activités en fonction des besoins de la population et de l'évolution des techniques médicales. Il organise également l'articulation des différents services, activités ou équipements entre eux afin de constituer des réseaux de prise en charge de qualité.

Tandis que la carte sanitaire garde pour fonction de verrouiller l'offre de soins, le Sros, appropriation par les acteurs régionaux de l'équipement et de son organisation, a pour objet de mettre cette offre de soins en réseau et de déterminer les objectifs pour une organisation équitable et cohérente de l'offre de soins.

Il y a donc à l'évidence une dialectique carte/ schéma qui se joue dans l'espace (nation-région) et dans le temps (carte : ce qui est, schéma : ce qui advient) : la carte et le schéma fonctionnent de façon récursive.

La carte ne prend tout son sens que par le schéma qui lui est associé : sans lui elle se vide

d'une partie de sa finalité, sans elle le schéma ne peut advenir. Preuve est donnée de cette récursivité dans l'élaboration simultanée par de nombreuses régions de la carte et du schéma.

L'articulation carte sanitaire/Sros/projet

La carte et le Sros constituent la matrice dans laquelle les projets d'établissement doivent se mouler. La carte, le Sros et le projet d'établissement entretiennent, eux aussi, des relations récursives :

- comme le précise la loi, la carte sanitaire et le Sros sont établis à partir d'une analyse qui tient compte des projets d'établissement approuvés,

- de même, le projet d'établissement arrêté par un établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

Sros et projet ne peuvent se penser indépendamment l'un de l'autre. Établis à des périodes différentes pour une durée de cinq ans, leur articulation oblige chacun des acteurs, agences régionales d'hospitalisation ou établissements hospitaliers, à un exercice de logique qui n'est pas sans poser problème dans un univers où l'on voudrait que la circulaire dicte chacun des pas.

Le contrat d'objectifs et de moyens, résultante de l'articulation carte sanitaire/Sros/projet

Les ordonnances d'avril 1996 ont mis en œuvre les contrats d'objectifs et de moyens qui remplacent le dispositif contractuel défini par la loi de 1991 qui prévoyait deux types de contrats :

- les contrats pluriannuels tripartites non obligatoires entre tutelle, organismes d'assurance-maladie et établissements publics et privés,

- les conventions à durée déterminée bipartites obligatoires entre l'assurance-maladie et les établissements privés. Il apparaît que le lien entre les deux logiques passe par la définition des contrats pluriannuels comme mise en œuvre, dans le temps, des schémas et des autorisations.

Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et ils définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

Les contrats d'objectifs et de moyens sont à tout le moins au plan théorique l'outil

opérationnel au service d'une politique régionale de régulation de l'offre de soins en ce qu'ils permettent aux agences de mettre en œuvre le Sros par la négociation avec les établissements mais aussi par la contrainte des financements globaux ou spécifiques. Enfin ces contrats d'objectifs et de moyens, lorsqu'ils reposent sur des indicateurs précis et pertinents, constituent les tableaux de bord permettant d'évaluer tant la réalisation des engagements pris par les établissements que par les agences régionales.

Le jeu déconnecté de l'accréditation

La procédure d'accréditation est pour l'instant déconnectée des articulations précédentes, l'ordonnance ne prévoyant la saisine de l'ARH par le directeur de l'Anaes que dans des cas graves de non-respect de la sécurité.

Il y a lieu de parier que, pour les années à venir, par le jeu d'un effet système, les résultats des procédures d'accréditation seront au cœur des négociations des contrats d'objectifs et de moyens, tant à l'initiative des établissements qui tenteront de négocier les bons résultats obtenus ou de demander des moyens supplémentaires afin de pouvoir corriger les dysfonctionnements mis en œuvre par les visiteurs de l'Anaes, qu'à l'initiative de l'agence qui pourra prendre appui sur les conclusions de l'Anaes au nom du principe de précaution pour imposer ses vues de façon autoritaire.

À l'issue des vingt années de propositions législatives, de réglementations et de mises en œuvre, la France dispose d'une panoplie d'outils lui permettant, tant sur le plan théorique que sur le plan technique, de réussir les mutations qu'entraîne pour le système hospitalier et le système de soins, l'évolution des technologies, des pratiques médicales, de la médecine et des droits des patients. Encore faut-il qu'à tous les niveaux, tant à celui des ARH que des établissements ou que du politique, les acteurs qui ont en charge le changement aient le courage de poser les diagnostics, qu'ils aient les capacités d'élaborer des visées et les marges de manœuvre politique pour le réaliser. ■