

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.

Ainsi la mise en œuvre d'une politique de santé au niveau d'une région se traduit principalement par deux types de démarche engendrant des besoins spécifiques d'information :

- schéma régional de l'organisation sanitaire (Sros), créé par la loi hospitalière de 1991, principalement centré sur l'offre de soins hospitalière qu'il analyse dans son ensemble et vise à restructurer ; il constitue un acte juridique, opposable, et utilise un outil normatif, la carte sanitaire, basée sur des indices de besoins. Il nécessite des données précises concernant les caractéristiques de l'offre de soins tant pour le public que pour le privé, mais aussi des données démographiques ;

- la programmation stratégique d'actions de santé (Psas) : prioritairement axée sur l'amélioration de la santé de la population, généralement centrée sur un seul thème (conduites d'alcoolisation à risque, santé et précarité, périnatalité, cancers, etc.) dans une dynamique préventive ; c'est une démarche contractuelle entre des partenaires d'horizons variés, impulsée et coordonnée par les services déconcentrés de l'État.

Elle s'appuie sur une connaissance régionale des problèmes de santé, mais aussi des déterminants sociaux, environnementaux, sociologiques, économiques, en regard des ressources du dispositif de soins, notamment dans le secteur ambulatoire.

Dans ces deux démarches, Sros et Psas, des indicateurs du recours à l'offre tels que la consommation de soins, de services, l'ouverture de droits à des prestations particulières, sont également utiles pour une appréciation de la situation régionale.

Des sources de données déjà disponibles

En matière socio-démographique et d'état de santé :

- les statistiques nationales disponibles au plan régional : données socio-démographiques — mortalité — déclarations obligatoires de maladies transmissibles — état de santé des enfants de deux ans, etc. Certaines enquêtes nationales apportent des données de cadrage, sans sorties régionales telles l'enquête décennale de santé et l'enquête de morbidité hospitalière.

- des enquêtes ou sources de données régionales : données du PMSI (voir encadré) sur la morbidité hospitalière — admissions en affec-

tion de longue durée — bénéficiaires d'allocation pour les personnes handicapées.

Ainsi, c'est un ensemble très diversifié de sources de données qui est sollicité : diversité par les objectifs allant de l'observation à l'aide à la décision, ou l'évaluation, par la méthodologie, recueil permanent ou enquêtes spécifiques, par l'hétérogénéité des classifications et nomenclatures utilisées, enfin par la multiplicité des organismes producteurs : Inserm, Ined, Sesi, observatoires régionaux de la santé, assurance maladie, Réseau national de santé publique, collectivités locales, services de santé scolaire, Creai, etc.

En matière d'offre :

- les systèmes nationaux de recueil des données gérés par le Sesi, dont la plupart sont permanents et exhaustifs, fournissent des données disponibles au plan régional sur l'offre ; ils ne reflètent qu'indirectement les besoins, notamment dans le secteur médico-social et social car les personnes accueillies en établissement proviennent pour partie d'autres régions. Ils fournissent des données selon trois principaux axes :

- les moyens : le répertoire des établissements, équipements sanitaires et sociaux Finess et le répertoire des professionnels de santé, Adeli, assurent l'identification des établissements et professionnels pour l'ensemble des partenaires du secteur,

- la production, l'activité : la statistique annuelle des établissements de santé, SAE (voir encadré), et le PMSI en complément, l'enquête Samu-Smur, l'enquête psychiatrie recensent l'activité et les personnels des établissements de santé ; dans le secteur social et médico-social, l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et l'enquête auprès des établissements pour enfants et adultes handicapés (ES) sont les principales sources d'information,

- les ressources financières : le PMSI, l'enquête sur les dotations globales hospitalières apportent des informations au plan local, sur les établissements publics et participant au service public hospitalier (PSPH) ; sur les établissements publics, on dispose de plus de données concernant les dépenses et les recettes par région pour les opérations d'exploitation et d'investissement ; les comptes de la santé fournissant des données nationales de cadrage ;

- les études et enquêtes menées ponctuellement, principalement par les Drass pour les Sros, approfondissent des thèmes jugés prioritaires

localement, par exemple sur l'attractivité, les urgences, l'offre spécialisée pour une pathologie, etc. Certaines peuvent fournir des indications de portée générale sur la compréhension des mécanismes explicatifs mais dans l'ensemble, leurs résultats restent à caractère local.

Perspectives et évolutions

En résumé, les acteurs locaux, ARH, conférences régionales de santé, Drass et Ddass, Cram, collectivités territoriales, chacun pour ce qui les concerne, ont besoin :

- d'une *vision synthétique* des problèmes de santé, intégrant des éléments de compréhension sur les facteurs socio-démographiques et économiques (bassin d'emploi, aménagement du territoire, environnement) ;
- de *critères* pour repérer et analyser écarts, adéquation, qualité, afin d'orienter et mettre en œuvre la politique régionale.

Simultanément au plan national, il est nécessaire de disposer de données standardisées pour procéder à des *analyses comparatives* entre régions, dont dépendent les attributions d'enveloppes, dans une perspective de réduction des inégalités, d'optimisation du dispositif et développement d'objectifs de santé.

Mieux répondre aux besoins d'analyse régionale

La création de nouveaux outils spécifiquement conçus au regard des nécessités d'information en région :

- permet une synthèse régionale des données sanitaires et sociales. Les observatoires régionaux de la santé ont déjà, en publiant sur support papier des tableaux de bord régionaux, apporté une contribution importante notamment sur la connaissance de l'état de santé. Afin de poursuivre dans le même sens, des banques de données régionales sur support informatique sont en voie de constitution, l'une en santé publique, l'autre rassemblant des données sociales localisées, qui mettront à disposition des acteurs locaux les données nécessaires à l'analyse des besoins ;
- facilite le suivi de la carte sanitaire. Un module utilisant les informations du répertoire Finess est en cours de réalisation, qui permettra de connaître par région excédent et déficit

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI repose sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée ; les données collectées sont ensuite classées en un nombre limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin. Traitées et valorisées financièrement au niveau de la Drass, elles constituent un instrument pour fonder la réallocation des ressources affectées aux établissements ; par ailleurs, des études complémentaires peuvent être menées au plan régional à partir des données du PMSI : morbidité hospitalière, adéquation de l'offre et de la demande à partir des caractéristiques des établissements et de la clientèle.

de la carte sanitaire, et base d'une remontée nationale standardisée ;

- améliore le suivi des aspects financiers. Un projet d'information sur les données financières au niveau régional (et national) est en cours d'élaboration qui concerne tant les établissements publics et participants au service public hospitalier que les établissements privés et le système ambulatoire.

Par ailleurs, des outils nationaux rénovés sont utilisés :

- la création d'une nomenclature commune des actes médicaux est à l'ordre du jour : référence commune entre secteur hospitalier et ambulatoire, public et privé, elle apportera une cohérence aux systèmes d'information et simplifiera le travail des professionnels. Ultérieurement des objectifs d'épidémiologie pourront éventuellement être adjoints lorsque se généralisera le codage des actes ;
- l'harmonisation des fichiers de l'assurance maladie avec ceux de l'État (Adeli) respectant les identifiants Adeli, notamment afin de doter d'ici fin 1998 tout professionnel prescripteur d'une carte de professionnel de santé, permet une amélioration de la qualité de l'information sur les professionnels de santé.

L'affirmation des missions de l'État en matière de système d'information

Si l'État n'a pas vocation à produire toutes les données en santé, il se doit de veiller à la cohérence des systèmes d'information en santé, à

leur accessibilité et à la qualité, la neutralité et l'homogénéité des informations.

De récentes dispositions confirment ces orientations :

- l'ordonnance du 24 avril 1996 instaure (art. L. 710.7) un système d'informations commun à l'État et aux organismes d'assurance maladie, sous le contrôle de l'État au plan national et des agences au plan régional ;

- le nouveau schéma directeur du ministère chargé de la Santé et des Affaires sociales soutient l'émergence du concept de systèmes d'information en santé et leur développement en les déclinant à deux niveaux complémentaires, un niveau local et régional, et un niveau national ;

- la circulaire du 27 janvier 1997 relative aux missions des Drass et des Ddass insiste sur le rôle pivot des Drass pour assurer un rôle d'animateur et de fédérateur des systèmes d'information.

► voir la rubrique législation & réglementation p. 28

Mission capitale pour les Drass, à l'heure où se multiplient les acteurs dans le dispositif sanitaire et social, et où s'ouvrent de nouvelles perspectives à travers le réseau santé social, réseau fédérateur, véritable plateforme pour l'ensemble des applications du secteur sanitaire, s'appuyant sur les standards Internet, et qui permettra l'accueil de partenaires industriels et de prestataires de services : à l'avenir, un paysage considérablement modifié par les nouvelles technologies, et des mutations culturelles à anticiper.

Claudine Pararay

Les petits hôpitaux et les enjeux de restructuration

La nécessité de restructurer le parc hospitalier et notamment les petits hôpitaux en milieu rural s'impose à tous les pays développés. Cette restructuration entraîne parfois des réactions d'incompréhension de la part du public, des notables et des élus sur le plan local, gênant les décideurs dans leur politique de rationalisation de l'offre. Pour mieux préciser les enjeux, en termes de santé publique et d'aménagement du territoire, nous résumerons les résultats d'une

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne. *Carte Sanitaire, Schéma Régional : Urgences Chirurgie Naissance, Drass*, Dijon, 10 novembre 1993.

S. Mick. *Un Américain à Clamecy : la fermeture des petits hôpitaux en France*. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 36 (2) : 105-140, avril-juin 1996.

analyse menée de 1994 à 1997 par trois chercheurs américains (sociologue de formation) et français (spécialistes de santé publique). Nous partons du cas concernant un petit centre hospitalier desservant une ville de 6 000 habitants (Clamecy) située en milieu rural de la Nièvre, dont la maternité était menacée de fermeture. Le devenir particulier de cette situation de crise va permettre d'éclairer la nature des politiques de rationalisation du secteur sanitaire et leurs liens avec l'amélioration de l'accès et de l'efficacité des dispositifs sanitaires sous contrainte financière. Nous en tirerons quelques pistes de réflexion utiles pour penser le devenir des petites structures isolées.

Le cadre des événements

En 1994, le centre hospitalier de Clamecy employait 200 agents et comptait 240 lits tous secteurs confondus, dont 60 de court séjour et 7 d'obstétrique. L'enveloppe budgétaire se montait à 56,3 millions de francs dont 38,8 pour les secteurs de court et moyen séjour, 3,6 millions pour le long séjour et 13,9 millions pour la maison médicalisée. L'établissement ayant été rénové en 1989, le plateau technique opératoire, les salles d'accueil d'urgence ainsi que la maternité étaient fonctionnels. Le centre hospitalier offrait une gamme de services de base pour la population de la ville (6 000 habitants) et de son bassin d'attraction (25 000 habitants).

L'histoire débute en novembre 1993 avec l'apparition de l'avant-projet du schéma de restructuration des services hospitaliers de la Bourgogne proposé par la Drass. La logique du schéma est fondée sur deux principes de base :

- l'existence et la proximité d'un établissement n'en garantissent pas la sécurité ;

- la population acceptera de se déplacer pour se faire soigner ou accoucher. Il est donc proposé la fermeture de la maternité et des urgences. Dès l'annonce de ces propositions, une série de réactions se déclenchent en réponse à ce qui est interprété comme présageant la fermeture de l'hôpital. Le point culminant est atteint en février 1994 : un cortège de 1 500 habitants défile dans une « ville morte ». Le directeur nouvellement nommé, entame une concertation avec les médecins de ville et demande une première étude qui conclut à la nécessité du maintien de l'hôpital mais selon un dispositif rénové. Il est proposé aux tutelles ré-