



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2004

De la réforme hospitalière à la réforme de l'hôpital

L'exemple des décrets de réanimation du 5 avril 2002

Cédric ARCOS

Remerciements

Il serait difficile de remercier ici tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire tant ils sont nombreux et tant leur soutien a été important. Je tiens cependant à remercier l'ensemble des personnes qui ont bien voulu répondre, souvent longuement, à mes questions et qui m'ont permis non seulement d'affiner ma vision du sujet, mais surtout de confronter mes hypothèses à la réalité du terrain. Ces mêmes remerciements s'adressent à la Fédération Hospitalière de France qui m'a ouvert ses archives, ainsi qu'au Département de Conseil en Stratégie des Hospices Civils de Lyon qui a mis à ma disposition une documentation abondante et accepté ma participation aux réunions les plus importantes directement en lien avec mon thème de recherche.

Je souhaite profiter de ces quelques lignes pour témoigner de ma reconnaissance à Mme Joséphine pour son aide dans la définition de ce sujet, pour son soutien permanent et ses conseils toujours utiles. Que M. Vinot soit également remercié, bien sûr pour avoir accepté de diriger ce travail, mais aussi pour son aide méthodologique et son incitation à aller plus loin dans l'analyse des situations. Il me faut enfin souligner le rôle de M. Gomez et du Dr Anino qui ont fait preuve d'une grande disponibilité et dont l'expertise et la compétence m'ont été très précieuses.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES DECRETS DU 5 AVRIL 2002: UNE VOLONTE POLITIQUE DE NORMALISER UNE ACTIVITE A HAUT RISQUE ET DE RECOMPOSER L'OFFRE HOSPITALIERE	9
1.1 La genèse difficile de textes modifiant en profondeur les conditions d'exercice de la réanimation.....	9
1.1.1 Une parution longemps repoussée par les pouvoirs publics en raison des conséquences prévisibles de leur application.....	10
A) Une volonté initiale de sécuriser le fonctionnement des services de réanimation.....	10
a) L'hétérogénéité du paysage hospitalier en matière de réanimation	10
b) Un besoin de clarification des conditions de fonctionnement des services de réanimation.....	12
B) Les effets restructurant attendus de cette normalisation.....	13
a) La nécessité de rationaliser l'offre de soins existante	13
b) La longue hésitation des pouvoirs publics	16
1.1.2 Des textes contraignant qui encadrent l'exercice des services de réanimation	18
A) Une définition précise du champ de la réanimation.....	19
B) Un resserrement des conditions techniques de fonctionnement.....	22
1.2 Vers une modification en profondeur du paysage hospitalier ?	26
1.2.1 Une objectivation de la graduation des soins et une incitation à la coopération inter-établissements	26
A) La connaissance de l'existant, gage d'une application adaptée des décrets	26
a) La liberté méthodologique laissée aux agences régionales de l'hospitalisation.....	26
b) L'exemple des régions Rhône-Alpes et Bretagne.....	29
B) L'ébauche d'une restructuration de l'offre hospitalière	32
a) Analyse des premières conclusions	32
b) Le temps du débat politique	34
1.2.2 L'inégale capacité d'adaptation des établissements.....	37
A) Les établissements de santé et les conséquences économiques de la réforme d'avril 2002.....	38
a) L'incitation aux regroupements d'activité par la fixation de normes coûteuses	38
b) Illustration	41
B) Le pari des décrets et leurs conséquences éthiques	43
a) Le pari d'une graduation des soins	43
b) Les conséquences éthiques des décrets	45

2	DES DECRETS REVELATEURS DE L'INADEQUATION DES OUTILS DE PLANIFICATION AUX ENJEUX PRESENTS ET FUTURS DU SYSTEME DE SANTE.....	49
2.1	Les limites du régime d'autorisation comme outil de réalisation des objectifs du SROS .50	
2.1.1	Un régime au service de la fonction planificatrice des pouvoirs publics.....	50
	A) Les mouvements de fond de la planification hospitalière.....	50
	a) Les outils de la planification.....	50
	b) Le régime d'autorisation, outil de mise en œuvre des objectifs du SROS et de la carte sanitaire.....	52
	B) Les enjeux de l'autorisation.....	55
	a) Une procédure longue et fastidieuse... ..	55
	b) ...dont le résultat est cependant important pour les établissements.....	59
2.1.2	Le doute des professionnels sur l'utilisation de cet outil en planification sanitaire.....	61
	A) Un régime jugé trop administratif.....	63
	a) Un réel manque de souplesse.....	63
	b) Un outil déconnecté des besoins de la population.....	66
	B) La faible place de l'évaluation.....	67
	a) Des obligations réglementaires.....	67
	b) ...qui ne trouvent pas de réelle application.....	69
2.2	Pour un nouveau régime d'autorisation s'inscrivant dans une planification plus claire et plus souple.....	72
2.2.1	L'inéluctable refondation de ce régime.....	72
	A) Une volonté politique de simplification : le plan « hôpital 2007 ».....	72
	a) Un projet global de modernisation de l'hôpital.....	72
	b) Une réforme des autorisations davantage technique que politique.....	75
	B) Un régime qui doit évoluer et s'inscrire dans une nouvelle conception de la planification sanitaire.....	78
	a) L'intégration de l'autorisation dans le COM, condition de réussite d'une planification « négociée et responsabilisante ».....	78
	b) La nécessité de renforcer la nature contractuelle des relations entre l'Etat et les établissements de soins.....	83
2.2.2	Faire de l'évaluation une étape centrale de l'autorisation.....	84
	A) L'évaluation : une condition de réussite des réformes du système de santé.....	85
	a) La démarche de l'évaluation.....	85
	b) Des expériences concluantes.....	89
	B) Le rôle de la procédure d'accréditation.....	91
	a) Des liens encore faibles entre autorisation et accréditation.....	91
	b) Des synergies à inventer.....	93
	BIBLIOGRAPHIE.....	97
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

A.N.A.E.S.	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
A.R.H.	Agence régionale de l'hospitalisation
C.E.	Conseil d'Etat
C.H.	Centre hospitalier
C.H.U.	Centre hospitalier universitaire
C.N.O.S.S.	Comité national de l'organisation sanitaire et social
C.O.M.	Contrat d'objectifs et de moyens
C.S.P.	Code de la santé publique
D.D.A.S.S.	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
D.I.M.	Département de l'information médicale
D.R.A.S.S.	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
D.R.E.E.S.	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
E.R.S.M.	Equipe régionale du service médical
F.H.F.	Fédération hospitalière de France
G.C.S.	Groupement de coopération sanitaire
G.I.P.	Groupement d'intérêt public
H.C.L.	Hospices civils de Lyon
I.G.A.S.	Inspection générale des affaires sociales
J.O.	Journal officiel
S.A.U.	Service d'accueil des urgences
S.I.H.	Syndicat inter hospitalier
S.O.S.	Schéma d'organisation sanitaire
S.R.O.S.	Schéma régional d'organisation sanitaire
U.P.A.T.O.U.	Unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences
U.S.I.C.	Unité de soins intensifs cardiologiques

INTRODUCTION

1. Problématique:

Depuis que, dans les années 1960, la santé est devenue un enjeu politique à part entière, le thème de la réforme hospitalière s'est souvent retrouvé sur l'agenda politique des différents ministres de la santé qui se sont succédés Avenue de Ségur. A chaque reprise, il s'agissait pour le ministère concerné d'améliorer le fonctionnement de l'institution hospitalière dans son ensemble et d'en maîtriser les coûts. Les deux grandes lois hospitalières, intervenues respectivement en 1970 et 1991, sont révélatrices de ces moments particuliers où le débat politique s'est conclu par l'édiction de normes cherchant à donner de nouvelles orientations à la politique hospitalière. Bien que ces lois sont chacune marquées par le contexte de leur époque, à chaque fois l'objectif premier est de maîtriser les dépenses de santé, de développer les complémentarités entre les établissements, entre les deux secteurs de l'hospitalisation et de renforcer les outils de la planification hospitalière.

Ces lois, comme d'ailleurs les ordonnances d'avril 1996 ou encore les chantiers actuels du ministre Jean-françois Mattei, vont cependant plus loin que la « seule » réforme hospitalière et cherchent à réformer l'hôpital. D'une apparente évidence, cette affirmation est en fait au cœur des enjeux de la politique des pouvoirs publics en matière hospitalière. En effet, les objectifs assignés à la planification hospitalière ne peuvent être satisfaits qu'à la seule condition que l'hôpital change, évolue, se réforme et c'est bien là que résident les difficultés. Le chemin est en effet long et complexe entre la réforme hospitalière et la réforme de l'hôpital, cette dernière ne pouvant se contenter de textes législatifs ou réglementaires. Or, bien souvent, les difficultés que rencontrent les responsables hospitaliers trouvent leur origine dans la confrontation à la réalité de la réforme hospitalière qui peut mettre en évidence les insuffisances, les lacunes mais aussi les excès des mouvements initiés. A tel point qu'aujourd'hui l'heure est sans doute venue de modifier la gouvernance hospitalière, de la rapprocher du terrain et, partant, d'inventer de nouveaux outils et de nouvelles manières de conduire la politique sanitaire.

A cet égard, l'exemple du secteur de la réanimation est parfaitement représentatif des enjeux en présence. En premier lieu car il revêt une importance toute particulière dans la stratégie d'un établissement. Posséder ou non un service de réanimation n'est en effet pas neutre et a des conséquences fortement structurantes pour l'hôpital et son environnement. Outre l'intérêt financier qui peut être attaché à l'existence d'une telle

activité dans l'établissement, c'est surtout le rayonnement que celle-ci va lui permettre qui est stratégique. Avec un service de réanimation, l'hôpital va pouvoir attirer du personnel qualifié, offrir un plateau technique de qualité qui va intéresser les chirurgiens et leur permettre de développer une activité plus pointue. Il va également permettre le maintien d'une activité d'urgence qui sans un tel service ne pourrait que fonctionner a minima. Enfin, il va être un signe fort du positionnement de l'hôpital par rapport à son environnement et traduit son importance, notamment sa place dans les réseaux de soins.

En second lieu car ce secteur est actuellement en pleine mutation, sous l'effet d'une évolution de la réglementation. En raison de la difficulté à définir le champ précis de cette activité et à établir des critères unanimement reconnus par tous, les services de réanimation se sont longtemps développés sans contrôle véritable à tel point que le paysage hospitalier est aujourd'hui fortement disparate, que ce soit en terme d'activité, de recrutement et de qualité. Par ailleurs, la multiplication des unités de réanimation s'est faite sans véritable lien avec les besoins de la population et pose parfois de réels problèmes de sécurité, certains services n'étant pas en mesure de disposer de personnels médicaux en nombre suffisant. Il faut enfin ajouter que cette situation est particulièrement coûteuse pour la collectivité car ces services sont de gros consommateurs de ressources. Pour l'ensemble de ces raisons, les pouvoirs publics ont longtemps cherché à changer la donne mais le chemin a été long et le travail fastidieux avant que des décrets voient enfin le jour. C'est chose faite le 5 avril 2002 avec la parution de deux textes qui, pour la première fois, s'attachent à définir l'activité de réanimation ainsi que les obligations qui en découlent. Longtemps attendus par les professionnels de la réanimation ainsi que par les établissements, ces décrets se donnent pour objectif très précis, certes de sécuriser les conditions d'exercice de cette activité, mais surtout de rationaliser l'offre existante, en clair de diminuer le nombre de services de réanimation. Eu égard au caractère hautement stratégique du domaine, ces décrets appellent un vaste mouvement de restructuration, de recomposition de notre paysage sanitaire qui va demander du temps.

C'est spécifiquement pour cette raison que l'évocation de la réanimation est intéressante dans le cadre d'une réflexion sur les conditions nécessaires à la réforme de l'hôpital. Pour mener à bien la restructuration du secteur de la réanimation, les décrets du 5 avril 2002 s'appuient sur le régime des autorisations qui est en fait un outil administratif permettant aux autorités de tutelle hospitalières de contrôler l'évolution de l'offre de soins. En fonction des autorisations qui seront ou non accordées aux établissements qui souhaitent pratiquer une activité de réanimation, le paysage sanitaire devrait évoluer et la

rationalisation prendre tous ses effets. Une logique apparemment mécanique qui n'est pas sans susciter des interrogations. Interrogations sur l'adéquation de cet outil administratif par rapport à l'ampleur de la réforme attendue et à l'importance des restructurations qui seront nécessaires. Interrogations également sur l'efficacité réelle de cette démarche pour la réforme de l'hôpital car les travers et les insuffisances du régime des autorisations sont dénoncées depuis de nombreuses années par les professionnels.

La réanimation met donc en évidence toute la difficulté de passer de la réforme hospitalière à la réforme de l'hôpital, autrement dit la difficulté de s'appuyer sur un décret comme levier de changement interne des établissements de soins. Elle fait également ressortir la nécessité d'avoir recours à d'autres outils et à de nouvelles procédures qui laisseraient la place à davantage de concertation, de négociation et d'appropriation par les acteurs de terrain. Bien plus qu'une modernisation des outils et des procédures, c'est bien de la rénovation de la planification sanitaire qu'il est question tant les enjeux actuels font apparaître un besoin de souplesse, de clarté et de proximité.

Méthodologie de travail :

L'objectif de ce mémoire étant de partir d'une observation de la réalité hospitalière, de ses difficultés et de ses impératifs afin de repérer un certain nombre de constantes et de formuler des hypothèses plus globales sur la régulation hospitalière, il a été indispensable de définir avec précision les axes méthodologiques qui devaient servir de trame à ce travail.

Comme cela a été rappelé précédemment, la nature même du secteur qui sert de base à cette réflexion sur la réforme de l'hôpital, à savoir celui de la réanimation, étant caractérisée par une très forte diversité des situations, il a fallu choisir avec précision les établissements dans lesquels l'observation serait conduite et ne retenir que ceux permettant de constituer un échantillon pertinent. C'est ainsi qu'il a été accordé une attention particulière à ne pas tirer de conclusions trop spécifiques à un type d'établissements et à bien distinguer par exemple les problématiques des C.H.U. de celles des établissements plus petits. Cette même précaution méthodologique a été appliquée à l'occasion des différents entretiens qui ont été conduits et le choix des personnes interrogées à lui aussi répondu à ce souci de recherche d'un échantillon véritablement pertinent.

La méthodologie retenue pour ce travail a été articulée autour de 4 axes qui ont permis, à partir de la diversité des situations sur le terrain, d'élaborer une trame descriptive commune qui a ensuite facilité le travail d'analyse :

Axes de travail

Contenu

Axe 1

Recherche documentaire

- ✓ La première recherche documentaire qui a été réalisée a eu pour objectif d'acquérir une première vision des thèmes traités et a porté sur la politique hospitalière en général, sur le thème de la planification, ainsi que sur l'activité de réanimation.
- ✓ Dans un deuxième temps, une fois le champ du sujet défini avec plus de précision et les principales problématiques cernées, la recherche documentaire a été plus précise et s'est effectuée auprès des banques de données (banque de données en santé publique...) et dans les revues professionnelles.
- ✓ La documentation obtenue auprès des hôpitaux, des tutelles hospitalières et des fédérations hospitalières a enfin été une source précieuse qui a permis d'aborder des aspects plus spécifiques du sujet.

Axe 2

Recensement et sélection des terrains d'observation et des personnes ressources

- ✓ Ce travail ayant pour objectif de présenter la planification hospitalière dans son application concrète, il était indispensable de conduire un travail d'observation et, préalablement de sélectionner un échantillon.
- ✓ Une même attention a été portée sur le choix des personnes à rencontrer : détermination des interlocuteurs incontournables, des interlocuteurs intéressants et repérage des personnes dont le discours risque d'être trop marqué par une situation particulière.

Axe 3

Recueil des données
et observations

- ✓ Recueil de données au cours des entretiens réalisés et grâce à l'observation directe faite sur le terrain. Points qui ont fait l'objet d'une attention particulière : impacts concrets des décrets de réanimation, activité réelle du service, environnement hospitalier, conséquences de la planification, relations avec les autorités de tutelle, projets de l'établissement.
- ✓ A partir de ce moment, le travail a consisté à faire émerger des caractéristiques communes aux situations observées ou aux discours entendus et de les regrouper autour de thèmes transversaux considérés comme fondamentaux dans l'appréhension du sujet : apports des décrets, limites de ces textes, place du régime des autorisations dans la vie de l'établissement, rôle de l'évaluation, relations avec l'environnement, capacités de restructuration, évolutions souhaitables en matière de planification hospitalière.

Axe 4

Analyse des
résultats pour
utilisation dans
une réflexion plus
large

- ✓ Analyse des résultats, confrontation avec les éléments théoriques et utilisation du produit obtenu pour alimenter la réflexion générale sur le sujet.

Deux précisions importantes doivent ici être apportées. La première concerne la méthodologie de détermination de l'échantillon des terrains d'observation et des personnes à rencontrer. Etant en stage de mise en pratique professionnel aux Hospices Civils de Lyon (hôpital Neurocardiologique), cette institution a été un terrain d'observation tout naturel. Toutefois, eu égard à la spécificité de cette institution qui, par son environnement et son importance est loin de représenter l'ensemble de la communauté hospitalière, d'autres terrains ont été retenus. Les critères ont été les suivants :

- Etre en mesure de comparer des établissements de taille et de niveau proches afin de pouvoir confronter les observations et éviter de généraliser les situations particulières ;
- Prendre en compte la diversité du monde hospitalier et de ses problématiques afin de ne pas restreindre le champ d'analyse seulement à une certaine catégorie d'établissements mais d'appréhender le monde hospitalier dans son ensemble.

Au final, en plus des H.C.L., l'observation a porté sur le C.H.U. de Saint-Etienne, sur le C.H. de Romans, de Roanne et le C.H.U. de Montpellier. Ce choix s'est effectué principalement du fait de ma présence au sein de la région Rhône-Alpes et de la proximité relative avec ces établissements. Pour ce qui est des trois premiers, l'observation s'est déroulée lors de rencontres avec les équipes de direction et certains professionnels du secteur de la réanimation ainsi que par la visite de certains services de soins critiques tandis que pour le C.H.U. de Montpellier, l'observation s'est faite au moyen d'une documentation très précise fournie par l'A.R.H. du Languedoc-Roussillon. En plus des personnes rencontrées lors de ces observations, des contacts ont été pris avec d'autres acteurs dont le point de vue apparaissait nécessaire à une compréhension globale de la problématique. Le tableau ci-dessous précise la démarche qui a été retenue :

Objectifs	Personnes contactées
Connaître les objectifs des concepteurs des décrets relatifs à la réanimation ainsi que la position de leurs principaux collaborateurs	Contacts pris avec les personnes chargées du dossier réanimation au Ministère de la Santé et avec la F.H.F., la F.H.P. ainsi qu'avec des représentant du SPHAR.
Connaître la vision des tutelles hospitalières et appréhender leurs démarches	Contacts pris avec les agences régionales des deux régions dans lesquelles se trouvent les établissements directement observées mais aussi avec l'A.R.H. Bretagne pour diversifier les points de vue et car elle est proche de l'E.N.S.P..
Recueillir le vécu des établissements de soins sur les problématiques posées par ces décrets et par le régime d'autorisation	Contacts avec les équipes de direction des établissements choisis pour l'observation ainsi qu'avec les médecins des services concernés
Acquérir une connaissance plus technique des dossiers d'autorisation	Contacts avec le Département de Conseil en Stratégie des H.C.L. et participation à certaines réunions.
Elargir le champ de réflexion et s'interroger sur le sens de la régulation hospitalière	Contact avec l'auteur de nombreux articles sur le thème de la réforme et de la régulation. hospitalière

Il faut ici noter qu'en cours d'observation, il est apparu nécessaire pour éclairer les discours des acteurs de rencontrer d'autres personnes qui, initialement, ne faisaient pas parties du programme d'entretiens.

La prise de contacts s'est faite téléphoniquement et a permis de présenter le cadre de la démarche, le motif du rendez-vous sollicité ainsi que ses modalités. Ensuite, les entretiens ont été menés le plus souvent dans le lieu retenu par la personne interviewée, plus rarement par téléphone.

La seconde observation concerne le déroulement des entretiens à proprement parlé. Si les entretiens sont une technique intéressante pour analyser des situations précises ils présentent une limite importante en ce qu'ils sont toujours liés à la relation spécifique qui s'instaure avec l'interviewer. Les entretiens qui ont été menés ont donc été préalablement cadrés et préparés conformément à la méthodologie traditionnelle¹. Tous ont été semi-directifs, c'est-à-dire basés sur un certain nombre de thèmes autour desquels devait s'articuler la conversation mais laissant une relative liberté à l'interlocuteur dans la construction de son discours. Au cours des entretiens, des notes ont été prises puis ont été complétées par la suite. Celles-ci ont été analysées thématiquement, dans le sens où les propos recueillis ont été classés par grands thèmes puis comparés aux propos des autres personnes rencontrées.

¹ Voir à ce sujet l'ouvrage d'Alain Blanchet et de Arme Gotman : *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan Université, 1992.

1 LES DÉCRETS DU 5 AVRIL 2002: UNE VOLONTÉ POLITIQUE DE NORMALISER UNE ACTIVITÉ À HAUT RISQUE ET DE RECOMPOSER L'OFFRE HOSPITALIÈRE

Parmi les moyens d'intervention à la disposition de l'Etat pour conduire sa politique sanitaire et, plus précisément, sa politique hospitalière, le pouvoir réglementaire occupe une place d'importance. En effet, à côté du contrôle a priori ou a posteriori que les pouvoirs publics peuvent exercer sur les activités de soins, l'édition de normes de fonctionnement, d'organisation venant encadrer les établissements de soins permet à l'Etat d'insuffler une politique, de privilégier certains axes et, bien sûr, d'améliorer la sécurité des soins. C'est cette même logique qui est à l'œuvre avec les décrets relatifs à la réanimation puisque les pouvoirs publics espèrent à partir de ces textes non seulement améliorer le fonctionnement des services de soins critiques, accroître les conditions de sécurité, mais surtout recomposer l'offre hospitalière en encadrant plus strictement l'activité des établissements qui pratiquent la réanimation. En définitive, ces décrets sont un exemple très parlant de la manière dont l'Etat peut, à partir de textes en apparence techniques, poursuivre un objectif plus vaste de réforme hospitalière qui, in fine, doit aboutir par la réforme de l'hôpital.

1.1 La genèse difficile de textes modifiant en profondeur les conditions d'exercice de la réanimation

Eu égard au caractère stratégique de l'activité de réanimation pour les établissements hospitaliers et aux nombreuses attentes des professionnels médicaux pour améliorer le fonctionnement et la sécurité des services pratiquant la réanimation, la préparation des décrets de réanimation a demandé du temps et nécessité d'importantes phases de négociation. La concertation était en effet indispensable tant ces textes modifient la pratique de cette activité si particulière que sont les soins critiques.

1.1.1 Une parution longtemps repoussée par les pouvoirs publics en raison des conséquences prévisibles de leur application

Les longs débats qui ont précédés la parution de ces décrets sont révélateurs de la sensibilité du domaine en cause et des enjeux en présence. Dès 1996 en effet, les premières discussions ont été lancées avec des représentants des professionnels de la réanimation et des établissements de soins pour aboutir à la définition de normes applicables aux établissements pratiquant une activité de réanimation, et sécuriser ainsi cette activité à haut risque. Si un accord entre les réanimateurs et les représentants du monde hospitalier a pu être trouvé rapidement, les conséquences économiques que l'application de ces textes risquait d'engendrer ont longtemps freiné les pouvoirs publics. L'histoire de ces textes est ainsi illustrative des tensions existantes entre la volonté de sécurisation d'une part et les impacts économiques et sociaux d'autre part.

A) Une volonté initiale de sécuriser le fonctionnement des services de réanimation

a) *L'hétérogénéité du paysage hospitalier en matière de réanimation*

En raison sans doute de ses origines récentes, la réanimation est une discipline aux contours imprécis, difficile à appréhender et qui recouvre des réalités bien différentes. Comme le rappellent les rapporteurs de l'inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) dans leur étude sur la situation de la réanimation effectuée en 1995, la réanimation est une activité de soins « *très plurielle* » qui voit se côtoyer des « *services de réanimation dûment affichés comme tels et des services de soins intensifs voire de soins attentifs* »² C'est pour cela que les professionnels attendaient depuis plusieurs années ces décrets qui, en venant encadrer l'exercice de cette activité permettraient de clarifier la situation du secteur et d'aboutir à une définition précise de la réanimation. En effet, il faut bien constater que jusqu'à la parution des décrets d'avril 2002, la réglementation était diversifiée et entretenait un flou relatif sur ce qu'il convenait de qualifier de service de réanimation. L'étude de la circulaire de 1989 applicable aux établissements publics de santé et aux établissements

² CLEMENT J-M, LAGARDERE M-L: *Etude et bilan de la situation de la réanimation* – rapport n°95159 de l'IGAS

privés participant au service public hospitalier (S.P.H) et relative à la réanimation allant même jusqu'à inclure les activités de soins intensifs dans l'appellation "réanimation".

Flou également entretenu par l'absence de réglementation commune applicable aux établissements publics de santé et aux établissements privés qui n'a fait qu'accroître l'hétérogénéité des pratiques. Tandis que la circulaire DGS/DH/4B n°280 du 7 février 1989 définissait la réanimation comme l'activité « *prenant en charge des malades présentant une ou plusieurs défaillances vitales aiguës dont l'état justifie une présence médicale continue* » et la distinguait notamment des unités de surveillance continue, l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 relatif aux critères et aux procédures de classement applicables aux établissements privés privilégie une autre approche de la discipline et parle de médecine à soins particulièrement coûteux. Selon cette annexe, « *sont considérés comme ressortissant à la médecine à soins particulièrement coûteux, toutes les détresses de nature médicale [...] où l'existence d'un syndrome médical pourront faire craindre l'apparition desdites détresses ou pourront impliquer la mise en œuvre de moyens de surveillance et de réanimation complexes* ». Cette dernière conception considère pour sa part que les services de médecine à soins particulièrement coûteux comportent des lits de réanimation et des lits de surveillance continue.

Au delà de ces contradictions, cette réglementation comportait un bon nombre de lacunes créant parfois des situations de vide juridique. Comme le précise le rapport de l'I.G.A.S. précédemment cité, aucune règle ne venait encadrer le fonctionnement des unités de soins intensifs cardiologiques en établissement privé alors que la circulaire du 16 mai 1975 en prévoyait pour les établissements publics. Vide juridique également constaté pour l'activité de soins intensifs neurochirurgicaux qui n'a fait l'objet d'aucun texte normatif tant pour les EPS que pour les établissements privés.

L'une des conséquences directe de cette difficulté à définir précisément les contours de l'activité réanimation a sans doute été l'apparition dans certains établissements de soins de structures qualifiées de réanimation mais dont l'activité relève davantage du soin intensif ou du soin continu que de la réanimation.

Pour les services concernés, l'appellation réanimation semble être un élément de reconnaissance de leur compétence et de leur technicité. C'est ainsi que le paysage hospitalier de la réanimation est aujourd'hui marqué par d'importantes différences entre les structures et se caractérise parfois par des situations d'inadéquation. En réanimation, le

terme d'inadéquation définit une prise en charge relevant davantage de la surveillance continue, c'est à dire ne comportant pas de suppléance unique ou multiple. Une enquête publiée en 2000 par le service médical du Languedoc-Roussillon faisait ainsi ressortir pour la région un taux d'inadéquation estimé à 23 p. 100 des entrées (13 p.100 des journées)³ dans les établissements publics. Les établissements privés n'échappent pas à la règle puisque dans une autre enquête effectuée dans 11 services de réanimation privés de la région Languedoc-Roussillon, le service régional médical a fait ressortir qu'en moyenne 44 p.100 de leur activité relève des soins continus contre seulement 31 p. 100 de la réanimation, avec bien sûr de fortes disparités entre les sites. ⁴ Bien sûr, ces chiffres doivent être considérés à la lumière de certains faits pouvant expliquer l'inadéquation constatée : insuffisance de lits de soins continus qui explique que certains malades ne peuvent être pris en charge qu'en réanimation ou encore difficultés à sortir certains malades de réanimation du fait de l'insuffisance des structures d'aval.

La réglementation était donc très attendue par les professionnels pour mettre fin à ces disparités et garantir des conditions de fonctionnement compatibles avec une bonne prise en charge des malades.

b) Un besoin de clarification des conditions de fonctionnement des services de réanimation

L'hétérogénéité constatée des services de réanimation n'est pas sans conséquence sur leurs conditions de fonctionnement. Avant la loi hospitalière du 31 juillet 1991, les pouvoirs publics ne disposaient que de peu d'outils pour soumettre les établissements publics et privés pratiquant la réanimation à des règles de fonctionnement précises même si dans les faits, tant l'arrêté du 29 juin 1978 que la circulaire du 7 février 1989 définissait des normes minimales de fonctionnement. Il a fallu attendre 1991 pour que la réanimation devienne une activité intégrée dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et puisse ainsi être planifiée, organisée et donc sécurisée.

³ ERSM de Montpellier . *L'activité de réanimation des établissements publics du Languedoc Roussillon*, juillet 2000

⁴ ERSM de Montpellier . *Analyse de l'activité des unités de réanimation en secteur privé*, janvier 2001

Manquaient encore les décrets d'application de la loi hospitalière qui devaient définir les conditions de fonctionnement applicables aux services de réanimation. Dans un souci d'assurer une bonne qualité des soins et l'intervention de professionnels qualifiés en la matière, de nombreuses régions n'ont cependant pas attendu la publication de ces normes et ont tenté de définir dans leur SROS des critères censés garantir le bon fonctionnement des services de réanimation. C'est ainsi que la région Rhône-Alpes, par exemple, a établi une liste d'équipements dont la présence lui semblait indispensable dans un service de réanimation ainsi que des ratios par malades. D'autres régions comme le Nord Pas de Calais sont allées jusqu'à définir des critères qualitatifs comme le niveau de qualification des personnels requis ou encore les ratios de personnels présents en permanence dans l'unité.

Si ces travaux ont sans aucun doute permis de pallier les insuffisances de la réglementation, il était urgent de définir un cadre pour la réanimation non seulement pour assurer une bonne qualité des soins, mais aussi pour harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire national.

B) Les effets restructurant attendus de cette normalisation

a) *La nécessité de rationaliser l'offre de soins existante*

Si l'origine de la réglementation mise en place en avril 2002 est due pour une large partie à la demande de droit formulée par les professionnels pour mettre fin à certains dysfonctionnements constatés dans le fonctionnement des services de réanimation, elle procède également d'une volonté des pouvoirs publics de s'appuyer sur la réanimation pour engager un mouvement de réforme plus vaste. Bien sûr, les impératifs de sécurité n'ont pas été absents des réflexions et des motivations de ces derniers mais c'est surtout la volonté de rationaliser l'offre de soins qui les a animée tout au long de la phase de négociation préalable à la parution des décrets du 5 avril. En effet, la conséquence directe de l'application au paysage hospitalier de règles plus contraignantes pour les unités de réanimation sera un resserrement du nombre de services de réanimation, en clair une recomposition de l'offre hospitalière.

En s'attaquant à la réanimation, les pouvoirs publics rendent inévitables des changements importants dans la nature des soins offerts par les établissements : Un hôpital qui verrait son service de réanimation requalifié en soins intensifs ou continus pourrait difficilement poursuivre une activité chirurgicale très lourde et serait donc amené à redéfinir son positionnement dans le paysage hospitalier régional. En définitive, la normalisation de la réanimation est un levier d'action puissant pour aboutir à un regroupement de plateaux techniques et, par conséquent, à une offre de soins davantage graduée.

Une telle vision et une telle démarche peuvent cependant conduire à s'interroger sur la cohérence des restructurations à venir. Comme l'a rappelé le Docteur D. Chaperon à l'occasion d'un entretien téléphonique le 6 juin 2003, il aurait sans doute été plus logique de restructurer d'abord les plateaux techniques, qui « alimentent » en patients les services de réanimation, avant d'engager la réorganisation de l'activité réanimation. En clair, il aurait peut-être fallu traiter le problème des plateaux techniques en amont plutôt que de commencer par la réanimation. Il est cependant politiquement plus aisé de rendre inéluctable la restructuration de ces plateaux techniques plutôt que de s'engager dans un débat difficile et long.

A côté de cette volonté très affirmée de mieux encadrer le fonctionnement des services de réanimation, les pouvoirs publics ont également dû se conformer au principe de réalité et tirer les conclusions des perspectives démographiques. Sans une concentration des services de soins critiques, les médecins ne seront plus assez nombreux pour permettre leur fonctionnement. Aussi doit-on regrouper les services et adapter l'offre aux ressources disponibles, notamment médicales. Les différentes enquêtes conduites pour appréhender les évolutions démographiques à venir font toutes état du même constat : d'ici à 2020, le nombre de médecins devrait sensiblement diminuer (-19 p. 100), générant une situation particulièrement problématique dans certaines disciplines. Selon les projections réalisées par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre d'anesthésistes - réanimateurs devrait ainsi diminuer de 38 p. 100 d'ici à 2020.

Evolution et projection du nombre de médecins par spécialité– le cas de l’anesthésie – Hypothèse d’un maintien du numerus clausus à 4 700 places et des places de spécialistes au concours d’internat à 1 843

Au 1er Janvier	Observé			Projeté				Evolution	
	1984	1990	2001	2005	2010	2015	2020	2020/2001	2020/1984
Médecins	140 300	173 100	196 000	196 100	189 800	176 100	158 400	-19%	13%
Généralistes	80 005	91 741	96 246	97 600	95 100	91 050	85 600	-11%	7%
Spécialistes	60 295	81 359	99 754	98 500	94 700	85 050	72 800	-27%	21%
Anesthésie	7 324	10 305	10 099	9 900	9 600	8 500	7 100	-30%	-3%

Source : DREES

Comme l’a rappelé le Dr Pontone lors des quatrièmes assises hospitalo-universitaires de 1999⁵, si « de 1960 à 1988, la progression des effectifs en anesthésie – réanimation a été de 13 p.100 par an contre 4.8 p.100 pour l’ensemble du corps médical, après 1988, l’évolution de cette population a subi un coup de frein démographique ; son taux de croissance a chuté de 13 p.100 à 1.7 p.100 par an en raison de l’application en 1984 de la réforme du troisième cycle des études médicales⁶ ». Des prévisions alarmistes qui sont accentuées par le phénomène de vieillissement du corps professionnel des anesthésistes – réanimateurs dont l’âge moyen devrait passer à 49.5 ans en 2009 contre 46.4 dix ans plus tôt.

A ce problème de l’âge vient également s’ajouter celui de l’inégale répartition des anesthésistes-réanimateurs sur le territoire qui fragilise déjà fortement le fonctionnement de certaines structures. En définitive, le regroupement des services de réanimation, et donc des professionnels semble une perspective inévitable qui incite l’Etat à engager une démarche de rationalisation et de diminution du nombre de services pratiquant cette activité. Elle devrait en outre permettre de redonner à cette spécialité de l’attractivité. Les jeunes médecins sont souvent hésitants à s’engager dans une discipline dont l’exercice est déjà difficile et contraignant et acceptent difficilement les conditions de travail qui existent dans certaines unités où les gardes sont nombreuses en raison du faible nombre de médecins.

La problématique du déficit de ressources humaines disponibles n’est pas seulement médicale mais concerne aussi les personnels para médicaux qui eux aussi se font rares, non

⁵ Le recueil de ces assises a été publié dans un numéro spécial de *Gestions Hospitalières*, décembre 2000, pp. 774-778.

⁶ Voir à ce sujet le décret n°83-785 du 2 septembre 1983.

seulement du fait de la pénurie actuelle en personnels para médicaux, mais aussi car la réanimation est un secteur difficile, contraignant pour les agents qui peuvent parfois refuser de rejoindre ce type de service.

b) La longue hésitation des pouvoirs publics

A la suite du rapport de l'I.G.A.S. sur la situation de la réanimation et de la pression exercée par les syndicats de cette spécialité, en particulier le Syndicat National des médecins Réanimateurs des hôpitaux publics (SNMRHP), le Ministère de la Santé a lancé dès 1996 une concertation avec les différents acteurs concernés par le sujet pour aboutir à l'élaboration de décrets encadrant la réanimation, conformément à ce que prévoyait la loi hospitalière de 1991.

Sur le fond, l'analyse des différents échanges épistolaires entre le ministère et les représentants des professionnels concernés montre qu'un accord sur le contenu de ces textes a pu être trouvé facilement et relativement rapidement. Les parties prenantes aux négociations s'accordaient en effet sur l'importance et l'intérêt de définir des normes pour améliorer la prise en charge des patients ainsi que la sécurité sanitaire. Pour la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.), ces décrets représentent une avancée importante dans la mesure où ils clarifient les activités relevant de la réanimation.

En fait, c'est plus sur les conditions d'application de ces normes que les difficultés ont porté. Les conséquences financières, architecturales ou encore humaines liées à l'application de ces textes a été soulevée dès le début des négociations par les différents représentants du monde hospitalier. A deux reprises, en septembre 1998 et septembre 1999, les quatre fédérations représentatives des établissements de soins (U.H.P., F.I.E.H.P., F.H.F., F.E.H.A.P.) ont fait part de leurs inquiétudes communes et de la nécessité d'accompagner financièrement l'application de ces textes, dont les effets sont estimés à l'époque à plus d'un milliard de francs, exclusion faite des investissements qui seront pourtant incontournables. La résistance de ces fédérations conduira le ministère, qui pensait aller vite sur ce dossier et soumettre ces textes au Conseil Supérieur des Hôpitaux (C.S.H.) de septembre 1999, à reprendre la concertation et à envisager certaines mesures d'accompagnement. Tout d'abord, alors que les premières versions des textes prévoyaient un délai de mise en conformité de trois ans, c'est une période de cinq ans qui a finalement été retenue pour

permettre aux établissements de mieux « digérer » la réforme. Ensuite, le ministère a adopté une position plus souple quant à l'accompagnement financier en évoquant la possibilité de dégager des moyens supplémentaires lorsqu'il serait constaté que les économies générées par les restructurations et les redéploiements ne suffisent pas à satisfaire aux nouvelles exigences réglementaires. Les syndicats de médecins ont été plus que déçus de ces hésitations qui selon eux traduisent « *la prudence environnante* »⁷ des représentants du monde hospitalier qui cherchent à freiner l'avancée du projet car ils redoutent les regroupements d'activités et les conséquences qui y seront attachées.

A la suite de nouvelles discussions techniques portant sur la question des ratios de personnels paramédicaux et des gardes médicales, le texte est finalement approuvé par le C.S.H. du 31 octobre 2000.

Deux années seront encore nécessaires à la publication des décrets. Leur présentation au Comité Nationale d'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS) tardera à venir en raison des inquiétudes et des hésitations du Ministère. Des hésitations qui s'expliquent par l'ampleur des restructurations qui s'annonce ainsi que par l'importance des moyens, notamment financiers, qui devront être mobilisés pour permettre la mise aux normes. Il fallait donc pour l'Etat attendre le moment opportun pour sortir ces textes car l'équation imaginée par les pouvoirs publics est loin d'être à somme nulle : les gains générés par les fermetures de certains services de réanimation ne seront en effet pas suffisants pour financer l'ensemble de la mise aux normes des services identifiés comme réanimation. Tout cela dans un contexte de hausse croissante des dépenses de santé, de resserrement des perspectives budgétaires mais aussi d'accroissement de la pression réglementaire sur les établissements qui demande des moyens pour s'appliquer. L'insuffisance des moyens d'accompagnement ainsi que l'absence d'étude d'impact de ces textes conduiront à un nouveau retard et à un avis défavorable du CNOSS appelé à se prononcer en janvier 2001. Un avis largement incompris des professionnels médicaux qui critiqueront beaucoup les prises de position de la F.H.F., jugée responsable de ce refus⁸.

⁷ ROUX L., Il faut combattre toutes les inerties , *Capital Equipement médical*, n°58, décembre 2001

⁸ Des critiques qui conduiront la F.H.H., qui représente non seulement les directeurs d'hôpitaux, mais aussi les médecins ou encore les personnels para médicaux, à changer de ligne et à appeler les pouvoirs publics à publier ces textes, sous réserve qu'une mission nationale d'appui soit mise en place pour coordonner l'évaluation du dispositif de réanimation, en terme d'implantation, d'organisation et de mesure des moyens nécessaires ».

Ce refus a , en réalité, des origines plus complexes. Pour Jean Garric, alors président du Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes - réanimateurs, ce sont des raisons d'abord politiques qui expliquent le retard de publication des textes. Dans un entretien accordé à L'Agence de Presse Médicale, il affirme que *« les maires, qui sont aussi présidents des conseils d'administration des hôpitaux, craignent que ces décrets n'entraînent une fermeture de leur service de réanimation. Ils ont l'impression que s'ils perdent leur réanimation, ils vont perdre leurs hôpitaux. Du coup, les responsables politiques veulent éviter trop de pression »*. Ces propos permettent sans doute de comprendre pourquoi ces décrets ne sont pas publiés en 2001, année d'élections municipales.

Finalement, lesdits décrets seront signés le 5 avril 2002 et publiés au journal Officiel du 7 avril.

1.1.2 Des textes contraignant qui encadrent l'exercice des services de réanimation

Longtemps attendue, la parution effective des décrets encadrant l'exercice de l'activité réanimation est intervenue en avril 2002. Alors qu'un premier décret, enregistré sous le numéro 2002-465 s'attache à définir le champ exact de la réanimation ainsi que ses règles d'organisation, le décret 2002-466 fixe les conditions techniques de fonctionnement désormais opposables aux établissements de santé pour la pratique des activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

Fruit d'un long travail de négociation et de compromis, ces textes apportent des changements très importants qui ne sont pas sans conséquences pour les établissements de santé. Le premier d'entre eux est la définition, pour la première fois, de ce que sont la réanimation, les soins intensif et la surveillance continue. Une définition stricte et précise qui se heurte cependant à la réalité quotidienne des équipes hospitalières pour lesquelles la classification des malades dans des catégories pré établies n'est pas opérante.

L'autre changement très important tient à la définition de normes contraignantes indispensables à l'exercice de la réanimation. Eu égard au coût prévisible des mises à niveau que ce texte rend inévitable, il est certain que tous les établissements ne pourront se mettre en conformité. Une conséquence qui loin d'être regrettée, est recherchée par l'Etat pour qui la fixation de normes strictes est le seul moyen de limiter le nombre d'unités de réanimation.

A) Une définition précise du champ de la réanimation

Parmi les propositions de la mission de l'I.G.A.S.⁹ chargée de faire une étude et un bilan sur le fonctionnement des unités de réanimation figurait la définition d'un champ précis pour la réanimation. Selon le corps d'inspection, seule une telle définition serait à même de clarifier le paysage de la réanimation et de ne pas regrouper sous le même terme les services de réanimation exerçant véritablement cette activité et les services assurant des soins intensifs voire continus. Il faut bien voir que l'enjeu de ce travail de définition est non seulement médical puisqu'il s'agit de définir des filières de prise en charge des malades, de graduer les soins et d'améliorer la qualité des soins offerts à la population mais également un enjeu financier. Il s'agit en effet de contenir l'évolution des dépenses de santé et de ne mobiliser des moyens plus importants que pour les seules structures assurant une activité de réanimation, par définition très coûteuse.

Pour parvenir à une définition acceptable par les professionnels, la mission précise qu'il faut au préalable distinguer acte de réanimation et activité de réanimation. Tandis que les actes de réanimation sont ceux pratiqués par nécessité en situation d'urgence vitale et dont « *l'exécution immédiate ne nécessite pas un environnement en personnels et en équipements hautement perfectionnés* », l'activité de réanimation est celle des services spécialisés accueillant des malades en danger vital « *par suite de la défaillance de plusieurs organes, ou d'un seul organe mais dont le traitement nécessite la mise en œuvre prolongée de moyens techniques multiples* »¹⁰. De cette distinction découle logiquement une définition précise de chaque structure participant aux soins critiques qui cherche à graduer la prise en charge : si les services de réanimation doivent être réservés « *aux malades en danger vital par suite de la défaillance de plusieurs organes, d'une pathologie concernant plusieurs organes ou un seul organe et dont le traitement nécessite la mise en œuvre de moyens techniques multiples* », les soins intensifs doivent pour leur part accueillir « *des malades graves dont la pathologie est bien cernée et dont le traitement nécessite des techniques spécifiques permettant de prévenir ou de pallier une défaillance transitoire* ». Enfin, les soins continus sont pour leur part définis comme ceux prenant en charge « *des malades dont l'état*

⁹ *Op. cit.*

¹⁰ En résumé, la proposition de l'I.G.A.S. revient à distinguer les services de réanimation, qui accueillent en grand nombre les malades relevant de l'acte de réanimation, et les autres services dans lesquels la réalisation de ce type d'acte n'est pas interdite, à condition bien sûr d'être effectué par un médecin disposant des équipements nécessaires.

précaire nécessite une observation régulière et méthodique de paramètres définis selon l'atteinte et le traitement appliqué ».

Le rappel de ces premières tentatives de définition est loin d'être inutile puisqu'il donne un autre éclairage sur les décrets du 5 avril 2002. C'est en effet à partir de ce rapport et sur la base des définitions proposées que le ministère de la santé a engagé les discussions qui devaient aboutir à la parution desdits textes. En dépit de nombreuses années de négociation, force est de constater que la définition finalement retenue par les décrets est basée sur les mêmes principes et sur les mêmes critères que ceux initialement proposés : un principe de graduation de la prise en charge et de clarification de la filière des soins critiques ; des critères tendant à distinguer la réanimation des autres niveaux de prise en charge à partir du nombre de défaillances des malades accueillis. Au final, les décrets retiennent les définitions suivantes :

- les unités de réanimation sont, d'après l'article R. 712-90 du C.S.P., celles destinées à accueillir *« des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës (circulatoires, rénales ou respiratoires) mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance (ventilation artificielle, assistance rénale, support hémodynamique) ».*

- les unités de soins intensifs ont quant à elles vocation à prendre en charge des patients *« qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance »* (article D. 712-112). Les conséquences de cette définition sont loin d'être anodines et sont au moins aussi importantes que pour la réanimation. En effet, il est désormais établi que ne seront reconnues comme unités de soins intensifs que les services spécialisés sur un organe (cardiologie, gastro-entérologie, etc.). La menace est donc réelle pour bon nombre d'établissements comportant des unités de soins intensifs polyvalentes de ne plus être identifiés comme tels dans le nouveau SROS et de supporter de ce fait des

conséquences dommageables pour leur image en même temps que pour leurs finances¹¹.

- Enfin, les unités de surveillance continue sont, au sens de l'article D. 712-126, celles qui prennent en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorés ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique. En fait, ces unités sont un maillon essentiel du schéma de gradation des soins mis en place par les pouvoirs publics puisqu'elles constituent un niveau intermédiaire entre les unités d'hospitalisation traditionnelle, insuffisamment dotées en personnels et matériels pour assurer la surveillance de patients encore instables, et les unités de réanimation qui offrent pour leur part un niveau de prise en charge supérieur avec des effectifs et des techniques adaptés à l'accueil et au traitement de patients particulièrement lourds. Pour que la réforme du secteur des soins critiques réussisse et se traduise par des progrès qualitatifs substantiels, il est indispensable que ces unités jouent le rôle de pivot qui leur est assigné. C'est à cette seule condition que le nombre de services de réanimation pourra être revu à la baisse sans conséquences dommageables pour la population, puisque les patients qui ne seront désormais plus accueillis en réanimation¹² pourront l'être en surveillance continue. Sur ce point capital, les décrets ne se contentent pas de déclarations d'intention et mettent en œuvre les moyens nécessaires pour que les unités de réanimation et de soins continus fonctionnent de concert : il est ainsi prévu par le décret 2002-465 que l'exercice de la réanimation ne pourra être autorisée que si l'établissement comporte également une unité de surveillance continue¹³.

Si ces définitions ont l'immense mérite d'exister et de tenter d'objectiver les différents niveaux de prise en charge, elles comportent néanmoins un certain nombre de limites qui tiennent à leur caractère automatique. Bien que le degré de précision qu'elles cherchent à atteindre soit justifié par une volonté d'uniformiser les pratiques et d'appeler réanimation les

¹¹ Comme le souligne le rapport de l'I.G.A.S., pour certains établissements, et en particulier pour les cliniques privées, la reconnaissance de l'exercice d'une activité de réanimation ou de soins intensifs a des répercussions financières importantes.

¹² Ceci en raison de la restriction des conditions d'admission en réanimation.

¹³ De son côté, la circulaire d'application vient préciser que l'unité de soins continus doit être proche de la réanimation et comporter un nombre de lits égal à la moitié des capacités de l'unité de réanimation.

mêmes structures sur l'ensemble du territoire, leur confrontation à la réalité médicale tend à limiter leur portée. Selon les professionnels rencontrés à l'occasion de ce travail, il est rare que les patients pris en charge répondent de façon exacte à l'une des catégories définies, de sorte que l'appréciation médicale reste primordiale dans l'orientation des malades. Ainsi, le placement d'un patient présentant une seule défaillance dans une unité de réanimation n'est pas forcément le signe d'une mauvaise application de la graduation de la prise en charge mais peut être justifié par l'expérience du praticien, par son pronostic. Cette limite n'est toutefois pas spécifique au cas de la réanimation mais inhérente à tout texte réglementaire qui est par définition conduit à systématiser des situations.

Une autre limite importante de ces définitions et de la systématisation qu'elles opèrent est leur difficulté à prendre en compte des cas particuliers. A titre d'exemple, les décrets fixent à huit le nombre minimal de lits d'une unité de réanimation, ceci dans le but de garantir à la population la délivrance de soins de qualité mais aussi pour empêcher le maintien de petites unités dont le fonctionnement se révèle à l'usage trop onéreux. Si cette condition de huit lits trouve sa justification dans une logique de planification, elle est susceptible de générer des problèmes d'accessibilité aux soins dans les zones peu peuplées. Il est en effet parfois utile et rentable en terme de santé publique de maintenir des petites unités qui offrent un service réel à la population. Dès lors, il semble important que la démarche de planification ne se limite pas à une application stricte des définitions apportées par les décrets mais les interprète au regard des situation locales et des besoins spécifiques de la population.

B) Un resserrement des conditions techniques de fonctionnement

A l'origine de la revendication par les professionnels de la réanimation de la parution d'un texte spécifique pour encadrer leur spécialité se trouve non seulement une volonté de limiter le champ de la réanimation et de réserver sa pratique à un nombre plus restreint de services, mais aussi un souci de disposer de plus de moyens. La longue période de négociation qui a précédé la publication des décrets a ainsi porté pour une bonne partie sur la définition des normes techniques de fonctionnement censées garantir une prise en charge de qualité conforme aux impératifs de sécurité.

Cette dimension « revendicative » n'est pas seulement propre au secteur de la réanimation car pour bon nombre de services, seule la parution de textes réglementaires est en mesure d'offrir la garantie de pouvoir exercer dans de bonnes conditions. Cette situation est

évidemment problématique puisque chaque nouvelle réglementation se fait au détriment des secteurs non normés. Eu égard à la nécessité de contenir l'augmentation des dépenses, les établissements de santé sont conduits à opérer des choix dans l'affectation des ressources et auront naturellement tendance à privilégier la mise à niveau des secteurs pour lesquels une réglementation est intervenue. Au final, les professionnels sont donc incités à demander du droit et à augmenter leur pression sur les pouvoirs publics, faisant souvent appel à des arguments sécuritaires auxquels il est difficile de résister.

Dans le cas de la réanimation, la pression a été efficace puisque les normes de fonctionnement définies sont contraignantes et nécessiteront des investissements colossaux pour être satisfaites. Cet impact économique est d'ailleurs l'une des principales raisons à l'origine du retard de publication des décrets : le gouvernement de Lionel Jospin a en effet longuement hésité à édicter des normes aussi coûteuses qui pouvaient difficilement être financées par les enveloppes budgétaires prévues pour la santé.

Les premières normes définies par les décrets d'avril 2002 sont de nature organisationnelle. La réanimation étant une activité soumise à autorisation, il est prévu que sa délivrance ne pourra être faite qu'aux établissements disposant en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie, comportant au moins une unité de surveillance continue et qui sont en mesure soit d'accueillir les patients dans une unité de soins intensifs soit de les faire transférer dans un autre établissement disposant de ce type de structure avec lequel il a passé une convention. Concernant la structure de l'unité de réanimation, les textes posent l'obligation d'identifier trois zones de façon à améliorer la prise en charge en même temps que les conditions de travail des agents : une zone d'accueil, une autre réservée à l'hospitalisation et une zone dédiée au nettoyage, à la décontamination et au rangement du matériel.

La dimension technique n'est pas absente des décrets puisque sont définis des équipements devant obligatoirement être présents dans un établissement souhaitant exercer une activité de réanimation. Plus précisément, le service de réanimation doit pouvoir disposer d'équipements mobiles permettant de réaliser, éventuellement dans les chambres des patients lorsque leur état le justifie, des examens de radiologie classique, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive. La réalisation d'examens en scanographie, angiographie et imagerie par résonance magnétique doit également être possible et le laboratoire doit être en mesure de pratiquer des analyses en bactériologie, hématologie, biochimie et de réaliser des examens relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang. A noter que les décrets prévoient une certaine souplesse puisque les établissements ne disposant pas de certains de ces moyens peuvent passer une convention avec un autre établissement en

disposant, à la condition que les délais de réalisation de la prestation en cause soient compatibles avec les impératifs de sécurité.

Au delà de ces aspects certes importants, les professionnels des soins critiques voyaient surtout dans ces textes un moyen de garantir à leurs unités un niveau suffisant de personnels pour pouvoir exercer dans de bonnes conditions. On peut comprendre que dans un contexte de raréfaction de la main d'œuvre infirmière et médicale, les unités de réanimation cherchent à obtenir des garanties pour pouvoir continuer à fonctionner. Le problème de la permanence médicale étant central en réanimation et trop souvent négligé, les décrets rappellent toute l'importance d'assurer sur place la permanence médicale tous les jours de l'année, toute la journée. Il est donc désormais fait obligation à tous les établissements de santé exerçant la réanimation de mettre en place une ligne de garde spécifique à ce service, exercice qui va s'avérer très délicat pour nombre d'établissements. Plus précisément, cette permanence doit être assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale. Si la mission de l'I.G.A.S. recommandait de mettre fin aux dérives consistant à confier la nuit les malades de réanimation à de jeunes médecins, le principe de réalité n'a pas permis au ministère de la santé d'aller aussi loin. Il est en effet explicitement prévu que la permanence médicale puisse être assurée, en dehors du service de jour et uniquement dans les établissements publics ou participant au service public, par un interne en médecine.

A côté de ce renforcement de la présence médicale, le décret reconnaît toute son importance à la présence paramédicale qui est une condition essentielle à la qualité et à la sécurité des soins. Des ratios d'encadrement sont ainsi fixés pour la première fois et prévoient au minimum la présence de deux infirmières pour cinq patients et d'une aide-soignante pour quatre patients. A travers cette mesure, c'est bien la qualité des soins qui est recherchée en même temps qu'une harmonisation des pratiques sur tout le territoire puisque l'intérêt majeur de ces ratios est d'unifier, entre tous les établissements, les règles de comptabilisation des effectifs. Des règles que la circulaire n'a pas manqué de préciser et d'adapter aux possibilités du système de santé qui vit depuis quelques années une situation de pénurie en personnels para médicaux. C'est ainsi que pour définir le nombre d'infirmières et d'aides-soignantes nécessaire au fonctionnement de leur service de réanimation, les établissements doivent se baser non sur le nombre de lits mais plutôt sur le nombre de patients admis dans l'unité au cours des trois dernières années.

Enfin, pour que les structures de réanimation soient en mesure d'arriver aux meilleurs résultats thérapeutiques possibles, les nouvelles normes font obligation aux hôpitaux de permettre à l'unité de réanimation d'avoir recours en permanence à un masseur-kinésithérapeute et de faire appel «*en tant que de besoin*» à un psychologue ou un psychiatre.

1.2 Vers une modification en profondeur du paysage hospitalier ?

1.2.1 Une objectivation de la graduation des soins et une incitation à la coopération inter-établissements

Lors de la longue période de préparation des décrets, les représentants des établissements de soins mais aussi les organisations représentatives des professionnels ont insisté sur la nécessité de réfléchir à la nouvelle organisation territoriale de l'activité réanimation. Dans les textes, cela s'est traduit par l'obligation faite aux A.R.H. de consacrer à la réanimation un volet particulier du SROS (articles 3 et 4 du décret en Conseil d'Etat) qui s'appuierait sur une mesure précise de l'activité réanimation et sur une quantification des besoins. C'est ainsi que la circulaire du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue reprend et détaille cet objectif en demandant aux ARH d'évaluer les capacités existantes et les conditions de fonctionnement en la matière, préalablement à la révision des SROS.

Cette évaluation a très vite été engagée par les tutelles régionales et les premières conclusions commencent aujourd'hui à être déposées et discutées. Si un bilan serait sans aucun doute trop précoce au moment de la réalisation de ce Mémoire, force est de constater que les orientations qui sont préconisées présagent d'un vaste mouvement de restructuration de l'offre hospitalière.

A) La connaissance de l'existant, gage d'une application adaptée des décrets

a) *La liberté méthodologique laissée aux agences régionales de l'hospitalisation*

Les dispositions contenues dans les décrets d'avril 2002 tendant à resserrer la notion de réanimation et, par conséquent, sa pratique par les établissements de soins, les différentes parties prenantes à l'élaboration des dispositions réglementaires ont vite souligné l'importance d'aboutir à une description fiable de la situation actuelle du secteur avant d'engager l'étape de rationalisation de l'offre et de restructuration. En effet, l'enjeu est

d'importance pour les pouvoirs publics mais aussi pour les professionnels de terrain de connaître le point de départ et de mesurer le chemin à accomplir pour arriver à la situation escomptée dans cette activité, autrement dit l'effort à fournir.

Cet impératif ressort clairement à la lecture de la circulaire d'application des décrets qui précise que la révision des SROS devra s'appuyer sur le recensement préalable de tous les services publics et privés qui déclarent pratiquer une activité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue, et sur l'évaluation de leur activité pendant l'année écoulée. La formulation retenue par la circulaire est à cet égard loin d'être anodine et a fait l'objet de discussions lors des phases de concertation.

En premier lieu, il apparaît que l'étape de description de la situation existante sera réalisée à partir des déclarations des établissements de santé et non à partir d'une classification préétablie qui aurait pu faire l'objet de controverses lors de l'étape suivante d'interprétation des résultats. Ensuite, il est intéressant de constater que le champ de l'enquête a évolué depuis les premières versions de la circulaire. Si la cartographie de l'existant ne devait au départ concerner que le seul secteur de la réanimation, le ministère de la santé a vite compris l'intérêt d'y inclure les soins intensifs et la surveillance continue non seulement pour obtenir une description plus globale du secteur, mais surtout pour avoir en main les éléments nécessaires à la définition d'une rationalisation de l'offre de soins s'appuyant sur sa graduation.

Ce souci d'appréhender ce dossier dans sa globalité et avec le plus de précision possible est confirmé par d'autres dispositions de la circulaire comme la recommandation faite aux A.R.H. de mettre en place un « *comité technique d'experts* » chargé de valider et d'analyser les résultats de l'enquête. A travers ces comités, les pouvoirs publics recherchent en fait une forme de consensus qui leur permettrait de construire un socle solide sur lequel s'appuyer pour mener à bien les réformes qui s'annoncent pour le moins difficiles et douloureuses.

En outre, l'approche globale que cherche à développer le ministère ne concerne pas que l'activité réanimation mais également les autres secteurs en lien avec elle. L'enjeu est en fait de ne plus mener les restructurations secteur par secteur, mais de profiter de la spécificité de la réanimation, de son caractère structurant pour les établissements de santé et des liens que cette discipline entretient avec bon nombre d'autres activités¹⁴ pour engager un vaste

¹⁴ Il est ici fait référence au caractère stratégique de la réanimation pour un hôpital ou un établissement privé tant elle conditionne l'exercice ou non de certaines disciplines comme les urgences ou la chirurgie lourde par exemple.

mouvement de restructuration de l'offre de soins qui soit animé par une même logique. C'est ainsi qu'à partir de mars 2003, les nouvelles versions de la circulaire d'application ont comporté une nouvelle disposition prévoyant que le volet réanimation du SROS devra être établi « *en lien avec la révision des volets du SROS qui traitent des disciplines du plateau technique* ».

A côté de ce souci de globalité, l'autre caractéristique qui anime la démarche du ministère dans son état des lieux du secteur est la volonté d'évaluer précisément l'activité des différents services se déclarant de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue, ceci pour quantifier les besoins de la population et identifier les services devant y répondre. Si les textes réglementaires n'ont pas pour objet de traiter des outils à utiliser pour mener cette évaluation, la circulaire rappelle néanmoins quelques critères établis par les sociétés savantes et pouvant être utilisés par les ARH. Sont ainsi définis des critères relatifs à :

- l'activité globale du service : nombre de lits, nombre de journées réalisées, taux moyen d'occupation, durée moyenne de séjour, pourcentage de décès dans le service, ainsi que les données d'activité PMSI (dont nombre de séjours et relevé des actes), données qui ne figuraient pas dans les premières versions de la circulaire.
- La caractéristique des patients : âge et motif d'admission, Indice de gravité Simplifié (I.G.S.)¹⁵, charge en soins (mesurée par le système OMEGA)¹⁶, nombre de patients traités par ventilation mécanique ...
- La surveillance des infections nosocomiales.

¹⁵ L'I.G.S. est un indice établi à partir d'une base de donnée européenne et nord américaine et qui permet d'apprécier la gravité des patients adultes. Ainsi, à partir d'un certain seuil du score I.G.S., il est possible d'affirmer que le patient relève d'une prise en charge en réanimation. Son recueil est obligatoire pour les patients faisant l'objet de soins de réanimation depuis 1997.

¹⁶ Le système OMEGA est une échelle thérapeutique proposée par la Société de Réanimation de langue française qui permet d'identifier la nature des actes thérapeutiques administrés à un patient de réanimation. Le calcul du score Oméga repose sur le recensement, pendant toute la durée du séjour du patient, d'actes thérapeutiques pondérés

La circulaire précise enfin que les critères retenus pour les besoins de l'enquête seront recueillis sur une période d'un an et que leur analyse sera conduite avec précaution, ceci pour éviter des interprétations contestables qui ne permettraient pas d'engager les restructurations escomptés dans de bonnes conditions. Ainsi, lorsqu'il sera constaté que des résultats s'écartent significativement de la moyenne généralement admise et reconnue par les professionnels, la circulaire demande aux ARH de réaliser une étude complémentaire tenant compte des « *profils de recrutement spécifiques* » de l'unité en cause.

Les pouvoirs publics s'entourent donc de multiples précautions dans la définition du cadre méthodologique devant servir à engager la rationalisation de l'offre de soins en réanimation. Une démarche qui pourrait être interprétée comme excessivement prudente mais qui doit plutôt être considérée à la lumière des enjeux en présence : engager un mouvement de restructuration ample, non seulement du secteur ici en cause, mais aussi des autres disciplines dont l'exercice est lié à la réanimation. Le pari du ministère est donc celui de la recherche du consensus, du moins lors de la phase de description de l'existant.

b) L'exemple des régions Rhône-Alpes et Bretagne

De l'avis de nombreux professionnels, l'un des points forts des décrets et de leur circulaire d'application est de ne pas définir d'indices nationaux fixant le nombre minimum et maximum de lits dans une zone sanitaire. S'il faut sans conteste voir là une conséquence directe de la suppression de la carte sanitaire, ce choix résulte également d'une volonté de traiter la phase de quantification des besoins au plus près du terrain et de tenir ainsi compte des particularités locales. La sensibilité du domaine en cause implique en effet une certaine précaution et rendrait difficile la mise en place de restructurations uniformes qui viendraient fragiliser la situation de certains établissements et poseraient de réels problèmes d'accessibilité aux soins. Liberté méthodologique est donc laissée aux A.R.H. qui se voient ainsi charger de définir les options qui guideront leurs réflexions quant à l'application des décrets relatifs à la réanimation.

L'étude détaillée des enquêtes diligentées par les A.R.H. laisse entrevoir des différences d'approche non négligeables dans ce dossier. En Rhône-Alpes, une étude approfondie de l'activité réanimation a été conduite d'octobre à décembre 2002 et a porté, en

ce qui concerne le secteur public, sur l'ensemble des services de la région déclarant pratiquer la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue¹⁷ et, pour le secteur privé, sur les services de réanimation et de soins continus. Il s'est agi pour la Direction Régionale du Service Maladie (D.R.S.M.) de conduire une double enquête, l'une consacrée à l'aspect structure et l'autre au volet patient. Plus précisément, l'enquête structure¹⁸ a été envoyée à tous les établissements pour mesurer leur degré de conformité avec le décret et comportait une partie intéressant l'ensemble de l'établissement (accès au plateau technique notamment), l'autre partie étant adressée à chaque service entrant dans le champ de l'étude¹⁹. L'enquête patient avait quant à elle pour objectif de décrire les séjours des patients pris en charge dans les services et s'est intéressée au dossier de 50 à 75 patients tirés au sort. Les premiers résultats ont été présentés en février 2003 et ont servi de base à une enquête statistique qui a finalement abouti à la classification des différents services de la région entre plusieurs catégories, la première regroupant les services considérés de réanimation (médicale, polyvalente, chirurgicale ou pédiatrique), la seconde les services relevant des soins intensifs²⁰ et la troisième ceux ayant une activité de surveillance continue. En outre, la D.R.S.M. a également fait ressortir une classe intermédiaire entre la réanimation et les soins continus qui révèle bien toute la difficulté de réaliser des classifications en matière de réanimation.

Conformément à l'objectif recherché, cette enquête a permis d'objectiver la charge en soins des services, de superposer leur appellation avec le profil des patients accueillis et a fait ressortir un certain nombre de caractéristiques du paysage de la réanimation de la région, notamment les difficultés de placement des patients dans les structures d'aval. En outre, avant même que les premières orientations soient envisagées, les résultats de l'étude révèlent l'inadéquation entre l'appellation réanimation de certains services et leur activité réelle, preuve s'il en est du besoin de clarifier les appellations au sein des établissements et, in fine, les filières de soins.

¹⁷ A l'exception toutefois des réanimations néonatales, des soins intensifs de néonatalogie et des services de réanimation de grands brûlés.

¹⁸ Enquête menée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.)

¹⁹ Le détail de cette enquête est présenté en annexe.

²⁰ A notre que la région Rhône-Alpes ne comporte que des services de soins intensifs en hématologie et en cardiologie.

En Bretagne²¹, les choix méthodologiques ont été sensiblement différents puisque l'agence a choisi de se limiter à une enquête déclarative adressée à chaque établissement et de ne pas mener d'étude patient sur le terrain. Cette enquête a été établie à partir d'un nombre restreint d'indicateurs sélectionnés par un groupe de travail mis en place à cette fin par l'agence. Cette option trouve son origine dans la volonté de la direction de l'A.R.H. Bretagne de disposer rapidement d'une cartographie de l'existant du secteur de la réanimation pour commencer au plus tôt les discussions préalables à la révision du SROS. Il faut en effet préciser que les décrets prévoient la révision des SROS « *dans un délai de dix-huit mois* » à compter d'avril 2002, c'est-à-dire pour l'automne 2003. Une échéance rapide qui explique donc la volonté de l'agence d'aller vite pour tenir les délais réglementaires. Cette situation a cependant très vite évolué puisque devant l'ampleur du travail à accomplir, d'abord méthodologique puis de discussions, les différentes versions de la circulaire d'application de ces textes ont précisé dès le début de l'année 2003 que la durée prévue pour la révision des SROS ferait « *l'objet d'une prorogation* ».

Par ailleurs, il ne faudrait pas omettre une autre explication quant aux différences méthodologiques observées : la DRSM de Rhône-Alpes étant une structure importante, elle avait les capacités matérielles et humaines de mener ce genre d'enquête sur le terrain, capacité qui ne se retrouve pas dans toutes les régions.

L'approche méthodologique varie donc d'une région à l'autre et est censée être la garantie d'une application adaptée des dispositions réglementaires en fonction des besoins constatés. Pourtant, certains hospitaliers²² s'interrogent, à raison, des conséquences potentielles de cette liberté sur les conclusions des agences et sur les orientations qui seront arrêtées. Il est en effet possible que les critères retenus pour qualifier un service de réanimation diffèrent d'une région à l'autre et se révèlent plus strict ou au contraire plus souples en fonction des agences. L'évolution des critères retenus par l'A.R.H. Rhône-Alpes est à cet égard illustrative. Les résultats de l'enquête patient ayant conduit à identifier un besoin trop important en réanimation au regard des capacités existantes dans la région, l'agence a pris le parti de resserrer sa définition des malades relevant de la réanimation et de l'appliquer à des malades présentant au minimum deux défaillances et dont l'I.G.S. est supérieur à 33.

²¹ Eléments méthodologiques précisés à l'occasion d'un entretien téléphonique avec le Dr Dominique Chaperon de l'A.R.H. Bretagne.

²² Interrogations soulevées à l'occasion des différents entretiens avec des directeurs d'hôpital.

Paradoxalement, cette liberté méthodologique pourrait donc s'avérer contraire à l'un des objectifs principaux du texte, l'homogénéisation de l'activité réanimation, alors qu'elle est censée garantir sa bonne application. Ainsi, une fois l'étape de description des capacités et des besoins de la région réalisée, un temps de synthèse nationale sera sans aucun doute nécessaire pour aboutir à une cartographie nationale et s'assurer que les critères retenus par les agences ne sont pas trop hétérogènes²³.

B) L'ébauche d'une restructuration de l'offre hospitalière

a) *Analyse des premières conclusions*

Pour mener à bien l'étape de mesure de l'activité réanimation et de quantification des besoins, les A.R.H. n'ont pas attendu la publication de la circulaire d'application des décrets d'avril 2002. Dès la fin 2002 en effet, les premières enquêtes ont été lancées si bien que des résultats sont aujourd'hui disponibles. Les agences ont par ailleurs pour la plupart entamé la seconde étape qui doit permettre de déterminer dans chaque zone le nombre et la localisation des structures autorisées à pratiquer la réanimation. S'il est encore trop tôt pour faire le bilan des orientations préconisées par les groupes d'expert, il est néanmoins intéressant d'analyser quelques unes d'entre elles pour comprendre l'ampleur qui sera donnée à ce dossier.

En dépit de l'impossibilité d'obtenir le détail des simulations réalisées par le groupe de l'agence Rhône-Alpes quant à l'application des dispositions des décrets, les principales préconisations tendent à confirmer les objectifs voulus par les professionnels et les pouvoirs publics puisqu'elles invitent les responsables de l'agence à n'identifier qu'un nombre limité de services de réanimation. Ainsi, les services de réanimation seraient ceux situés dans les établissements sièges de Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.) et dont l'analyse de l'activité fait ressortir une prise en charge de malades dont l'I.G.S. est supérieur à 33 et

²³ Les syndicats de professionnels ont également souligné l'importance d'éviter cet écueil méthodologique et ont proposé la création d'une mission nationale d'appui à l'application des décrets qui permettrait d'établir une cartographie nationale et de synthétiser le dispositif dans son ensemble. (cf communiqué de presse du 10 avril 2001 du Syndicat National des Réanimateurs des Hôpitaux Publics et du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs).

présentant au moins deux défaillances. Cette offre de soins serait complétée par d'autres services, au sein ou en dehors de l'établissement pratiquant la réanimation, qui assureraient une activité de soins intensifs ou de surveillance continue. Ces services prendraient en charge des patients jugés moins lourds qu'en réanimation et travailleraient en étroite collaboration avec ces derniers, aussi bien en amont qu'en aval, grâce à l'établissement de conventions. L'activité de réanimation serait ainsi composée des services qualifiés comme tels et des services conventionnés participant à la réanimation. Au total, les premières conclusions du groupe technique de l'agence identifient 14 sites de réanimation : les 10 sites comptant un S.A.U. auxquels il convient d'ajouter 3 établissements situés dans des bassins hospitaliers non couverts par un S.A.U. ainsi qu'une clinique privée de la région lyonnaise.

La démarche de l'agence Rhône-Alpes, du moins dans la phase de préconisations, apparaît donc conforme aux objectifs des décrets en ce qu'elle tend à clarifier l'offre de soins, à limiter le nombre de services de réanimation et à inciter les établissements à s'entendre pour assurer la continuité de la prise en charge des patients nécessitant ce haut niveau de soins. En outre, elle cherche à prendre en compte les besoins de la population en développant une approche par bassin hospitalier. C'est ce qui explique qu'à côté des S.A.U., l'agence reconnaît des besoins en réanimation dans trois bassins hospitaliers, adoptant ainsi une vision plus dynamique des besoins en réanimation. En définitive, c'est la notion de maillage du territoire qui serait la mieux à même de caractériser ces premières conclusions tant l'accent est mis sur l'approche territoriale.

Cette approche est également celle privilégiée par l'agence de Bretagne qui cherche à construire un réseau de prise en charge cohérent entre réanimation et surveillance continue. La nature de l'activité des établissements de la région, sa répartition sur le territoire mais aussi les besoins de la population tels qu'identifiés par l'enquête précédemment décrite étant différents de ceux constatés en Rhône-Alpes, les orientations diffèrent entre les deux régions. L'A.R.H. Bretagne entend en effet identifier un site de réanimation par secteur sanitaire, site qui offrirait des capacités allant de 10 à 15 lits (exception faite des C.H.U.). Les capacités de la région en lits de surveillance continue seraient augmentées tandis que celles de la réanimation seraient consolidées. Le schéma privilégié est ainsi de développer la surveillance continue pour libérer les services de réanimation d'une partie de ses patients et de maintenir les capacités de réanimation pour prendre en charge les patients nécessitant de tels soins et jusque là accueillis dans d'autres établissements. Il faut ici préciser qu'en Bretagne les conséquences pour les établissements ne devraient pas être trop brutales puisque à l'exception d'un hôpital qui a construit son projet d'établissement sur la

réanimation et non sur les soins continus, aucun établissement ne devrait arrêter une activité de réanimation.

Ces premières orientations semblent traduire une volonté de graduer les soins et de changer la conception de la réanimation. Désormais en effet, cette activité est de plus en plus considérée comme un moment de prise en charge précis et limité qui appelle le développement de coopérations sous forme de réseaux, à l'instar de ce qui est à l'œuvre dans le domaine de la périnatalité. Comme le soulignait déjà un rapport du service médical régional de Montpellier²⁴, la notion de réseau est fondamentale dans l'approche de la réanimation et est une condition indispensable à son « *progrès qualitatif* ».

Pour l'heure, les réseaux se limitent bien souvent à des contacts personnels entre réanimateurs et à une gestion plus ou moins harmonisée des places disponibles dans les différentes unités. Il reste encore à construire des liens clairs et solides entre les unités de réanimation, en particulier pour homogénéiser les modes de prise en charge, mais aussi entre unités de réanimation et unités de soins intensifs ou de surveillance continue pour que la gradation des soins actuellement recherchée prenne corps et se traduise par de réels progrès dans la qualité et la sécurité des soins. Les décrets d'avril 2002 rappellent à plusieurs reprises cette nécessité d'assurer la continuité des soins et préconisent la conclusion de conventions avec les autres établissements (articles R. 712-94, R. 712-95, D. 712-124 et D. 712-126). En définitive, les différentes expériences qui ont pu être observées révèlent que la réussite de ces réseaux est certes conditionnée par la capacité des acteurs à partager leurs compétences et les territoires mais aussi par leur capacité à « *s'organiser efficacement pour connaître les besoins et les attentes de la population* ».

b) *Le temps du débat politique*

Les premières conclusions des groupes techniques mis en place par les agences méritent d'être considérées avec prudence tant la démarche lancée par les deux décrets risque d'être longue et délicate. En fait, il faut bien resituer la place de ces enquêtes dans l'animation de la démarche conduite par les A.R.H. puisqu'elles ont pour rôle d'objectiver la situation régionale et d'éclairer les choix politiques qui seront à prendre. Il ne faudrait donc

²⁴ *Op.cit.*, p. 98

pas surestimer l'importance de ce temps « technique » au détriment du temps « politique » car c'est bien de ce dernier que relèvera la restructuration du secteur de la réanimation.

Un temps politique au cours duquel les données objectives seront confrontées au champ du possible c'est-à-dire aux besoins des différents bassins repérés et aux évolutions souhaitées ou non. Les termes de ce débat s'annoncent riches car en plus des questions sanitaires, les autorités planificatrices régionales doivent considérer les problématiques liées à l'emploi ou à l'aménagement du territoire qui se cachent derrière l'application des décrets d'avril 2002. L'exemple de la périnatalité peut une nouvelle fois être cité tant il illustre les contradictions pouvant exister entre les termes techniques du débat et les impératifs politiques. En se donnant pour objectif de clarifier les filières de prise en charge périnatale, les textes de 1998 ont en effet soulevé de vives réactions politiques qui se sont opposées à la logique planificatrice et rationalisatrice des tutelles.

Une étude conduite en 1999 en Languedoc-Roussillon sur les services de réanimation des centres hospitaliers (C.H.) de la région est à cet égard révélatrice de la difficulté de la décision politique. L'étude de l'estimation des besoins de la population confrontée à l'activité réanimation des différents établissements de la région Languedoc permet de classer ces derniers en trois groupes selon leurs besoins en capacité de réanimation. Pour l'un de ces groupes, l'étude technique a conclu que ces C.H. n'ont pas un volume d'activité suffisant pour justifier le maintien d'une activité de réanimation et d'une U.S.I.C.²⁵. Ces activités apparaissent pourtant indispensables à leur fonctionnement et répondent en outre aux besoins de la population du bassin qu'ils desservent. C'est bien à ce niveau de complexité que se situe la décision politique puisque malgré l'existence d'un besoin réel, les conditions ne sont pas suffisantes pour justifier dans ces établissements le maintien de ces deux types d'activité. Dès lors, le politique doit arbitrer entre plusieurs options :

- se conformer aux prescriptions techniques et ne pas maintenir dans ces centres d'unités spécifiques de réanimation ou d'U.S.I.C., au risque de mettre en difficulté leur fonctionnement quotidien et de ne pas satisfaire le besoin de la population, certes limité mais bien réel.
- ignorer les exigences de sécurité des soins et envisager une unité de réanimation et une U.S.I.C. dans chacun de ces établissements. Option qui se révélerait par

²⁵ le besoin de ces établissements variait de 3 à 5 lits pour la réanimation et de 3 à 4 lits pour l'U.S.I.C..

ailleurs inapplicable tant la faiblesse de l'activité en cause rendrait coûteuses ces unités.

Une autre voie est cependant ouverte aux décideurs politiques, celle de la conciliation. L'étude ici citée à titre d'exemple propose en effet de regrouper ces activités dans des unités de soins intensifs polyvalents qui répondraient aux exigences sécuritaires et verraient leurs compétences strictement encadrées.

Un autre exemple révélateur de l'importance que va prendre le débat politique dans les prochains mois est la question des soins intensifs. Le décret n° 2002-466 précise à cet égard que les unités de soins intensifs prennent en charge « *des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités [...]* ». Une définition qui remet en cause un bon nombre d'unités de soins intensifs polyvalents présentes dans certains C.H. et cliniques privées qui risquent une requalification en unités de surveillance continue. A ce niveau les problématiques sont non seulement liées à l'image, au positionnement et à l'attractivité des établissements concernés mais se situent également sur un plan financier puisque la rémunération des soins intensifs est plus avantageuse pour les centres privés que celle attachée à la surveillance continue. Si la tarification à l'activité devrait permettre de résoudre ce problème, il n'empêche que les agences devront arbitrer sur la situation de ces soins intensifs polyvalents qui posent également des questions quant à la gradation des soins et à son efficacité.

Alors que le décret s'est attaché à distinguer réanimation, soins intensifs et surveillance continue en particulier pour éviter le maintien d'unités de « sous réanimation », force est de constater que dans la réalité, les unités de soins intensifs polyvalents répondent à un besoin réel ne correspondant ni à de la réanimation ni à de la surveillance continue. Il s'agit là d'une des limites essentielles des décrets qui, en cherchant à rationaliser l'offre de soins, ont pris le risque d'opérer des classifications trop systématiques. Peut-être aurait-il été préférable de ne pas retenir une classification basée sur le caractère mono ou poly pathologique des patients mais plutôt sur le niveau de gravité des patients auquel un niveau de prise en charge aurait été associé. C'est ce que proposait en 1998 un groupe de travail mis en place par l'A.R.H. Rhône-Alpes dans le cadre de la révision du SROS qui distinguait quatre types de services :

- les services de réanimation ou de soins intensifs de troisième niveau qui prendraient en charge les patients présentant des défaillances viscérales, simples ou multiples ;

- les services de réanimation ou de soins intensifs de deuxième niveau qui répondraient aux besoins des malades présentant des défaillances viscérales multiples et à ceux des malades ne nécessitant qu'une surveillance continue ;
- les services de soins continus ou de premier niveau qui recruteraient des patients instables ;
- enfin les services de réanimation ou de soins intensifs spécialisés.

En faisant abstraction du concept de réanimation polyvalente, les décrets nient donc la réalité des besoins et la réponse qu'apporteront les agences à la question des soins intensifs ne sera pas sans conséquences sur le paysage hospitalier de demain et sur l'accessibilité aux soins. Une réponse qui pourra être éclairée par les experts mais qui restera de la seule responsabilité des politiques.

La capacité d'adaptation des établissements de santé sera sans conteste une variable déterminante dans les décisions qui seront prises pour l'application concrète des textes relatifs à la réanimation. L'observation de la réalité quotidienne des établissements démontre en effet que c'est d'abord de cette capacité que dépend le succès d'une réforme.

1.2.2 L'inégale capacité d'adaptation des établissements

Comme toujours lorsqu'il est question de restructurations et de réorganisations, les orientations décidées par les autorités de régulation se heurtent aux réalités locales et aux difficultés rencontrées par les acteurs de terrain. Dans le domaine sanitaire, l'augmentation de la pression réglementaire et l'essoufflement de bon nombre de structures qui en résulte conduit à s'interroger sur la capacité d'adaptation des établissements de santé aux nouvelles obligations instituées par les décrets du 5 avril 2002. Une capacité inégale d'un établissement à l'autre qui dépend certes de sa taille et de la nature de ses missions, mais aussi de la structuration de son environnement. Le déficit en lits de surveillance continue est cependant une difficulté commune à l'ensemble des structures qui suscite des interrogations quant à la possibilité d'aboutir à une prise en charge graduée des malades et pose de nombreux problèmes éthiques, en particulier en ce qui concerne l'orientation des patients en réanimation ou dans un service de prise en charge moins lourde.

A) Les établissements de santé et les conséquences économiques de la réforme d'avril 2002

a) *L'incitation aux regroupements d'activité par la fixation de normes coûteuses*

Dès le début des discussions qui devaient déboucher sur l'édiction de normes précises venant encadrer le fonctionnement des services de réanimation, les représentants des établissements hospitaliers ont insisté sur la dimension économique de ces mesures et sur la nécessité d'accompagner financièrement les hôpitaux et cliniques pour permettre leur mise à niveau. Ce point est en effet capital car sans un accompagnement financier, bon nombre de structures assurant une activité de réanimation seront contraintes soit de fermer des lits pour pouvoir fonctionner conformément aux dispositions réglementaires, soit de continuer à fonctionner dans les mêmes conditions qu'avant la parution des décrets, annihilant ainsi l'effort des professionnels et des pouvoirs publics pour sécuriser et homogénéiser les pratiques.

Les difficultés d'application de ces mesures sont d'abord d'ordre architecturales tant les conditions de surface à respecter dans les unités de réanimation sont lourdes. Une annexe à la circulaire d'application vient ainsi préciser le modèle architectural attendu des unités de réanimation ainsi que son positionnement idéal au sein de l'établissement. Ainsi, l'annexe recommande, en cas de création ou de reconstruction de l'unité de réanimation, de la rapprocher au maximum des structures liées à son fonctionnement²⁶, si possible au même niveau. Mais surtout, le décret prévoit dans son article D. 712-104 que les services de réanimation devront disposer de locaux « *distribués en trois zones* ». Une première zone d'accueil ou de filtre, située à l'entrée de l'unité et permettant de contrôler l'accès et d'assurer le calme. L'annexe de la circulaire d'application va même très loin dans le détail d'organisation et précise les bureaux devant se trouver dans cette zone. La seconde zone correspond quant à elle à l'hospitalisation et se décompose entre les couloirs de circulation, le poste central de surveillance et les chambres. Enfin, les textes prévoient une dernière zone dite « *zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement du matériel* » et vont jusqu'à préciser la nature des revêtements de sols attendus ou encore les caractéristiques des faux-plafonds. Si le souci du détail des pouvoirs publics peut prêter à

²⁶ Service d'accueil des urgences, bloc opératoire, plateau technique d'imagerie, laboratoires.

sourire et révèle leur volonté d'accroître la sécurité et la qualité des soins en réanimation, il implique pour les établissements la réalisation d'investissements très importants, qui plus est dans des délais relativement brefs. Ainsi, en 1998, la F.H.F. estimait, dans une lettre adressée au ministre de la santé, que ces mesures conduiraient à modifier l'architecture de 60 p. 100 des hôpitaux concernés par le champ du décret. Le plan « Hôpital 2007 » présenté par Jean-François Mattei pourrait peut-être constituer une réponse à ces difficultés en consacrant une partie des crédits à cette mise aux normes architecturale mais les choses sont encore pour l'heure relativement imprécises.

La principale attente des professionnels de la réanimation à l'égard de ces textes résidait dans la fixation de normes précises sur la permanence médicale et paramédicale dans l'unité de réanimation. Si les pouvoirs publics n'ont que partiellement répondu à ces attentes en ne fixant des normes chiffrées que pour le personnel para-médical (2,5 I.D.E. pour 5 patients et 1 A.S.D pour 4 patients), les difficultés d'application sont néanmoins très lourdes pour les établissements de soins.

Concernant les dispositions relatives au personnel para médical, il faut tout d'abord souligner la charge financière que représente la mise en conformité des établissements qui devront, pour beaucoup d'entre eux, étoffer leurs équipes et donc rémunérer des personnels supplémentaires. Mais surtout, c'est la pénurie en personnels para médicaux qui représente le principal obstacle à l'application de ces normes. A supposer que les hôpitaux et les cliniques puissent dégager des ressources pour rémunérer du personnel supplémentaire dans les services de réanimation, ils devront encore pouvoir réaliser ces recrutements. Cet état de fait, souligné à maintes reprises par les représentants de l'hospitalisation tant publique que privée, a pourtant conduit les pouvoirs publics à minorer leurs ambitions. Les premières versions des décrets prévoyaient ainsi un taux d'encadrement d'une infirmière pour 2 patients qui, selon Jean-Claude Ducreux, chef du service des urgences et de la réanimation polyvalente du Centre Hospitalier de Roanne, aurait nécessité la création de 250 emplois pour la seule région Rhône-Alpes. De telles normes auraient sans doute été « *dévastatrices* »²⁷ pour les hôpitaux si bien que les prétentions ont été revues à la baisse pour arriver au taux de 2 I.D.E. pour 5 patients. En outre, la circulaire d'application est encore venue assouplir ce ratio en prévoyant de calculer les effectifs nécessaires non pas en

²⁷ Déclaration de Jean-Pierre Ducreux à l'agence de presse médicale le 12 janvier 2000.

fonction du nombre de lits installés mais par rapport au nombre de patients présents²⁸. Autant de mesures qui certes assouplissent les contraintes mais qui ne solutionnent pas durablement les difficultés de recrutement.

Le caractère exclusif de la permanence médicale institué par les décrets au profit des unités de réanimation soulève des difficultés encore plus pressantes. Lorsqu'on sait que la mise en place d'une ligne de garde nécessite la mobilisation de cinq médecins, on comprend vite qu'il sera nécessaire d'augmenter les moyens humains médicaux, qui sont pourtant déjà rares. Là encore, l'examen des différentes versions des décrets prouve que devant les perspectives de la démographie médicale, le ministère a essayé de trouver une voie médiane qui puisse concilier la sécurité des soins avec la capacité réelle des établissements. Alors qu'en 1998, la première version du texte imposait aux services de réanimation la présence effective dans l'unité, vingt-quatre sur vingt-quatre, d'un médecin expérimenté, la version définitive est venue préciser qu'en dehors du service de jour la permanence médicale peut être assurée « *par un interne en médecine* » à la condition qu'un « *médecin de l'équipe médicale [...] soit placé en astreinte opérationnelle* ». Conjugée à la mise en place de la réduction du temps de travail et du repos de sécurité, cette obligation de permanence médicale risque de fragiliser les petites ou moyennes structures qui ont déjà les plus grandes difficultés à pourvoir leurs postes vacants.

L'énumération de toutes les contraintes devant être digérées par les établissements ne doit pas faire oublier l'objectif de restructuration recherché par les pouvoirs publics. Il est en effet très clair que le coût d'une unité de réanimation sera désormais tel qu'il ne pourra pas être assumé par tous les établissements. Des requalifications seront donc forcées par la réalité économique en plus des obligations réglementaires qui prévoient de ne pas autoriser des services de réanimation de moins de huit lits. Devant cette perspective incontournable de regroupement des capacités de réanimation dans de plus grosses structures, les stratégies vont être variables en fonction des établissements de soins. Pour certains d'entre eux, la fermeture de leur réanimation sera incontournable, pour d'autres, il s'agira de dégager des ressources pour supporter la charge de la mise aux normes alors que des centres hospitaliers seront quant à eux contraints de diminuer leur capacités d'accueil. Une

²⁸ Plus précisément, ce calcul est basé sur le nombre total de patients admis dans le service au cours des trois dernières années.

dernière éventualité pour le moins inquiétante qui pose la question de l'accès aux soins au niveau infra régional.

En définitive, c'est de la capacité d'adaptation des établissements à ces nouvelles contraintes réglementaires que dépendra le succès ou l'échec du texte et de ses objectifs de rationalisation de l'offre, d'évolution des pratiques et d'amélioration qualitative de la prise en charge des patients. Dans l'éventualité où ces mesures conduiraient les établissements dans lesquels une activité de réanimation sera reconnue et légitimée à réduire leur capacité d'accueil, c'est l'opportunité même de ces décrets qui sera alors en question.

Il en va de même de l'obligation faite aux hôpitaux et cliniques d'identifier une permanence médicale exclusive pour la réanimation. Dans les faits, de multiples établissements de petite ou moyenne taille vont se retrouver confrontés à de réelles difficultés pour doubler leur liste de garde et ne pourront continuer à exercer cette activité qu'en contournant les objectifs du texte. Il sera alors de la responsabilité des équipes de direction hospitalières de ne pas dédier la garde de réanimation à ce seul service mais de la faire également intervenir en anesthésie.

L'exemple de la réanimation traduit donc bien les tensions existant entre des objectifs légitimes de sécurité, d'amélioration des conditions de travail, d'amélioration de la prise en charge et la réalité de terrain qui demande du temps et qui n'est pas toujours en mesure de mobiliser les moyens nécessaires. Il conduit aussi à s'interroger sur la légitimité de normes faisant abstraction des possibilités concrètes d'application.

b) Illustration

Comme cela a été souligné précédemment, la parution des décrets d'avril 2002 a longtemps été annoncée comme imminente et a nécessité dans les faits de longues années. Les conséquences prévisibles de l'application de ces textes ont pourtant été rapidement mesurées. En 1999, une étude conduite en Languedoc-Roussillon tentait déjà d'analyser les impacts pour les centres hospitaliers (hors C.H.U.) des dispositions annoncées afin de connaître l'écart entre le point de départ et l'arrivée. Si les résultats de cette étude sont en train d'être actualisés par l'A.R.H., ils illustrent parfaitement l'ampleur des difficultés auxquelles doivent faire face les établissements de soins.

Concernant les normes architecturales, un seul service sur les dix de la région répondait alors aux exigences et trois d'entre eux étaient en phase de reconstruction. La conformité des services aux normes d'équipement n'était pas meilleure puisque seulement deux

établissements offraient à leur service de réanimation un équipement conforme aux recommandations. La question du personnel étant centrale dans l'appréhension des conséquences de ces décrets, l'étude envisageait en détail les différentes problématiques, à commencer par celle de la garde médicale exclusive qui n'était en place que dans cinq services de la région. Concernant les normes d'encadrement en personnel infirmier, l'E.R.S.M. de Montpellier constatait également la conformité de cinq services. La combinaison des données relatives au personnel médical et para médical concluait à la conformité de trois unités médicales aux exigences du décret. Depuis 1999, la situation est susceptible d'avoir évolué dans le sens d'une plus grande conformité. Il est en effet probable que les responsables des différents centres hospitaliers aient intégré la problématique de la réanimation dans leurs réflexions et procédé aux aménagements souhaitables dès lors qu'une opportunité se présentait. Cette enquête est néanmoins intéressante et révélatrice de l'ampleur de l'effort à réaliser pour mettre à niveau les services considérés.

Dans la plupart des régions, des études sont actuellement en cours pour mesurer le degré de conformité et de non conformité des établissements aux décrets et pour tenter d'évaluer l'effort global régional. Cette démarche concerne bien sûr les agences régionales tant les résultats influenceront sur leur politique de planification ou d'allocation des ressources mais également les établissements de santé qui cherchent à chiffrer le coût de leur mise aux normes. Ainsi, par exemple, les Hospices Civils de Lyon (H.C.L.) ont lancé dans leurs services de réanimation une enquête complémentaire à celle de l'A.R.H. pour juger de l'ampleur financière de la mise aux normes. Si les données ne sont pour l'heure que partielles elles font ressortir que les problèmes de conformité en terme d'équipement et d'accès au plateau technique ne concernent qu'un nombre limité d'unités et peuvent être résolus par l'établissement de conventions avec d'autres sites des HCL disposant des équipements leur faisant défaut. C'est finalement le nombre de para médicaux nécessaires dans les services qui devrait poser le plus de difficultés puisque les premières simulations font ressortir des manques importants d'A.S.D.. Ces résultats devraient servir aux H.C.L. pour définir leur programme de mise en conformité mais aussi, et c'est peut-être là l'intérêt majeur de leur démarche, pour envisager des réorganisations de services, éventuellement des synergies, pouvant générer des économies d'échelle.

Au niveau national, il est surprenant de constater qu'en dépit des demandes répétées des représentants du monde hospitalier, le ministère n'a pas conduit de véritable étude d'impact

financière des textes en préparation. A partir du résultat d'enquêtes conduites dans trois régions des hypothèses ont certes été présentées mais n'appréhendaient pas les conséquences financières qui allaient devoir être supportées par les hôpitaux. Il s'agit pourtant là d'un point capital dans la réussite de la réforme, comme le rappelaient en 1998 les responsables des fédérations hospitalières dans un courrier au ministre qui estimaient alors que l'accompagnement financier dépasserait « *largement le milliard de francs* ». Un accompagnement sans lequel les sites qui seront identifiés par les agences comme exerçant de la réanimation ne pourront se mettre à niveau dans les délais. Sans aller jusqu'à satisfaire à la demande de la F.H.F. et de certains syndicats de réanimateurs de mettre en place une mission nationale d'appui pour mesurer les moyens effectivement nécessaires, les pouvoirs publics ont néanmoins inscrit dans la circulaire d'application qu'à la phase d'identification des sites de réanimation dans chaque région succédera une phase d'évaluation « *des besoins en investissements et en personnels pour la mise aux normes des structures existantes* ».

B) Le pari des décrets et leurs conséquences éthiques

a) *Le pari d'une graduation des soins*

Pour atteindre l'objectif de rationalisation de l'offre de soins et de clarification des filières de prise en charge en réanimation, les décrets d'avril 2002 entendent susciter le développement d'unités de surveillance continue. Il s'agit là d'un facteur clé de réussite des réformes qui s'annoncent dans le secteur de la réanimation.

D'abord, les unités de soins continus devraient permettre le recentrage de l'activité des services de réanimation en prenant en charge les patients en état précaire orientés jusqu'alors en réanimation faute de structure plus adaptée. Ensuite, elles répondront au souci originel des professionnels de graduer la prise en charge et de sécuriser les soins puisqu'elles correspondent à un besoin précis de prise en charge en prenant en charge des patients venant de réanimation et dont l'état est encore précaire. Il serait ainsi mis fin à certaines situations où des malades encore lourds sont transférés directement de réanimation en unité d'hospitalisation classique. Enfin, la troisième « raison d'être » de ces structures est la souplesse qu'elles permettront pour le fonctionnement des unités de réanimation. De l'avis quasi unanime des professionnels, une unité de réanimation ne pourrait fonctionner en accueillant exclusivement des patients d'une particulière gravité. Que

ce soit pour des raisons de charge en soins ou encore d'effectifs médicaux ou para médicaux, les services de réanimation ont besoin de se ménager des marges de manœuvre. Pour cela, les décrets et leur circulaire d'application ont prévu de coupler à une unité de réanimation une unité de surveillance continue offrant au minimum un nombre de lits égal à la moitié de ceux présents en réanimation.(article R. 712-94).

L'organisation imaginée par les décrets d'avril 2002 reposent donc sur le pari que des unités de surveillance continue se mettront en place et permettront ainsi aux services de réanimation, dont le nombre aura diminué, d'éviter l'engorgement. Un pari pour le moins risqué tant la situation actuelle des capacités de surveillance continue est préoccupante.

Aux H.C.L, le recensement des services de réanimation et de surveillance continue fait apparaître une capacité de 106 lits de réanimation adulte pour 7 lits seulement de surveillance continue, par ailleurs rassemblés dans une même unité. Le déficit est donc plus que majeur et ne fait que confirmer les analyses qui ont conduit les réanimateurs à réclamer des normes. Dans bon nombre d'établissements, la réanimation est seule à répondre aux besoins des patients relevant de soins plus lourds et ne se consacre donc pas seulement à l'exercice de sa mission première. Ces chiffres montrent également que dans les faits, une partie des soins continus sont délivrés dans les unités d'hospitalisation traditionnelles. En effet, la non identification d'unités spécifiques de surveillance continue ne fait pas pour autant disparaître le besoin des patients. L'exemple des H.C.L. ne fait donc que confirmer le constat unanime de déficit de lits de prise en charge intermédiaire entre réanimation et hospitalisation classique et soulève de nombreuses interrogations quant à la capacité des établissements de créer ou d'isoler de véritables unités de surveillance continue à côté des services de réanimation.

A Lyon, la mise en conformité des différents établissements aux dispositions réglementaires nécessite la création d'environ 30 lits de cette nature. Autant dire que les marges de manœuvre sont serrées même pour un établissement de cette taille. A ce stade de la réflexion, deux solutions peuvent être évoquées. La première consisterait à diminuer les capacités en réanimation pour créer des lits de surveillance continue. Une solution extrême qui n'est satisfaisante ni pour l'établissement ni pour le planificateur régional qui ne souhaitera probablement pas diminuer le nombre de lits de réanimation dans les sites identifiés comme exerçant cette activité. Ceci reviendrait en effet à remettre en cause l'ensemble du schéma régional et poserait des questions légitimes quant à la réponse aux

besoins sanitaires. La seconde solution consisterait, à l'inverse, à maintenir les lits de réanimation et à prendre sur les lits de spécialité pour créer des services de soins continus. Pour ce faire, les établissements devront au préalable tenter de repérer les services dans lesquels sont pris en charge des malades relevant de soins continus, par exemple en demandant au département d'information médicale (D.I.M.) de repérer les patients de réanimation directement transférés dans les services de médecine, ou encore en menant des études sur l'équipement des services médicaux et chirurgicaux en appareils d'assistance, de suppléance ou de surveillance. Des informations qui donneront sans doute des indices mais qui ne permettront pas des interprétations précises. In fine, ce sont en effet les décideurs hospitaliers qui devront trancher et choisir les secteurs qui feront l'objet de réorganisations.

Ce choix stratégique sera propre à chaque établissement mais devra partout éviter deux écueils. En premier lieu, il faut bien voir que la création d'unités distinctes de surveillance continue ne produira ses effets que si celles-ci ont une taille suffisante pour être utilisées conformément à leur mission. Dans le cas contraire, les lits de soins continus seront très vite utilisés comme des lits supplémentaires de réanimation et non comme une structure distincte de ce moment précis de prise en charge. En second lieu, les organisations qui seront mises en place par les équipes de direction devront permettre d'identifier précisément le rôle des unités de soins continus afin de ne pas les transformer en unités « fourre-tout » accueillant des malades pour lesquels la charge en soins serait jugée trop importante par les services d'hospitalisation.

La question de la surveillance continue est donc loin d'être simple pour les hôpitaux et les cliniques et les conduira à repenser leurs modes de prise en charge ainsi qu'à mener des réorganisations internes. Une perspective qui peut inquiéter les responsables hospitaliers ou au contraire être perçue comme une opportunité unique de remise en cause de situations existantes et de clarification des filières de soins.

b) Les conséquences éthiques des décrets

L'analyse successive des mesures contenues dans les décrets d'avril 2002 et de leurs conséquences prévisibles pour les établissements laisse le sentiment qu'une nouvelle gestion de la réanimation est à l'œuvre. Si les conséquences directes de cette nouvelle conception de la réanimation ont à maintes reprises été soulignées par les commentateurs comme par les pouvoirs publics, sa dimension éthique n'a quant à elle été que rarement

évoquée. Et pourtant, l'application des décrets par les hôpitaux et le nouveau paysage de l'activité réanimation qui s'entrevoit conduit à s'interroger sur la thématique de l'accès aux soins ainsi que sur celle de l'évolution du profil des patients pris en charge dans les unités de réanimation.

Tout d'abord, en raison du niveau important de ressources devant être mobilisé pour faire fonctionner une unité de réanimation, de nombreux établissements n'auront plus les moyens de continuer à assurer cette activité. Les parties prenantes aux négociations préalables à la publication du décret ne se sont d'ailleurs jamais cachées de cet objectif puisqu'il s'agissait à travers l'édition de normes contraignantes et la fixation d'un nombre minimal de lits dans les unités de réanimation de restructurer le secteur et de ne maintenir que des structures offrant une prise en charge conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Un objectif pour le moins louable mais dont la traduction en un nombre minimal de lits pose question. Certaines zones en effet, eu égard leurs caractéristiques populationnelles, l'estimation de leur besoin sanitaire, leur géographie ou encore la nature du paysage hospitalier, n'entrent pas dans les classifications opérées par le législateur et viennent même les remettre en cause. L'étude conduite en Languedoc-Roussillon déjà évoquée plus haut, prouve à cet égard que le maintien de petites structures de réanimation, de trois à quatre lits, apparaît indispensable dans certaines zones et qu'une application à la lettre de la nouvelle réglementation pourrait se traduire pour les patients par une perte de chance non négligeable. Sans entrer ici dans les détails, il est facile de comprendre qu'en l'absence d'unités pratiquant la réanimation dans certaines zones, les patients devraient supporter des délais de prise en charge plus long. Par ailleurs, il n'est pas toujours certains que les centres identifiés comme référents pour la zone pourraient répondre aux besoins du territoire dépourvu de réanimation.

Conscients de cette question éthique d'égal accès aux soins sur tout le territoire, les pouvoirs publics ont tenté de minorer le caractère systématique de la réglementation et ont reconnu la possibilité d'autoriser le fonctionnement de petites unités de six lits «à titre dérogatoire après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population »²⁹. En fait, c'est véritablement de l'application qui sera faite par

²⁹ Article R. 712-93

les A.R.H. de ces dispositions que se feront ou non sentir les problèmes d'accessibilité aux structures de réanimation. Une interprétation de l'esprit du décret et non de sa lettre pourrait ainsi permettre de prendre en compte des particularités locales et d'envisager la création d'unités de réanimation comportant peu de lits, assurant également une activité de soins intensifs, et dont les missions seraient strictement limités à la réponse d'un besoin immédiat de suppléance.

Ensuite, la gradation de la prise en charge des patients qui est recherchée par les textes d'avril 2002 devrait conduire à une modification substantielle du type de patients admis en réanimation. Alors qu'aujourd'hui les services de réanimation n'accueillent pas exclusivement des patients nécessitant la mise en œuvre de moyens très importants, notamment de suppléance, le schéma futur cherche à réserver l'accès à ces structures aux seuls patients relevant effectivement de la réanimation au sens de la définition retenue par les décrets. Conjuguée au resserrement des capacités de réanimation, cette gradation des soins ne sera pas sans conséquences sur le comportement des réanimateurs et sur leurs décisions d'admettre ou non des patients dans leur service. En effet, les médecins de cette spécialité vont devoir s'interroger davantage sur le profil des patients nécessitant des soins de réanimation en raison de la limitation des places et de l'existence d'unités de surveillance continue. Pour certains, le risque est ainsi réel que des patients ne se voient pas offrir le maximum de soins et perdent ainsi de sérieuses chances de survie. Pour d'autres au contraire, la rationalisation de l'offre de soins ne se fera pas au détriment des besoins de la population mais permettra d'offrir une palette plus large de niveaux de prise en charge.

La lecture des bilans statistiques des unités de réanimation montre avec précision l'ampleur des questions éthiques ici soulevées. Ainsi, bien que devant être traitée avec prudence, l'analyse des taux de décès constatés dans les unités, révèle parfois que des patients ont été orientés en réanimation alors qu'ils étaient en fin de vie et relevaient plus des soins palliatifs. A l'avenir, il est certain que la limitation du nombre de places en réanimation conduira les professionnels à considérer davantage la situation particulière de chaque patient et à ne pas offrir systématiquement à tous les malades lourds une place en réanimation. Une évolution qui devra être précédée de changements importants dans la pratique et les conceptions des professionnels. Finalement, le nombre de séjours non justifiés devrait sensiblement diminuer et les unités de réanimation verront progressivement leur niveau d'intervention précisé et encadré.

Ces textes devraient donc conduire les réanimateurs à définir avec précision le champ de leur action et à objectiver par la même la réalité des soins. Une réflexion qui sera propre à

chaque service et même à chaque réanimateur, tant la décision d'admettre un patient en réanimation est et restera subjective. Subjectivité rimant avec incertitude, les pouvoirs publics seront sans aucun doute conduits à préciser encore davantage le champ des unités de réanimation et à aborder la problématique du placement des malades en réanimation. Dans la région Rhône-Alpes, l'A.R.H. devrait ainsi préciser dans le volet spécifique du SROS consacré à la réanimation un certain nombre de questions relatives à l'orientation en réanimation.

2 DES DECRETS REVELATEURS DE L'INADEQUATION DES OUTILS DE PLANIFICATION AUX ENJEUX PRESENTS ET FUTURS DU SYSTEME DE SANTE.

Les conséquences des décrets d'avril 2002 dépassent largement le seul secteur de la réanimation et vont très vite montrer leurs effets sur le système de santé dans son ensemble, ne serait-ce que par le mouvement de recomposition de l'offre qu'ils rendent inéluctable. En soumettant l'exercice de l'activité de réanimation à une autorisation préalable, les pouvoirs publics entendent s'appuyer sur le régime des autorisations, outil traditionnel de la planification sanitaire, pour faire évoluer le paysage de la réanimation, contrôler son exercice et inciter par la même les hôpitaux à se restructurer. De manière synthétique, l'exercice par l'Etat de sa mission d'adaptation du paysage sanitaire aux besoins de la population peut être résumé ainsi : des orientations et des mesures plus ou moins précises sont définies par le biais du SROS³⁰ et sont mises en œuvre par le régime d'autorisation qui permet en fait de contrôler l'offre de soins par rapport aux besoins définis par ce schéma.

Dans la pratique, ce régime des autorisations montre très vite ses limites qui, pour la plupart, trouvent leur origine dans son caractère administratif. A tel point qu'il est aujourd'hui temps de s'interroger sur l'adéquation de cette procédure aux enjeux du système de santé. En fait, cet outil semble bel et bien dépassé et la politique de recomposition de l'offre hospitalière, qui est notamment appelée par les décrets de réanimation, ne pourra réussir qu'en s'appuyant sur une planification sanitaire rénovée qui privilégiera de nouvelles relations entre les pouvoirs publics et les établissements et dépassera la vision rigide de l'autorisation.

³⁰ Jusqu'à l'ordonnance du 4 septembre, la carte sanitaire remplissait cette même mission aux côtés du SROS.

2.1 Les limites du régime d'autorisation comme outil de réalisation des objectifs du SROS

Parmi les objectifs recherchés par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, celui de l'amélioration de l'efficacité de la planification sanitaire figurait en bonne place. Il s'agissait en effet de donner plus de force aux orientations décidées par les pouvoirs publics dans la carte sanitaire ainsi que dans le nouvel outil introduit par la même loi : le SROS. Pour satisfaire à cet objectif, le régime des autorisations préalables est apparu comme le plus adapté car il permet à l'Etat de contrôler directement l'évolution de l'offre de soins et les conditions de fonctionnement des établissements. Si cet outil a sans conteste permis de répondre aux besoins de la situation de l'époque, son utilisation en planification sanitaire révèle aujourd'hui ses limites tant les problématiques ont changé. Il s'agit en effet non plus de donner plus d'autorité à la planification mais de créer les conditions favorables à la restructuration de notre système, à la rénovation des relations entre les acteurs hospitaliers. C'est à cette seule condition que la réforme hospitalière voulue par l'Etat donnera lieu à une véritable réforme de l'hôpital.

2.1.1 Un régime au service de la fonction planificatrice des pouvoirs publics

En tant qu'outil de planification, le régime des autorisations est loin d'être sans incidence pour les établissements de santé et conditionne une large partie de leur fonctionnement. C'est bien pour cela que malgré ses limites et insuffisances, les hôpitaux lui accordent toujours une attention particulière.

A) Les mouvements de fond de la planification hospitalière

a) *Les outils de la planification*

Ainsi que l'illustrent les décrets du 5 avril 2002, l'action des pouvoirs publics dans le champ sanitaire a pour caractéristique majeure la recherche d'une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins constatés. Pour mener à bien cette entreprise de rationalisation des capacités existantes et d'incitations au développement de complémentarités ils se sont progressivement dotés d'instruments spécifiques de maîtrise

de l'évolution du paysage hospitalier. Il n'est ici pas inutile de rappeler les circonstances qui ont conduit les autorités à mettre au point à partir des années 1970 un certain nombre d'outils. En effet, c'est dans un contexte de ralentissement de croissance économique, d'augmentation exponentielle des dépenses de santé mais aussi de développement des capacités hospitalières que l'Etat a cherché des moyens pour mieux peser sur l'évolution du paysage hospitalier ainsi que pour renforcer ses marges de manœuvre dans l'exercice de sa politique sanitaire. Un contexte qui explique donc que les outils alors développés, essentiellement la carte sanitaire, soient davantage adaptés à une régulation quantitative qu'à une approche qualitative qui cherche à planifier en fonction des besoins et du service rendu à la population par les structures de soins.

Depuis la loi hospitalière de 1970, la planification hospitalière se fait au moyens de deux instruments, respectivement la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire, qui ont pour mission de « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé »³¹. La carte sanitaire a été instituée par la loi du 31 décembre 1970 et est restée pendant de nombreuses années le document de base de la planification sanitaire chargé de prévoir et de fixer les normes d'équipement. Plus précisément, elle a d'abord pour mission de déterminer les limites des régions, secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques avant de fixer, pour chaque zone sanitaire ainsi définie, la nature et l'importance des installations, équipements, structures des soins alternatives à l'hospitalisation et activités de soins d'un coût élevé. La vision offerte par cet outil a très vite été dénoncée, essentiellement car elle se résume à une approche quantitative de la santé basée sur des indices globaux d'équipements ou d'activité. La nouvelle loi hospitalière du 31 juillet 1991 apporte en cela des modifications importantes en décidant d'élargir le champ d'action de la carte et de la compléter d'un SOS, outil expérimenté dans différentes régions et s'inscrivant dans la droite ligne des recommandations du rapport de 1986 sur la planification hospitalière³².

Le SOS a trouvé sa place dans le champ de la planification en venant compléter la carte sanitaire et fixer « *la répartition géographique, la nature et l'importance des installations, équipements et activités de soins répondant de manière optimale aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire.* » C'est dans les régions que la

³¹ Article L. 6121-1 du code de la santé publique

³² ETIENNE J.-P., CHANTEREAU S., CORDIER A., Planification hospitalière, rapport au ministre d'Etat, Ministre de l'Economie, des Finances et de la Privatisation et au Ministre des Affaires sociales et de l'emploi, Paris, La Documentation Française, décembre 1985.

mise en œuvre de ces SOS a été la plus importante et la plus structurante et s'est traduit par l'établissement de SROS. Relevants de la responsabilité des A.R.H., ils sont très vite apparus comme des outils puissants pour assurer la répartition géographique de l'offre de soins à l'intérieur d'un territoire donné et ont ainsi fait taire les critiques qui avaient précédées leur naissance qui voyaient cet outil comme un document supplémentaire . C'est que ces schémas présentent l'avantage de la souplesse puisque les autorités régionales sont non seulement libres de définir elles-mêmes leur méthodologie d'élaboration mais surtout de déterminer leurs propres priorités et de développer par conséquent un raisonnement au plus près du territoire. Dans les faits, c'est à partir de 1994 que les premiers SROS ont été élaborés et ont conduit les régions sanitaires à clarifier les objectifs recherchés et à faire évoluer leur démarche planificatrice dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'efficacité du système de soins. Toutefois, le résultat concret de ces premiers schémas ne doit pas être surévalué tant ils ont été construits sans référence méthodologique et se sont avérés dans les faits très hétérogènes d'une région à l'autre.

A partir de 1999, une seconde génération de schémas voit le jour qui vont très vite être considérés par les agences comme des outils stratégiques au service de leur politique, leur permettant de dépasser les approches traditionnelles de la planification. L'explication de l'émergence progressive du schéma régional comme outil central de planification est certes liée au bilan de l'élaboration et de l'application de la première génération mais surtout de l'augmentation de leur force consécutive à l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. En effet, il est prévu dans cette réforme que les annexes aux SROS, qui décrivent les opérations de recomposition de l'offre de soins jugées indispensables à la réalisation du schéma, seront désormais opposables et non plus seulement des documents à caractère indicatif.

Au total, avec la loi hospitalière de 1991, les pouvoirs publics ont à leur disposition deux outils complémentaires censés leur permettre d'adapter au mieux l'offre de soins aux besoins de la population.

b) Le régime d'autorisation, outil de mise en œuvre des objectifs du SROS et de la carte sanitaire

Pour mettre en œuvre les orientations définies par le SROS et, préalablement à sa disparition celles contenues dans la carte sanitaire, les autorités de planification s'appuient sur le régime d'autorisation. Si comme le rappelle Alain Jourdain le régime

d'autorisation existe dans le domaine sanitaire depuis 1958³³ avec l'obligation d'obtenir une autorisation préalablement à la création d'un hôpital, c'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui va en faire un outil d'appui au SROS et à la carte sanitaire.

Les articles L. 6122-1 à L. 6122-21 et R. 712-37 à R. 712-51 du code de la santé publique précisent ainsi que sont désormais soumis à autorisation :

- la création, l'extension, la conversion totale ou partielle et le regroupement des établissements de santé quels qu'ils soient ;
- la création, l'extension, la transformation des installations, y compris les équipements matériels lourds et les structures alternatives à l'hospitalisation ;
- La mise en œuvre ou l'extension des activités de soins.

Si l'autorisation est accordée pour une durée allant de 5 à 10 ans³⁴ et n'est jamais illimitée, l'article L. 6122-4 précise que son octroi est conditionné au résultat positif d'une visite de conformité.

Pour ce qui concerne le cas particulier de la réanimation, il faut bien voir que dans la mesure où les normes techniques de fonctionnement n'ont été publiées qu'en avril 2002, cette activité de soins n'a jamais fait l'objet de demande de renouvellement d'autorisation. En effet, le régime d'autorisation ne s'applique pleinement qu'aux seules activités dont les conditions techniques de fonctionnement sont précisées réglementairement.

Si ce bref rappel des principales caractéristiques de ce régime est utile pour resituer le rôle de cet outil dans la planification sanitaire ainsi que pour appréhender la logique qui l'anime, il est surtout intéressant d'analyser ses évolutions successives, directement en lien avec l'évolution de la vision planificatrice des pouvoirs publics et caractéristique du mouvement de fond à l'œuvre en matière de planification hospitalière. Un mouvement qui peut se résumer par l'affinement des outils de planification et par leur caractère toujours plus contraignant. En effet, comme le rappellent Y. Martin, S. Lemoigne et L. Vincent, « *l'autorisation administrative de fonctionnement a, dans un premier temps, porté essentiellement sur le installations et sur les équipements* »³⁵ et ce n'est que plus

³³ A. Jourdain, I. De Turenne, « 100 mots clés de la planification hospitalière », p. 22, éditions de l'ENSP, 1997

³⁴ Plus précisément, la durée de l'autorisation est de 10 ans pour les structures de soins, 7 ans pour les équipements lourds et 5 ans pour les activités de soins.

³⁵

tardivement que cette planification structurelle a été complétée par une planification des activités et notamment des activités de soins nécessitant la mise en œuvre de moyens particuliers comme la neurochirurgie ou l'accueil des urgences par exemple.

Déjà en 1991, cette évolution de la planification hospitalière vers plus d'efficacité et de précision s'est traduit par l'unification des règles conditionnant les conditions de délivrance des autorisations entre les deux secteurs d'hospitalisation ainsi que par la fixation de périodes précises d'examen des demandes. Ce dernier point est loin d'être négligeable puisqu'il implique que les demandes d'autorisation ne sont plus examinées en fonction de leur ordre de dépôt et qu'une place plus importante est reconnue à la qualité des projets. Ainsi et comme est venu le rappeler un arrêt du Conseil d'Etat du 19 novembre 1997, *Clinique Lamarque*, les autorités administratives doivent respecter le principe d'égalité de traitement dans l'examen des demandes.

Avec les ordonnances de 1996 et l'opposabilité des annexes aux SROS, le régime d'autorisation va prendre une nouvelle dimension et devenir encore plus contraignant. En premier lieu, l'octroi d'une autorisation est désormais subordonné à la compatibilité du projet en cause avec les objectifs du SROS et avec son annexe³⁶ dont le caractère déterminant du contenu a déjà été souligné. Bien sûr, le projet doit encore répondre, dans la zone sanitaire concernée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire et satisfaire aux conditions techniques de fonctionnement propres à l'activité pour pouvoir être autorisé, deux conditions qui n'ont pas été modifiées en 1996. En second lieu, l'évolution des conditions d'obtention d'un renouvellement d'autorisation s'inscrit elle aussi dans le sens d'une contrainte plus forte. L'ordonnance de 1996 précise en effet que ce renouvellement n'est accordé qu'au vu de sa compatibilité avec les objectifs du SROS et de son annexe opposable, du respect des conditions techniques de fonctionnement, des engagements du demandeur sur un volume d'activité et sur les dépenses à la charge de l'assurance maladie et des résultats de l'évaluation périodique. Des conditions qui démontrent une fois de plus la volonté des autorités de tutelles de contrôler le paysage hospitalier de façon directe.

Au final, l'évocation de ces évolutions et des caractéristiques du régime d'autorisation permet d'affirmer qu'à travers cet outil, les pouvoirs publics cherchent à assurer deux missions essentielles. La première renvoie à l'organisation et à la répartition de l'offre de

³⁶ Article L. 6122-2

soins sur le territoire tandis que la seconde tend à s'assurer de l'exercice des activités hospitalières dans des conditions conformes aux exigences de sécurité et de qualité.

L'analyse du régime d'autorisation ne serait pas complète sans évoquer ses conséquences pour les établissements de santé. En effet, ce régime représente aujourd'hui pour les établissements une charge de plus en plus lourde à supporter et à accepter qui conduit à s'interroger non pas sur ses seules caractéristiques techniques mais aussi sur sa légitimité même. En fait, à travers cet outil, ce sont des interrogations sur les moyens et la conduite de la planification hospitalière qui sont posées.

B) Les enjeux de l'autorisation

Dans sa pratique concrète, le régime d'autorisation est un parfait exemple d'outils pensés et utilisés par les autorités de tutelle qui donnent lieu dans les faits à un travail important de la part des établissements de soins. L'investissement des hôpitaux dans la conduite des procédures d'autorisation est en effet non négligeable et représente pour eux une réelle charge de travail qui s'explique par leur volonté de ne pas négliger les dossiers de présentation des demandes qui sont une condition sine qua non de l'autorisation.

a) *Une procédure longue et fastidieuse...*

Pour mieux comprendre la nature et l'ampleur de cette charge de travail, il nous a été nécessaire de rencontrer dans les établissements de santé les personnes chargées du suivi des différentes demandes d'autorisation. Ces rencontres ont non seulement été l'occasion d'observer le traitement par les équipes de direction hospitalières des dossiers de demande d'autorisation mais aussi de recueillir leurs impressions sur la nature et l'intérêt de cette charge de travail³⁷.

La lourdeur de la procédure des autorisations s'explique tout d'abord par l'obligation fixée par le code de la santé publique de présenter les demandes d'autorisation au moyen d'un dossier complet dont le contenu a été précisé par un arrêté du 11 février 1993 (qui prévoit l'élaboration d'un dossier administratif, d'un dossier relatif aux personnels, d'un dossier

technique et financier ainsi que d'un dossier d'évaluation³⁸). Dans la pratique et de façon quasi systématique, ces dossiers sont composés de six grandes parties :

- La première partie est l'occasion pour l'établissement demandeur de présenter succinctement la nature de sa demande ainsi que ses principales caractéristiques (lieu d'implantation, justification de la demande...)
- Le dossier d'autorisation présente ensuite l'établissement demandeur ainsi que son activité. Il s'agit en fait de décrire de façon assez précise les principales caractéristique de la structure comme le nombre et la nature de ses services de soins, le nombre de journées réalisées, les activités de soins soumises à autorisation pratiquées dans l'établissement, les caractéristiques du plateau technique ou encore les données d'activité médicalisées de l'établissement. Bien que pouvant sembler très administrative et relativement simple, cette partie représente un travail important dans l'élaboration du dossier qui nécessite de recueillir de nombreuses données et de les actualiser lors de chaque présentation. Chaque demande conduit ainsi les établissements à recommencer cette étape fastidieuse dont l'intérêt est plus que discutable pour les tutelles. Aux H.C.L., cette étape se voit encore alourdir par la nature même de l'établissement qui implique de décrire non seulement la nature et l'activité de l'établissement H.C.L. dans son ensemble mais aussi ceux de chacun des sites concernées par la demande.
- La troisième grande partie d'un dossier d'autorisation est généralement consacrée à l'étude du dossier et de l'opportunité du projet et se résume en fait à argumenter la demande en la replaçant dans la perspective de la carte sanitaire et du SROS. La délivrance des autorisations étant largement conditionnée à l'état de satisfaction des besoins sanitaires de la zone, les établissements de soins doivent analyser la compatibilité du dossier présenté avec le bilan de la carte sanitaire publié par les autorités compétentes³⁹

³⁷ Des entretiens ont ainsi été conduits aux H.C.L. avec MM. Olivier Gomez et Patrick Deniel, directeurs adjoints à la Direction du Conseil et de la Stratégie, au centre hospitalier de Romans, avec M. Chaffanel ainsi qu'au C.H.U. de Saint-Etienne avec Mme Mezzonier et M. Dugand.

³⁸ Article R. 712-40 du code de la santé publique

³⁹ Ces bilans sont publiés au Journal Officiel pour les domaines relevant du ministère et pour ceux relevant de la compétence des A.R.H., publiés au recueil des actes administratif et affichés à l'A.R.H., à la D.R.A.S.S. et dans les D.D.A.S.S.

précédemment à la période de dépôt des demandes. En outre, il faut encore que les hôpitaux fassent apparaître l'inscription du projet dans les objectifs du SROS et soulignent l'intérêt du projet au regard des perspectives démographiques et épidémiologiques.

- Vient ensuite une partie consacrée à la description détaillée du projet qui est l'occasion d'exposer sommairement l'opération et de préciser en détails les aspects techniques du dossier comme les capacités envisagées, les caractéristiques architecturales du projet ou encore le volume d'activité attendu. Cette partie doit en outre comporter une présentation des ressources humaines, médicales ou non médicales, concernées par le projet (responsable médical, qualification et expériences des médecins de l'équipe, taux d'encadrement en I.D.E....) avant d'en envisager les aspects financiers (coût de l'opération, surcoûts attendus...).

- Enfin, les établissements doivent consacrer une partie du dossier à l'évaluation, conformément aux exigences posées par le décret n° 97-1165 du 16 décembre 1997 et qui a pour objectif central de vérifier la compatibilité des résultats de l'activité de soins (ou de l'utilisation de l'équipement) avec les objectifs du SROS.

La constitution d'un dossier d'autorisation est donc un préalable certes indispensable à la présentation des demandes mais qui représente pour les établissements un long travail de collecte de données et de mise en forme. Dans un contexte où la charge de travail des équipes de direction hospitalière est déjà importante, la mobilisation des ressources que ce régime implique apparaît largement disproportionnée au regard du traitement qui est réservé à ces dossiers. A en croire les directeurs rencontrés à l'occasion de ce travail d'observation de la pratique du régime d'autorisation, les dossiers de demande d'autorisation pourraient ainsi largement être simplifiés et se limiter à la présentation des seules données réellement nécessaires pour éclairer le planificateur dans sa décision d'accorder ou non l'autorisation.

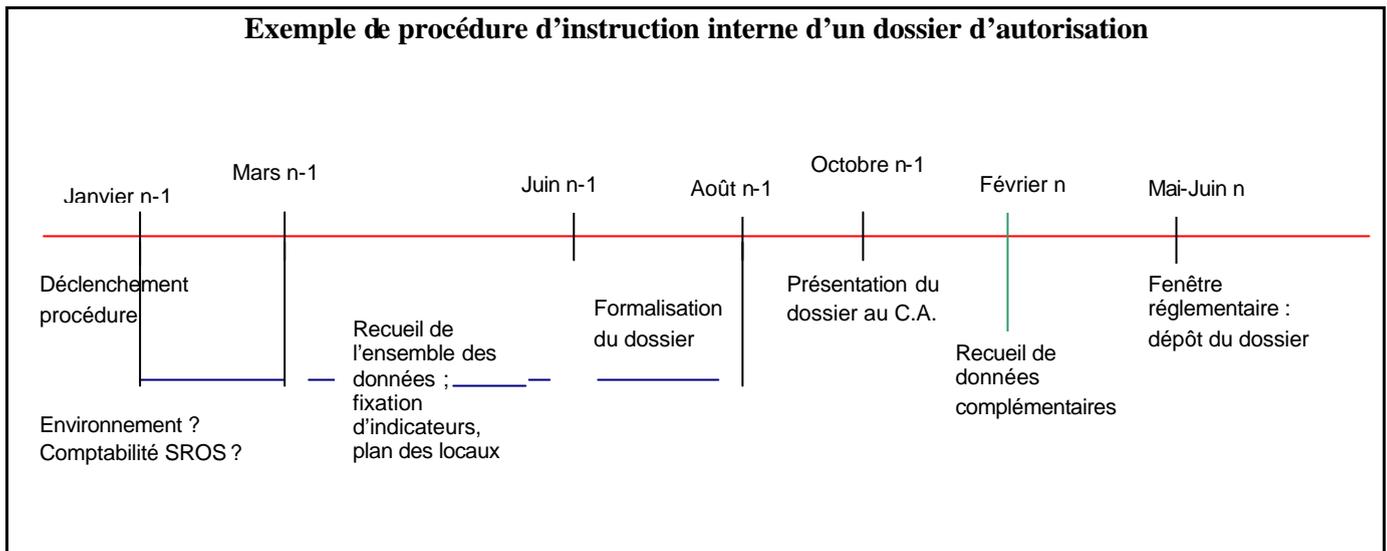
La procédure d'autorisation ne se limite cependant pas à la constitution de dossiers de présentation. En effet, il faut encore que la demande soit soumise à l'appréciation du Comité régional (ou national) de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS ou CNOSS)

qui peut demander au promoteur du projet de venir présenter en séance les caractéristiques de son dossier⁴⁰. Enfin, l'établissement devra encore organiser une visite de conformité avant de pouvoir obtenir l'autorisation même si celle-ci ne concerne que la création de 3 ou 4 places d'hôpital de jour. Lorsque l'on réalise que ces autorisations sont accordées pour une durée limitée et que leur renouvellement obéit à la même procédure que la demande initiale (dépôt du dossier pendant des périodes déterminées, examen pour avis du CROSS ou du CNOSS) , il est facile de comprendre pourquoi les professionnels s'interrogent sur l'utilité de ce régime et plaident en faveur d'une simplification. L'enjeu pour eux est en effet de ne plus mobiliser autant de ressources et de ne se consacrer qu'aux seules informations apportant une véritable valeur ajoutée à la satisfaction des besoins de la population.

Enfin, la seconde grande explication de la lourdeur de cette procédure tient à l'importance des délais d'instruction nécessaires aux établissements avant de pouvoir présenter leurs demandes d'autorisation. Aux H.C.L., ce temps d'examen et d'instruction interne a été estimé en 1998 à environ un an et demi. Bien sûr, l'établissement ne travaille pas sur sa demande future à temps plein mais doit néanmoins se mobiliser périodiquement afin de faire avancer son dossier et d'être en mesure de présenter dans les temps sa demande aux autorités régionales. Ainsi, à supposer que la fenêtre réglementaire retenue par le planificateur pour déposer un dossier d'autorisation soit fixée aux mois de mai ou juin de l'année n , l'établissement doit commencer à travailler et à se mobiliser sur le dossier dès janvier de l'année $n-1$. Un temps de travail particulièrement long qui est certes variable d'un établissement à l'autre mais qui dans tous les cas est loin d'être neutre.

⁴⁰ Article R. 712-35 du code de la santé publique

Exemple de procédure d'instruction interne d'un dossier d'autorisation



b) ...dont le résultat est cependant important pour les établissements

La longue énumération qui vient d'être faite sur la lourdeur de la procédure propre au régime d'autorisation pourrait laisser penser que les établissements sont incités à négliger ce régime et à ne pas accorder une trop grande importance à la qualité des dossiers de présentation des demandes. Devant une procédure unanimement reconnue comme lourde et laborieuse, il ne serait en effet pas étonnant de constater un contournement des obligations et un traitement plus léger des dossiers. Dans les faits, les établissements n'adoptent pas un tel raisonnement ni ne suivent ce genre d'attitudes en raison de l'importance réelle du régime d'autorisation et de sa place dans le système de planification.

Comme cela a déjà été souligné, l'autorisation est le moyen dont disposent les pouvoirs publics pour contrôler l'offre de soins et son évolution par rapport aux besoins identifiés dans le SROS. Il en résulte que sans autorisation, aucun établissement ne peut être créé ni fonctionner, ce qui donne à ce régime toute son importance. L'exemple de l'activité d'obstétrique et de néonatalogie est très révélateur de la place de l'autorisation dans la vie des établissements puisque l'application des décrets du 9 octobre 1998 a conduit certaines A.R.H. à refuser l'autorisation de fonctionner à certaines maternités ne justifiant pas d'une activité minimale annuelle de 300 accouchements ou ne satisfaisant pas aux normes techniques de fonctionnement définies. Pour les établissements ainsi concernés,

ce refus s'est traduit d'abord par une fermeture aux conséquences facilement imaginables ainsi que par une perte réelle d'attractivité ne faisant qu'augmenter les incertitudes sur leur devenir et sur leur place dans le paysage hospitalier français.

Les mêmes causes produisant les mêmes effets, il ne fait aucun doute que le refus d'autorisation de fonctionnement qui sera opposé à certains services de réanimation ne répondant pas aux conditions énoncées par les décrets d'avril 2002 risque d'être éminemment problématique pour les hôpitaux. En définitive, on voit bien que l'autorisation n'est pas prise à la légère par les établissements car elle conditionne la nature des activités pouvant être exercées en leur sein.

Les dossiers d'autorisation ne représentent pas tous des enjeux aussi fondamentaux. Au contraire, la plupart d'entre eux s'inscrivent dans une routine administrative aujourd'hui largement rodée qui se résume, dans la plupart des cas, à confirmer les autorisations déjà accordées. C'est particulièrement le cas des dossiers de renouvellement d'autorisation relatifs aux installations, en clair au nombre de lits ou de places autorisées dans le secteur, qui font rarement l'objet de refus ou de discussions approfondies entre les tutelles et les promoteurs des dossiers. Pourtant, même lorsque les enjeux sont moindres que dans le cas des urgences ou de la réanimation, les établissements sont vigilants sur le contenu de leurs dossiers afin d'éviter de voir leurs projets de développement contrariés par un refus d'autorisation.

L'impact de ce régime sur la vie, l'organisation ou encore l'évolution des structures de soins est en effet bien réel dans les petits établissements comme dans les gros. En 1996, lorsque les annexes aux SROS sont devenues opposables, beaucoup d'établissements ont ainsi craint que leur politique interne ne s'en trouve bouleversée et soit remise en cause. Effectivement, ces annexes visent en général les établissements de manière nominative et leur prise en considération soudaine à partir de 1996 aurait pu avoir pour conséquence d'empêcher l'octroi de certaines autorisations nécessaires à la réalisation des orientations décidées par les différents établissements à un moment où ces annexes n'étaient que des documents indicatifs. C'est d'ailleurs pour éviter que ces situations ne se produisent qu'un régime transitoire a été mis en place et a rendu inopposable les annexes SROS antérieures aux ordonnances de 1996.

Il ne faudrait pas croire que les gros établissements échappent à la règle et que les autorisations ne représentent pas pour eux un enjeu important. Pour reprendre l'exemple

des H.C.L., il arrive qu'ils se voient refuser des autorisations de fonctionnement et soient de ce fait contraints de modifier leurs projets. L'agence de Rhône-Alpes a ainsi pu refuser, par exemple, la création de places d'hospitalisation à domicile et les contraindre ainsi à revoir leur politique interne de développement ou à accepter de mettre davantage de moyens dans le fonctionnement des structures envisagées. Une telle illustration est cependant peut-être un peu extrême et ne doit pas faire oublier que les effets de l'autorisation, en particulier sur le fonctionnement des établissements, dépendent d'abord de l'utilisation qui en est faite par les agences. Toutes n'ont pas les mêmes pratiques et si certaines se révèlent plus strictes pour accorder des autorisations, d'autres préfèrent au contraire une approche plus souple du moins pour ce qui concerne les dossiers d'autorisation moins fondamentaux que ceux des urgences par exemple. En cela, le régime d'autorisation est un outil qui révèle les grandes tendances de la politique conduite par chaque agence ainsi que la nature des relations entretenues entre l'agence et les établissements relevant de son champ de planification.

L'autorisation est donc un outil de planification et de restructuration hospitalière qui contribue à modifier le paysage hospitalier. L'inéluctabilité d'opérations de restructuration dans des secteurs aussi stratégiques pour l'offre de soins que la réanimation, la nécessité de repenser le paysage hospitalier dans un contexte de pénurie démographique des professionnels de santé conduisent toutefois à s'interroger sur cet outil et l'utilisation qui en est faite par les pouvoirs publics dans leur mission de planification. En fait, les décrets d'avril 2002 posent de façon pressante la question de l'adéquation du régime d'autorisation aux enjeux en présence.

2.1.2 Le doute des professionnels sur l'utilisation de cet outil en planification sanitaire

De l'avis de nombreux professionnels, les moyens mobilisés à l'occasion des procédures d'autorisation sont bien trop importants au regard de leur utilité réelle. Plus précisément, il est reproché au régime des autorisation son caractère trop administratif et systématique, bien que celui-ci dépende dans les faits de l'utilisation qui en est faite par les agences de l'hospitalisation. Un caractère peut-être adapté au contexte sanitaire d'il y a vingt ans mais qui pose problème aujourd'hui tant le tissu hospitalier est amené à connaître un mouvement profond de restructuration important. Les enjeux actuellement en présence font ainsi apparaître l'obsolescence du régime d'autorisation comme outil

d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population. Plus précisément, ce régime semble surtout souffrir de la faible place laissée à l'évaluation qui devrait être centrale.

Il faut à ce stade apporter quelques précisions quant à la méthodologie retenue pour rendre compte des limites de ce régime. La littérature professionnelle n'ayant que peu abordé de cette façon cette question et les agences contactées ne disposant pas de bilan qualitatif de l'application de ce régime, il a fallu interroger des professionnels de terrain concernés par la question pour en comprendre ses lacunes et les difficultés en résultant pour les établissements.

A) Un régime jugé trop administratif

a) *Un réel manque de souplesse*

Les critiques formulées à l'égard du régime des autorisations ne peuvent être appréciées sans faire référence à l'environnement réglementaire qui encadre l'activité quotidienne des hôpitaux. En effet, l'examen, même rapide, de cette situation fait apparaître que la pression réglementaire est de plus en plus forte et concerne un nombre toujours plus important d'activités. Ce mouvement a été initié en 1994 avec le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 qui est venu fixer des normes techniques précises pour la pratique de l'anesthésie et obliger les établissements de soins qui se livrent à cette activité à mettre en place des consultations pré-anesthésique en cas d'intervention programmée, une surveillance continue après la réalisation d'une anesthésie ainsi qu'une organisation permettant de faire face à toute complication. Un an après, c'est la pratique des urgences qui a commencé à être réglementée avec le décret n°95-648 du 9 mai 1995 bientôt complété par le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 qui ont cherchés à réorganiser l'accueil et le traitement des malades en urgence en soumettant ces activités à autorisation et en distinguant plusieurs niveaux de prise en charge, respectivement les services d'accueil des urgences (S.A.U.) et les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). En 1998, les pouvoirs publics se sont attaqués au problème crucial de la périnatalité en définissant, par les décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998, en soumettant l'exercice de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la réanimation néonatale à autorisation.

Avec ces textes sur la périnatalité, le problème de l'inflation normative et des difficultés rencontrées par les établissements de soins pour appliquer les réglementations a pour la première fois été réellement posé sur la place publique. Un problème qui dépasse certainement le seul domaine sanitaire et qui conduit à s'interroger sur le sens de ce mouvement, sur la place du droit dans notre société où l'édiction de règles est souvent jugée comme la meilleure réponse aux problèmes pouvant se poser et comme une garantie de sécurité. Ce tour d'horizon réglementaire ne serait pas complet sans citer les décrets de réanimation d'avril 2002 ni ceux de septembre 2002 (décrets n° 2002-1197 et 2002-1198) qui sont venus réglementer l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Ce rythme plus que soutenu de normalisation du secteur sanitaire a du mal à être suivi par les établissements de santé. En effet, chaque nouvelle réglementation implique pour eux de mener un effort important de mise en conformité de leurs structures, de décider des restructurations internes devenues nécessaires, d'adapter leur offre de soins aux nouveaux objectifs du planificateur. Dans les faits, ce n'est pas tant les normes en elles-mêmes qui posent problème, bien que celles-ci sont souvent très difficile d'application et impliquent la mobilisation de moyens importants, que leur enchaînement. Les professionnels de terrain interprètent pour la plupart ce phénomène comme la traduction d'une déconnexion entre les pouvoirs publics et les établissements, de logiques différentes entre les deux niveaux, plus généralement comme un signe de la méconnaissance de l'Etat de la réalité quotidienne des hôpitaux qui décide de normes sans toujours se soucier des possibilités d'application.

Le cas des décrets de réanimation est à ce titre révélateur des tensions, voire des contradictions, entre exigences de sécurité, de qualité, et possibilités réelles du système de santé. Ce texte impose en effet aux établissements de renforcer la présence médicale ainsi que l'encadrement para médical dans un contexte général de pénurie de médecins réanimateurs et d'infirmières. Le texte risque donc de se heurter aux capacités limitées du système de santé qui rendront difficiles l'application de ces normes dans tous les établissements identifiés comme exerçant une activité de réanimation.

La capacité des établissements à mettre en œuvre les réglementations ne semble pas mieux considérée. A titre d'exemple, l'application des décrets de périnatalité a obligé les H.C.L. à regrouper leurs moyens et à dégager des ressources considérables. Le transfert de la réanimation néonatale de l'hôpital Debrousse sur le site de la Croix-Rousse et la modernisation de la maternité de ce dernier a représenté plus de 70 millions de francs de travaux et près de 20 millions de francs d'équipement. En dépit de leur taille, les H.C.L. n'ont pas pu aller jusqu'au bout de la logique réglementaire puisqu'une partie des postes para médicaux induits par ce transfert n'a pu être financée.

La nature du régime d'autorisation ne fait qu'accentuer les difficultés ressenties et vécues par les hôpitaux face à cette pression réglementaire. Deux raisons principales. En premier lieu, l'autorisation ressemble dans la plupart des cas à une procédure supplémentaire de contrôle qui s'ajoute à celles effectuées par les différents corps d'inspection, les chambres régionales des comptes ou, dans une moindre mesure, lors

des visites d'accréditation. Les dossiers d'autorisation et les visites de conformité amènent les établissements à faire

En second lieu, c'est le manque de souplesse de ce régime, son caractère souvent binaire, qui est problématique. L'autorisation étant là pour s'assurer que les établissements exercent leurs activités dans des conditions de fonctionnement sécuritaires, il n'existe pas de situation intermédiaire : soit ils respectent les textes et peuvent donc obtenir l'autorisation, soit ils ne les respectent pas et se voient opposer un refus. Bien sûr, ce caractère est plus ou moins accentué en fonction de la pratique par les A.R.H. de cet outil, certaines ayant pour habitude d'interpréter strictement les textes, d'autres préférant considérer davantage les textes dans leur esprit.

Mais surtout, c'est dans sa nature même que le régime d'autorisation semble aujourd'hui dépassé par les enjeux en présence. Dans un contexte où les établissements sont conduits à se restructurer en profondeur que ce soit pour se conformer aux exigences réglementaires ou pour s'inscrire dans la politique de planification, ceux-ci ont besoin d'outils souples, permettant la négociation, la fixation de priorités et l'échelonnement des chantiers à mettre en œuvre. Autant de qualité dont est dépourvu le régime d'autorisation qui reste un outil centralisé, administratif et non un outil de négociation entre les tutelles et les hôpitaux.

La procédure d'autorisation est même parfois contraire aux objectifs qu'elle recherche. Les ressources financières et humaines n'étant pas illimitées, les hôpitaux sont parfois conduits, pour obtenir une autorisation nécessaire à la réalisation de leurs objectifs, à privilégier les secteurs normés au détriment des autres ou à contourner les règles. C'est ainsi, par exemple, que pour satisfaire aux règles relatives au fonctionnement des structures d'hospitalisation à temps partiel, telles que prévues par le décret du 2 octobre 1992 qui oblige les hôpitaux à mettre en place pour ces structures une organisation spécifique, individualisée et pourvue de locaux, matériels et personnels propres, certains établissements contournent les règles et isolent une infirmière d'un service d'hospitalisation à temps plein pour travailler dans ces structures, posant par là même des problèmes de qualité des soins dans les services traditionnels. Quel est dès lors la finalité réelle de la norme : améliorer les conditions de fonctionnement ou fixer des règles pour répondre à une pression sociale ?

b) *Un outil déconnecté des besoins de la population*

A côté de son objectif de sécurisation des activités de soins, le régime d'autorisation a pour mission d'aider les pouvoirs publics à répartir l'offre de soins sur le territoire et à l'adapter aux besoins de la population. Si l'analyse qui vient d'être conduite tend à démontrer que ce régime ne prend pas réellement en compte les possibilités des établissements, force est de constater que dans la pratique, il n'est finalement pas aussi centré qu'il n'y paraît sur la réponse aux besoins sanitaires.

Jusqu'à l'ordonnance du 4 septembre 2003, les autorisations étaient encore examinées sur la base d'indices limitatifs censés représenter les besoins sanitaires de la population. Avant l'ouverture de chaque fenêtre réglementaire prévue pour le dépôt des demandes d'autorisation, les pouvoirs publics avaient obligation de publier un bilan de la carte sanitaire, « *pour chaque installation ou activité de soins pour lesquelles les besoins de la population sont mesurés par un indice* » censé résumer l'état de satisfaction des besoins⁴¹. Il en résulte que dans le cas où l'examen de ces indices faisait apparaître que les installations existantes sont inférieures aux besoins théoriques de la population exprimés par ces indices, les établissements étaient fondés à présenter des demandes portant création de nouvelles installations. Dans le cas contraire, seules les demandes de renouvellement d'autorisation étaient recevables par la tutelle. La présentation des projets nécessitant une autorisation doit donc faire référence à ces indices et indiquer dans quelle mesure cette demande leur est conforme et, partant répond aux besoins.

Les limites de ces indices et de leur utilisation en planification ont été soulignées : au delà de leur vétusté qui revenait, par exemple, à fixer un nombre de lits maximum pour 1000 habitants, leur principale limite était de faire abstraction de facteurs pourtant essentiels dans l'appréhension des besoins de la population, comme la géographie, l'existence ou non de réseaux, les caractéristiques propres à chaque population, au risque d'engendrer des injustices et des inégalités dans la répartition de l'offre de soins.

Aujourd'hui, l'autorisation est accordée à la lumière des perspectives tracées par le SROS et son annexe. En pratique, la lecture de quelques dossiers de demande d'autorisation révèle que l'évocation du SROS est souvent davantage un passage obligé

⁴¹ Article L. 6122-9 du code de la santé publique

et un exercice de style qu'un réel temps fort dans le dossier. A un moment où les responsables hospitaliers, les pouvoirs publics mais aussi les usagers du système de soins réclament une meilleure prise en compte des besoins dans la planification, l'autorisation ne permet pas de répondre à cette demande. Cela n'est certainement pas du à une quelconque volonté des établissements de négliger le SROS ou de présenter des projets non conformes à la politique de l'agence. L'explication la plus évidente est que le régime d'autorisation n'est pas adapté à cette exigence. La compatibilité ou non d'un projet au SROS est au centre de toutes les problématiques et est dans les faits évoquée par les agences et les établissements dans d'autres documents que le dossier d'autorisation qui reste un document administratif et non politique. Or c'est bien de politique qu'il s'agit lorsqu'il est question de réponse aux besoins sanitaires.

Le régime d'autorisation présente donc une limite fondamentale qui tient au fait que la réponse aux besoins de la population, au cœur de toute démarche de planification, n'en constitue pas l'ossature et est abordée dans les faits dans d'autres documents de planification comme le COM. Ainsi, c'est l'utilité de ce régime qui est posée dans la mesure où ce qui devrait être sa mission principale est, dans les faits, assurée par d'autres moyens. En outre, le contrôle du fonctionnement des établissements de soins que ce régime permet ne suffit sans doute pas à légitimer à lui seul l'importante mobilisation de moyens qu'il demande dans les établissements mais aussi dans les agences régionales. En effet, cette mission de contrôle est déjà assurée par les différents corps d'inspection ou encore à l'occasion de la procédure d'accréditation.

La référence au SROS est loin d'être le seul moyen d'apprécier le degré de conformité d'un projet aux besoins de la population. Au contraire, il existe un outil fondamental pour la réalisation de cet objectif qui est celui de l'évaluation. En dépit de l'importance accordée à cette démarche dans les textes qui le réglementent, dans les faits, elle n'occupe qu'une place minime et contestable dans le régime d'autorisation.

B) La faible place de l'évaluation

a) *Des obligations réglementaires...*

L'article L. 6122-5 du Code de la Santé Publique précise que la délivrance d'une autorisation est «*subordonnée au respect d'engagements relatifs [...] à la réalisation*

d'une évaluation » et renvoie au décret pour en préciser les conditions. C'est l'objet du décret n°97-1165 du 16 décembre 1997⁴² qui précise que l'évaluation a pour objet de « *vérifier la compatibilité des résultats des activités, installations ou équipements autorisés avec les objectifs du S.O.S et, le cas échéant, le respect des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique* » et détaille les éléments devant figurer dans un dossier d'évaluation.

L'évaluation doit ainsi tout d'abord rappeler les objectifs proposés par le demandeur au regard du S.O.S. et notamment de l'accessibilité des soins et de la continuité de la prise en charge du patient. Ensuite, le décret exige que les indicateurs et les méthodes retenues par le promoteur du dossier pour apprécier la réalisation de ces objectifs soient clairement indiqués. Il est ici recommandé aux établissements d'utiliser les méthodes et indicateurs établis par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) même si des indicateurs peuvent également être fixés par le ministre de la santé pour évaluer certaines catégories d'activités de soins, d'équipements ou d'installations⁴³. Le troisième élément devant composer le dossier d'évaluation est la description du système de recueil et de traitement des données médicales et administratives nécessaires à la mise en oeuvre de l'évaluation. A celle-ci doit s'ajouter une description du dispositif d'information et de participation des personnels médicaux impliqués dans la procédure d'évaluation ainsi que des méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients.

Avant ce décret, l'évaluation était certes reconnue comme une condition subordonnant l'octroi d'une autorisation ou d'un renouvellement mais restait très imprécise. Il était certes bien compris que les établissements devaient développer des outils d'évaluation de la pratique médicale, de sa qualité et de son efficience mais le flou était trop grand pour donner lieu à des applications concrètes. En 1997, le dispositif semble enfin être au point et donne à l'évaluation une place plus que fondamentale dans le processus de l'autorisation. Tous les deux ans au minimum, les hôpitaux doivent ainsi établir des dossiers d'évaluation et en présenter une synthèse au moment de la demande de renouvellement d'autorisation de l'activité ou de l'installation concernée. Plus précisément, l'exigence d'évaluation se concrétise de deux manières dans les dossiers d'autorisation. En premier lieu, elle commande aux établissements de définir dès la demande d'autorisation initiale un protocole d'évaluation précis, fondé sur des indicateurs

⁴² Codifié à l'article R. 712-36 du code de la Santé Publique

⁴³ Article R. 712-36-2

pertinents et reconnus et en second lieu, elle les conduit à fournir des résultats précis lors de la demande de renouvellement, sur la base du protocole présenté.

Pour les pouvoirs publics, cette obligation présente plusieurs intérêts. Tout d'abord, elle s'inscrit directement dans l'objectif plus général de développement des procédures d'évaluation au sein de la sphère publique et est ainsi comparable à la volonté de l'Etat de généraliser l'évaluation de ses politiques. Ensuite, elle doit permettre d'éclairer les choix des planificateurs en mettant à leur disposition des données précises sur le degré de réponse aux besoins sanitaires d'un projet, sur l'amélioration qualitative qu'il représente dans la prise en charge de telle pathologie. En fait, elle est perçue comme une condition de bonne planification permettant aux autorités de tutelle de juger objectivement de l'intérêt des différentes structures présentes sur le territoire. Enfin, elle offre un autre avantage en ce qu'elle incite les établissements de santé à développer une culture de l'évaluation et à réfléchir ainsi à la réponse qu'ils apportent aux besoins sanitaires, à la qualité de prise en charge des malades qu'ils offrent. L'énoncé de conclusions succédant très logiquement à cette phase d'évaluation, l'objectif est en fait d'amener les hôpitaux à réfléchir d'eux mêmes aux évolutions nécessaires de leurs structures et aux améliorations à apporter.

Les attentes sont donc nombreuses et les moyens juridiques sont là pour permettre à l'évaluation de prendre toute sa place dans les dossiers d'autorisation. Le changement de conception qui était annoncé ne s'est pourtant pas produit et l'évaluation reste encore aujourd'hui très théorique.

b) ...qui ne trouvent pas de réelle application

L'ordonnance d'avril 1996 ainsi que le décret du 16 décembre 1997 dont il vient d'être question laissaient présager un changement très important du régime d'autorisation et, plus généralement, de la planification hospitalière. A l'époque, la tendance était en effet au développement des procédures d'évaluation. Preuve en est l'institution par l'ordonnance d'une procédure d'accréditation, qui est en fait une procédure d'évaluation externe, conduite par l'ANAES. Le régime d'autorisation, à l'instar des autres procédures, ne devait pas échapper à la règle. Dans la réalité, les limites et les insuffisances de cette exigence d'évaluation sont cependant très vite apparus.

La première explication tient au fait que ce sont les établissements eux-mêmes qui sont chargés de définir les critères d'évaluation devant leur permettre d'obtenir le renouvellement d'une autorisation. Le cas de la réanimation est à cet égard illustratif de la très grande marge de manœuvre laissée aux établissements, la circulaire d'application des décrets ne faisant qu'évoquer la question du dossier d'évaluation, et encore en se contentant de renvoyer au décret de décembre 1997.

L'examen de dossiers de demande d'autorisation ou de renouvellement permet de réaliser encore plus la réalité de l'évaluation. Les critères retenus pour servir de base à l'évaluation du projet sont, la plupart du temps, propres à la structure et établis par les médecins concernés directement par le projet. Ainsi, dans un dossier de demande d'autorisation relatif à une activité d'accueil et de traitement des urgences, l'évaluation repose sur un travail de l'équipe médicale du service qui, pour mieux connaître son activité et ses caractéristiques, a déjà défini un certain nombre de critères jugés pertinents. L'examen d'un autre dossier d'autorisation concernant le même type d'activité retient, quant à lui, d'autres critères dont certains se recoupent avec ceux du premier dossier mais qui en présente d'autres.

Il arrive bien sûr que l'évaluation soit davantage objectivée et que des critères soient empruntés aux sociétés savantes ou issus de travaux approfondis et publiés. Il est néanmoins toujours très difficile au lecteur de les situer, de mesurer leur légitimité et surtout de réaliser s'ils sont adaptés à l'évaluation recherchée. Cette réalité soulève bien des interrogations sur la nature de l'évaluation, pourtant présentée comme essentielle par les pouvoirs publics et censée conditionner en grande partie le renouvellement d'une autorisation. Devant des dossiers d'évaluation au contenu disparate et des critères développés parfois par le service concerné par le projet, les tutelles doivent en effet avoir bien du mal à juger de la pertinence du protocole d'évaluation ainsi que des résultats présentés. En fait, cette situation entretient le doute sur la sincérité et le sérieux de l'évaluation réalisée par l'établissement. Sur la sincérité car en l'absence de critères précis et uniformes pour tous les établissements présentant un dossier de même nature, chacun peut être tenté de ne faire apparaître que les résultats appuyant sa demande. Sur le sérieux enfin car dans les faits et sauf exception, les établissements s'attardent peu sur cette partie dans les dossiers et se contentent de citer les critères que les médecins jugent pertinents. Il serait d'ailleurs difficile de reprocher aux hôpitaux leur faible intérêt pour l'évaluation dans les demandes d'autorisation, son utilité étant plus que contestable dans les conditions actuelles. Il est ainsi rationnel de leur part de ne pas mobiliser trop de moyens pour travailler à l'élaboration d'outils et de critères d'évaluation pertinents qui de

toute façon seront différents d'une structure à l'autre et ne permettront pas des comparaisons approfondies.

En outre, il est difficile de penser que ces dossiers permettent aux agences régionales de comparer les demandes entre elles et d'apprécier les différences de réponse aux besoins sanitaires, démarche qui est pourtant à la base du régime d'autorisation qui cherche à répartir l'offre de soins sur le territoire et qui doit, pour cela, apprécier l'intérêt de chaque projet.

La seconde explication des insuffisances constatées de l'évaluation tient à l'application qui en est faite. Les évaluations présentées par les établissements dans leur demande de renouvellement d'autorisation reposent souvent sur des critères purement quantitatifs : nombre de passages ou de patients constaté, répartition des patients par âge, par sexe ou par provenance géographique, principaux groupes homogènes de malades (G.H.M.) du service, nombre d'actes réalisés... Rares sont les critères qualitatifs qui permettraient de mesurer la qualité du service rendu, son adéquation aux besoins du territoire desservi. L'intérêt en serait pourtant essentiel et lorsque de tels critères qualitatifs existent, ils se révèlent très pertinents et permettent d'appréhender la structure ou l'activité considérée sous des angles d'approche nouveaux.

En résumé, il ressort de ces différentes considérations que l'évaluation menée à l'occasion de la constitution des dossiers de demandes d'autorisation est d'abord et avant tout une évaluation de conformité aux normes encadrant l'exercice de l'activité considérée. Pour les établissements, cette évaluation est en effet la plus aisée car les critères sont faciles à définir et les résultats rapides. Pour bon nombre d'entre eux, se lancer dans un travail recherchant une évaluation qualitative plus fine s'avère difficile et se heurte également à la non disponibilité de personnes compétentes pour satisfaire cet objectif.

Si cette faiblesse criante de l'évaluation n'est pas propre au régime d'autorisation et est constatée dans de nombreux autres domaines du secteur sanitaire comme dans d'autres sphères, elle est néanmoins très problématique et accentue les doutes sur l'utilité de ce régime. Il est en effet difficile de justifier l'existence d'une procédure qui mobilise tant de moyens mais qui dans les faits est relativement déconnecté des besoins de la population, n'évalue que rarement les pratiques médicales et souffre également d'un manque évident de souplesse.

La question de l'utilité du régime d'autorisation étant posée, il est nécessaire de réfléchir à l'avenir de cet outil et à sa place dans la planification hospitalière. Un avenir qui passe sans aucun doute par un renforcement et une amélioration des temps d'évaluation et par l'inscription de ce régime dans un cadre rénové de planification hospitalière.

2.2 Pour un nouveau régime d'autorisation s'inscrivant dans une planification plus claire et plus souple

Pour dépasser le seul constat des insuffisances actuelles du régime des autorisations, il est important de réfléchir aux nouveaux outils qui pourraient être mis en place ainsi qu'à la nouvelle conception de la planification hospitalière qui se dessine. Car la réforme du régime des autorisations dépasse très largement la sphère technique et s'inscrit dans un mouvement plus vaste de refonte de la politique de planification.

2.2.1 L'inéluctable refondation de ce régime

De proposition, la réforme du régime des autorisations est aujourd'hui devenue réalité avec le plan proposé par le nouveau ministre de la santé, Jean-François Mattei. Une réforme qui reste encore timide et qui, malgré la volonté affichée et les annonces faites, ne va pas au bout de la logique qui implique d'inscrire la simplification de l'autorisation dans un mouvement plus ample de réforme de la planification hospitalière.

A) Une volonté politique de simplification : le plan « hôpital 2007 »

a) *Un projet global de modernisation de l'hôpital*

Dès les premières semaines de son arrivée Avenue de Ségur, le nouveau Ministre de la santé, Jean-François Mattei, ne cache pas son objectif de moderniser le secteur hospitalier et de mettre en chantier un certain nombre de réformes. Pour comprendre le sens de ces réformes et, plus largement, de la politique du ministre, il faut revenir au

constat que ce dernier faisait sur la situation de l'hôpital devant les professionnels du monde hospitalier réunis au salon Hôpital Expo 2002. Pour M. Mattei en effet, si les hospitaliers savent faire preuve de dynamisme, d'enthousiasme et savent se mobiliser dès lors que la situation l'exige, ils traversent depuis quelques années une période de doute qui traduit un « *malaise profond* ». L'évolution interne de l'hôpital mais aussi de son environnement n'est bien sûr pas étrangère à cette situation de « *désenchantement* »⁴⁴. Dans une allocution prononcée le 26 juin 2003 devant les professionnels du monde hospitalier, il revenait en détail sur les origines de cette crise, à commencer par l'accroissement des difficultés économiques qui pèsent sur le développement de l'hôpital et la motivation de ses équipes. Gros consommateur de ressources, l'hôpital doit ainsi intégrer dans son fonctionnement quotidien une logique de rationalisation des moyens génératrice d'une « *désunion entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical* »⁴⁵. C'est donc à partir de ce constat que le Ministre a lancé, en novembre 2002, un vaste plan de modernisation de l'hôpital, le plan « Hôpital 2007 » qui se donne pour objectif d'assouplir les contraintes tant internes qu'externes pesant sur le fonctionnement quotidien des établissements de santé.

En matière d'organisation interne, l'accent est mis sur la nécessité de promouvoir une nouvelle gouvernance à l'hôpital. A partir des conclusions contenues dans les différents rapports commandés par le Ministre⁴⁶ pour engager une réflexion en profondeur sur l'état de l'hôpital ainsi que pour dégager des perspectives de modernisation, un certain nombre de propositions ont été formulées et soumises à concertation. L'essentiel de ce plan vise en fait à promouvoir et insuffler une nouvelle conception de la gouvernance hospitalière en clarifiant les rôles de chaque acteur au sein de l'hôpital et à donner à la gestion interne de l'hôpital davantage de « *souplesse, de réactivité et d'efficacité* »⁴⁷. Trois acteurs sont au cœur de la nouvelle gouvernance que le Ministre appelle de ses vœux, respectivement le conseil d'administration, le comité de direction et la commission médicale

⁴⁴ Expression tirée du titre du rapport de la mission parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital présenté par René COUANAU.

⁴⁵ Mattei J-F., 26 juin 2003, intervention devant les professionnels de l'hospitalisation.

⁴⁶ Rapports de la mission ministérielle de MM. DEBROSSE, PERRIN, VALLANCIEN sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » et de la mission ministérielle de MM ; DUCASSOU, JAECK et LECLERCQ relative aux spécificités des C.H.U.

⁴⁷ Mattei J-F., 26 juin 2003, intervention devant les professionnels de l'hospitalisation

d'établissement⁴⁸, et doivent voir leurs fonctions clarifiées, leurs pouvoirs précisés dans un but de rapprochement du monde administratif et du monde médical.

La simplification de l'organisation interne passe non seulement par la contractualisation interne qui doit permettre aux hôpitaux de choisir les modes d'organisation qui leur semblent les plus appropriés à leur situation, mais aussi par la rénovation et la modernisation des statuts de praticien à l'hôpital et de directeur d'établissement. Le schéma imaginé par M. Mattei prévoit enfin un important mouvement de réformes touchant le régime budgétaire et comptable des établissements, mouvement qui doit en fait participer à la rénovation de la gestion interne des hôpitaux précédemment décrite.

A ce volet central d'allègement des contraintes internes pesant sur l'hôpital s'ajoute un volet relatif aux contraintes externes dont l'une des mesures essentielles est la définition d'une nouvelle conception de la planification sanitaire qui soit à même de favoriser l'évolution plus rapide et plus simple des capacités sanitaires aux évolutions de l'environnement. La philosophie générale des pouvoirs publics apparaît clairement à la lecture de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation qui définit en outre les grands principes qui prévaudront à l'avenir en matière de planification. Partant du constat que la planification est aujourd'hui trop complexe et ne peut plus reposer sur des indices populationnels souvent éloignés de la réalité (*NDLR* : les indices de besoins), le ministère souhaite profiter du plan Hôpital 2007 et du mouvement de réformes qu'il initie pour renforcer et unifier les outils fondamentaux tels que le SROS ou encore le groupement de coopération sanitaire (G.C.S.)⁴⁹, assouplir et simplifier les procédures ainsi que pour favoriser les solutions contractuelles. En supprimant la carte sanitaire et en mettant fin par la même à un raisonnement de

⁴⁸ Selon les premières propositions formulées par le Ministre, la stratégie et le contrôle reviendraient au conseil d'administration tandis que la gestion relèverait d'un comité de direction comprenant non seulement des membres de l'équipe de direction mais aussi des représentants du corps médical. Enfin, la commission médicale d'établissement verrait quant à elle ses missions évoluer vers une fonction plus stratégique et sa composition en adéquation avec l'organisation médicale de l'établissement.

⁴⁹ Le projet ministériel prévoit ainsi de moderniser le G.C.S., un outil permettant les collaborations entre établissements, et l'élargir aux personnes physiques afin d'ouvrir la voie à des nouvelles formes de coopération entre hôpitaux et médecins libéraux par exemple. Le G.C.S. devrait en outre pouvoir être détenteur d'autorisation, employer du personnel en propre et se substituer progressivement aux autres formes de coopérations hospitalières qui existent actuellement comme le syndicat inter hospitalier (S.I.H.) ou le groupement d'intérêt public (G.I.P.).

planification basé sur des indices nationaux et régionaux, le ministère de la santé entend faire du SROS l'outil central de la régulation de l'offre de soins.

A l'avenir, ce schéma aura pour fonction de déterminer l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs et d'en susciter les évolutions nécessaires pour répondre aux besoins de santé physique et mentale. Alors que les autorités régionales devaient jusqu'à présent établir deux SROS distincts, l'un somatique et l'autre psychiatrique, le nouveau SROS sera unique, plus global et permettra sans conteste aux planificateurs régionaux de gagner en efficacité et en force dans la détermination et la conduite de leur politique. En outre, il est prévu que ces prochains schémas tiennent davantage compte de l'articulation des moyens d'hospitalisation avec la médecine de ville, le secteur médico-social et social mais aussi avec l'offre de soins des régions limitrophes et territoires frontaliers et parviennent à fixer des objectifs précis visant à améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience du système sanitaire. Le changement qui est à l'œuvre est donc d'importance non seulement car il accroît le champ du SROS, mais aussi car il tend à asseoir la démarche de planification d'abord sur des données épidémiologiques et démographiques et non plus sur des indices de besoins. Le projet d'ordonnance insiste en effet sur la démarche qui doit précéder l'élaboration des schémas et qui doit reposer sur une évaluation fine des besoins de santé de la population et de leur évolution.

b) Une réforme des autorisations davantage technique que politique

Dès l'engagement des discussions qui devaient aboutir à l'élaboration du plan « Hôpital 2007 », le ministre a précisé son souhait d'intégrer dans le volet de simplification des contraintes externes la question du régime des autorisations. Il semblait en effet indispensable de mettre en place un nouveau régime d'autorisation plus en phase avec les besoins des autorités régionales et avec les attentes des hospitaliers pour qui cette réforme était très attendue. C'est finalement par l'ordonnance du 4 septembre que cette réforme tendant à la simplification du régime est introduite. Concrètement, le texte prévoit surtout une harmonisation de leur durée ainsi que la déconcentration de leur délivrance. Sur le premier point, l'ordonnance met fin à la coexistence d'autorisations délivrées soit par le ministre de la santé soit par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation en

faisant de l'A.R.H. la seule autorité compétente pour les délivrer ou les refuser⁵⁰. Les conditions de l'autorisation sont eux aussi modifiées et celle-ci est désormais accordée lorsque le projet répond à plusieurs conditions cumulatives : il répond aux besoins de santé de la population identifiés par le S.O.S. ; il est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe ; il satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

L'harmonisation est l'autre caractéristique du texte gouvernemental puisqu'il substitue la notion d'activité aux trois types d'autorisations antérieurs et prévoit leur renouvellement de manière tacite tous les cinq ans. Une manière pour le gouvernement de déplacer l'enjeu du dossier administratif de renouvellement au dossier d'évaluation en le plaçant au centre de la procédure de reconduction. Le libellé du nouvel article L. 6122-10 du CSP affiche ainsi clairement les ambitions du ministre d'instiller une culture de l'évaluation dans le quotidien de la planification sanitaire et d'en faire l'outil privilégié des tutelles hospitalières : « *Le renouvellement de l'autorisation est subordonné [...] aux résultats de l'évaluation appréciés selon les modalités arrêtés par le ministre chargé de la santé. Le titulaire de l'autorisation adresse les résultats de l'évaluation à l'agence régionale d'hospitalisation au plus tard quatorze mois avant les résultats de l'échéance. Au vu de ce document et de la compatibilité de l'autorisation avec le schéma d'organisation sanitaire, l'agence régionale de l'hospitalisation peut enjoindre au titulaire de déposer un dossier de renouvellement dans les conditions [...] ».*

Dernier volet de la réforme de l'autorisation et non des moindres, le rapprochement du régime d'autorisation et de la contractualisation. L'ordonnance précise que chaque autorisation est accompagnée d'une contractualisation, sous la forme d'un avenant au C.O.M. qui précise des objectifs quantifiés d'activité. Le suivi du C.O.M. pourra donc avoir pour effet une révision de l'autorisation dans le cas d'une réalisation trop partielle des objectifs préalablement définis.

Au final, le texte du ministre fait bien ressortir sa volonté de re-dynamiser la procédure des autorisations, de la simplifier, en particulier lors de son renouvellement, et de la fonder sur la réalisation des objectifs fixés mais laisse le sentiment d'une réforme timide qui ne devrait pas réellement modifier la nature du régime des autorisations mais seulement simplifier son déroulement. En fait, l'ordonnance ne répond que très

⁵⁰ A notre toutefois que le ministre devrait conserver une compétence résiduelle pour élaborer un schéma national d'organisation sanitaire pour certaines activités hautement spécialisées.

partiellement aux attentes des hospitaliers qui s'attendaient à des décisions plus tranchées et qui souhaitaient surtout que la vraie question soit enfin abordée : celle de l'utilité même du régime. Sans doute les pouvoirs publics ont-ils estimé le moment trop prématuré pour traiter de front cette question. Peut-être n'ont-ils pas encore fait le choix de la confiance aux acteurs de terrain et hésitent à abandonner des outils étatiques qui leur garantissent un moyen d'action.

B) Un régime qui doit évoluer et s'inscrire dans une nouvelle conception de la planification sanitaire

- a) *L'intégration de l'autorisation dans le COM, condition de réussite d'une planification « négociée et responsabilisante »*⁵¹

Au delà de sa simplification, il est aujourd'hui nécessaire de réfléchir à la transformation du régime des autorisations en un outil de planification efficace et s'inscrivant dans une nouvelle logique de planification, davantage concertée et responsabilisante⁵². L'ordonnance de simplification en matière sanitaire apporte déjà un certain nombre d'avancées en rapprochant l'autorisation des C.O.M. et en générant de fait un déplacement des enjeux de l'autorisation vers le contrat.

Il est bien sûr encore prématuré de tirer des conclusions sur la réalité de ce rapprochement mais il sera intéressant d'analyser le contenu des avenants au COM qui devront accompagner chaque autorisation. Si ces avenants se résument à constater l'autorisation et à reprendre des éléments techniques tels que la présence de certains équipements pour fonctionner ou la qualification des personnels, la nature et le fonctionnement du régime d'autorisation n'auront pas évolués et celui-ci demeurera un outil de contrôle plus qu'un outil facilitant l'évolution de l'offre de soins. Si, au contraire, le rapprochement des autorisations et du contrat amène pouvoirs publics et établissements à s'entendre sur la définition d'objectifs réalistes pour mettre en œuvre les changements souhaités par le SROS, un pas décisif aura été franchi.

L'ordonnance de simplification de septembre 2003 a le mérite d'engager la réforme de ce régime. Pourtant, la réforme est belle et bien timide et se limite à alléger le travail administratif. L'Etat semble encore hésiter à aller au bout du raisonnement et à envisager une suppression pure et simple de l'autorisation dans sa forme actuelle pour l'intégrer dans les autres outils de planification, en particulier les contrats.

⁵¹ RICHARD J-P., « Pour une planification négociée et responsabilisante », RHF, n°486, mai – juin 2002

⁵² RICHARD J-P., *op. cit.*

Une évolution similaire est déjà intervenue pour les autorisations d'équipements lourds⁵³. A la suite de l'expérimentation d'un nouveau régime d'autorisation, plus « *partenarial* »⁵⁴, les pouvoirs publics ont décidé de le faire évoluer et c'est désormais par le contrat que se matérialise l'autorisation d'exploiter un équipement. Ce contrat fixe les modalités particulières d'exploitation et de tarification et précise les engagements financiers de l'agence régionale tels qu'ils ont été négociés avec l'établissement pour permettre l'installation et le fonctionnement de l'appareil autorisé. Le succès de cette nouvelle conception des rapports entre Etat et établissements prouve donc qu'une évolution de l'autorisation vers la contractualisation est non seulement possible, mais surtout souhaitable et incite à réfléchir aux modalités selon lesquelles les COM pourraient intégrer cette nouvelle dimension.

Les contrats d'objectifs existent dans notre système de planification depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui prévoyait la possibilité de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs. C'est cependant depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 qu'ils ont pris toute leur importance puisque ce texte a élargi leur objet et rendu obligatoire la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour tout établissement de santé public ou privé qui fixe les objectifs assignés à chaque établissement⁵⁵ et prévoient les moyens nécessaires à leur réalisation. Plus précisément et s'agissant des établissements assurant le service public hospitalier, l'objet du contrat est large :

- il doit déterminer les orientations stratégiques de l'établissement en tenant compte des objectifs du SROS et définir les conditions de leur mise en œuvre, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement ;
- il favorise la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissement, ainsi qu'aux actions de coopération inter hospitalières
- il définit des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et prévoit les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation ;
- enfin, il fixe les éléments financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces objectifs.

⁵³ Voir à ce sujet la thèse professionnelle de ...

⁵⁴ JOURDAIN A., op.cit, p. 48

⁵⁵ Objectifs s'inscrivant en droite ligne avec les objectifs identifiés dans le SROS.

En outre, à côté de leur champ d'application large, la force de ces contrats réside dans leur suivi par les agences. En effet, l'ordonnance précise que le contrat définit son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique. Au total, les contrats apparaissent comme des outils novateurs à même de modifier la nature des rapports entre les pouvoirs publics et les établissements de soins et de donner à la démarche de planification davantage d'efficacité.,

Le contrat est un outil privilégié pour conduire des restructurations car basé sur le consentement des acteurs et la négociation. Les avantages de l'intégration du régime des autorisations dans ces outils apparaissent dès lors évidents et multiples. Pour les pouvoirs publics, cela permettrait de redonner tout leur sens aux autorisations et d'en refaire un moyen efficace de répartition de l'offre de soins sur le territoire. L'autorisation est aujourd'hui devenue une procédure lourde et largement dépassée par la complexité actuelle du tissu sanitaire qui demande temps et dialogue pour conduire l'indispensable mouvement de restructuration de l'offre de soins. En l'intégrant aux COM, les pouvoirs publics seraient conduits à dépasser une logique administrative descendante se résumant à accorder ou refuser des autorisations d'activité au regard d'indices de besoin et à adopter une démarche de dialogue et de négociation avec les établissements. Ainsi, à partir des objectifs généraux déterminés par le SROS, les agences régionales pourraient réfléchir, négocier avec les établissements sur l'évolution de leur activité, de leur offre de soins. C'est cette démarche qui est déjà à l'œuvre lors de la conclusion des COM qui se résume en fait à déterminer la stratégie des établissements. Il est donc de plus en plus difficile de justifier l'existence, à côté des COM, d'une autre procédure, l'autorisation, qui détermine pour les établissements les activités qu'ils pourront ou non exercer et qui conditionne par conséquent leurs orientations stratégiques. La déconnexion de ces deux moments de rencontre entre les hôpitaux et les agences est non seulement génératrice de lourdeur, puisque toutes les questions pourraient être traitées à un même moment, mais surtout d'inefficacité puisque l'on sépare deux étapes pourtant intimement liées : définition des objectifs de l'établissement et de ses activités.

L'autre avantage considérable de l'intégration de ces deux outils serait de faciliter la recomposition hospitalière. Comme le rappelle Jacques Métais⁵⁶, aujourd'hui Directeur de

⁵⁶ METAIS J., Contrat externe et outil de planification : l'instrument d'une recomposition hospitalière, *RHF*, n°486, mai – juin 2002

l'ARH Rhône-Alpes, « *pour être réussies, les opérations de recombinaison (fusions, partages d'activité, concession de service public, regroupements d'établissements) demandent (souvent) du temps, (parfois) des moyens, (toujours) un montage clair. Le contrat répond à ces exigences et permet de mettre au point les modalités d'une opération, surtout lorsqu'elle est complexe* ». L'évocation du cas de la réanimation est une nouvelle fois révélateur de cette nécessité de la négociation que permet le contrat. En effet, il est facile d'affirmer que les changements du tissu sanitaire induits par les décrets d'avril 2002 ne pourront pas se faire via l'autorisation classique qui reviendrait à déterminer les établissements qui peuvent continuer à exercer cette activité et ceux n'étant plus autorisés à le faire. Il faudra au contraire que les tutelles régionales engagent des négociations complexes et parfois difficiles avec les hôpitaux pour déterminer les activités devant être maintenues, compte tenu des besoins de la population et des spécificités locales, et trouver des solutions pour les établissements qui ne pourraient plus poursuivre une activité de réanimation. Autant d'impératifs et d'exigences que seul le contrat est à même de prendre en compte puisqu'il offre l'avantage de la pluriannualité, de la négociation et de s'inscrire dans une vision globale de l'établissement et de son devenir. Sans doute l'impact réel des textes relatifs à la réanimation est-il conditionné par l'engagement de telles négociations tant il est évident qu'une opération de restructuration de cette ampleur ne peut être menée que si les établissements adhèrent aux objectifs des planificateurs. Sans eux en effet, la réforme de l'organisation des soins critiques sera plus complexe, plus houleuse et sans doute moins efficace.

Les pouvoirs publics ne seraient pas les seuls à retirer avantage de l'évolution des COM en outils plus globaux de définition des objectifs et de reconnaissance des autorisations. Pour les établissements en effet, cela aurait pour avantage de simplifier et de clarifier les procédures mais surtout d'engager avec leur tutelle des négociations plus franches et plus globales. A l'heure actuelle, les liens étant quasiment nuls entre les autorisations et la négociation des COM, les établissements ont du mal à penser sur le long terme l'évolution de leurs activités car ils n'ont pas de visibilité exacte sur les autorisations qui leur seront accordées (ou maintenues). Une discussion globale aurait ainsi pour avantage considérable de poser au moment de la négociation préalable au contrat l'ensemble des questions relatives à l'activité de l'établissement et de pouvoir prendre en compte tous les paramètres pour établir une stratégie d'évolution qui soit claire, cohérente et efficace. Il suffirait pour cela que le contrat détermine toutes les activités que l'établissement est autorisé à exercer, ce qui permettrait à ce dernier d'avoir une vision claire de son positionnement dans l'environnement, de ses objectifs et de ses possibilités d'évolution. Par ailleurs, l'établissement retirerait de cette situation des garanties financières puisque

les conditions de faisabilité des différentes opérations de restructuration à engager seraient négociées et donneraient lieu à des engagements précis de l'agence en terme de moyens d'accompagnement. Une fois encore, la planification gagnerait en efficacité puisque seraient déterminés de façon précise les moyens nécessaires aux opérations d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population. Pour l'heure, l'absence de tels engagements, notamment financiers, fait cruellement défaut et jette le doute sur les possibilités d'adaptation du système de santé à des normes réglementaires qui se multiplient et sont toujours plus contraignantes. C'est d'ailleurs ce que n'ont cessé de répéter au ministère de la santé les représentants des fédérations hospitalières publiques et privées dans le cas particulier de la réanimation en rappelant que sans un accompagnement financier et un engagement précis sur les moyens humains ou matériels devant être accordés aux établissements, la mise à niveau des structures de réanimation ne pourraient se faire.

Surtout, cette évolution présenterait l'avantage de renforcer le lien entre les tutelles régionales et les établissements. Il ne s'agirait pas ici d'un renforcement du contrôle des tutelles mais plutôt d'une implication plus grande des établissements dans la politique de planification et, partant d'une nouvelle conception des relations entre les deux niveaux. Par la négociation qu'elle implique, la contractualisation conduit les tutelles à définir avec les établissements les modalités de réalisation des objectifs identifiés par le SROS et donc à mieux prendre en compte les possibilités réelles des établissements. Cela permettrait in fine de satisfaire aux objectifs énoncés au moment de la loi hospitalière de 1991 qui souhaitait rendre cohérent les objectifs des établissements avec les objectifs de la planification sanitaire. Ainsi, les hôpitaux se verraient assignés des objectifs précis en terme de réponse aux besoins de la population et pourraient négocier avec les tutelles les conditions des restructurations devant être menées. Pour reprendre le cas de la réanimation, il est clair que les établissements ont besoin de temps pour se mettre en conformité, mener les restructurations internes induites et développer d'autres activités substitutives à la réanimation. Un temps que le régime d'autorisation ne prend pas, ou très peu en compte, et qui pourrait être identifié par les COM. Plutôt que de déterminer si l'établissement est ou non conforme aux normes réglementaires, les tutelles pourraient s'entendre avec lui pour définir un calendrier de mise en conformité et s'accorder sur des objectifs de restructuration réalistes, au besoin échelonnés. On mesure tout l'intérêt pour les établissements mais aussi pour le planificateur qui verrait l'efficacité de sa planification accrue. Plus largement, cela permettrait de sortir de l'impasse qui se dessine actuellement et qui tendrait à ne pas maintenir en activité des services non conformes aux nouvelles réglementations mais qui répondent à un besoin sanitaire. L'exigence de

sécurité serait satisfaite, puisque les établissements s'engageraient à une mise en conformité rapide, en même temps que la nécessité de répondre aux besoins de la population puisque des structures de réanimation non encore à niveau pourraient continuer d'exercer (sous réserve bien sûr que la sécurité des patients ne soit pas menacée).

b) *La nécessité de renforcer la nature contractuelle des relations entre l'Etat et les établissements de soins.*

Il ne faudrait pas déduire du rapide exposé qui précède sur les avantages du contrat dans les relations entre les autorités de tutelles et les établissements que cet outil est aujourd'hui pleinement opérationnel et à même de répondre aux défis de la planification sanitaire. Le contrat d'objectifs et de moyens doit encore en effet évoluer, se généraliser, et devenir véritablement contractuel.

Si le législateur a clairement présenté, dans l'ordonnance de 1996, le COM comme un outil contractuel, des doutes subsistent sur sa véritable nature. Outre le fait que la conclusion de ces contrats soit obligatoire⁵⁷, contredisant ainsi le principe de la liberté contractuelle et que son contenu soit très précisément encadré par les textes⁵⁸, c'est surtout le caractère inégal de la négociation qui pose problème et permet de douter de la nature contractuelle des COM. Alors que le droit des contrats pose comme principe fondamental l'égalité entre les parties, force est de constater que dans le cas des contrats d'objectifs, établissements et autorités de tutelles ne sont pas sur un même pied d'égalité. Bien qu'autonomes, les établissements de santé dépendent largement, ne serait-ce que financièrement, des agences régionales qui les contrôlent. Cette incertitude juridique traduit en fait toute l'hésitation des pouvoirs publics entre la voie contractuelle dans leurs rapports avec les établissements et la traditionnelle voie hiérarchique. Des pouvoirs publics qui, en 1996, ont clairement opté pour la première voie en concevant le COM d'abord comme un outil de « *reprise en main l'ensemble du système hospitalier français* »⁵⁹ censé accroître le contrôle des services de l'Etat sur les établissements de

⁵⁷ Dans l'absolu, les établissements ne sont pas obligés de contractualiser avec l'agence. Pourtant, la lecture de l'article L. 6114-2 du CSP qui précise qu'en « *l'absence de conclusion du contrat [...], le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires* » fait bien apparaître que la contractualisation est bien obligatoire.

⁵⁸ Article L. 6114-2 du CSP.

⁵⁹ MATHY C., op. cit., p. 216

soins et leurs activités⁶⁰. Finalement, le COM ne peut devenir l'outil central de planification, à côté des SROS, et intégrer les autorisations que s'il devient véritablement contractuel et est l'occasion de discussions franches entre les agences et les établissements en permettant une négociation des objectifs et des moyens. Autant de conditions qui seront réunies lorsque l'Etat aura choisi de passer « *du contrôle au dialogue, à l'écoute et à la responsabilisation des acteurs* »⁶¹.

Enfin, la seconde condition préalable à l'avènement d'une « *planification contractuelle* »⁶² est la généralisation des COM ainsi que leur harmonisation entre secteur public et secteur privé. Pour devenir un véritable outil de régulation hospitalière, les contrats ne doivent plus être minoritaires mais être conclus avec l'ensemble des établissements. Ainsi, chaque structure de soins pourrait définir avec son agence son rôle et sa place dans le paysage sanitaire et devenir acteur de la planification. En outre, les contrats doivent pouvoir recouvrir le même champ et être négociés dans les mêmes termes dans les établissements publics et privés alors qu'actuellement le contenu des contrats diffère entre les deux sphères de l'hospitalisation⁶³.

2.2.2 Faire de l'évaluation une étape centrale de l'autorisation

L'intégration de l'autorisation dans le COM est susceptible de modifier considérablement la conduite et l'efficacité de la politique de planification hospitalière. Pourtant cette réforme ne serait pas suffisante pour donner toute sa force au nouveau schéma de planification qui serait ainsi à l'œuvre. Il faudrait encore que les procédures d'évaluation se développent, s'améliorent et deviennent systématiques pour que la satisfaction des besoins de la population, tant quantitative que qualitative, puisse être appréciée par le planificateur et que les restructurations en cours et à venir de l'offre de soins soient réalistes. Bien que dans les textes l'évaluation soit présentée comme centrale dans le processus de délivrance des autorisations, elle est en réalité souvent

⁶⁰ HARDY J., « le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », *Droit social*, 1997

⁶¹ JOURDAIN A., *op.cit.*, p. 49

⁶² RICHARD J-P., *op. cit.*

⁶³ En 1996, l'ordonnance dite Juppé a en effet prévu un contrat d'objectifs et de moyens particulier pour les cliniques privées. Ainsi, un contrat tripartite national devait être conclu entre l'Etat l'assurance maladie et l'hospitalisation privée en même temps qu'un contrat type entre les agences régionales et chaque établissement. Leur contenu est différent de celui des hôpitaux publics puisqu'il vise essentiellement la détermination par discipline des tarifs des prestations d'hospitalisation. A noter que depuis un décret du 3 mai 2002, les contrats de l'hospitalisation privée ont été revus et ne sont désormais que bipartites.

négligée et plus que secondaire. Il est par conséquent important que dans le cadre d'une planification sanitaire rénovée, cette étape soit incontournable et accompagne systématiquement toute procédure de renouvellement d'autorisation. D'ores et déjà, les outils existent et les expériences qui accordent à l'évaluation toute sa place sont concluantes et riches d'enseignement.

A) L'évaluation : une condition de réussite des réformes du système de santé

a) *La démarche de l'évaluation*

Les décrets du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation cherchent à rationaliser l'exercice de cette activité, essentiellement en graduant les niveaux de prise en charge. A terme, la distinction devra être claire entre réanimation, soins intensifs et surveillance continue. Il est certain que la réforme du paysage de la réanimation ne pourra aboutir et ne sera synonyme d'amélioration pour la population que si cette graduation repose sur une analyse fine des besoins qui ne soit pas figée dans le temps. En clair, il serait dommageable que les unités se voient qualifiées de réanimation ou de soins continus une fois pour toute. Au contraire, il est nécessaire que cette qualification soit évaluée régulièrement de façon à répondre au mieux à la demande de soins. Dans son rapport final, la mission de l'I.G.A.S. insistait déjà sur cet impératif et rappelait que seule une évaluation régulière de la qualité était à même de justifier la classification en réanimation. C'est d'ailleurs pour cette raison que la mission proposait que « *les critères de cette évaluation soient codifiés dans le décret fixant les normes qualifiantes afin de permettre à chacun de disposer des bases de références identiques* »⁶⁴. En dépit de cette incitation, les décrets encadrant l'activité de réanimation ne font pas mention de tels critères et se contentent de rappeler la nécessité de l'évaluation. La circulaire d'application ne va pas plus loin et se contente de renvoyer au décret du 16 décembre 1997 pour toutes les questions relatives à l'évaluation.

La réanimation n'est qu'un exemple parmi tant d'autres qui illustre la faiblesse de l'évaluation en France. Une faiblesse qui est non seulement dommageable en terme de qualité des soins mais aussi en terme de planification. En effet, une bonne planification, entendue comme basée sur les besoins de la population, sur son accessibilité aux

⁶⁴ I.G.A.S., *op. cit*, p.92

structures de santé et sur le service médical rendu des services de soins, ne peut que gagner à être accompagnée d'une procédure d'évaluation qui permet au planificateur d'éclairer ses choix, de réduire ses marges d'incertitude. La définition de l'évaluation donnée par M. Contandriopoulos⁶⁵ permet de mieux comprendre cette dimension de l'évaluation. Pour lui, l'évaluation est « *la démarche qui consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention⁶⁶ en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes aux différents acteurs concernés, de façon à ce qu'ils puissent, en fonction de leur champ de jugement prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions* ». En planification, elle est donc d'une aide précieuse puisqu'elle permet aux pouvoirs publics d'opérer des choix de répartition de l'offre de soins ou de développement ou non de tel mode de prise en charge. Plus largement, et sans entrer dans une revue détaillée des théories de l'évaluation, celle-ci est source de valeur ajoutée pour le système de santé du fait de ses différentes dimensions⁶⁷ :

- *dimension cognitive*, puisqu'elle fournit, non seulement aux planificateurs mais aussi aux autres acteurs du système de santé, des informations objectives et fiables pouvant servir de base d'action ;
- *dimension normative*, en ce qu'elle vise à porter un jugement de valeur sur la structure, le programme évalué ;
- *dimension utilitaire* : l'évaluation vise à améliorer une situation, à inciter au changement ;
- *dimension démocratique* car elle a pour finalité de provoquer des débats.

Dans un contexte de maîtrise des ressources consacrées à la santé, de nécessité accrue d'adaptation du système aux besoins de la population, et donc d'inévitables restructurations, l'évaluation apparaît comme une démarche conditionnant le succès des politiques à venir qui demanderont des choix difficiles et qui devront s'appuyer sur des données fiables concernant la façon d'atteindre les résultats recherchés. La démarche d'évaluation suppose en effet que soient définis au préalable des objectifs précis en terme

⁶⁵ CONTANDRIOPOULOS A.-P., L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°48, 2000, pp. 517

⁶⁶ Il faut entendre par « *intervention* » tout système organisé d'action (une structure, des acteurs et leurs pratiques, des processus d'action, une ou des finalités et un environnement) visant, dans un environnement donné, durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique.

⁶⁷ CONTANDRIOPOULOS A.-P., *op. cit.*, p. 526

de satisfaction des besoins, de conformité aux normes, d'efficience et oblige donc les planificateurs à clarifier leurs attentes. Dès lors, la politique des autorités de tutelle est susceptible de gagner en efficacité car leurs objectifs deviennent ceux de l'ensemble des acteurs du système de santé qui sont ainsi amenés à penser la manière d'y satisfaire, à adapter leurs actions et qui sont évalués en conséquence. Selon M. Contandriopoulos, l'évaluation permet ainsi «*à des acteurs en milieu organisé de repenser les liens entre les objectifs qu'ils se donnent, les pratiques qu'ils développent et leur contexte d'action* ». Elle permet aussi la concertation car pour définir des standards de prise en charge, jugés de nature à satisfaire aux objectifs retenus, il faut que les acteurs concernés accordent leurs points de vue et intègrent dans leurs réflexions les nombreuses dimensions pouvant avoir de l'influence. Ainsi, les différents acteurs du système de soins sont amenés non seulement à adopter les objectifs énoncés par le planificateur, mais surtout à participer à leur définition. A titre d'exemple, si les médecins sont des acteurs incontournables et indispensables pour définir des modes d'organisations de soins, ceux-ci ne pourront avoir valeur d'objectif pour le système de santé que s'ils intègrent la dimension qualitative exprimée par les usagers et la dimension économique, sociale de la collectivité. Au final, il en résulte que les objectifs énoncés doivent décrire «*les résultats recherchés en terme d'amélioration de la prise en charge d'un état de santé* » ainsi que «*le niveau optimal de diverses composantes de l'organisation de soins* »⁶⁸ comme les ressources devant être mobilisées, et tenir compte de l'ensemble des facteurs ayant une incidence sur ses objectifs (démographie, économie...).

Une fois ces objectifs définis, l'évaluation peut avoir lieu et consistera à mesurer dans quelle mesure l'action, la structure, la réforme mises en place ont satisfait aux objectifs initialement retenus. Le planificateur saura ainsi si sa politique est pertinente (utile), cohérente et les établissements de santé, par exemple, pourront se situer par rapport à ces objectifs, analyser le degré de réponse qu'ils apportent et, partant réfléchir à d'éventuelles mesures correctrices. Il s'agit ici de l'une des finalités essentielles de l'évaluation⁶⁹, la finalité «*sommative* » qui permet d'appréhender les effets d'une mesure ou d'une politique pour déterminer s'il faut la maintenir, la transformer ou l'arrêter. La

⁶⁸ JOURDAIN A., TURENNE I. *op. cit.*, p. 66

⁶⁹ Pour A.-P. Contandriopoulos, l'évaluation comporte quatre finalités : finalité stratégique (aide à la planification et à l'élaboration d'une intervention), finalité formative (fourniture d'informations pour améliorer une intervention en cours de route), finalité sommative et finalité fondamentale (contribution à l'avancement des connaissances sur une intervention).

planification a donc beaucoup à s'enrichir du développement des démarches d'évaluation car elles permettent une meilleure intégration des objectifs définis dans les stratégies des composants du système de santé mais aussi car elles conduisent à déterminer si les restructurations décidées, les autorisations accordées répondent aux objectifs retenus et à envisager, par exemple, de ne pas renouveler une autorisation à une structure dont l'intérêt ne serait plus démontré.

Comme cela a été souligné précédemment, l'une des faiblesses principales du régime des autorisations est de ne pas accorder une place réelle à l'évaluation. Si cette dimension est bien présente dans les différents dossiers, cela tient d'abord à son caractère obligatoire ? Dans les faits, en l'absence de critères précis d'évaluation définis par les autorités de tutelle, les établissements de soins déterminent eux-mêmes leurs propres critères, enlevant ainsi à l'évaluation tout son intérêt et toute sa force et rendant impossible toute comparaison, pourtant nécessaire à l'exercice de la mission de planification. A l'heure où le régime d'autorisation est en passe de connaître des évolutions importantes, qui vont peut-être aboutir à sa disparition sous sa forme actuelle et à son intégration dans le COM, il est indispensable d'en faire un outil de planification efficace qui fasse de l'évaluation un point central. Pour cela, les pouvoirs publics ne doivent plus laisser libre cours aux hôpitaux pour définir des critères d'évaluation mais engager un travail systématique d'élaboration d'indicateurs pertinents pour mesurer la réalisation des objectifs assignés à la structure au moment de l'autorisation ou de son renouvellement. Une telle logique est déjà à l'œuvre, dans une certaine mesure, avec le suivi des COM par les agences de l'hospitalisation puisque la réalisation de ces contrats fait l'objet d'un suivi régulier et de mesures correctrices lorsque cela devient nécessaire (réévaluation des moyens...). Dès lors, il peut être attendu de l'intégration de l'autorisation dans le contrat des gains bénéfiques en la matière.

Pour être pertinent, ce temps d'évaluation ne nécessiterait pas la mise en place d'un nombre trop important d'indicateurs. Au contraire, pour pouvoir être renseignés par tous les établissements et ne pas donner lieu à une mobilisation trop importante de ressources, tant dans les agences régionales que dans les hôpitaux, ces critères doivent être peu nombreux et facile de suivi. Par ailleurs, il est important d'entourer leur mise au point de quelques précautions méthodologiques, pour l'essentiel résumées dans un rapport de l'A.N.A.E.S.⁷⁰. Ainsi, l'agence préconise la mise en place d'indicateurs simples et acceptables, c'est-à-dire opérationnels, conviviaux, facile à élaborer et compris de la même façon par tous. Des indicateurs qui doivent en outre être validés et pertinents en ce

qu'ils fournissent des repères nécessaires à l'appréciation de l'état pour lequel ils ont été élaborés. Ils doivent enfin être fiables⁷¹ et facilement exploitables. A ce niveau, l'écueil principal à éviter dans l'utilisation de critères pré-définis aux fins de comparaisons externes est la non comparabilité des structures de soins. Ainsi, une interprétation qui omettrait les différences entre les structures perdrait tout son sens et fausseraient le diagnostic et donc la décision des autorités de tutelle.

Il est enfin important de préciser dans quel cadre les indicateurs doivent être utilisés. En effet, la démarche d'évaluation perd tout son sens si ces critères sont utilisés de façon mécanique par les autorités de tutelle. A l'inverse, ils doivent être considérés comme autant de points de départ à un dialogue et à une réflexion communs entre le niveau central et les services déconcentrés.

b) Des expériences concluantes

Derrière le vocable d'évaluation se cachent deux réalités. Il y a d'une part l'évaluation externe, conduite par une structure extérieure à l'établissement et visant à comparer des établissements entre eux, et, d'autre part, l'évaluation interne qui est celle conduite par l'établissement lui-même et qui peut être menée pour différentes raisons : suivre la performance clinique (durées de séjours, mortalité...) ; améliorer la qualité et la maîtrise des risques ; fournir à l'établissement des arguments favorables à l'attribution de ressources ou à la délivrance d'autorisations. Si ce deuxième type d'évaluation est de plus en plus développé dans les établissements de santé en raison de la perception de son intérêt stratégique et de la sensibilisation conduite par l'A.N.A.E.S., l'évaluation externe est encore insuffisante. Toutes les régions ne sont cependant pas au même niveau et certaines ont essayé de mettre au point des procédures d'évaluation systématiques.

Le cas de la région Rhône-Alpes peut ainsi être cité à titre d'exemple puisque l'agence régionale conduit depuis maintenant plusieurs années un programme d'évaluation des équipements lourds. Cela s'est traduit par l'établissement d'une fiche⁷² devant être renseignée par le promoteur d'une demande d'autorisation ou de son renouvellement et qui est composée de trois parties :

⁷⁰ A.N.A.E.S., *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*, Paris, mai 2002

⁷¹ L'A.N.A.E.S. entend par fiable que l'indicateur est apte à une mesure précise et reproductible.

⁷² Fiche annexée au présent document.

- une partie déclarative, dans laquelle le demandeur doit donner des précisions sur la structure utilisant l'équipement (heure d'ouverture, système d'information existant, existence de projets dans l'établissement de nature à avoir des conséquences sur l'utilisation dudit équipement...);
- une partie statistique, qui regroupe des données relatives à l'utilisation de l'équipement (nombre de passages, d'actes NGAP, bassin de recrutement...), à la satisfaction des patients (évaluée par un critère de délai moyen de rendez-vous et de durées moyennes d'attente avant et après la réalisation de l'examen);
- une partie enquête, qui est à réaliser sur quinze jours et qui tend à évaluer plus finement les motifs de recours à l'équipement et, partant à donner une vision précise au planificateur de l'apport de l'équipement en terme de réponse aux besoins de la population.

Cet exemple est particulièrement intéressant car caractéristique de ce que devrait être toute démarche d'évaluation et illustratif de son apport en terme de planification. Les critères retenus pour caractériser l'activité de l'équipement sont en effet suffisamment complets et révélateurs de la place de l'équipement dans l'établissement pour permettre à l'agence régionale de statuer plus objectivement sur la demande de renouvellement. Les précautions méthodologiques inhérentes à la mise en place de tels indicateurs sont ainsi respectés puisque ceux-ci sont peu nombreux, basés sur des données précises et faciles à mesurer comme le nombre d'actes interventionnels pratiqués. De plus, l'objectif de l'évaluation est clairement exposé et une large place est laissée à l'explication, par le demandeur des contraintes particulières pouvant être liées à l'utilisation de cet équipement. Enfin, il est intéressant de remarquer que l'agence s'attache à lier la procédure d'évaluation externe avec celle conduite en interne puisqu'une partie entière de l'enquête renvoie aux indicateurs développés par le service utilisateur de l'équipement. L'outil est donc complet et n'est pas seulement une source d'information pour l'agence. En effet, le lien qu'il réalise entre évaluation externe et interne mais aussi la démarche que les établissements sont amenés à suivre tendent à les inciter à s'approprier ces outils, à en développer d'autres et réfléchir à leur positionnement en terme de satisfaction des besoins de la population.

A travers cet exemple apparaît le caractère très riche de l'évaluation. Il s'agit en effet d'une procédure qui tend à modifier les habitudes de l'autorité exerçant la

responsabilité de la planification qui doit définir des objectifs clairs, reposant sur des constats acceptés de tous, et construire des outils de mesure de la satisfaction de ces objectifs qui soient à même de lui apporter une information précise et objective. Les établissements ne sont pas en reste puisque cette démarche les incite à s'inscrire dans la réalisation d'objectifs précis, mais surtout rend nécessaire la création d'une nouvelle fonction en leur sein : celle chargée de l'évaluation permanente. Il semble en effet aujourd'hui incontournable que l'évaluation doit prendre une place croissante dans les relations quotidiennes entre hôpitaux et agences et appelle un suivi de plus en plus global et précis. Un nouveau métier est ainsi peut-être en train d'émerger et sera consacré à la systématisation de l'évaluation. Une fonction qui pourrait bien devenir stratégique dans le cadre d'une planification hospitalière rénovée qui ferait de l'autorisation un moment important, directement lié aux objectifs reconnus et assignés à l'établissement par l'agence régionale.

B) Le rôle de la procédure d'accréditation

a) *Des liens encore faibles entre autorisation et accréditation*

Lors de l'institution dans le système hospitalier français d'une procédure d'accréditation, inspirée de celles développées dans plusieurs pays d'Amérique du Nord et destinée à organiser au sein des établissements la recherche active de la qualité des soins, nombreux étaient ceux à penser que les conséquences ne se limiteraient pas au seul domaine qualitatif et que l'accréditation bouleverserait vite la régulation du système sanitaire. Pour ce qui concerne le régime des autorisations, l'accréditation étant définie par l'ordonnance de 1996 comme une «*procédure d'évaluation externe*», il semblait presque certain qu'elle allait modifier sensiblement les modalités de délivrance des autorisations en donnant une véritable place à l'évaluation. Une revue rapide des différents articles publiés au moment de la création de cette procédure d'accréditation est assez révélatrice des changements qui étaient escomptés. Ainsi, pour G. Delande⁷³, l'accréditation allait inévitablement devenir «*un préalable à l'obtention d'une autorisation*». D'autres auteurs voyaient en cette procédure une «*chance*» pour le régime d'autorisation qui allait pouvoir retrouver un fondement et une utilité en terme de

⁷³ DELANDE G. L'accréditation est-elle utile ? . *Gestions Hospitalières*, décembre 1996

planification en faisant de l'évaluation une de ses préoccupations centrales. Plus précisément, selon Y. Martin, S Lemoigne et L. Vincent⁷⁴, la réforme de 1996 devait « *modifier le contenu de l'autorisation* » qui allait progressivement devenir un « *instrument de régulation à contenu qualitatif* ».

La lecture des articles L. 6113-3 et 6113-4 du C.S.P. qui donnent pour objectif à la procédure d'accréditation de porter « *une appréciation indépendante sur la qualité de (chaque établissement) ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités (de cet) établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* ». explique en majeure partie les attentes à l'égard de l'accréditation. L'évaluation apparaît dans ces textes comme une préoccupation majeure dont les conséquences ne devaient pas seulement concerner l'établissement, en l'incitant à développer une dynamique d'amélioration de la qualité, mais aussi le système de soins dans son ensemble. Pour les autorités de tutelle en effet, cette procédure est aussi un moyen d'objectiver les situations, d'évaluer la conformité des structures aux besoins de la population et à ses exigences qualitatives et, partant, ne peut être sans influence sur les décisions de renouvellement d'autorisation.

D'un point de vue strictement juridique, l'ordonnance se garde bien de souligner ou de créer des liens directs entre autorisations et accréditation. Il s'agit plutôt d'influences mutuelles et de conséquences induites. Si un rapport d'accréditation défavorable ne peut empêcher l'établissement de poursuivre son activité, il aura des conséquences importantes sur l'appréhension par les autorités de tutelle de l'établissement, de la qualité de ses prestations. Autant d'informations qui seront en outre décisives au moment de décider du renouvellement d'une autorisation. Comme le souligne A. Jourdain⁷⁵, « *on imagine mal comment un rapport d'accréditation défavorable pourrait laisser indifférent le planificateur au moment de la délivrance d'autorisations* ». Le législateur a d'ailleurs affiché son intention de développer ces influences en prévoyant la transmission des rapports d'accréditation à l'A.R.H.. L'influence de l'accréditation ne va pas seulement dans le sens d'un renforcement des moyens de contrôle des tutelles sur les établissements des soins, mais modifie plus largement les rapports entre les deux niveaux. Les informations positives contenues dans un rapport d'accréditation seront ainsi

⁷⁴ *Op. cit.*, p. 14

⁷⁵ *Op. cit.*, p. 6

autant d'éléments qu'un hôpital pourra mettre en valeur et invoquer à l'appui de ses demandes.

Quelques années après la création de l'accréditation, il est nécessaire de relativiser les effets de cette procédure sur l'autorisation. S'il semble incontestable d'affirmer que l'accréditation a modifié sensiblement l'appréciation des établissements non seulement par les tutelles mais aussi par le public, elle n'a pas vraiment fait évoluer le régime des autorisations vers une plus grande importance accordée à l'évaluation et à son résultat. Les explications pouvant être avancées sont multiples et tiennent tout d'abord au retard pris dans sa généralisation. En effet, si l'ordonnance de 1996 accordait aux établissements un délai de cinq ans pour s'engager dans la procédure d'accréditation, le nombre d'hôpitaux ayant été visité par l'A.N.A.E.S. est encore aujourd'hui relativement faible. Il est dès lors difficile de reprocher aux agences de l'hospitalisation de ne pas assez prendre en compte les résultats de la procédure dans la mesure où l'information disponible n'est que partielle et ne permet donc pas de servir de fondement à une démarche de planification. L'autre explication majeure de ce constat tient à la nature même des deux procédures. Comme le rappelle le Pr. Lemoyne de Forges dans une analyse sur les liens existant entre accréditation et régimes d'autorisation⁷⁶, ces deux opérations sont « *tout à fait indépendantes [et] suivent d'ailleurs des procédures très différentes [qui] n'ont aucune incidence directe l'une sur l'autre* ». Ainsi, alors que l'autorisation est créatrice de droit et reconnaît à son bénéficiaire le droit de mettre en œuvre l'opération autorisée, l'accréditation ne modifie pas la situation juridique de l'établissement. En outre, à la différence de l'autorisation, l'accréditation n'est pas nécessaire au fonctionnement d'un établissement de soins et son éventuel refus ne saurait provoquer à lui seul l'interruption du fonctionnement de la structure hospitalière. En fait, l'accréditation est encore récente et les liens avec l'autorisation sont encore à inventer et à initier. Des liens qu'il appartiendra aux agences régionales et aux établissements de maîtriser au bénéfice des patients.

b) Des synergies à inventer

Il est très clair que l'autorisation et l'accréditation n'ont pas le même objet et que par conséquent, ces deux procédures ne sauraient être confondues. Pourtant, dans le

⁷⁶ Pr LEMOYNE DE FORGES. Accréditation et régimes d'autorisation. *Hospitalisation privée*, n°349, 1999, pp. 24-25

cadre d'une planification hospitalière rénovée cherchant à améliorer les moyens d'évaluation de la réponse, par les structures de soins, aux besoins de la population, il est certain que des synergies mériteraient d'être inventées entre ces deux outils. Il serait ainsi possible d'imaginer que le résultat de l'accréditation devienne progressivement un élément central de la décision de délivrance ou de refus d'une autorisation et se substitue à certaines procédures conduites dans le cadre du régime d'autorisation.

Comme cela a été rappelé précédemment, le régime d'autorisation est certes un outil de planification sanitaire, mais aussi un outil censé permettre aux pouvoirs publics de contrôler la conformité des structures de soins aux normes et exigences réglementaires. Une dimension qui se retrouve dans la procédure d'accréditation puisque les différents rapports des experts de l'A.N.A.E.S. ne manquent pas de souligner les non conformités éventuelles. Il s'agit même d'une obligation réglementaire puisque l'article R. 710-6-10 du CSP précise que si « *au cours de la procédure (NDLR : procédure d'accréditation) sont constatées des faits ou des manquements mettant en jeu la sécurité des patients, les agents et les personnes collaborant même occasionnellement aux travaux de l'A.N.A.E.S. doivent le signaler immédiatement au Directeur général [qui] informe sans délai les autorités compétentes* ». Dans la mesure où cette dimension sécuritaire est présente dans l'accréditation, quel intérêt y a-t-il à maintenir une procédure de contrôle supplémentaire qui se borne à vérifier les mêmes éléments et qui représente une charge de travail supplémentaire pour les établissements ? Pour l'heure, les établissements sont conduits à répéter plusieurs fois, dans des documents différents (rapport de présentation d'une demande d'autorisation, auto-évaluation), les mêmes données relatives à la qualification des personnels, aux modalités d'accès au plateau technique ou encore aux caractéristiques de prise en charge des patients.

Le travail qui conduit à l'accréditation est long, conséquent et sérieux et semble largement suffisant à l'exercice du contrôle sur les établissements. Il conduit donc à s'interroger sur le bien fondé des visites de conformité devant être organisées par les hôpitaux à l'occasion de chaque demande d'autorisation. Une première avancée serait sans doute d'unifier les visites de conformité. Il faudra cependant vite parvenir à la reconnaissance de la valeur de la visite d'accréditation et à sa reconnaissance comme fondement aux différentes décisions d'autorisation. En fait, il est souhaitable que dans un avenir proche les pouvoirs publics développent des liens entre les différents outils à leur disposition, inventent des synergies et mettent fin à une situation presque caricaturale où chaque procédure donne lieu à l'utilisation d'outils particuliers. Pour les autorités de tutelle, l'avantage serait de simplifier et d'unifier les informations disponibles, d'alléger le travail

de contrôle et de suivi des différents résultats. Pour les hôpitaux, le gain serait considérable et générateur d'économies importantes. Ils seraient ainsi davantage incités à participer à leur propre évaluation et à leur contrôle dans la mesure où celui-ci ne se répéterait pas de façon excessive. In fine, c'est bien l'efficacité de la planification sanitaire qui serait accrue.

Bien sûr, un tel changement demandera du temps pour se mettre en place et prendre tous ses effets. Il suppose en outre que la procédure d'accréditation se généralise rapidement et permette ainsi aux agences régionales de disposer de données complètes sur l'ensemble des établissements et structures de soins du territoire. Enfin, cette synergie entre les outils et les procédures existant nécessite de réfléchir à l'agencement des différents temps de planification. En effet, pour que l'accréditation et ses résultats soient porteurs de valeur ajoutée pour les établissements ainsi que pour la planification, il faudrait qu'elle intervienne préalablement à la négociation du nouveau COM et donc du renouvellement des autorisations. Du temps serait ainsi accordé à l'établissement pour se mettre en conformité et la négociation du nouveau contrat pourrait s'effectuer à la lumière des résultats et du travail accompli. Il pourrait également s'appuyer sur des indicateurs précis, objectifs et uniformes dans la mesure où la procédure d'accréditation impose aux hôpitaux des modalités de suivi des recommandations formulées par les experts visiteurs. Autant d'éléments qui participent à une planification hospitalière entendue comme pertinente, c'est-à-dire basée sur les besoins de la population tout en ne négligeant pas les possibilités des établissements.

BIBLIOGRAPHIE

✓ Textes de référence

Code de la santé publique : articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6122-1 à L. 6122-13, R. 712-1 à 712-47, R. 712-90 à R. 712-95, D. 712-104 à D. 712-126.

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

Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le Code de la santé publique

Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le Code de la santé publique

✓ Ouvrages

ARVIEUX C., LEHOT J.-J. *Infirmier en réanimation, soins intensifs et urgence – comprendre pour mieux soigner-*. Paris : Editions Eska, 2001.

AUBY J.-M. *Planification sanitaire. Méthodes et enjeux*. Rennes : Editions de l'ENSP, 1997.

BENOIT J.-M., PAGES B., PUCCI D. *La France à vingt minutes (et plus)*. Paris : Editions Belin, 2002.

BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan université, 2001.

BLANCO F. *La planification française dans le domaine hospitalier*. Aix-en-Provence : Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2000.

BROSSIER C. *Vers une santé citoyenne*. Les Editions Demos, 1998. Collection Demos santé.

BUDET J.-M., BLONDEL F. *La réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996*. Paris : Berger-Levrault, 1998.

CLEMENT J.-M. *La réforme hospitalière. L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 1997.

CLEMENT J.-M. *Lire la nouvelle loi hospitalière*. Paris : Berger-Levrault, 1994.

CLEMENT J.-M. *Mémento de droit hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 1996.

COUTY E., TABUTEAU D. *Hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières*. Paris : Berger-Levrault, 1993.

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C. *Droit hospitalier*. Paris : Dalloz, 2001.

Gaudin J.-P. *Pourquoi la gouvernance?* Paris : Presses de Sciences Po, 2002. La bibliothèque du citoyen.

GIRAUD A. / ed. *La nouvelle évaluation médicale*. Paris : Médica Ed., 2000.

JOURDAIN A., DE TURENNE I. *100 mots clés de la planification sanitaire*, Rennes : Editions de l'ENSP, 1999 (2^{ème} édition)

LE MANDAT M. *Prévoir l'espace hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 1989.

MAILLARD C. *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*. Paris : Dunod, 1986.

MARECHAL J.-P. *Réformer l'hôpital*. Paris : Editions Hermès, 1996.

MARTIN Y., LEMOIGNE S., VINCENT L. *Les autorisations de fonctionnement des établissements de soins*. Paris : Berger-Levrault, 1997.

MATHY C. *La régulation hospitalière*. Paris : Médica Ed., 2000.

MOUGEOT M. *Régulation du système de santé*. Paris : La Documentation française, 1999.

PINEAULT R., DAVELUY C. *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions Nouvelles, 1995.

STINGRE D. *Le service public hospitalier*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. Collection Que sais-je ?,

✓ **Thèses et mémoires**

BIENFAIT K. Synthèses et premières conclusions du régime expérimental d'autorisation d'équipements matériels lourds (scanographes et IRM), Thèse professionnelle : Université de technologie de Compiègne / ENSP, 2000.

CARREAU E. La nouvelle planification hospitalière ou un processus en constante évolution. Mémoire pour le DESS de Droit de la Santé : Université de Bordeaux IV, 1998.

LECLAIR M. La planification en domaine hospitalier. Mémoire de fin d'assistantat : ENSP, 1973.

LECLERQ F. L'hospitalisation publique et privée dans la planification hospitalière ; A la recherche d'une complémentarité. Thèse pour le Doctorat en Droit : Université Lille II, 1984.

NICOLAS J.-F. La carte sanitaire et la programmation des équipements hospitaliers, Mémoire de fin d'assistantat : ENSP, 1976.

✓ Articles

ADDA G., BOUVET B., CLOUZET C. Nouvelles formes de recombinaison de l'offre sanitaire. *DH magazine*, mai-juin 2003, n°89, pp. 12-13.

ALLOY G. Le contrat d'objectifs et la démarche qualité. *Technologies Santé*, décembre 1995, n°24.

ALLUARD E., BAUBEAU D., BAUDURET J.-F. ; CAYSAC D., CLEMENT J., LABRAM C., LECOUTOUR X., MARREL P. L'évaluation en milieu hospitalier (définitions et enjeux). *Gestions Hospitalières*, mai 1993, n°326.

ARBUZ G. Pour une démarche projet à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, mai 1993, n°326.

ARMOGATHE J.-F. L'évaluation médicale. Un projet d'assurance qualité pour l'hospitalisation privée. *Hospitalisation Privée*, mars 1992, n°311.

BANGA B. Accréditation, An II. *Décision Santé*, mars 1999, n°142.

BARATTA N. Les directeurs d'A.R.H. et la quadrature du cercle. *Décision Santé*, février 1997, n°107.

BARATTA N. Les directeurs d'A.R.H., un nouvel échelon sanitaire pour quelle légitimité ? *Décision Santé*, février 1997, n°108.

BASSET B., HAURY B. Planification hospitalière : un modèle théorique à l'épreuve des faits et du temps. *Santé Publique*, juin 1995, n° 2.

BERTHOD-WURMSER M., BAUBEAU D. Planification et besoins de santé de la population. *Actualité et dossiers en Santé Publique*, juin 1995, n° 11.

BORDELOUP J. Les agences régionales de l'hospitalisation : clarifications ou nouvelles ambiguïtés? *Droit Social*, septembre-octobre 1996, n°9-10.

BRAND O. La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire est lancée. *Cahiers Hospitaliers*, mai 1998, n°135.

BROUDIC P. Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne. *Revue française des affaires sociales*, avril-juin 2001, n°2.

CAILLET R. Planification et besoin de santé de la population. L'approche hospitalière. *Actualité et dossier en Santé Publique*, juin 1995, n° 11.

CLEMENT J.-M. Ce qu'il faut savoir sur les schémas d'organisation sanitaire. *La Revue de gériatrie*, janvier 2000.

CLÉMENT J.-M. La naissance des agences régionales de l'hospitalisation. *Cahiers hospitaliers*, juillet-août 1996, n° 115.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., CHAMPAGNE F., DENIS J.-L., AVARGUES M.-C. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue épidémiologique et Santé Publique*, 2000, n°48.

CORMIER M. Les SROS et les ARH. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2001, n°37.

CORVEZ A. et al. Les bassins de santé, fondements territoriaux de l'étude et de l'organisation sanitaires. Identification et délimitation appliquées au Languedoc-Roussillon. *Allocation de ressources et géographie des soins*, avril 1998.

COULOMB A. La réforme hospitalière à travers le plan Juppé. *Droit Social*, mars 1996, n°3.

COULOMB A. L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements. *Droit Social*, septembre-octobre 1996, n°9-10.

COULOMB A. Secteur public, secteur privé : les formes de la contractualisation. *Gestions Hospitalières*, mai-juin 2002, n° 486, pp.21-23.

D.R.A.S.S. de Rhône-Alpes. Planification sanitaire en Rhône-Alpes. *Revue Hospitalière de France*, mai-juin 1993, n°3.

DAMIEN A. Une nouvelle réforme hospitalière. *Revue Hospitalière de France*, septembre-octobre 1997, n°5.

DE FORGES J.-M. L'avenir de la planification hospitalière , *Administration*, octobre-décembre 1994, n°165.

DELANDE G. L'accréditation est-elle utile? *Gestions Hospitalières*, décembre 1996, n°361

DELANDE G. Les agences régionales d'hospitalisation, instrument d'une meilleure performance en matière de planification sanitaire. *Politiques et Management Public*, septembre 1999, n°3.

DELANDE G. Quel rôle pour la planification sanitaire dans la maîtrise des dépenses de santé? *Gestions Hospitalières*, décembre 1997, n°371.

DE MEY P. Réanimations, soins intensifs, surveillance continue. *ARH infos*, juillet 2003.

ETOURNEAU C. Autorisation d'équipement et planification régionale. La nouvelle donne *Décision Santé*, juin 1997, n°114.

ETOURNEAU C., « Comment réduire les inégalités inter-régionales? » *Décision Santé*, juin 1997, n°114.

FLEURET S. Un regard géographique sur l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2001.

GAUTHIER P. Heurs et malheurs de la planification hospitalière. *Gestions Hospitalières*, mai 1993, n°326.

GUERMOND Y. Géographie et santé. *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2001.

GUIGAZ M. La dynamique de la planification. *Gestions Hospitalières*, mai 1993, n°326.

GUSCHING J.-P., HENNEQUIN C., CHATON P., EXPERT P. Coût d'un service de réanimation: simulation de facturation interne dans le cadre des budgets de service. *Gestions Hospitalières*, novembre 2000.

HARDY J. Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996. *Droit Social*, novembre 1997, n°11.

JOURDAIN A., FROSSARD M. Les nouveaux outils de la planification sanitaire. *Actualités et dossiers en santé publique*, juin 1995, n°11.

LEMOYNE DE FORGES. Accréditation et régime d'autorisation. *Hospitalisation privée*, 1999, n°349.

LETEURTRE H. L'accréditation hospitalière. *Techniques hospitalières*, janvier-février 2002, n°663.

MARTINEZ J. Du bassin de vie au bassin de santé. *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2001.

MATILLON Y., LOIRAT P., GUIRAUD-CHAUMELL B. Les rôles de l'ANAES dans la régulation du système de santé français. *Actualité et Dossiers de Santé Publique*, décembre 2001, n° 37.

METAIS J. Contrat externe et outil de planification. *Gestions Hospitalières*, mai-juin 2002, n° 486, p.16.

PONTIER J.-M. Contractualisation et planification. *Revue de Droit public*, 1993.

PONTONE S. Un modèle expérimental d'analyse et de projection démographiques – le cas de l'anesthésie réanimation. *Gestion Hospitalières*, décembre 2000.

POUTOUT G. La contractualisation : vrai concept ou faux semblant ? *Technologie Santé*, décembre 1995, n°24.

RICHARD J.-P. Pour une planification négociée et responsabilisante. *Gestions Hospitalières*, mai-juin 2002, n° 486, pp.19-20.

SCHWEYER F.-X. La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? *Politiques et Management public*, septembre 1998, n°3.

VALLAR Ch. Les contrats d'objectifs et de moyens. Logique contractuelle ou logique dirigiste ? *Actualités Jurisanté*, janvier 1998, n°20.

VIGNERON E. Les bassins de santé : concept et construction. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1999, n°29, pp. 38-43.

✓ Rapports

ANAES. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*. Paris, mai 2002.

CREDES. *Territoires et accès aux soins*. Rapport du groupe de travail. Paris, 2003.

DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G. *La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*. Rapport au Ministre de la santé, 2003.

DUCASSOU D., JAECK D., LECLERCQ B. *Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université*. Rapport au Ministre de la santé, 2003

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Etude et bilan de la situation de la réanimation*. 1995.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Politiques sociales de l'Etat et territoires*. Rapport annuel. Paris : La Documentation Française, 2002.

JOURDAIN A., BRECHAT P.-H., COTARD B. et al. *Enquête sur les artisans des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération : le point de vue des acteurs*. Paris : 2000

SERVICE MEDICAL REGION LANGUEDOC ROUSSILLON. *Analyse de l'activité des unités de réanimation en secteur privé*. Montpellier ERSM, 2001.

SERVICE MEDICAL REGION LANGUEDOC ROUSSILLON. *L'activité de réanimation des établissements publics du Languedoc-Roussillon*. Montpellier ERSM, 2000.

SERVICE MEDICAL REGION LANGUEDOC ROUSSILLON. *Les unités de réanimation dans les Centres Hospitaliers du Languedoc-Roussillon*. Montpellier ERSM, 1999.

SERVICE MEDICAL REGION LANGUEDOC ROUSSILLON. *Les unités de soins intensifs cardiologiques dans les établissements publics du Languedoc Roussillon*. Montpellier ERSM, 1999.

✓ **Autres documents**

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE – ALPES. *Conclusions du groupe de travail ARH Rhône-Alpes sur le SROS – réanimation, 1999*.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE – ALPES. *Le schéma régional de l'organisation sanitaire de Rhône-Alpes 1999-2004*.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE – ALPES. *Réanimation, soins intensifs et surveillance continue : enquête patients 2002-2003*.

DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Etudes et résultats n° 161 : La démographie médicale à l'horizon 2020*.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, mars 2002.

HOSPICES CIVILS DE LYON. *Dossier de demande d'autorisation relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences*, 2000.

HOSPICES CIVILS DE LYON. *Dossier de demande de création de deux structures de soins alternatives à l'hospitalisation en endocrinologie*, 1999.

HOSPICES CIVILS DE LYON. *Guide pratique du dossier de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation*, 1997.

HOSPICES CIVILS DE LYON. *Note technique sur le régime d'autorisation*. 1998.

La santé demain : vers un système de soins sans murs. 10^{ème} entretiens du Centre Jacques Cartier Rhône-Alpes. 1999. Lyon. Paris : Economica, 2000.

Liste des annexes

Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés à l'occasion de ce mémoire.

Annexe 2 - Grille d'entretien.

Annexe 3 – Le champ du régime des autorisations.

Annexe 4 - Questionnaire adressé aux établissements de santé par l'A.R.H. Rhône-Alpes
à l'occasion de l'enquête sur les soins critiques - non publiée -

Annexe 5 - Protocole d'évaluation en imagerie applicable dans la région Rhône-Alpes - non publiée -

Annexe 1

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

Anino M.-C., médecin-inspecteur à l'A.R.H de Rhône-Alpes.

Bœuf D., médecin-inspecteur à l'A.R.H du languedoc-Roussillon.

Bouley D., Praticien hospitalier, chef du service de réanimation du centre hospitalier de Romans.

Brandizi J.-N., Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, D.R.A.S.S. de Rhône-Alpes.

Chaffanel D., Directeur des affaires médicales du centre hospitalier de Romans.

Chaperon D., médecin-inspecteur à l'A.R.H. de Bretagne.

Charrié L., Chef du bureau des dispositifs nationaux centralisés de l'offre de soins du Ministère de la Santé.

Chevalier N., Conseillère technique régionale, D.R.A.S.S. de Rhône-Alpes.

Couchoud C., médecin consultant au Département de Conseil en Stratégie des H.C.L..

Deniel P., Directeur adjoint au Département de Conseil en Stratégie des H.C.L..

Dugand D., Directeur général adjoint du C.H.U. de Saint-Etienne.

Geffroy L., Délégué général de la Fédération de l'Hospitalisation Privée.

Gomez O., Directeur adjoint au Département de Conseil en Stratégie des H.C.L..

Lacroix D., Directrice du centre hospitalier de Meulan-les-Mureaux.

Le Ludec T., Directeur du Département de Conseil en Stratégie des H.C.L..

Lehot J.J., Chef du service de réanimation de l'hôpital Louis Pradel, H.C.L.

Mezzonier C., Directrice du département stratégie et affaires juridiques du C.H.U. de Saint-Etienne.

Richard J.-P., responsable du pôle offre de soins de la Fédération Hospitalière de France.

Riondet J., Directeur de l'institut international de formation des cadres supérieurs de santé, H.C.L..

Annexe 2

GRILLE D'ENTRETIEN

Cette grille a été la plus fréquemment utilisée car elle a servi de base aux entretiens avec les équipes de direction hospitalière et avec le corps médical. Pour les autres catégories d'interlocuteurs, la grille a été adaptée en fonction du but de l'entretien et de la qualité de l'interviewé.

Présentation

- Dans le cadre de ma formation de directeur d'hôpital ainsi que d'un DESS de Droit, éthique et évaluation des établissements de santé, je travaille à la réalisation d'un mémoire qui, à partir de l'exemple des décrets de réanimation d'avril 2002, tente de réfléchir aux outils de la planification hospitalière et à la difficulté de passer de la réforme hospitalière à la réforme de l'hôpital.
- Présentation rapide de la méthodologie : rencontre avec des responsables hospitaliers concernés par ces problématiques.
- Rappel de la raison de l'entretien : à quel titre son avis est ici sollicité.
- Déroulement de l'entretien : 1 heure environ, prise de note, discussion libre.

Entrée en matière

- Longtemps attendus, les décrets de réanimation sont parus en avril 2002. Ces textes ont-ils d'ores et déjà des conséquences dans votre pratique quotidienne ?

Thèmes à aborder

- La diversité du secteur de la réanimation ;
- Les attentes par rapport au texte et la situation constatée ;
- Sentiment sur les critères retenus par les textes et sur leur apport réel ;
- Situation de l'établissement au regard des textes et manière dont il envisage l'avenir ;
- Sur un plan macro, l'objectif avoué des décrets est de limiter le nombre d'unités de réanimation : cela vous semble-il souhaitable et possible ;
- Les difficultés de la réforme
- Les outils utilisés pour la réforme ;
- Quid du régime d'autorisation : pratique de l'établissement, limites, avantages ;
- Place de l'évaluation dans la politique hospitalière et, particulièrement, au sein de l'établissement ;
- Perspectives d'évolutions de la régulation hospitalière : outils, procédures, conceptions ;
- Avis sur les réformes en cours.

Fin de l'entretien et remerciements

- remerciement pour sa participation ;
- éventuellement demande de documentation spécifique évoquée au cours de l'entretien

Annexe 3

- suites de l'entretien : envoi du mémoire une fois celui-ci réalisé.

Le champ du régime d'autorisation avant la réforme du 4 septembre 2003

	Autorité compétente pour délivrer l'autorisation	Durée de validité	Observations	
Installations et structures				
Médecine	ARH	10 ans	Textes d'application non parus	
Chirurgie	ARH	10 ans		
Gynécologie-obstétrique	ARH	10 ans		
Psychiatrie	ARH	10 ans		
Soins de suite et de réadaptation	ARH	10 ans		
Soins de longue durée	ARH	10 ans		
Activités de soins				
Accueil et traitement des urgences	ARH	5 ans	Pas de texte d'application paru Régime d'autorisation par conséquent non applicable pour les renouvellements	
Réanimation	ARH	5 ans		
Néonatalogie et réanimation néonatale	ARH	5 ans		
Traitement de l'insuffisance rénale chronique	ARH	7 ans		
Réadaptation fonctionnelle	ARH	10 ans		idem
Transplantations d'organes greffes de moelle osseuse	Ministre	5 ans		idem
Neurochirurgie	Ministre	5 ans		idem
Chirurgie cardiaque	Ministre	5 ans		idem
Traitement des grands brûlés	Ministre	10 ans		idem
PMA et diagnostic prénatal	Ministre	5 ans		
Radiothérapie	Ministre	10 ans		
Utilisation diagnostique et thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	ARH	10 ans		Pas de texte d'application paru Régime d'autorisation par conséquent non applicable pour les renouvellements
Traitement des affections cancéreuses par rayonnement ionisants de haute énergie	ARH	10 ans		idem
Equipements matériels lourds				
I.R.M.	Ministre	7 ans		
Scanner	ARH	7 ans		
Angiographie numérisée	ARH	7 ans		
Gamma-caméra	Ministre	7 ans		
Lithotriteur	Ministre	7 ans		
Accélérateur de particules	Ministre	7 ans		
Dialyseur	ARH	7 ans		
Appareil de C.E.C.	Ministre	5 ans		
Cyclotron	Ministre	7 ans		
Caisson hyperbare	ARH	7 ans		
Compteur de radioactivité	ARH	7 ans		
Appareil destiné à la séparation in vivo des éléments figurés du sang	ARH	7 ans		