



Régulation du système de soins

Les méthodes de planification n'ont pas pour fonction principale d'assurer une maîtrise des dépenses de santé. On trouvera confirmation de cette idée dans le *Livre blanc* sur l'assurance maladie. La fonction principale du dispositif de planification sanitaire actuel est plutôt d'assurer la coordination des principaux acteurs qui participent au service public hospitalier.

Le Sros est un outil de gestion des politiques publiques qui reste limité dans ses effets, du fait de l'absence d'une conception claire du mode de régulation économique par les acteurs du système de santé : élus, techniciens de la santé publique et des administrations de l'État ou de la Sécurité sociale, producteurs de services, usagers-consommateurs. Cette absence de lisibilité du système de régulation provient de la coexistence de formes relevant de trois modes différents de celle-ci, ou d'une transition en cours entre les modèles traditionnels qui sont ceux du marché ou de la concurrence et un modèle nouveau qui est une régulation analysable dans les catégories de l'économie des conventions.

Le Sros : davantage une aide à la décision qu'un processus de décision

La notion de régulation économique s'applique-t-elle au Sros ? Elle est empruntée à l'analyse systémique. Tout système est soumis à une loi d'entropie qui signifie un état de désordre croissant. Les mécanismes de régulation empêchent

ou retardent la destruction du système qui en résulterait. D'après l'*Encyclopedia universalis*, la régulation est un ensemble de mécanismes qui rendent compatibles des jeux de variables ou des stratégies d'acteurs qui n'ont aucune raison de l'être *a priori*.

Pour ce qui nous concerne, il s'agit de rendre compatibles les offres des producteurs de soins ou de prévention et les demandes (ou les besoins) de la population. Le Sros est bien défini dans la loi hospitalière comme la recherche d'une meilleure réponse à la demande et un processus d'allocation optimale de l'offre régionale. Cette recherche se fait dans le cadre de contraintes réglementaires et organisationnelles variées, qui régissent les autorisations, les tarifs, les missions et statuts des offerts. L'état des connaissances en économie fait que le modèle le mieux connu est celui du marché. Mais on sait aussi combien son application pose problème dans le domaine de la santé.

Les Sros ont mis en place des procédures, en général très développées, de concertation. Elles ont souvent été installées sans que la question des finalités du schéma n'ait été véritablement tranchée et appropriée par les

équipes projets. Lieux de rencontre de différents pouvoirs, politiques, administratifs, médicaux, ces instances de concertation ne peuvent jouer correctement leur rôle que si chaque acteur joue bien le sien... ce qui nécessite qu'il soit clair. Beaucoup d'élus sont à la fois des « régulateurs » et des producteurs de soins (le maire-président du conseil d'administration de l'hôpital), l'assurance maladie est considérée souvent sous l'angle exclusif d'un financeur

sans compétence régulatrice, ce qu'elle refuse, l'hôpital public se montre tout à la fois sous le jour gestionnaire interne, organisme de santé publique, pourvoyeur d'emploi et de tissu économique local. Les usagers font l'objet de beaucoup d'attentions... mais sont rarement représentés.

De fait, la concertation dans les Sros a été principalement celle des professionnels entre eux. Elle a pour mérite immense d'avoir tenté

Les Sros permettent-ils une régulation quantitative des capacités d'offre ?

Le diagnostic du *Livre blanc*

Divers moyens sont susceptibles d'assurer une régulation quantitative de l'offre de soins :

- la responsabilisation des assurés et le recentrage sur le gros risque ;
- la régulation médicalisée par le contrôle des acteurs ;
- la régulation financière par les enveloppes ;
- la régulation quantitative des capacités d'offre ;
- la régulation incitative par les modes de rémunération des soins.

Relèvent de la régulation quantitative des capacités d'offre : les instruments de la planification hospitalière et les différentes formes de *numerus clausus*. Ces instruments répondent à une double préoccupation de santé publique et de maîtrise des dépenses. Leurs effets peuvent être importants mais ils sont difficiles à manier et exigent un niveau d'expertise et d'information d'autant plus élevé que les normes sont détaillées. À vouloir en faire des instruments de pilotage fin du système, les pouvoirs publics se heurtent vite à des

limites indépassables : les systèmes d'information ne seront jamais assez parfaits pour que l'on puisse prévoir chaque année les besoins de santé sur l'ensemble du territoire, et *a fortiori* pour en déduire l'allocation des ressources nécessaires. L'objectif financier passe par un certain rationnement des capacités d'offre, dont on craint qu'elles génèrent leur propre demande : la thèse dite de la demande induite, repose sur la capacité supposée des prescripteurs à ajuster leur stratégie à des objectifs de revenu ; elle correspond bien au cas de professions détenant un monopole de l'expertise. [...] C'est le cas classique des rendements d'échelle croissants, qui justifie les situations de monopole public. Ces arguments justifient sans doute une forme de planification par l'État, notamment en ce qui concerne l'hôpital. [...] Les indices de lits et les autorisations d'activité sont des outils de planification conçus pour orienter des flux montants :

comme on l'a vu, ils ne permettent pas de résorber un excédent et n'empêchent nullement une allocation des ressources inefficace, dont l'hôpital donne l'exemple aujourd'hui. La politique hospitalière se trouve aujourd'hui placée devant un choix : les intérêts locaux en jeu étant généralement puissants, et peu sensibles aux appels à l'intérêt général, faut-il restructurer le secteur par un surcroît de planification, jusqu'à transformer les hôpitaux en services de l'État soumis à une autorité régionale forte, ou au contraire accorder encore davantage d'autonomie – et de responsabilité aux établissements – en jouant sur un mode incitatif d'allocation de ressources ? Cette seconde option suppose toutefois que le système récompense les efforts de productivité, et que les sanctions appliquées aux erreurs de gestion aient une portée plus que symbolique. À défaut, le maintien de la situation actuelle (l'autonomie sans la responsabilité) est la pire des solutions.

de dépasser les logiques professionnelles corporatistes pour définir des consensus de bonnes pratiques, des référentiels de qualité. Elle s'est plus située à un niveau de santé publique qu'à un niveau de choix stratégiques, qu'elle a contribué à éclairer sans les assumer. En ce sens la dimension des Sros est plus celle d'une aide à la décision que celle d'un processus de décision lui-même. Elle a permis de développer des critères de santé publique, sur une base professionnelle de forte technicité, que les politiques retiennent partiellement ou complètement dans une décision multicritère.

Vers une régulation conventionnelle ou une non-régulation ?

La relation entre l'analyse et l'action est différente dans le cadre conventionnel de ce qu'elle est dans la planification. Dans ce dernier cas, la logique est de fabriquer une batterie d'indicateurs d'objectifs, de moyens et de résultats. Ils servent d'orientations stratégiques, de moyens d'action et d'évaluation, placent le planificateur dans la position successivement de stratège puis de gestionnaire de programmes indépendants. Les phases d'orientations stratégiques avec définition de priorités, de programmation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, se suivent de manière fonctionnelle et linéaire. Ceci correspond fortement à une logique très classique de santé publique et explique l'attachement que lui portent les professionnels de santé publique. Sa mise en œuvre repose sur un système d'information très développé, permettant de connaître les besoins, de contrôler les moyens des établissements, de les mettre en rapport.

Dans le cas d'une régulation conventionnelle, l'accent est mis sur l'élaboration des règles du jeu par les pouvoirs publics et/ou les professionnels, permettant d'encadrer et de favoriser des stratégies, les indicateurs sont moins des objectifs stratégiques à atteindre, au sens classique d'objectifs quantifiés, hiérarchisés, etc., que des conditions à remplir sur lesquelles un consensus s'est formé qui garantissent que les actions menées par les acteurs iront dans le sens des orientations définies, leur laissant une certaine souplesse d'adaptation. On peut interpréter la non-opposabilité des annexes du Sros comme une illustration de ce point. Dans le cadre d'une démarche classique de pla-

nification, l'annexe doit être opposable pour garantir l'atteinte d'objectifs précis. Dans le cadre de la régulation conventionnelle, elle n'a pas à l'être, la démarche visant à définir les règles du jeu et à réduire les incertitudes (de l'environnement comme des comportements des acteurs) qui font que la solution qui se dégage à un moment donné peut ne plus paraître opportune au fur et à mesure que progresse l'apprentissage collectif. Le système d'information cherche à réduire l'asymétrie d'information entre les producteurs de soins et la tutelle.

Le schéma régional d'organisation sanitaire est né d'une réflexion critique sur les mécanismes antérieurs d'aide à la décision d'allocation des ressources. Il procède à la fois d'un rejet du marché, même si celui-ci a joué un rôle idéologique important de réhabilitation d'une préoccupation d'efficacité et d'incitation, et d'un rejet d'un modèle de planification impérative descendante. Celui-ci reste cependant plus ou moins confusément et implicitement un modèle de référence pour de nombreux professionnels de santé publique qui voient en lui un modèle efficace reposant sur une logique opérationnelle forte, pouvant s'appuyer sur des données scientifiques. Il est aussi au cœur des questions que se pose l'État sur son rôle : désengagement comme producteur de biens et services pour investir un rôle tourné vers l'instauration de règles du jeu et l'évaluation. L'abandon du terme de plan au profit de celui de schéma est révélateur de la recherche d'un nouveau modèle. Par contre aucun terme n'a remplacé celui de planification. L'économie de la santé connaît un renouveau après une phase de déclin dans les années 70 et début 80. Le marché reste néanmoins un modèle de référence fort auprès des décideurs politiques, car il débouche sur des outils d'aide à la décision adaptés aux situations de rareté. Le Sros est à la croisée de cet ensemble d'éléments qui renvoient aux pratiques professionnelles comme aux développements scientifiques. La plupart des schémas opèrent un mélange des modèles que nous avons définis. ■