



De l'observation à la décision

Les indicateurs de santé étant fort variables d'une région à l'autre, les politiques de santé doivent aboutir à une répartition optimale des ressources selon les besoins de chaque région. Elles se traduisent par des démarches de planification et de programmation qui nécessitent des besoins spécifiques d'information.

La régulation régionale du système de santé : ni plan, ni marché

Notre système de santé est fragmenté et inflationniste, il n'est donc pas étonnant que le thème de la régulation apparaisse aussi fréquemment dans le discours des politiques comme dans celui des professionnels. La raison principale n'est pas, contrairement à ce que l'on entend souvent, qu'il n'y a pas de politique de santé en France, mais vient de l'absence d'un mécanisme clair de régulation économique de l'offre de services de santé.

Par exemple, la loi de 1970 avait institué un mécanisme centralisé de maîtrise, la carte sanitaire, chargé de faciliter le développement du secteur public dans un premier temps et de le contenir dans un second. En revanche, la décennie quatre-vingt est riche de développements sur les méthodes décentralisées de régulation, le plan gérontologique départemental en 1982, le schéma d'organisation en santé mentale en 1987, enfin la loi hospitalière de 1991 qui a instauré un schéma d'organisation sanitaire.

Ce bref rappel historique confirme une vo-

lonté de développer une nouvelle forme de régulation. Il est significatif que le terme de planification ait été banni du langage administratif et politique et remplacé par celui de schéma, alors que dans le langage courant continue d'appeler planification ce qui devrait être nommé autrement (schématisation ? régulation ? conventionnement ?).

L'apport de la théorie de la régulation économique dans la compréhension des schémas de planification

Dans le domaine économique, la régulation consiste à mettre en œuvre les mécanismes qui assurent la compatibilité entre offre et demande dans le respect des normes imposées par la dynamique globale de croissance définie par la collectivité. Trois concepts permettent de comprendre la régulation du point de vue économique : le marché et la concurrence, la planification, les conventions et contrats.

Dans la régulation par le marché, les acteurs sont d'une part des entreprises, d'autre part des *homo economicus*. Une entreprise est une organisation dont l'objectif est le profit ou revenu maximum ou la conquête d'une part de marché maximale sur un produit ou un ensemble de produits identifiables et sécables. Le consommateur

exerce sa demande pour ces produits en arbitrant ses choix en fonction de ses préférences subjectives et d'un classement des utilités ressenties.

Dans le modèle de planification l'offreur est une institution et non une entreprise. Les caractéristiques de produit sont les mêmes que précédemment, mais le mobile n'est pas le profit ou le revenu. La détermination des demandes procède de processus de concertation entre les producteurs et l'État, aboutissant à la détermination de besoins qualifiés de sociaux. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'études statistiques et épidémiologiques, censées révéler les « vrais » besoins et pas seulement la morbidité diagnostiquée.

La seconde différence majeure entre ces deux modes de régulation tient à l'importance accordée aux prix dans la coordination des actions entre les agents. La valeur accordée au produit permet de définir un prix d'équilibre où les quantités demandées correspondent aux quantités offertes et donc aux quantités échangées. Ce prix permet d'atteindre un état où la satisfaction des acteurs est maximale. Dans le modèle de la planification, l'ajustement se fait d'abord principalement par le contrôle des quantités physiques (nombre de postes de praticiens hospitaliers, lits d'hospitalisation, scanner, etc.), le prix nécessaire pour la gestion et le recouvrement des coûts est déterminé en fonction d'objectifs économiques et sociaux prédéfinis (par exemple favoriser le développement d'une hôpital assurant des urgences, rendre les soins de cancérologie accessibles).

La situation actuelle est caractérisée par la coexistence de ces modes de régulation, auxquels viennent se superposer des mécanismes de contractualisation, reposant en amont sur un ensemble de compromis, d'échanges permettant de définir les « conventions » qui permettront aux acteurs de fonder une coopération entre eux.

La régulation régionale du système de santé

Les méthodes de régulation du système de santé français se sont construites pendant deux périodes.

Dans les années soixante-dix apparaît un modèle de régulation de la médecine libérale par une convention médicale qui fixe le montant des honoraires remboursés par la sécurité sociale et introduit l'idée d'un *numerus clausus*

qui limitera le nombre de nouveaux diplômés. Parallèlement, la loi définit le service public hospitalier dont les principes sont l'accès pour tous à des soins de qualité, le libre choix des patients entre hôpital public et privé sur l'ensemble du territoire. La répartition des ressources sur le territoire se fait au moyen de la carte sanitaire. Des indicateurs de besoins doivent permettre de réguler la demande de création de services nouveaux en fonction des caractéristiques de la population (âge, état de santé, revenu, etc.). Mais cette procédure, trop globale, sera détournée de son sens pour devenir un outil de maîtrise de l'offre de soins.

Depuis la loi hospitalière de 1991 jusqu'aux ordonnances de 1996, le législateur va s'efforcer de perfectionner ce dispositif de régulation en introduisant un schéma régional d'organisation sanitaire qui sera la référence pour toute transformation de l'hôpital. Il tentera aussi d'unifier les règles du jeu pour le secteur public et le secteur privé. La notion d'établissement de santé assure cette unité, les obligations sont les mêmes pour tous : informer les malades, développer une politique d'évaluation, remplir des « conditions techniques » de fonctionnement (normes) pour certaines activités : procréation médicalement assistée, chirurgie cardiaque, suivre la même procédure d'autorisation pour les installations en lits et places, les équipements matériels lourds, les activités de soins d'un coût élevé. La décision est prise par le directeur de l'Agence à partir du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) qui est une véritable étude de marché régionale et son annexe indique les créations, regroupements, transformations ou suppressions d'installations ou d'activités à prévoir dans les établissements.

Pendant cette période, le système des enveloppes s'étend progressivement à tous les secteurs. Depuis les ordonnances de 1996, l'enveloppe régionale limitative est composée de quatre parties distinctes : hôpital public et participant au service public, cliniques privées, honoraires des généralistes, honoraires des spécialistes. À l'hôpital public ce mode de régulation prend un second souffle suite à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui donne une statistique détaillée sur le diagnostic posé en hôpital et les interventions réalisées, l'indice synthétique d'activité (ISA) permet de relier le budget d'un hôpital avec sa production. L'acheteur public qui détermine les budgets peut comparer les performances des établissements comme sur un marché.

L'analyse des deux décennies qui viennent de s'écouler ne permet donc pas de trancher sur le modèle économique de régulation du système de soins en France. Si l'on met de côté la régulation du secteur libéral qui peut s'interpréter principalement par la théorie de l'agence, le secteur de l'hôpital oscille entre une approche par la concurrence et une approche par la planification.

Les Sros ne sont pas l'expression pure de la concurrence ni la réalisation du projet parfaitement rationnel d'une institution. D'où les déceptions de ceux qui adoptent l'une ou l'autre de ces rationalités : les stratèges purs et les épidémiologistes durs sont les déçus du système.

La planification par schémas doit être définie comme une recherche d'optimalité résultant de l'ensemble des contrats formalisés ou implicites que passent les acteurs entre eux au plan régional. Dans ce cadre, les critères d'efficacité sont d'un autre ordre que ceux de l'analyse standard coût-efficacité. On peut en énoncer quelques-uns, sans prétendre à l'exhaustivité. Ils peuvent se rattacher aux travaux sur l'économie des conventions. Ainsi, dans la lignée de ce courant de pensée, le Sros peut être conçu comme un apprentissage collectif, reposant sur une meilleure connaissance réciproque des acteurs, de leur activité, de leurs logiques, de leurs objectifs, qui se concrétise par le développement d'une communauté de pensée dans l'approche des questions. Les Sros de première génération ont principalement joué ce rôle, leur contenu en terme d'action stratégique concrète s'avérant finalement restreint.

Cet apprentissage collectif des acteurs régionaux contribue à la régulation économique par le développement de consensus sur :

- la définition de filières ou de réseaux ;
- les prévisions d'allocation des ressources, c'est-à-dire la diminution de la part des filières de soins inadaptées ;
- les critères de qualité ;
- les progrès de productivité attendus au niveau individuel des professionnels résultant de l'activité de réseaux.

Les expériences étrangères, elles aussi, incitent à retenir une approche composite de la régulation : une allocation administrative des moyens, conciliable avec une seconde approche, incitative, privilégiant les mécanismes concurrentiels. L'Angleterre a introduit un mécanisme dit d'« internal market ». Malgré son nom, il ne s'agit pas d'un marché pur, mais

d'un mécanisme de contractualisation généralisé, les contrats reposant sur des conventions de qualité, ou de rapport coût-qualité, ou d'accessibilité sur un arrière fond régional d'organisation des soins.

Michel Frossard, Alain Jourdain

Politiques régionales et systèmes d'information

Avec la réforme de l'État s'est engagé un mouvement de déconcentration qui renforce considérablement le rôle de l'échelon régional dans la conception et la mise en œuvre des politiques de santé. Ce mouvement s'est amplifié avec les ordonnances relatives à la réforme hospitalière, à la médecine ambulatoire et à la sécurité sociale d'avril 1996, qui instaurent dans chaque région :

- une agence régionale d'hospitalisation, associant étroitement l'État et l'assurance maladie, chargée de « mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers »,
- une conférence régionale de santé, rassemblant des représentants du monde sanitaire et social, administratifs, professionnels, usagers, chargée « d'établir les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région ».

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

SAE concerne l'ensemble des établissements de santé, publics et privés et structures gestionnaires d'équipements soumis à autorisation. C'est une enquête nationale exhaustive, annuelle, gérée au niveau régional. Elle comporte des informations sur l'équipement et l'activité, les personnels médicaux et non médicaux et des données financières pour les établissements conventionnés avec la Cram, ou à tarif d'autorité. Ces informations, à l'exception des données financières, sont disponibles sous forme d'une fiche de synthèse éditée par établissement ou entité juridique, et au niveau du secteur sanitaire, du département, de la région, apportant au plan local une aide pour la planification, l'organisation des soins, l'allocation de ressources.