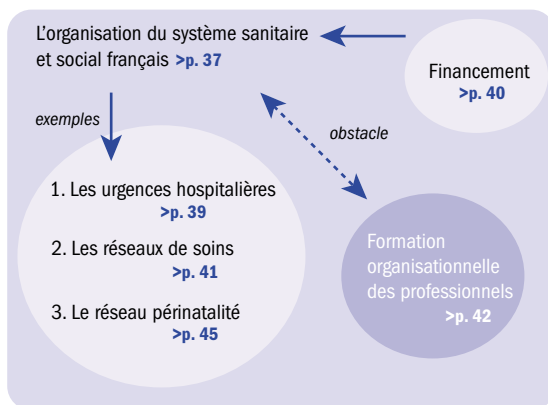


Quelles organisations en rapport avec ces politiques ?

Les modèles



Le système sanitaire a-t-il une cohérence d'ensemble lui permettant d'être adaptable ? Les modèles d'organisation : urgences, réseaux... sont-ils de réels leviers de changement ? Une formation des professionnels à l'organisation favoriserait l'évolution du système.

L'organisation du système sanitaire et social français

David Piovésan
 Doctorant en sciences de gestion, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

Didier Vinot
 Maître de conférence en sciences de gestion, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

L'administration sanitaire et sociale apparaît sous sa forme la plus ambitieuse comme l'ensemble des dispositifs veillant aux conditions d'existence du meilleur état de bien-être physique, mental et social, en rapport avec la définition de la santé faite par l'OMS.

Face à cette problématique multiple, les services de l'administration sanitaire et sociale paraissent démunis pour assurer la coordination de plus de 10 000 établissements et services, dont les modalités de prise en charge financière, de fonctionnement ou de statuts induisent autant de prises en charge différentes.

Le cloisonnement des structures sanitaires et sociales

Reflet d'une conception pluraliste, l'organisation sanitaire et sociale française est issue d'un compromis entre la tradition libérale et les interventions d'un État protecteur (entre le marché et le plan).

En France, les actions sanitaires et sociales subissent l'effet d'un cloisonnement qui n'a pas été comblé malgré l'unification, à partir de 1964, des services administratifs chargés de la santé publique et de l'action sociale aux échelons régional, départemental, et des circonscriptions de base ; et l'organisation en parallèle, à partir de 1975, de la planification sanitaire et de celle des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les lois de décentralisation (notamment la loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions) ont renforcé les pouvoirs et les moyens des collectivités territoriales au détriment de l'État et de ses représentants locaux.

Cependant, le champ sanitaire et social subit un cloisonnement de natures diverses :

- séparation des enveloppes financières entre social, médico-social et sanitaire pour le financement des structures ;
- pouvoirs de nature différente, entre l'attribution d'une politique décentralisée du social aux conseils généraux, face à une politique déconcentrée aux agences régionales de l'hospitalisation et aux Drass ;
- politiques sanitaires et sociales locales supportées par des stratégies différentes entre l'État, les établissements, les associations, la Sécurité sociale ;
- articulation insuffisante entre les niveaux régional et local de mêmes institutions (Cram, Urcam et caisses



locales d'assurance-maladie, Drass et Ddass, établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de groupes économiques antagonistes...).

La régulation du système sanitaire

La loi constitutionnelle adoptée le 19 février 1996 et les trois ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurent une nouvelle architecture de l'offre de soins en France. Cette architecture essaie de s'articuler sur un triple niveau : national, régional et pour chaque établissement.

Nous résumons dans la figure 1 les grandes lignes de la réforme.

La conférence nationale et les conférences régionales de santé sont désormais chargées de l'analyse des besoins de santé de la population et de déterminer les priorités de santé publique aux niveaux régional et national.

Sur la base des travaux de la conférence nationale de santé, le Parlement fixe, dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie, permettant un encadrement *a priori* de l'offre globale de soins. Dans sa conception large, ce processus s'inscrit pleinement dans une perspective de santé publique et redonne un pouvoir de décision au politique.

Pour l'hospitalisation, un taux d'évolution national des dépenses est déterminé, ainsi qu'un objectif quantifié national (OQN), par un accord avec l'assurance-maladie et les fédérations des établissements pri-

vés à but lucratif. Chaque région se voit ensuite attribuer une dotation globale pour les établissements publics et participant au service public hospitalier (PSPH), et un objectif quantifié régional pour le privé à but lucratif.

Les deux principaux outils de la régulation sanitaire régionale sont le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) et le contrat d'objectifs et de moyens (Com), qui fondent une nouvelle conception de la régulation reposant sur des engagements réciproques entre les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements de santé publics et privés. Cette mutation a pour conséquence un changement des fonctions des outils de gestion dans la régulation du système sanitaire : l'indice (carte sanitaire), inscrit dans une logique déterministe de rapport entre offre et demande de soins (principe d'optimisation et d'universalité), est remplacé par le contrat, qui s'inscrit dans une logique de négociation entre entités (principe de satisfaction déterminé sur des objectifs *a priori* et de localité) au résultat partiellement imprévisible.

Enfin, la médecine de ville voit ses objectifs d'évolution des dépenses repris dans des conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses nationales de Sécurité sociale.

Cette régulation en cascade vise donc à déterminer globalement l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population, puis à décliner cette offre par secteur d'activité, et, pour le secteur hospitalier, à fixer les mécanismes de répartition des ressources entre les régions. ■

figure 1

La régulation sanitaire depuis la réforme de 1996

