



# De la planification de papier à **l'organisation régionale globale et dynamique des soins**

**L'**assurance maladie s'est engagée pleinement dans la planification en région Rhône-Alpes. Elle entend bien poursuivre, dans le cadre de ses deux missions principales, la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et la recherche de la qualité du service rendu aux assurés.

La richesse de cette expérience nous permet de mettre en évidence l'intérêt que nous avons trouvé à cette démarche : le passage d'une planification de papier à une planification globale fondée sur les besoins.

Les besoins de santé ont en effet été conçus de manière plutôt restrictive depuis la loi hospitalière de 1970, qui cherchait à les encadrer. La dernière loi hospitalière a enrichi les outils disponibles en instaurant le Sros et ses annexes, plus en prise avec la réalité de terrain.

Il n'en reste pas moins un certain flou sur la notion même de besoin, étrangement anonyme, impersonnelle et difficile à cerner puisqu'elle ne s'exprime que par la négative, dans le cadre de la réponse qui lui est apportée par l'offre.

Nous proposons de la considérer dans son aspect positif et de voir en elle un moteur de l'évolution de l'offre de soins.

La démarche entreprise dans la région nous a permis de prendre conscience de la volonté de limitation des besoins puis de leur révélation dans l'échange entre

partenaires de santé. Nous proposons de poursuivre avec une vision globale des soins et une concertation permanente entre acteurs.

## **La planification traditionnelle prend en compte des besoins préétablis pour les limiter**

Sans insister sur les indices... de besoin fixés unilatéralement et sans transparence, qui empêchent l'offre de s'accroître, il faut souligner la longue absence d'outils de planification ciblés.

Lors du débat sur le redécoupage de la carte sanitaire dans la région, l'assurance maladie a été amenée à proposer un outil nouveau, celui des flux d'hospitalisation. Il s'agissait pour elle d'exploiter les informations de séjour en sa possession pour dessiner une carte montrant les lieux d'hospitalisation par discipline en fonction du domicile des malades.

Ce faisant, nous avons introduit une nouvelle logique dans la démarche, la prise en compte de la réalité des choix des assurés sociaux. La question se pose souvent du caractère théorique de la planification. Si elle se fonde sur des constats plutôt que sur des affirmations préétablies, elle aura plus de chance de s'ancrer dans la réalité.

Jusqu'alors les besoins étaient pris en

considération comme préexistants et connus, mais victimes d'une tendance à l'expansion qu'il s'agissait d'encadrer en limitant l'offre de soins pour casser la dynamique entre l'offre et la demande, assimilée aux besoins. Cette conception est dépassée.

### **Les besoins peuvent être appréciés dans la rencontre entre partenaires de santé**

Nous savons que les besoins ne peuvent longtemps être niés. Ils finissent par faire irruption et obliger le système à évoluer. Le développement des alternatives à l'hospitalisation en est une illustration.

Le débat que nous avons eu dans la région sur le contenu du schéma régional d'organisation sanitaire a permis de faire se rencontrer des partenaires qui s'ignoraient souvent ou n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble. Cette synergie a rendu les uns et les autres plus performants et plus sensibles à leur spécificité dans l'exercice de leurs missions.

Un vocabulaire commun a été adopté, des règles du jeu reconnues pour l'évolution des structures, un consensus minimal sur le constat de l'existant est apparu.

La prise en compte du point de vue des professionnels a enrichi le débat et permis de réfléchir avec plus d'efficacité. La connaissance de l'existant, à laquelle l'assurance maladie a largement participé avec des enquêtes transversales et le fruit de ses travaux courants finalisés pour la planification, a permis d'approcher les besoins de manière plus précise, par l'analyse.

Il reste cependant à poursuivre dans cette voie car la logique d'ensemble demeure celle d'un encadrement de l'offre plutôt que d'une organisation globale des soins.

### **La nécessité d'une vision globale des soins**

Au lieu de partir des structures, nous proposons de partir de la prise en charge globale de la personne préconisée par la loi

hospitalière de 1991 et de penser l'organisation des soins dans un cadre général, à la fois sanitaire et médico-social, les deux aspects, bien que distincts, se révélant fortement complémentaires.

Une telle perspective est valable à la fois au niveau de chaque établissement et au niveau de l'ensemble de la région.

La prise en charge globale de la personne implique une reconnaissance de la médecine interne, dont l'approche privilégie une vision d'ensemble du malade, une organisation des soins de suite et de réadaptation large, à la fois de rééducation et de convalescence, en tenant compte de l'aspect social et médical.

Un schéma régional d'organisation sociale complèterait l'existant pour former un schéma régional d'organisation des soins, fondé sur les besoins de la personne et non sur les structures qui les délivrent.

L'exemple des bassins gérontologiques, dont la création a été demandée par l'assurance maladie au préfet, illustre cette volonté de mettre en synergie les institutions au service des personnes âgées et de permettre le maintien à domicile en le concevant dans un ensemble de services, dont ceux qui peuvent rendre ponctuellement l'hôpital.

Une telle planification ne se décrète pas d'emblée mais résulte d'une large concertation.

### **Pour une planification itérative et participative**

La participation des acteurs à la réflexion sur l'organisation des soins devrait permettre de fixer des objectifs réalistes et en prise directe avec le terrain, facilitant ainsi l'évolution souhaitée. Le nécessaire suivi des objectifs conduit à revoir en permanence le dispositif pour le rendre plus efficace, en associant les acteurs à cette évaluation, enrichie par l'expérience des uns et des autres.

Les projets d'établissement constituent à cet égard une occasion privilégiée de dialogue entre les partenaires, sur le constat de l'existant puis sur les perspectives. Le débat pourrait alors s'ouvrir aux acteurs concernés par la prise en charge

des malades, en amont ou en aval de l'établissement, et déboucher sur une véritable organisation des soins en réseau.

À ce moment, la prise en compte des besoins réels des assurés apparaît. Elle naît du dialogue, de l'analyse et de la volonté de comprendre puis de répondre au mieux aux besoins reconnus.

Une organisation souple mais formalisée doit se mettre en place pour permettre et organiser une telle planification. Le suivi des objectifs fixés constitue un indicateur de l'implication de chacun dans la démarche, tout en garantissant l'efficacité du dispositif.

### **Poursuivons...**

Nous sommes donc au milieu du gué, dans la région, entre une planification théorique, de papier, et une planification participative où chacun joue son rôle vis-à-vis de ses partenaires dans un dialogue constructif qui permet de déboucher sur une organisation globale et réaliste des soins au service des personnes et non des établissements.

L'analyse des besoins, en zone isolée, ou en psychiatrie par exemple, ne peut être sanitaire ou médico-sociale. Elle appelle une réponse globale.

La finalité de la planification elle-même comme celle des institutions qui y concourent ou sont impliquées, réapparaît dans cette conception large, de service, à laquelle l'assurance maladie est attachée.

Nous sortirons alors complètement de l'ère de la planification de papier. ■

### **Jacques Kiner**

Directeur de la caisse régionale d'assurance maladie de Rhône-Alpes