

## Stratégies et projets des acteurs

Les Sros constituent une référence pour juger de l'opportunité de projets de transformation du système de soins. Mais cette référence ne serait pas opérationnelle si elle ne trouvait pas d'écho dans le projet collectif d'un établissement. L'une des conditions à remplir pour cela est que les promoteurs intègrent dans leur Sros la stratégie affichée par les établissements de soins.

L'expérience menée en Rhône-Alpes est intéressante à cet égard. Dans le cadre de l'élaboration du Sros, plus d'une douzaine de comités techniques régionaux (Coter) ont été mis en place. Composés essentiellement de professionnels médicaux, ces Coter avaient pour mission d'établir des recommandations de bonnes pratiques médicales, de bonne distribution de soins et de diffuser leurs travaux sur la région.

L'un de ces comités était particulier. Composé de gestionnaires d'établissement, il s'est adjoint des experts universitaires appartenant au CNRS. Sa création traduisait le fait qu'au-delà des pratiques médicales, l'organisation d'ensemble de la santé nécessite des régulations entre la planification régionale et les projets stratégiques de chaque structure.

En effet, les instruments prévus par la loi hospitalière (projet et Sros) dessinent une économie singulière et originale au sein des politiques de régulation des dépenses de santé mises en œuvre dans les pays développés :

- instruments de type macro-économique, la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire profilent sur le territoire régional, à partir d'objectifs de santé publique, les grandes orientations de la politique à mettre en œuvre, compte tenu de la structure de l'offre de soins, de la demande de santé existante et des différents projets d'établissements ;

- instrument de type micro-économique, le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci le projet médical sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leurs choix stratégiques et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population desservie, des orientations du Sros, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés, des perspectives de développement et de coopération ainsi que l'évolution des techniques médicales et des prises en charge.

Les confrontations Sros-projet d'établissement sont prévues par la loi de façon explicite et implicite, qu'il s'agisse de :

- la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps,
- l'approbation des projets d'établissements,
- la possibilité de modifier le Sros à tout moment,
- la possibilité de réaliser des contrats tripartites entre l'État, l'assurance maladie et les établissements,
- l'analyse des possibilités financières des établissements.

Se profilent enfin en toile de fond de ces confrontations l'évaluation des établissements, des relations qu'ils établissent entre eux, des pratiques qu'ils mettent en œuvre, qu'il s'agisse des modes de faire (évaluations centrées sur le processus, l'efficacité et l'efficacités) ou des raisons de faire (évaluations centrées sur l'utilité et la pertinence de l'objet évalué).

Dès lors, il s'avérait nécessaire de formaliser une réflexion sur l'articulation projet-Sros et de proposer des modes de gestion des relations visant à atteindre une mise en cohérence opti-

► Recommandations du Coter schéma régional et projet d'établissement : relations réciproques. Drass Rhône-Alpes.

## Programmation et projets d'établissement

En planification, à la partie analyse et orientations succède une partie programmation suivie d'une partie mise en œuvre. Les expériences des différents pays montrent diverses combinaisons de ces éléments. Le modèle anglo-saxon a tendance à les intégrer, le modèle français et/ou latin à les distinguer.

Le modèle actuel auquel renvoient le Sros et les schémas départementaux a tendance à poser différemment la question. Si l'on part de l'idée d'une régulation comme mise en cohérence de stratégies *a priori* non compatibles, apparaît une conception nouvelle d'une planification qui consiste à fournir l'analyse d'un système et un référentiel ou ensemble de règles du jeu qui encadrent les propositions des producteurs de soins, les appelle plutôt qu'elle ne les propose. Au lieu d'une vision descendante, avec un centre qui définit les

orientations, les objectifs, les actions, on a un système dans lequel ce centre définit les conditions de cohérence, analyse, orientation, règles du jeu, qui fournissent le cadre d'un appel à projets, qui sont ceux des établissements ou de toute autre structuration d'acteurs. La planification n'est plus descendante, ni montante, mais procède par négociation d'un cadre, et des projets dans ce cadre, en référence à celui-ci. En ce sens, il ne peut y avoir de bonne planification s'il n'y a pas de bons projets d'établissements ou d'acteurs. Les deux sont indissociables, à tel point qu'on peut avoir une double lecture de la loi hospitalière : certains la comprennent comme un développement de l'autonomie des établissements, d'autres au contraire comme un instrument directif aux mains de l'État qui limite leur marge de liberté.