

Dossier

Les nouveaux outils de **planification sanitaire**

Sommaire

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| ■ II | Plans et planification, définition et histoire | ■ XX | L'élaboration des Sros : une méthodologie variée |
| ■ VI | Planification et programmation des équipements | ■ XXIII | Régulation du système de soins |
| VII | La loi de 1991 | ■ XXVI | Vers une programmation régionale de santé publique |
| IX | Les outils de la planification | ■ XXX | Tribune |
| XIX | Centralisation et déconcentration | ■ XL | Bibliographie |

La planification de la santé connaît de multiples définitions, variables selon les acteurs qui y sont impliqués. Elles peuvent aussi bien signifier un processus d'action en santé publique, qu'une méthode de résolution de problèmes ou qu'un moyen de régulation ou de maîtrise des dépenses. Nous avons pris le parti de présenter ici deux usages de la notion de « planification » en France : celui qui vise l'atteinte d'objectifs de santé et celui qui vise à la régulation du système de soins hospitaliers. On peut illustrer par un schéma (cf. page IV) les deux logiques suivies par ceux qui se revendiquent des méthodes de planification sanitaire : dans un cas, la mortalité évitable par le système de soins représente une part minime des décès prématurés, dans l'autre, les efforts (donc les dépenses) consacrés aux soins représentent une fraction élevée de la dépense de santé. Dans la politique de santé publique proposée par le rapport *La santé en France*, la réduction de la mortalité évitable est un des buts prioritaires, mais l'analyse du système de santé et d'assurance maladie définie dans le *Livre blanc* montre que les dépenses consacrées aux soins ne sont pas mobilisées vers la recherche d'un état de santé optimal.

Visible sur de nombreux aspects de notre système de soins, cette opposition est assez artificielle, elle est due à des procédures de gestion du système de soins inappropriées ; les nouveaux instruments de la planification tentent de combler une partie de cette lacune.

Nous définissons ici dans une première partie le processus de planification-programmation de la santé. Puis nous décrivons son adaptation à la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers, qui a constitué l'effort principal de l'État en matière de planification sanitaire. Compte tenu de la dimension limitée de ce dossier, nous nous sommes efforcés de présenter la construction juridique proposée ainsi que les principaux outils forgés par les professionnels pour réaliser un schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Nous présentons ensuite un premier bilan des Sros réalisés dans différentes régions et en proposons une analyse en termes de régulation du système de soins. Pour finir, la perspective de projets régionaux de santé nous fournit l'exemple d'une approche renouvelée de la programmation régionale à partir d'objectifs de santé compatibles avec l'organisation actuelle de notre système de soins. ■



Plans et planification

Définition et histoire

La santé n'est apparue en tant que telle dans la planification que dans les années 60. L'approche de la planification sanitaire a varié au fil des plans, au gré des conceptions politiques et des aléas économiques. La définition proposée ici est celle d'un « processus d'aide à la décision ». Après concertation des acteurs concernés, accord sur les finalités et définition des objectifs prioritaires, on programme les moyens et activités nécessaires à la réalisation des objectifs.

La planification est essentiellement un instrument de gestion qui doit permettre aux responsables de prendre des décisions sur une base plus rationnelle. Pour l'administration chargée de répartir des ressources limitées et de s'assurer que les services et institutions sont organisés et dispensés de façon équitable, elle fournit l'aide pour prendre ses décisions.

*Processus gestionnaire
pour le développement sanitaire
national : principes directeurs.
Genève : OMS, 1981, série Santé
pour tous, n° 5*

Un processus d'aide à la décision

La planification est donc un *processus d'aide à la décision* qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives.

Ce choix prend en considération le contexte et les contraintes internes et externes connues actuellement ou prévisibles dans le futur.

À travers cette définition, le processus lui-même peut être découpé en trois étapes :

- la première est la recherche d'un consen-

sus sur les buts ou finalités (par exemple diminuer la mortalité évitable, améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, réduire les inégalités en matière de mortalité et de handicap) ce qui sous-tend un accord sur des valeurs (équité, autonomie par exemple) (cf. p. V, *La santé en France*). Compte tenu de l'ampleur des changements escomptés, cette étape se place généralement sur une durée de cinq à dix ans ;

- la seconde est la définition d'objectifs spécifiques prioritaires. Cette étape implique l'identification des problèmes de santé et de leurs déterminants, les personnes concernées (populations cibles), la localisation géographique (nationale, régionale, communale, etc.) puis la hiérarchisation des problèmes*. À ce stade, on tient compte de l'évolution possible de ces différents facteurs (caractère prospectif). Les objectifs de réduction du problème de santé (ou d'amélioration d'un déterminant) sont

* Cette dernière est fonction de la fréquence, en tenant compte de l'accroissement éventuel dans le temps, de la gravité vitale et/ou fonctionnelle, de l'impact socio-économique, de la perception sociale, de l'évidence de mesures efficaces et acceptables par la population concernée et en matière de coût.

Approche historique de la planification de la santé

L'histoire de la planification économique et sociale montre que la planification de la santé implique des choix, qui ne sont pas toujours faits. D'une part, une lecture rétrospective indique que les propositions de changement ne sont pas toujours mises en œuvre. D'autre part, certains changements majeurs ne sont pas planifiés : passage de la croissance à la crise économique dans les années 70, changement de majorité présidentielle et parlementaire dans les années 80.

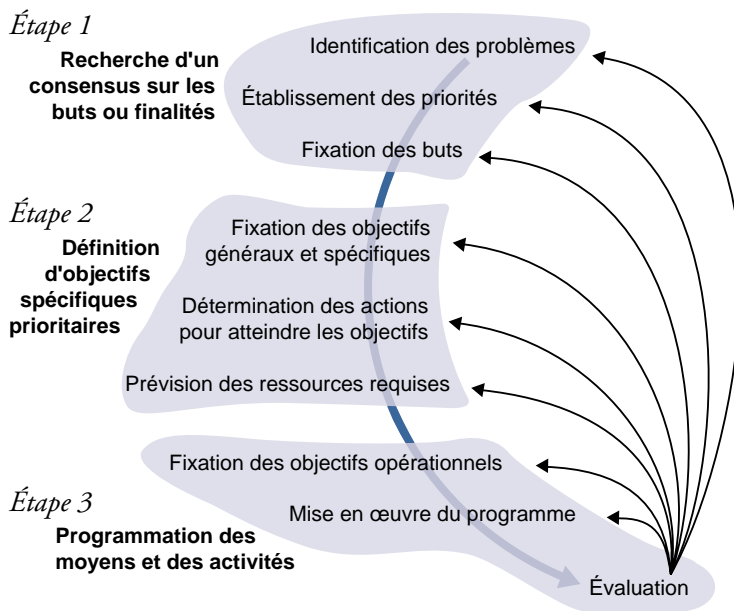
IV^e plan La reconstruction

Le IV^e plan (1962-65) avait donné priorité aux équipements collectifs, faisant suite aux plans antérieurs, qui concernaient la reconstruction de la France.

V^e plan L'inscription

La planification mise en place vise à introduire de la cohérence entre les objectifs et les moyens. Le V^e plan (1966-1970) a un maître mot : l'inscription au plan, qui vaut subvention. Les demandes sont nombreuses et les besoins déclarés sont considérables (80 milliards de l'époque). Le budget ne peut fournir, et de 80 milliards, l'enveloppe est ramenée à 12,8 milliards de francs. La Commission est chargée de répartir l'enveloppe : une priorité est donnée aux hôpitaux, CHU et à la santé mentale. Une part va à la formation des personnels sanitaires. Le taux de réalisation du plan pour les opérations subventionnées est de 67,1 %. Le V^e plan met donc en évidence une planification fruste, peu sophistiquée.

Le processus de planification



D'après Pineault

quantifiés et rapportés à une période de cinq ans en général. Le choix des solutions doit s'appuyer sur des scénarios alternatifs en matière d'efficacité et de coût, mais aussi prendre en compte les situations socio-politiques nationales et locales : contraintes internes liées par exemple à une multiplicité d'acteurs aux intérêts contradictoires ;

- la troisième étape est la programmation des moyens et des activités nécessaires à la réalisation des objectifs. Elle doit définir le calendrier et les conditions permettant la mise en œuvre des actions décidées (s'attaquer notamment aux obstacles) et évaluer les actions en termes de procédures et de résultats.

Un processus de concertation sociale

À travers cette approche de la planification on voit qu'il s'agit d'un processus continu et dynamique de concertation sociale. Ce processus implique la reconnaissance des acteurs clés, de

VI^e plan La fonction santé

Le VI^e plan (1971-1975) est le signe d'un véritable tournant dans l'état d'esprit du planificateur. La notion de fonction collective apparaît : on parle de fonction santé. Il faut considérer ce qu'il y a autour des équipements et il convient de faire fonctionner au mieux les investissements déjà existants. C'est une idée neuve pour l'époque. Le VI^e plan est l'occasion d'élaborer une réflexion globale sur le système de santé. En choisissant des objectifs et des actions prioritaires, on assiste à une vision nouvelle de la planification. Nous sommes également dans un contexte de

rationalisation des choix budgétaires (RCB), ce qui induit un développement des actions préventives. Il faut rendre cohérents les éléments du système de santé en favorisant par exemple le lien entre établissements publics et privés. On détermine trois programmes finalisés (d'actions prioritaires) : humanisation des hôpitaux, programme de formation des personnels, programme de périnatalité. Pour réaliser ces trois programmes, 15 milliards de francs sont nécessaires, qui seront subventionnés à hauteur de 3,5 milliards de francs. Ce plan sera réalisé à 98,2 %.

VII^e plan La crise

De 1976 à 1980, de nouvelles perspectives apparaissent du fait de la crise. Il y a une rupture de la planification générale. L'horizon de la prévision se resserre. On prend une option plus libérale, moins volontariste. On élabore un Conseil de la planification. Le plan devient moins ambitieux. Quatre options sont prises :

- les individus doivent se réapproprier la santé. La prévention aidera l'individu. L'État veut se désengager. La santé devient un problème individuel ;
- pour les hôpitaux, il faut avoir une démarche rationalisatrice et humaniste. Les besoins sont par

ailleurs satisfaits. Il faut limiter l'hébergement par l'hospitalisation à domicile par exemple ;

- il faut adopter une politique cohérente du personnel. La démographie médicale inquiète (9 000 étudiants seront autorisés à s'inscrire en médecine au lieu de 11 000) ;
- le maître mot est la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé (c'est la première fois qu'un tel objectif apparaît). La réforme de la tarification préoccupe tout le monde sans voir le jour pour autant. On assiste à la création du tableau statistique d'activité du praticien (TSAP). On veut réduire les

leur(s) intérêt(s) respectif(s) puis l'organisation d'un débat démocratique à la recherche de consensus sur les objectifs, les priorités, les actions. Il faut alors rechercher une cohérence dans la stratégie des différents acteurs. Grâce à ce consensus, la planification peut aboutir au changement de la situation existante vers une meilleure réponse à des besoins par exemple. La planification est en effet pour certains une méthode pour conduire le changement social (*Planing for Health*. Blum, 1974).

Les différents plans quinquennaux de développement économique et social des années 60-70 répondent bien à cette définition. Ils ont été accompagnés de programmes finalisés en matière de santé ou d'action médico-sociale. Les objectifs quantifiés étaient fixés d'après les recommandations d'un groupe de travail réunissant les partenaires sociaux, les experts du domaine, les représentants des administrations concernées. Leur mise en œuvre s'est heurtée à de nombreux obstacles (cf. encadré historique ci-dessus).

Les deux logiques du système de santé

Poursuite d'objectifs et gestion des ressources

Part de la mortalité évitable dans la mortalité avant 65 ans en 1991

Mortalité évitable par le système de soins

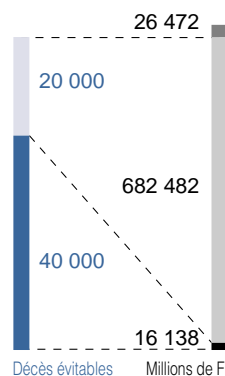
Mortalité évitable par une prévention des risques individuels

Structure de la dépense courante de santé en 1993

Dépenses en faveur du système de soins (recherche, formation)

Dépenses pour les maladies (soins hospitaliers et ambulatoires, biens médicaux, transports sanitaires, aides aux malades et subventions)

Dépenses de prévention



La part des efforts consacrés à la prévention des risques individuels est nettement inférieure à la part des gains en mortalité prématurée qu'elle pourrait permettre.

dépenses en pharmacie. Trois programmes d'actions prioritaires sont la poursuite mot pour mot des programmes finalisés du plan précédent. Dès cette époque, planification et maîtrise des dépenses vont se rapprocher.

VIII^e plan L'inachevé

Le VIII^e plan (1980-85) va s'arrêter en 1981 avec le changement de gouvernement. Il s'agit d'un plan banal. La santé est réinsérée dans un ensemble plus vaste, celui de la protection sociale. Entre 1982 et 1983, un plan intérimaire est dirigé par M. Rocard.

IX^e plan Le contrat de plan

En 1984, c'est le IX^e plan, avec une réforme de la planification instituée par deux lois (une sur les orientations du plan et une sur les moyens). Il y a une séparation entre l'aspect planification et l'aspect programmation. La notion de contrat de plan apparaît : il s'agit de lier l'octroi de moyens supplémentaires à l'acceptation des objectifs nationaux. Les priorités sont : mieux connaître et mieux gérer, réorienter le système de soins.

X^e plan La maîtrise des dépenses

Le X^e plan part d'une critique de la situation actuelle : hausse des dépenses, résultats médiocres, inégalités persistantes. Il faut donc recentrer l'action sur des objectifs de solidarité, et également réaffirmer les missions de l'État. Les orientations prises consistent en la maîtrise des dépenses de santé, plutôt que de réguler par de nouveaux acteurs (assurance privée par exemple), et en l'accroissement de la capacité d'expertise des responsables. Il s'agit de légitimer médicalement les actions de maîtrise des dépenses. Enfin, il faut se préparer à l'échéance européenne.

Les objectifs de *La santé en France*

Extrait des objectifs pour les déterminants prioritaires

Les consommations d'alcool

D'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ; réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ; réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.

L'usage du tabac

D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les proportions de fu-

Les quatre buts

Réduire les décès évitables

Donner des années à la vie



Réduire les incapacités évitables

Donner de la vie aux années



Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades

Quel que soit leur âge



Réduire les inégalités face à la santé


meurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans ; diminuer la proportion de femmes qui continuent de fumer durant leur grossesse.

Précarité, insertion et santé

Assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale.

Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.



Planification et programmation des équipements

La nouvelle loi hospitalière fait suite à un mouvement de renouveau de la planification dans les années 80, dans un contexte de maîtrise des dépenses et un courant de pensée « hôpital-entreprise ». Elle prescrit un schéma de référence qui permettra à l'État de gérer les demandes d'autorisation de structures nouvelles. La loi définit les règles du jeu pour l'élaboration de ces schémas, laissant aux acteurs régionaux le soin de forger les outils pour leur élaboration. Ainsi, une négociation décentralisée s'est amorcée entre les Drass, les Cram et les établissements sur la base des projets d'établissements. Mais l'absence de références nationales fut un obstacle majeur particulièrement dans l'élaboration des schémas des urgences.

La régulation du système de santé est devenue un enjeu très important depuis une dizaine d'années en France. Les données macro-économiques du compte satellite de la santé, montrent qu'une inflexion de la consommation médicale totale s'est produite dans les années 1982-83, passant d'un rythme annuel moyen de l'ordre de 15 % à moins de 8 %. C'est l'hôpital public qui en est le vecteur essentiel, avec pour conséquence un report de certaines consommations sur l'hôpital privé, les soins ambulatoires et les biens médicaux.

Un renouveau de la planification dans un contexte de néo-libéralisme

La planification sanitaire fut amorcée en France avec la loi hospitalière de 1970 instaurant la carte sanitaire pour réguler et redistribuer un parc hospitalier qui s'était développé anarchi-

quement depuis les années 60. Les inégalités de répartition de l'offre de soins étaient telles que même avec des méthodes de planification très frustes on pouvait atteindre des objectifs d'équité dans l'accès aux services. L'idée de la planification sanitaire a évolué depuis et à la régulation strictement quantitative s'est imposée petit à petit une réflexion sur l'efficience. La loi de juillet 1991 a demandé un long processus d'élaboration. C'est du travail mené en Basse-Normandie qu'est né véritablement le concept de schéma régional d'organisation sanitaire. À l'occasion d'une révision de la carte sanitaire qui conduisait du point de vue pratique à une impasse, la Drass a essayé d'expérimenter une méthode de concertation de 1983 à 1986, visant donc à dépasser la logique indiciaire pure et dure et à rationaliser l'offre de soins notamment en termes de contrats d'objectifs État/établissement.

Ces évolutions se produisent aussi dans un

contexte idéologique en évolution. Le secteur hospitalier est traversé par un fort courant « hôpital-entreprise », cherchant à appliquer au secteur public des modes de gestion et d'incitation dérivés du secteur privé. L'État est au cours de la même période à la recherche d'une « nouvelle administration » plus efficace, plus soucieuse des usagers et de la productivité de ses actions. Le domaine de la santé connaît un développement particulièrement actif de réflexion en ce sens avec les recherches sur la médicalisation des systèmes d'information, l'établissement de nouveaux rapports conventionnels avec les professions de santé, des expériences d'organisation administrative nouvelles (décentralisation, déconcentration, Driss).

C'est dans ce contexte qu'apparaît le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros).

Alors que rien ne se passe pendant douze ans, la carte sanitaire constituant le seul outil de planification, on assiste à quatre éléments de renouveau de la planification entre 1982 et 1991. Le premier est l'instauration du plan gérontologique en 1982. Le second est la décentralisation qui donne naissance en 1986 au schéma départemental des équipements sociaux et médico-sociaux. Il étend la planification gérontologique aux handicapés et à l'enfance mais en donne l'initiative aux services départementaux. Un an après est créé le schéma départemental d'organisation en santé mentale, à l'initiative des services déconcentrés de l'État. Enfin la loi hospitalière de 1991 crée le schéma régional d'organisation sanitaire, transférant au niveau régional le pouvoir d'autorisation de créer des structures nouvelles.

Ces quelques éléments illustrent un renouveau de la planification sanitaire et sociale. Les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des espérances. Douze ans après le texte précurseur sur les plans gérontologiques, 40 % des départements ne l'ont pas élaboré. Les professionnels de santé publique opposent souvent une logique des besoins à une logique dite de rationnement et/ou à une logique de marché, accentuant parfois une coupure avec les directeurs d'établissement qui se construisent une légitimité renouvelée précisément sur ce terrain ou à partir de conceptions qui en sont dérivées. Au niveau local, les schémas, qu'ils soient départementaux ou régionaux, ont néanmoins développé des mécanismes de concertation très importants entre les acteurs du système de santé, qui n'existaient pas auparavant.

► Direction régionale et interdépartementale de la santé et de la solidarité

Art. L 711-1 et L 711-2 CSP

Art. L 713-1 et suivants

Art. L 710-2

Art. L 710-4

► M. Frossard. Le schéma départemental personnes âgées : vers une nouvelle régulation économique ? In *Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*. Paris : Éditions de l'Inserm, 1995.

Art. L 712-8

La loi de 1991

La loi du 31 juillet 1991 n'est pas une révolution : fidèle à l'esprit de celle de 1970, elle tire les leçons de son demi-échec. Elle comporte cependant des innovations importantes. Plus que jamais, les pouvoirs publics s'efforcent de dépasser les clivages traditionnels de la médecine française (de ville/à l'hôpital ; libérale/publique ; non lucrative/lucrative), d'optimiser l'utilisation des installations et de maîtriser les coûts. Il en résulte un alourdissement sensible de leur contrôle de l'offre de soins.

Le pivot du système devient l'établissement de santé. La loi ne le définit pas, se bornant à en déterminer les missions et les objets. Elle le fait en termes si larges que les contours de cette notion nouvelle sont incertains : elle « coiffe » les établissements publics et privés et dépasse largement le système hospitalier *stricto sensu*. Mais englobe-t-elle toutes les structures de soins, y compris les cabinets de ville ? Le ministère semble considérer qu'il y a établissement de santé dès lors que ces structures comportent un élément soumis à planification et à autorisation, ce qui est très large.

Or, l'enjeu est considérable : d'une part, la physionomie de l'organisation française des soins est en cause (jusqu'à la liberté d'installation) ; d'autre part, les conséquences sont très lourdes pour l'établissement de santé : participation aux conférences sanitaires de secteur ; information du malade ; analyse de l'activité et évaluation ; et surtout soumission au régime d'autorisation. Ce dernier est unifié et concerne désormais dans les mêmes termes les établissements publics et privés.

Pour le reste, les grandes lignes du système antérieur sont maintenues. Mais son champ d'application, déjà élargi par les textes qui avaient modifié la loi de 1970 est encore étendu : création, extension, conversion et regroupement d'établissements, équipements matériels lourds et structures alternatives à l'hospitalisation ; mise en œuvre ou extension des « activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique ».

Innovations très importantes : les demandes d'autorisations doivent être déposées au cours d'une période de réception ; les autorisations ont une durée limitée (5 à 10 ans), à l'issue de

laquelle elles sont soumises à renouvellement. Ainsi, les pouvoirs publics contrôlent non plus seulement la constitution initiale du « parc » sanitaire (comme en 1970, dans la version d'origine), mais aussi son évolution.

Ces autorisations restent délivrées dans le cadre d'une planification sanitaire. À lire la loi de 1991, on pourrait croire qu'il y a peu de changement : carte sanitaire et indices de besoin demeurent ; tout au plus, l'importance des régions et secteurs sanitaires est-elle affectée par l'apparition d'un nouveau cadre géographique de référence : la zone sanitaire.

Mais il y a les schémas d'organisation sanitaire : la loi limite leur objet à la répartition géographique des installations et équipements de soins. Or, le décret d'application leur confie aussi la nature et l'importance des éléments soumis à planification, y compris les équipements matériels lourds, tous points qui, dans la loi, ne relevaient que de la carte sanitaire. De fait, la pratique fait des schémas (et de leur annexe « indicative ») les supports principaux de la planification et... les lieux d'affrontement sur le terrain.

Leur portée juridique demeure incertaine et notamment le rapport de « compatibilité » que les projets d'établissement doivent entretenir

Article 21 de la loi du 4 février 1995 sur l'aménagement du territoire

avec eux. Incertitude accrue avec l'institution d'un schéma national, qui veille « à l'égalité des conditions d'accès (aux soins) sur l'ensemble du territoire et au maintien des établissements de proximité », ce qui, en pratique, pourrait remettre en cause certaines options des schémas régionaux.

La loi de 1991 conserve à la planification et aux autorisations leur caractère centralisé (mais davantage déconcentré au profit du préfet de région) et unilatéral. Une tendance à la contractualisation apparaît cependant : contrats pluri-annuels entre les établissements et l'État, la sécurité sociale, voire les collectivités locales ; consultation systématique des comités national et régionaux de l'organisation sanitaire et sociale ; concertation à l'occasion de l'élaboration des schémas régionaux. Et un décret du 1^{er} mars prévoit une procédure expérimentale de délivrance contractuelle des autorisations relatives aux équipements matériels lourds.

Plus ample, plus souple, et donc moins « lisible » que son prédécesseur, le système de 1991 paraît donc promis à de nouvelles évolutions. En son état actuel, son avenir dépendra de la volonté des établissements de « jouer le jeu », et de la capacité du ministère à le mettre en œuvre.

Les éléments soumis à autorisation

La planification sanitaire vise à assurer un développement harmonieux, tant géographiquement que fonctionnellement des capacités hospitalières de la France. Les établissements publics et privés de santé sont également concernés. L'article L 712-2 définit les trois éléments qui en font l'objet.

Les installations

Cette notion n'a jamais été définie. Depuis 1970, la pratique l'a réduite, pour l'essentiel, aux lits. L'article R 712-1 annonce peut-être une acception plus ample en parlant de : *moyens d'hospitalisation ou structures de soins de toute nature, avec ou sans héberge-*

ment, exprimés notamment en lits ou places. Les installations concernées correspondent aux six groupes de disciplines suivants : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée.

Les équipements matériels lourds

Il existe une définition législative de la notion d'équipement lourd et une liste réglementaire qui varie au fil des progrès médico-techniques et figure dans l'article R 712-2-II :

1. Appareil de circulation sanguine extra-corporelle • 2. Caisson hyperbare • 3. Appareil d'hémodialyse • [...] 10. Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique •

11. Compteur de la radioactivité totale du corps • 12. Appareil de destruction transpériéale des calculs.

Les activités de soins

Allant plus loin ici que la loi de 1970, l'article L 712-2 fait entrer dans le champ de la planification sanitaire, non pas toutes les activités de soins, mais celles qui ont un *coût élevé* ou qui nécessitent *des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique*.

1. Transplantation d'organes et greffes de moëlle osseuse • 2. Traitement des grands brûlés • 3. Chirurgie cardiaque • 4. Neurochirurgie • 5. Accueil et traitement des urgences • 6. Réanimation • [...] 11. Activités de procréation médicalement assistée et diagnostic prénatal • 12. Réadaptation fonctionnelle.

D'après D. Truchet. *Traité de droit médical et hospitalier*. Paris : Litec, 1993.

Le Sros et ses annexes

Le schéma définit la structuration de l'offre de soins par niveau et décrit sa localisation par secteur sanitaire.

[...] Les services d'accueil des urgences (SAU) doivent être implantés dans un établissement de santé comprenant des services de médecine polyvalente ou médecine interne, cardiologie, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et de gynéco-obstétrique. Chaque discipline doit organiser des astreintes médicales opérationnelles [...].

- La masse critique est d'au moins 10 000 passages chaque année.
- Le délai d'accès ne doit pas excéder 30 minutes.
- Les obligations de ce type de service sont d'assumer la prise en charge, le traitement des personnes accueillies et d'organiser l'orientation et le transport des patients vers le service spécialisé requis.

Dans chaque secteur sanitaire doit être implanté au moins un SAU susceptible d'assurer au sein même de l'établissement, l'accueil et la prise en charge des urgences pédiatriques néonatales et psychiatriques. Le délai d'accès à ce SAU ne doit pas être supérieur à 1 heure. [...]

Localisation des trois SAU sur le secteur sanitaire n° 1 : un à Bordeaux, siège d'un Samu-Centre 15 et d'un Smur ; deux à Arcachon et Langon, sièges d'un Smur. [...]

Les annexes décrivent les équipements prévus par secteur sanitaire.

Pour le secteur sanitaire n° 1 en Aquitaine

- Obstétrique

6 des 8 maternités implantées sur le pôle font plus de 1 000 accouchements. Les 2 dernières [...] font chacune plus de 300 accouchements. Compte tenu de l'offre globale en obstétrique sur le pôle de Bordeaux, il est toutefois proposé le regroupement de ces deux maternités avec la suppression sur ce site regroupé de 10 lits d'obstétrique [...].

- Réanimation

Il est proposé sur ce secteur, 6 services de réanimation médicale et polyvalente et 2 services de soins intensifs polyvalents :

- au CHU Pellegrin, 32 lits de réanimation et 31 lits de surveillance continue,
- au CHU Hôpital Saint-André, 8 lits de réanimation [...].

Les outils de la planification

Un Sros est une référence qui guidera l'évolution de l'offre de soins dans le moyen terme. Il correspond théoriquement à la phase de définition des objectifs prioritaires citée dans notre définition de la planification. On s'intéresse donc ici à la planification en tant que méthode d'aide à la décision qui repose sur une concertation entre les acteurs, fondée sur un dossier démo-médico-technique.

Comment élaborer un schéma ?

Il n'y a pas de méthode unique pour élaborer un schéma. Chaque région a suivi sa propre démarche, compte tenu de ses caractéristiques géographiques et démographiques, de l'état de l'offre de soins, des ressources humaines dont elle disposait et surtout de la manière dont a été conduite la concertation entre les acteurs. On peut néanmoins repérer deux grandes étapes : un bilan de prise en charge des besoins et une analyse prospective des changements à promouvoir qui conduiront, après négociation, au document final Sros et annexes.

Le bilan de prise en charge des besoins est un jugement d'ensemble sur une série de dossiers qui décrivent différentes dimensions de la notion de « besoin », appréciation d'un écart entre un état constaté et un état souhaitable par la collectivité à un moment donné. Ces différents dossiers ont pour titre :

- *Caractérisation de la population cible* : quelles sont les grandes catégories de population que l'on retiendra pour faire l'étude des besoins de la collectivité (localisation géographique, catégories sociales, bénéficiaires des soins...)?

► Voir p. X

La notion d'approche populationnelle

- *Système de finalités* : quels sont les grands objectifs que l'on choisit de privilégier dans la région : traiter un problème de santé prioritaire, améliorer l'accès au service public hospitalier, privilégier la qualité de soins spécialisés ?

► Voir p. XVII

La méthode suivie par l'Auvergne

- *Normes quantitatives et référentiels de qualité* : compte tenu de la population à desservir, quels sont les moyens minimums en personnel et matériel dont il faut disposer pour assurer des prestations de qualité acceptable ?

► Voir p. XIV

La notion de référence

- *Fonctionnement de l'existant* : l'utilisation actuelle des services est-elle conforme d'un point de vue quantitatif aussi bien que qualitatif ? **► Voir p. XIII**

La notion d'indice

- *Stratégies et projets des acteurs* : quelle appréciation des besoins est faite par les acteurs et sur quels objectifs une mobilisation est-elle possible ? **► Voir p. XVI**

Le comité technique sur le projet d'établissement

En complément du bilan de prise en charge, l'analyse prospective doit permettre aux acteurs de confronter leur vision des tendances qui affecteront la demande de services à l'horizon du plan (généralement 5 ans) et proposer les transformations à apporter.

Mais rappelons que la planification sanitaire en France se met en œuvre par la gestion des autorisations de création, extension, transformation, regroupement ou conversion des établissements. L'élaboration d'un schéma d'organisation sanitaire, dont il est question ici, est un outil d'aide à la décision qui procède par confrontation entre le projet de l'État, censé résumer l'intérêt collectif étayé par les dossiers précédents et soumis à la discussion de l'ensemble des partenaires. Le Sros final, quand il est arrêté par le préfet, est différent du projet initial, il devient la référence qualitative pour décider du bien-fondé des demandes de création, extension, etc., de services de soins. On entre alors dans la phase de programmation des moyens et des activités.

Il n'y a pas de méthode unique pour élaborer un schéma car chacun des « dossiers » précédents a une importance plus ou moins grande selon les régions. Peut-on imaginer que l'Île-de-France et le Limousin élaborent leur schéma en suivant la même démarche méthodologique ?

Ainsi, les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) et Rhône-Alpes ont procédé à une approche populationnelle qui a consisté à définir les zones géographiques homogènes du point de vue des relations sociales et économiques. En Paca, la comparaison entre les indices d'équipement et le fonctionnement réel des structures a permis une première appréciation des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de la population du secteur. En Rhône-Alpes, ce sont les références fournies par des comités régionaux, appliquées à ces zones géographiques qui ont permis de faire des propositions pour la réorganisation de l'offre de soins.

L'Auvergne est partie d'un consensus régional sur les grands objectifs du système de soins, dont le Sros doit permettre la mise en œuvre.

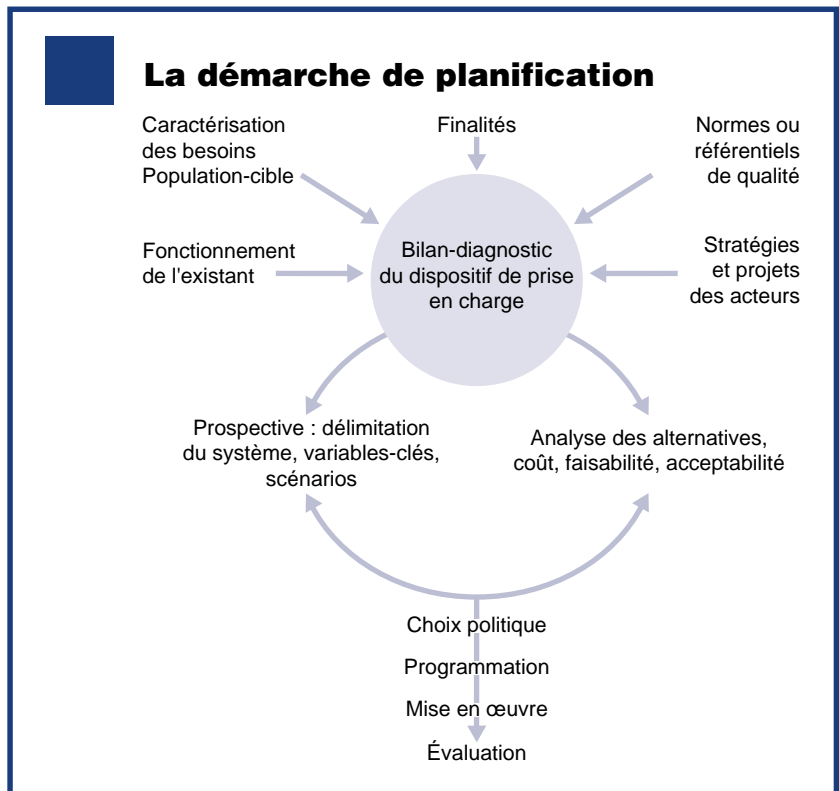
Ces objectifs sont mesurés par une batterie d'indicateurs fournis par les établissements, ce qui permet d'établir un diagnostic sur la quantité et la qualité des services de soins actuels par secteur sanitaire.

Autre exemple, la Haute-Normandie s'est inspirée du schéma d'aménagement du territoire pour définir des complémentarités entre secteurs sanitaires pour chacune des grandes spécialités.

Comment caractériser la population cible ? Approche populationnelle ou approche institutionnelle ?

R. Pineault, C. Daveluy. **►** R. Pineault et C. Daveluy ont utilisé ces deux concepts pour décrire la confrontation entre les besoins de la population et la logique de l'organisation. Utiliser une approche populationnelle, c'est partir des besoins de la population et adapter l'organisation de l'offre de soins de façon à y répondre de manière optimale. À l'inverse, l'approche institutionnelle ou encore organisationnelle considère que les offreurs de

R. Pineault, C. Daveluy. *La planification de la santé. Concept, méthodes et stratégies.* Montréal : Éditions Agence d'Arc, 1986.



Les autorisations

La gestion des autorisations est un élément central de la loi de 1991. C'est par la réponse donnée aux demandes de création, extension, transformation, regroupement ou conversion des structures que se met en œuvre le schéma d'organisation sanitaire, document de référence.

Dans le domaine sanitaire, un régime d'autorisation existe depuis 1958 puisqu'une ordonnance avait à l'époque imposé une autorisation pour la création des hôpitaux publics et une déclaration préalable pour la création ou l'extension des cliniques privées. Un nouveau régime des autorisations est mis en place par les articles L 712.8 à L 712.20 de la loi du 31 juillet 1991 et par les articles R 712.37 à R 712.46 du décret n° 91-1410 du 31 décembre 1991.

La loi unifie désormais les procédures d'autorisation applicables au secteur public et au secteur privé. Les mêmes règles s'appliquent désormais à l'ensemble des établissements de santé.

Le champ de l'autorisation

Art. L 712.8 et R 712.2

Toujours à durée déterminée, les autorisations sont nécessaires pour :

1. les créations, extensions et transformations :
 - des installations
 - des équipements lourds
 - des structures de soins alternatives à l'hospitalisation
2. le regroupement ou la conversion des établissements
3. la mise en œuvre et l'extension des activités de soins.

L'autorité compétente pour donner l'autorisation

Art. L 712.16

L'autorisation est donnée par le représentant de l'État (préfet de région), après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, avant le début des travaux, de l'installation

de l'équipement matériel lourd ou de la mise en œuvre des activités de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.

Cependant, pour certains établissements, équipements, activités de soins ou structures alternatives à l'hospitalisation (liste fixée par décret), l'autorisation est délivrée par le ministre chargé de la Santé, après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les conditions d'autorisation

Art. L 712.9

Le projet, pour être autorisé doit répondre à trois conditions cumulatives :

- répondre, dans la zone sanitaire considérée (selon le cas, le ou les secteurs, la région ou un groupe de régions, ou encore le territoire national) aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire ;
- être compatible avec les objectifs du Sros ;
- satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

Il est possible de déroger à ces deux premières conditions (art. L 712.10 et L 712.11) en cas :

- de création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète (décret du 2 octobre 1992) ;
- de regroupement ou de conversion de tout ou partie des établissements (décret 92-1373 du 24 décembre 1992).

Enfin il convient de mentionner le régime expérimental concernant les équipements lourds mis en place par la loi DMOS du 18 janvier 1994. (L 716.1)

Le renouvellement et ses conditions

Art. L 712.12 et L 712.14

Les demandes de renouvellement suivent la même procédure que les

demandes d'autorisation. Une décision de refus de renouvellement d'autorisation ne peut être prise que pour l'un des motifs suivants :

- non-respect des conditions techniques de fonctionnement ;
- non-respect des conditions et engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie ou au volume d'activité ;
- non-respect de l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession ou un accord d'association au service public hospitalier ;
- lorsque les résultats de l'évaluation périodique ne sont pas jugés satisfaisants.

On notera que la non-compatibilité avec le Sros et la carte sanitaire ne figure pas comme motif de refus.

Les effets de l'autorisation

Art. L 712.17

L'autorisation, une fois donnée, vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux (celle-ci, en vertu de l'article L 712.12 alinéa 3, peut être refusée lorsque le prix prévu est hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service).

Les autorisations sont ainsi, avec les dotations et la gestion des postes médicaux pour le secteur public, un des moyens de s'orienter par étapes vers les objectifs du Sros. Leur analyse permettra annuellement d'estimer le stade de réalisation de ces objectifs. Les règles du jeu étant ainsi fixées, reste à définir le document de référence pour autoriser ou non ces transformations de structures. Un choix méthodologique doit être fait entre une approche centrée sur la localisation géographique des besoins de la population et la localisation des lieux de soins.

soins, c'est-à-dire les établissements de santé, sont déterminants dans le processus de planification.

La mission sociale de l'hôpital public telle qu'elle est définie en France (soit l'accueil 24h/24 de toutes les clientèles, pour toutes les pathologies) légitime en premier lieu l'approche populationnelle. La loi prescrit donc de déterminer par le Sros l'offre de soins pertinente pour chaque zone géographique, sans préciser l'identité des établissements chargés d'y pourvoir. Cette approche est fondée sur une connaissance de la population et de ses lieux de vie sociale. Les besoins en équipements ont été, et sont encore partiellement définis par l'application d'indices, ou de références techniques proposés par les experts médicaux. Mais cette méthode a ses limites en raison de l'imprécision des indices utilisés. On complète donc cette approche populationnelle par la description du champ d'attraction des établissements, qui contribuent eux aussi à la structuration de l'espace géographique, même si cette donnée est instable car liée au savoir-faire des praticiens au jour de la mesure de l'attraction.

Un établissement public se doit de prendre en charge toutes les populations dans le cadre de sa mission de service public. Il se réfère donc plus fréquemment, au moins dans certaines disciplines, à une approche populationnelle. Un établissement privé s'inscrit plutôt dans une démarche commerciale et sera plus enclin à déterminer ses choix stratégiques à partir d'études de marketing.

Ces deux approches de la planification ne sont pas opposées car on assiste dans tous les cas à un compromis entre les besoins de la population et le nécessaire ajustement avec les structures existantes et les ressources disponibles.

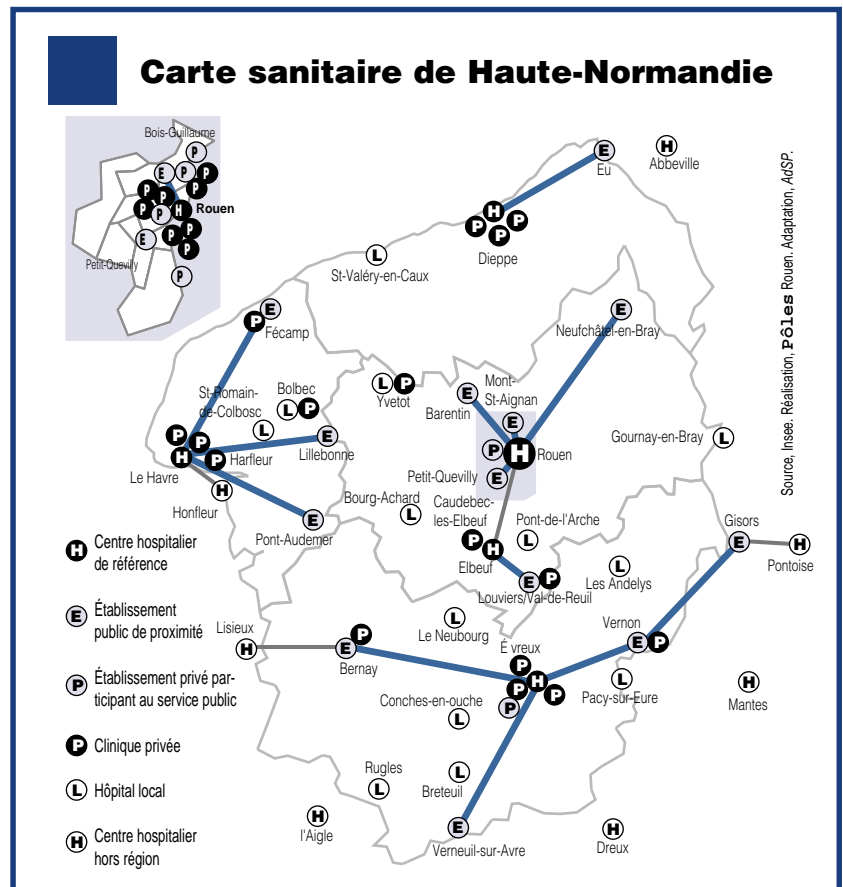
Par exemple, la révision de la carte sanitaire en Rhône-Alpes a permis de confronter les deux approches. Les services de l'État ont utilisé comme dans d'autres régions, l'outil « villes et bourgs attractifs » produit par l'Insee pour proposer une définition de secteurs sanitaires de plus de 200 000 habitants reflétant la réalité de vie et la distribution des populations au sein de la région.

Les services de l'assurance maladie ont choisi quant à eux de partir à contre-courant de cette logique populationnelle, et d'étudier par l'intermédiaire de Siam (système d'information de l'assurance maladie) les liens entre domicile

et lieux d'hospitalisation. Ayant mesuré les flux d'hospitalisation prédominants, ils ont pu dessiner en médecine, chirurgie, obstétrique, le territoire d'influence ou bassin d'attraction des sites hospitaliers. La définition des secteurs sanitaires qui en a résulté divergeait en certains points avec celles des services de l'État mais convergeait en d'autres endroits.

Cette confrontation des deux approches en enrichissant le débat, a permis certainement de rendre plus opérationnel le découpage des secteurs sanitaires dans une optique de détermination de filières et de réseaux de soins.

L'approche populationnelle est souvent considérée comme prioritaire en matière de localisation des équipements lourds. Si dans un périmètre d'accès de trente minutes, le bassin de population à desservir est jugé insuffisant compte tenu notamment de la présence d'autres offres concurrentes à proximité, on pourra refuser, par exemple, à un établissement l'attribution d'un scanner.



Définir le fonctionnement des structures de soins existantes : usage des indices

Une fois définie la zone pertinente d'analyse de la population, on procède généralement à l'observation du fonctionnement des services existants. À partir du découpage de la carte sanitaire, on observe le nombre d'entrées dans les hôpitaux et cela conduit à l'estimation des lits nécessaires, compte tenu de la durée de séjour et du taux d'occupation des lits souhaitables. Nous présentons ici en exemple la méthode décrite par la circulaire du 28 septembre 1992, qui a été l'objet de variantes.

La première opération consiste à calculer la durée moyenne de séjour (DMS) dans la discipline considérée pour l'ensemble des établissements publics et privés du secteur sanitaire (cette durée moyenne s'obtient en divisant le nombre de journées réalisées en un an par le nombre d'entrées). Dans un second temps, on calcule les besoins en lits pour le secteur. En dernier lieu, les résultats obtenus permettent de fixer les indices lits-population qui empêcheront, le cas échéant, l'autorisation de lits dans des secteurs excédentaires.

En pratique, on procède ainsi :

- Si la DMS du secteur est inférieure à la DMS nationale de la discipline, on retient cette première valeur dans le calcul, tenant compte du meilleur résultat réalisé dans le secteur par rapport au niveau national. Le nombre de lits nécessaires s'obtient en divisant le nombre de journées réalisées dans le secteur par le taux cible multiplié par 365. Par exemple, dans un secteur sanitaire de 200 000 habitants, on a recensé 10 500 entrées, soit 63 000 journées d'une durée moyenne de 6 jours pour chaque entrée. Sur un an, il faut $63\,000/365$ lits occupés à temps plein pour répondre à ce besoin. Compte tenu de la nécessité de souplesse dans la gestion des services, ce sont $63\,000/365 \times 0,85$ lits qui sont nécessaires, soient 147 lits.

- Si la DMS du secteur est supérieure à la DMS nationale de la discipline, le nombre de lits nécessaires s'obtient en multipliant le nombre d'entrées dans le secteur par la DMS cible (qui représente donc une valeur à ne pas dépasser), et en le divisant par le taux cible multiplié par 365.

L'application stricte de cette technique de calcul est une première base de discussion et de réflexion. Elle permet de voir comment se posi-

Les indices de la carte sanitaire

Un arrêté du 5 mai 1992 a fixé les fourchettes nationales dans lesquelles devaient s'inscrire les indices fixés par le préfet de région suite à la révision de la carte sanitaire (un indice maximum plus haut est prévu pour les secteurs sanitaires sièges d'un CHR).

Nombre de lits et places pour 1 000 habitants

	Secteur sanitaire	
	Non siège d'un CHR	Siège d'un CHR
Médecine	1,0 à 2,2	1,0 à 2,5
Chirurgie	1,0 à 2,2	1,0 à 2,5
Gynéco-obstétrique	0,2 à 0,5	0,2 à 0,6

tionnent les nouveaux secteurs sanitaires les uns par rapport aux autres. Cette méthode permet de définir, toutes choses égales par ailleurs, des capacités de production de soins souhaitables pour une zone géographique donnée et déterminer la réorganisation de ces capacités entre secteurs sanitaires.

La technique des indices est également employée pour déterminer le besoin en équipements lourds dans chaque secteur sanitaire. Le volume d'actes techniques destinés à la population des secteurs sanitaires est relativement constant, cela justifie que l'on estime les besoins par le biais d'un indice peu différent selon les secteurs.

Mais les capacités d'accueil en lits et places d'alternative à l'hospitalisation, ainsi que leur répartition au sein d'un secteur, sont insuffisantes pour assurer une planification correcte des équipements en raison de l'utilisation très inégale que les praticiens peuvent faire de ces lits. En dernière analyse, ce ne sont que des sommiers et des matelas, leur dénombrement ne fournit donc aucune indication sur l'intensité des soins qui y sont prodigués, ni sur les alternatives à l'hospitalisation, par exemple.

D'autre part, ces lits sont regroupés dans des hôpitaux, leur plus ou moins grande concentration peut être déterminante sur la qualité des soins, compte tenu d'un effet de « masse critique » de soins à prodiguer.

Les références techniques constituent donc un autre outil utilisé couramment en matière de planification. Élaborées par des groupes d'experts, elles se fondent sur l'état de l'art et contribuent, dans la démarche de planification, au diagnostic sur la qualité des services existants.

Normes ou référentiels de qualité

Le système de références techniques et de normes joue un rôle important dans la programmation des équipements au niveau de chaque établissement. En effet dans les différents domaines de l'activité hospitalière existent des normes ou des références qui résultent soit de textes réglementaires émanant du ministère de la Santé, soit de recommandations édictées par divers organismes ou groupes de travail nationaux (Andem, Conférence de consensus, Haut Comité de la santé publique, rapport Steg sur les urgences...). Au niveau régional, la commission régionale d'évaluation médicale (Creme), les différents comités techniques médicaux (Coterm) et les observatoires régionaux de la santé ont souvent œuvré au fur et à mesure de l'élaboration des Sros pour fournir dans de nombreuses disciplines ou activités, des références régionales de bonne prise en charge du patient ou de rationalité en matière de répartition des équipements.

Pour les maternités, la référence d'une activité annuelle minimale de 300 accouchements pour assurer la qualité du service a été établie à partir du rapport d'un groupe d'experts réunis par la direction générale de la Santé en 1986 et 1987. Elle semble avoir été retenue dans la réflexion des Sros et de leurs annexes mais est utilisée avec d'autres critères d'appréciation tels que le personnel médical et paramédical présent, l'accessibilité, le respect des normes techniques. Cette référence, qui peut arbitrairement conduire à la fermeture d'une petite maternité, sera parfois reconsidérée. Certaines régions ont choisi de fixer ce seuil d'activité minimum à 500 accouchements par an.

En matière de chirurgie cardiaque, des normes de fonctionnement ont été imposées par le décret n° 91-78, notamment l'obligation de disposer au moins de deux chirurgiens de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et de deux anesthésistes-réanimateurs.

On peut enfin illustrer dans le domaine de l'hygiène hospitalière, les différentes notions évoquées. Le nombre d'infections nosocomiales détectées dans un établissement étant considéré comme indicateur, la référence se définit alors comme le taux de surinfection incompressible, l'optimum à atteindre. La norme, elle, décide en fonction du taux observé de la nécessité de mettre en place un programme de lutte spécifique. Le référentiel, enfin, pourrait

Comités techniques régionaux

Dans le cadre de l'élaboration du Sros de la région Rhône-Alpes, plus d'une douzaine de comités techniques régionaux (Coter) ont été mis en place. Composés essentiellement de professionnels médicaux, ils avaient pour mission d'établir des recommandations de bonnes pratiques médicales, de bonne distribution de soins et de diffuser sur la région leurs travaux.

Chaque comité a élu en son sein un président et disposait d'un secrétariat-rédaction assuré par des cadres des services de l'État ou de l'assurance maladie. Ainsi, pour ne citer que ces disciplines, la cardiologie, l'urgence, la réanimation, les soins de suite et de

réadaptation, la gériatrie, la chirurgie, l'imagerie, la cancérologie ont fait l'objet de recommandations formalisées et largement diffusées courant 1994.

L'existence de ces comités se poursuit sous différentes modalités allant de la simple veille à la création de nouveaux groupes de travail notamment pour la planification en psychiatrie.

C'est donc tout un mouvement de réflexion qui s'est installé en Rhône-Alpes et qui valorise les différents travaux en présence, associant le niveau institutionnel des conférences sanitaires de secteur et le niveau pragmatique des professionnels de la santé.

prendre la forme d'un livret des « 100 recommandations pour la surveillance des infections nosocomiales » à l'usage de tout le personnel.

La connaissance de références techniques appliquées à un établissement n'est pas suffisante elle-même pour avoir une vision correcte du système de soins. Il faut tenir compte des complémentarités entre les différents niveaux du système de soins, afin d'apporter une réponse graduée aux besoins de la population.

Les niveaux du système de soins

Art. L 710-3 à L 710-5 ◀ Cette notion rappelle tout d'abord l'obligation de moyens. Les moyens n'étant pas réunis partout, il est nécessaire d'en appeler à un niveau supérieur, un niveau de référence.

Art. L 711-6 ◀ Ainsi les hôpitaux locaux – s'ils souhaitent poursuivre leur activité de médecine – doivent désormais passer une convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers de référence dotés d'un plateau médico-technique complet : réanimation, services spécialisés, imagerie, laboratoire.

La fonction de centre hospitalier universitaire (CHU) confère en outre la responsabilité de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation, des techniques de pointe, des activités hautement spécialisées, de certaines activités telles la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie,

les transplantations. Dans ces domaines, le CHU se présente comme l'établissement de référence.

La notion de référent suggère l'idée d'une hiérarchie formalisée entre les différents établissements. L'organisation fonctionnelle du système de santé doit reposer sur un réseau d'établissements qui, selon l'importance de leurs plateaux techniques et de la population qu'ils ont à desservir, ne se retrouvent pas sur le même plan. La hiérarchie fonctionnelle doit conduire à l'assistance mutuelle et à une définition de l'utilisation en commun des moyens disponibles par zone de desserte. Sont donc définis, parmi les établissements de soins, les établissements de référence auxquels les autres font appel lorsque leurs moyens propres sont dépassés : l'hôpital de référence a des obligations vis-à-vis des autres hôpitaux du secteur.

Deux conditions indissociables ont été posées, dans la plupart des régions, pour une telle reconnaissance : une population suffisante pour l'utilisation d'un plateau technique sophistiqué et un critère d'accessibilité pour assurer la prise en charge des urgences en toute sécurité.

Cette fonction hospitalière de référence se calque souvent sur les activités dites structurantes

(accueil des urgences, réanimation, obstétrique) et repose donc sur un plateau technique important (service d'accueil de toutes les urgences, Smur, réanimation, chirurgie et médecine spécialisée, gynéco-obstétrique, pédiatrie, imagerie [scanner, voire à terme IRM]).

La notion de référence oblige à définir un cahier des charges. Chaque secteur sanitaire se doit d'assurer un certain nombre de fonctions : la médecine (et ses spécialités telles la cardiologie, la cancérologie...), la chirurgie, l'obstétrique et la néonatalogie, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, l'imagerie, l'accueil et le traitement des urgences et la réanimation.

Ces fonctions au sein du secteur ont été, dans certaines régions, organisées en trois niveaux :

- le niveau 1 est le niveau de référence,
- le niveau 2 est dit de proximité relative,
- le niveau 3 de proximité rapprochée.

Toutes les fonctions ne s'organisent pas obligatoirement sur les trois niveaux et un niveau peut être assuré par un seul établissement du secteur ou plusieurs organisés en réseau. Le cahier des charges définit donc les activités par niveau et donne des recommandations techniques de fonctionnement.

L'accréditation gage de qualité ?

Aujourd'hui les repères pour l'action autour des conditions matérielles, humaines et organisationnelles sur lesquelles devraient prendre appui les établissements et leurs partenaires pour garantir *a priori* une certaine qualité d'offre de services sont parfois encore trop instables pour donner naissance à de nouveaux outils réglementaires de planification.

C'est parce qu'il lie la préoccupation de l'excellence dans la qualité du service rendu théoriquement au cœur de l'identité professionnelle, et la possibilité d'une rationalisation argumentée autour de la réorganisation des moyens humains et matériels que le thème de l'autorisation/accréditation s'offre comme un excellent levier d'une reconfiguration de l'offre de soins et comme un excellent outil pour ouvrir le jeu de la régulation du système à de nouveaux

partenaires et notamment les sociétés savantes professionnelles.

Même si çà et là quelques exemples montrent que l'alliance entre expertise médicale et administration de la santé peut déboucher sur des réorganisations fortement structurantes (le système d'urgence en France...), il n'est pas acquis à terme que ces dynamiques de changement puissent se consolider sans un vrai travail de créativité institutionnelle qui mettrait en scène la capacité de groupes professionnels organisés à assumer leurs responsabilités dans le cadre de la régulation du système de soins.

Autrement dit la question de l'autorisation administrative aujourd'hui est indissociable de la question de l'accréditation par les pairs. D'un côté il s'agit de s'assurer que les conditions plan-

chères sont réunies pour garantir à l'usager citoyen une accessibilité à un niveau de prestation suffisant et efficient, de l'autre il s'agit de faire exprimer par des professionnels ce qu'ils regardent comme étant les garanties d'une excellence au quotidien.

Tant que dans notre système de soins les conditions de cette dialectique subtile ne seront pas réunies, il est fort probable que l'intelligence et la mise en pratique de l'autorisation administrative concernant le développement ou le renouvellement d'activités souffriront de n'être que d'instables compromis.

Au-delà du développement de l'autorisation/accréditation comme instrument de régulation, reste posée la question des entités autorisées/accréditées ? Établissements, unités de soins, programmes, filières, réseaux...

Stratégies et projets des acteurs

Les Sros constituent une référence pour juger de l'opportunité de projets de transformation du système de soins. Mais cette référence ne serait pas opérationnelle si elle ne trouvait pas d'écho dans le projet collectif d'un établissement. L'une des conditions à remplir pour cela est que les promoteurs intègrent dans leur Sros la stratégie affichée par les établissements de soins.

L'expérience menée en Rhône-Alpes est intéressante à cet égard. Dans le cadre de l'élaboration du Sros, plus d'une douzaine de comités techniques régionaux (Coter) ont été mis en place. Composés essentiellement de professionnels médicaux, ces Coter avaient pour mission d'établir des recommandations de bonnes pratiques médicales, de bonne distribution de soins et de diffuser leurs travaux sur la région.

L'un de ces comités était particulier. Composé de gestionnaires d'établissement, il s'est adjoint des experts universitaires appartenant au CNRS. Sa création traduisait le fait qu'au-delà des pratiques médicales, l'organisation d'ensemble de la santé nécessite des régulations entre la planification régionale et les projets stratégiques de chaque structure.

En effet, les instruments prévus par la loi hospitalière (projet et Sros) dessinent une économie singulière et originale au sein des politiques de régulation des dépenses de santé mises en œuvre dans les pays développés :

- instruments de type macro-économique, la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire profilent sur le territoire régional, à partir d'objectifs de santé publique, les grandes orientations de la politique à mettre en œuvre, compte tenu de la structure de l'offre de soins, de la demande de santé existante et des différents projets d'établissements ;

- instrument de type micro-économique, le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci le projet médical sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leurs choix stratégiques et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population desservie, des orientations du Sros, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés, des perspectives de développement et de coopération ainsi que l'évolution des techniques médicales et des prises en charge.

Les confrontations Sros-projet d'établissement sont prévues par la loi de façon explicite et implicite, qu'il s'agisse de :

- la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps,
- l'approbation des projets d'établissements,
- la possibilité de modifier le Sros à tout moment,
- la possibilité de réaliser des contrats tripartites entre l'État, l'assurance maladie et les établissements,
- l'analyse des possibilités financières des établissements.

Se profilent enfin en toile de fond de ces confrontations l'évaluation des établissements, des relations qu'ils établissent entre eux, des pratiques qu'ils mettent en œuvre, qu'il s'agisse des modes de faire (évaluations centrées sur le processus, l'efficacité et l'efficacités) ou des raisons de faire (évaluations centrées sur l'utilité et la pertinence de l'objet évalué).

Dès lors, il s'avérait nécessaire de formaliser une réflexion sur l'articulation projet-Sros et de proposer des modes de gestion des relations visant à atteindre une mise en cohérence opti-

Recommandations du Coter schéma régional et projet d'établissement : relations réciproques. Drass Rhône-Alpes.

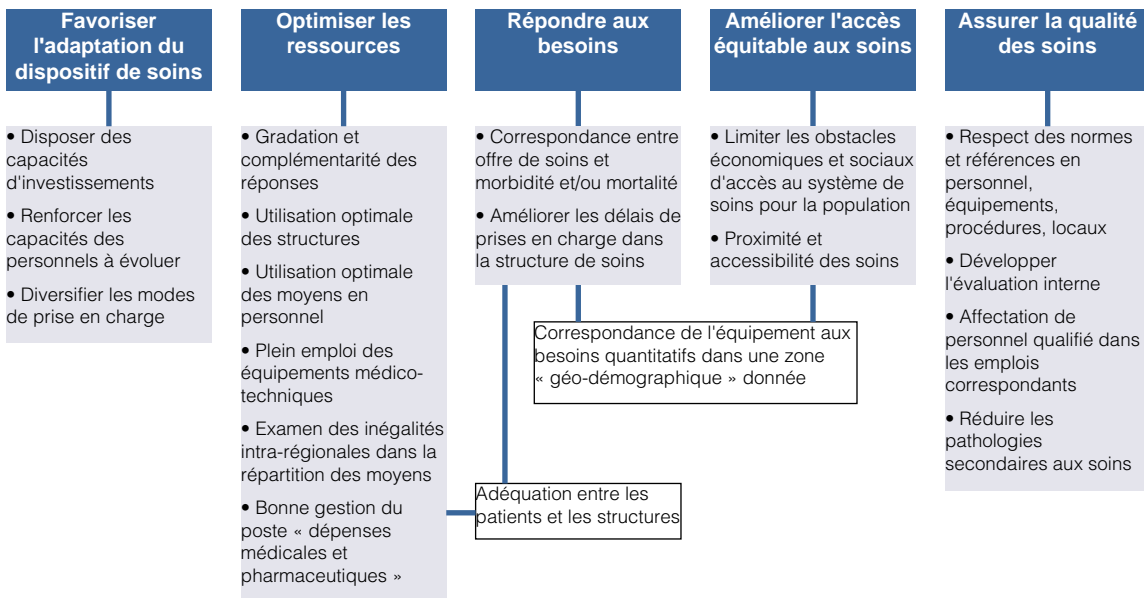
Programmation et projets d'établissement

En planification, à la partie analyse et orientations succède une partie programmation suivie d'une partie mise en œuvre. Les expériences des différents pays montrent diverses combinaisons de ces éléments. Le modèle anglo-saxon a tendance à les intégrer, le modèle français et/ou latin à les distinguer.

Le modèle actuel auquel renvoient le Sros et les schémas départementaux a tendance à poser différemment la question. Si l'on part de l'idée d'une régulation comme mise en cohérence de stratégies *a priori* non compatibles, apparaît une conception nouvelle d'une planification qui consiste à fournir l'analyse d'un système et un référentiel ou ensemble de règles du jeu qui encadrent les propositions des producteurs de soins, les appelle plutôt qu'elle ne les propose. Au lieu d'une vision descendante, avec un centre qui définit les

orientations, les objectifs, les actions, on a un système dans lequel ce centre définit les conditions de cohérence, analyse, orientation, règles du jeu, qui fournissent le cadre d'un appel à projets, qui sont ceux des établissements ou de toute autre structuration d'acteurs. La planification n'est plus descendante, ni montante, mais procède par négociation d'un cadre, et des projets dans ce cadre, en référence à celui-ci. En ce sens, il ne peut y avoir de bonne planification s'il n'y a pas de bons projets d'établissements ou d'acteurs. Les deux sont indissociables, à tel point qu'on peut avoir une double lecture de la loi hospitalière : certains la comprennent comme un développement de l'autonomie des établissements, d'autres au contraire comme un instrument directif aux mains de l'État qui limite leur marge de liberté.

Les grands objectifs du dispositif de soins



D'après A. Lopez, *Organiser le dispositif de soins. Une méthode et un processus.*

male de ces deux démarches. C'est la mission que s'était assignée ce comité technique particulier.

Les finalités

Une dernière approche possible dans un processus de planification consiste à s'intéresser aux finalités du système de soins, aux grands buts qu'il doit atteindre. La prestation de soins de qualité en est un exemple, la recherche de l'égalité de santé, ou du meilleur service pour un coût donné en sont deux autres, tout aussi fondamentales dans notre organisation des soins. L'Auvergne a ainsi réalisé son bilan de fonctionnement des services existants à partir de la sélection de quelques finalités qui ont été mesurées par une série d'indicateurs opérationnels et dont le résultat a été discuté avec les responsables d'établissements.

La qualité est une finalité qui, de l'avis de tous, doit guider un processus de planification. Mais un examen plus approfondi de cette notion permet d'appréhender quelques-unes des difficultés que l'on rencontre pour la rendre

opérationnelle. En matière de soins, l'Organisation mondiale de la santé définit la qualité comme le critère permettant « de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». L'OMS ajoute que la « qualité est sans doute le facteur qui contribue le plus à donner confiance dans le système de soins, chez les professionnels comme dans le public ».

La notion de qualité est inscrite plusieurs fois dans la loi hospitalière en termes de soins de qualité, d'évaluation des pratiques et des professionnels pour une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité, de mise en œuvre, dans les services ou départements, d'actions pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Les conditions techniques de fonctionnement fixées par décret dans le cadre de la délivrance des autorisations présagent d'un minimum requis.

Art. L 710-3, L 710-4, L 712-1, L 714-23

Art. L 712-9

De même, compte tenu du fait qu'une plainte n'est recevable que lorsque le requérant peut attester d'un préjudice, la « qualité » appréciée par les tribunaux correspond essentiellement au minimum exigible et renvoie à la notion de sécurité (*primum non nocere*).

La qualité du service rendu et la qualité de l'organisation des soins sont deux aspects à entrevoir dans l'évaluation des pratiques que pose la loi hospitalière.

Dans un document OMS de 1984, Vuori précise les différentes dimensions de la notion de qualité en santé publique :

« • l'efficacité qui se définit comme le rapport entre l'impact effectif d'une prestation ou d'un programme dans un système et son impact potentiel total en situation idéale ;

« • la rentabilité qui considère les résultats de la prestation par rapport à son coût de production ;

« • la qualité scientifique et technique, qui est le degré d'application, dans les soins, des connaissances et des techniques médicales du moment ;

« • la satisfaction des consommateurs et des personnels soignants, c'est-à-dire la satisfaction que procurent aux consommateurs les prestations, les prestataires et les résultats des soins, et la satisfaction que procurent aux personnels soignants leurs conditions de travail ;

« • la continuité qui caractérise un traitement global du patient considéré comme une entité humaine, sous la direction d'un responsable central. »

La qualité des soins et des services se mesure donc en fonction des résultats obtenus, compte tenu des ressources investies et de ce qu'il est possible de réaliser dans un contexte donné. Pour apprécier la qualité, il faut donc établir un lien entre une structure (ou des conditions), un processus (ou des façons de faire) et des résultats effectifs positifs ou négatifs.

Par ailleurs, il importe de préciser clairement qui définit les critères de qualité : les consommateurs, les prestataires de soins, les administrateurs ou les décideurs ?

Ces finalités peuvent se décliner en termes techniques, tenant compte des exigences énoncées par des experts. C'est le rôle des comités techniques que l'on retrouve dans pratiquement tous les schémas régionaux, dont une des fonctions est de proposer les références techniques nécessaires au bon fonctionnement du système de soins.

Planification, prospective, scénarios...

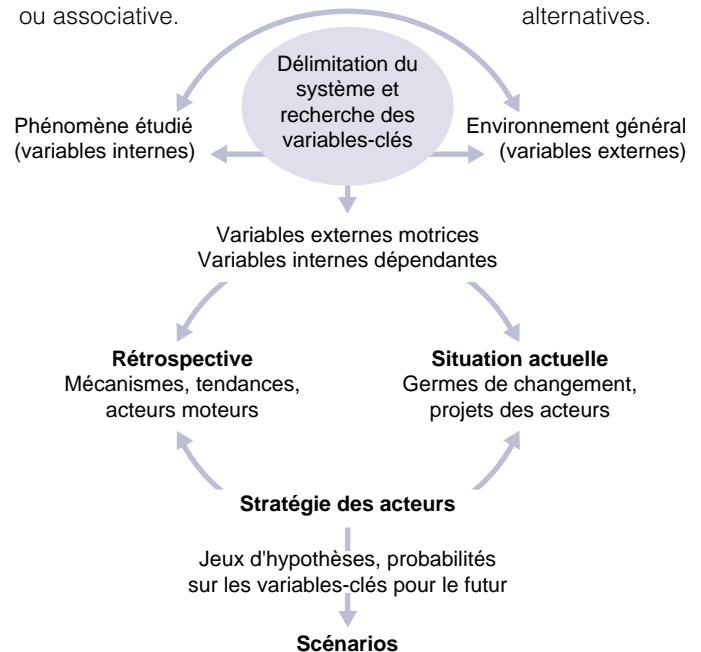
Ces termes sont souvent pris pour synonymes. Pourtant, ils sont différents sur bien des points. La planification est un processus d'aide à la décision. La prospective est une approche originale d'un problème qui valorise les échanges entre acteurs pour anticiper les changements afin d'accroître les chances de réalisation des décisions collectives. Les scénarios font partie des méthodes de prospective.

La méthode des scénarios répond à des conditions de méthodes assez strictes, définies ici par M. Godet. Elle nécessite d'abord qu'un groupe d'experts soit constitué, qui rassemble des gens qui ont un regard compétent sur le problème, cette compétence pouvant être technique, aussi bien que politique ou associative.

La première étape de la démarche consiste à délimiter le système étudié : quels éléments constituent le système de soins, quels éléments font partie de son environnement...

Puis on recherche les variables-clés, susceptibles de faire évoluer le système de soins, et l'on sélectionne parmi ces variables celles dont le degré de « motricité » (capacité à influencer les autres variables-clés) est forte. Parallèlement, on détermine les acteurs qui sont les mieux placés pour influencer l'évolution du système.

Le scénario est alors construit en combinant les évolutions probables des variables-clés. Le choix devient alors possible entre les différentes alternatives.



La prospective

Tous ces éléments contribuent au diagnostic de la situation antérieure. L'étape suivante doit donner, en complément des transformations souhaitables à apporter, une dimension prospective, afin d'assurer au Sros un caractère d'aide à la décision anticipée, vers des changements significatifs du système de santé.

Elle se base généralement sur des méthodes quantitatives de projections démographiques et statistiques, mais les méthodes d'expert tendent à se développer de plus en plus. Ces méthodes consistent à rechercher un accord sur les déterminants principaux des services de santé dans l'avenir, et construire par choix raisonné différents scénarios possibles. Ce qui est recherché ce n'est pas tant la technicité de la prévision, mais plutôt un consensus sur la vision de l'avenir, afin que les anticipations sur lesquelles vont reposer les programmes d'action trouvent leur fondement dans la pensée des professionnels, ce qui augmente d'autant la probabilité que ces scénarios se réalisent.

Centralisation et déconcentration

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire sont une des expressions de la « nouvelle planification » née dans les années 80. Ils suivent une logique de déconcentration des services de l'État, laissant aux autorités régionales une grande latitude dans l'élaboration du schéma, sachant qu'elles auront à assumer les choix lors de la phase de mise en œuvre. Cette délégation est allée très loin avec la loi de 1991, allant jusqu'à laisser la région libre d'utiliser les méthodes de son choix et fixer les référentiels techniques.

Cette option n'est pas partagée par tous, y compris par les services des Drass dont certains auraient souhaité plus d'orientations nationales, afin d'avoir des arguments lors des négociations parfois aiguës sur le terrain. Cette opposition entre centralisation et déconcentration est visible quand on rapproche les Sros des schémas de la transfusion sanguine. ■

Les schémas sanitaires spécifiques

La transfusion sanguine et les urgences

Face à la médiatisation des affaires relatives au sang contaminé ou à la pauvreté des équipements des services d'urgence, l'État a été dans l'obligation de mettre en place des politiques thématiques.

Ces politiques se réfèrent à un concept commun, la notion de schéma régional d'organisation, soit de la transfusion sanguine (loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine), soit de l'accueil des urgences (loi hospitalière du 31 juillet 1991 et circulaires DGS/DH des 7 et 14 mai 1991).

La définition de la méthodologie employée pour la réalisation de ces schémas est donnée directement par les professionnels de santé concernés avec le soutien des services centraux du ministère de la Santé.

C'est ainsi que la préparation des schémas territoriaux d'organisation de la transfusion sanguine (STOTS) est confiée à l'Agence française du sang, établissement public à caractère administratif. Dans le cadre de son fonctionnement, l'agence fait appel à un personnel spécialisé dans le domaine de la transfusion sanguine.

Pour l'organisation des urgences, le Pr Steg, auteur du rapport sur les urgences au Conseil économique et social, a été nommé en décembre 1991 président de la Commission nationale de restructuration des urgences. Son objectif principal est d'accélérer l'amélioration des urgences et de définir une méthode d'évaluation de ces services d'accueil.

La précision et l'étendue de la délégation confiée par le ministre la Santé à ces instances techniques conditionnent la réussite de la démarche de planification.

Il apparaît clairement aujourd'hui que la précision législative de la délégation donnée par l'Agence française du sang permettra grâce au partenariat mené par celle-ci avec les services centraux et régionaux du ministère de la Santé, la réorganisation territoriale de la transfusion sanguine en moins de 18 mois.

Il apparaît tout aussi clairement que l'imprécision de la délégation attribuée à la Commission nationale de restructuration des urgences, notamment dans la définition et l'application de la politique relative à l'accueil des urgences aura été source de difficultés à la réorganisation de ce système. Les préfets de région ont dû ainsi définir au cours des travaux des schémas régionaux d'organisation sanitaire, des critères techniques d'organisation d'accueil des urgences. Ces critères pourront secondairement être en contradiction avec les normes de fonctionnement que le ministre de la Santé définira par décret sur les modalités d'accueil des situations d'urgence pris en application de la loi hospitalière de 1991. Ainsi, la démarche de planification initiée au niveau régional pourra être contestée par la parution des normes nationales.

Dans le cadre d'une planification thématique, la nécessité de la définition d'une méthodologie par les professionnels concernés s'impose. En l'absence d'une régionalisation de notre système de santé, l'obligation de la cohérence nationale des schémas régionaux thématiques exige que l'échéancier de la démarche soit maîtrisé au niveau national par le ministre de la Santé avec le soutien des professionnels concernés.



L'élaboration des Sros

Une méthodologie variée

La loi de 1991 portant réforme hospitalière ne fixait pas d'objectifs uniformes aux régions. Ces dernières ont bénéficié d'une large liberté pour l'élaboration de leur Sros. Ceux-ci réalisés, on constate une grande diversité aussi bien dans les méthodologies employées, l'analyse de l'existant que dans les objectifs retenus.

Contrairement à la mise en œuvre de la carte sanitaire pour laquelle les services de l'Etat peuvent se prévaloir d'une expérience certaine, la conception des Sros n'a pas manqué de soulever maintes difficultés en raison de l'absence d'exemples et de références antérieures sur lesquels ils auraient pu s'appuyer. De plus, le ministère des Affaires sociales, confronté à des situations différentes et hétérogènes selon les régions pour ce qui est de l'offre de soins, ne pouvait leur fixer des objectifs uniformes.

Dans ce contexte, la position adoptée par le ministère de laisser aux régions une grande liberté de manœuvre dans leur démarche conceptuelle se comprend aisément et explique la variété des processus retenus par chaque région pour concevoir et élaborer les schémas. Cette variété se retrouve aussi bien dans la méthodologie retenue et l'analyse de l'existant par les régions, que dans les objectifs qu'elles se sont assignées. Dès lors, les relations qu'elles ont entretenues avec leurs partenaires et les enseignements qu'elles ont tiré de cette expérience de planification ne pouvaient également que varier selon les régions et témoignent des dif-

ficultés qu'elles ont rencontrées à chaque étape de la procédure.

Une approche différente selon les régions

Avant l'adoption définitive de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, plusieurs régions, la Lorraine, la Basse-Normandie et les Pays-de-la-Loire notamment, ont été retenues comme lieux d'expérimentation de l'élaboration du Sros. Cette anticipation de la mise en œuvre de la loi de 1991 a été mise à profit par chacune de ces régions pour concevoir et tester sa propre méthodologie et ses instruments. Cette manière de procéder, si elle a été source de difficultés et de tâtonnements, n'en a pas moins apporté une richesse d'initiatives locales qu'un encadrement plus strict par l'administration centrale n'aurait pas permis.

Présentés et voulus par le législateur comme des éléments complémentaires de planification sanitaire, la carte sanitaire et le Sros ont souvent été conçus parallèlement par les régions qui ont considéré que l'une et l'autre s'ap-

puyaient sur une analyse commune de l'existant. Cependant, bien que la carte sanitaire apparaisse comme le moyen de fixer les objectifs à atteindre et le Sros comme l'outil pour y parvenir, plusieurs régions ont entrepris d'élaborer celui-ci avant d'arrêter celle-là.

Les services déconcentrés du ministère ont multiplié les réunions d'information et les groupes de travail en y associant l'assurance maladie, les professionnels de santé, les représentants de l'hospitalisation publique et privée, les élus... Même quand certains des partenaires de l'État se sont plaints de ne pas avoir été suffisamment associés à l'élaboration des schémas ou à la conception de la carte sanitaire, ils n'ont pas proposé de solutions alternatives.

Une analyse de l'existant partielle mais utile pour l'avenir

La mesure des besoins de la population, c'est-à-dire l'étude de la demande de soins, n'a pas constitué le fil conducteur de l'élaboration des schémas. Organiser l'offre de soins à partir des besoins de santé suppose une capacité à définir objectivement ces derniers, qui aujourd'hui est loin d'être démontrée. Les données démographiques et médicales qui abondent dans les documents préparatoires des schémas, composent seulement le décor général de l'environnement sanitaire des régions sans constituer la base et la cause de la construction des propositions à faire figurer dans le schéma. Néanmoins, les études conduites par les Drass ou utilisées par elles ont principalement servi à conforter les concepteurs du schéma dans leurs analyses antérieures sur les caractéristiques de la région et les besoins de la population.

L'analyse quantitative de l'offre de soins s'appuie essentiellement sur deux indicateurs, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation considérés par beaucoup comme rustiques.

L'analyse qualitative de l'offre de soins a été l'occasion de constituer des groupes d'experts, chargés d'élaborer des normes et des références d'organisation de soins reconnues par les professionnels pour des activités médicales précises.

La compatibilité des projets de Sros avec les perspectives d'aménagement du territoire a été recherchée en considérant que les Sros en étaient l'une de ses composantes. Néanmoins, la relance du débat sur l'aménagement du

territoire a contribué à « polluer » le débat en suscitant des revendications souvent peu justifiées.

Des objectifs sanitaires plus qu'économiques

Dès le début de la démarche, les Drass ont essayé de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé, tout en ayant le souci des réalités économiques et des contraintes financières. Il est certain qu'au fur et à mesure de l'avancée des travaux d'élaboration des schémas, la prise en compte des contingences politiques et des intérêts locaux a conduit à s'écarter de l'idéal théorique que chacun s'était assigné à l'origine. C'est pourquoi, les préoccupations de maîtrise des coûts sont le plus souvent absentes des Sros arrêtés par les préfets et les restructurations entreprises prennent en compte, plus largement qu'il n'était prévu au départ, les particularismes locaux.

Un vaste exercice de communication

Se déroulant sur plus de deux années, l'élaboration des schémas a été, avant tout, un vaste exercice de communication, avec comme acteur principal la Drass. La démarche de planification impliquait nécessairement une impulsion forte de l'échelon régional, une concertation intense entre Drass et Ddass et devait s'appuyer sur un large partenariat avec l'assurance maladie et les hospitaliers. Même s'ils sont globalement positifs, les résultats varient selon les régions, les relations personnelles entretenues et les méthodologies retenues.

Les divers partenaires ont appris à mieux se connaître, à collaborer, à conduire des enquêtes en commun mais les travaux d'élaboration du schéma n'ont pas occulté les divergences de vue entre l'État et l'assurance maladie, d'une part, les différences d'intérêts entre l'État et les représentants des établissements de santé, d'autre part.

L'attitude des préfets est globalement jugée attentiste ; ils paraissent plus souvent s'intéresser aux dossiers d'aménagement du territoire qu'à ceux des restructurations hospitalières. Les élus ont adopté une attitude prudente et réser-

vée, quelquefois hostile, en raison des enjeux liés à l'aménagement du territoire ou à la perspective des échéances municipales à venir.

Une démarche riche d'enseignements mais à conforter pour l'avenir

En dépit de ses imperfections, la procédure d'élaboration du Sros a fourni l'occasion de mobiliser l'ensemble des acteurs publics et privés et de multiplier les concertations et les amorces de partenariat. Elle a accéléré la prise de conscience de la nécessité du changement même si des considérations d'opportunité à court terme, liées notamment aux échéances électorales de 1995, en ont réduit la portée dans certains cas. C'est pourquoi, souvent, les orientations retenues dans les Sros devraient constituer un cadre de référence pour les années à venir, reconnu par l'ensemble des partenaires publics et privés.

L'originalité de la démarche tient, notamment, au fait qu'avec l'accord et l'encouragement de l'administration centrale, chaque région a pu construire son schéma selon sa propre méthodologie. La variété des expériences menées par les régions permettra, au ministère des Affaires sociales, de tirer de nombreux enseignements pour l'avenir. D'ores et déjà, l'analyse de l'élaboration des premiers Sros permet de dégager quelques pistes de réflexion en vue de la mise en place des Sros de deuxième génération. Plusieurs thèmes paraissent devoir être approfondis :

- Un affichage politique plus clair au niveau gouvernemental : la procédure d'élaboration du premier Sros s'est déroulée dans un contexte politique marqué par un certain « brouillage » des messages émanant des autorités gouvernementales, en particulier, les contradictions apparentes entre la politique de planification et de restructuration hospitalière et des considérations liées à la politique de l'emploi et de l'aménagement du territoire.

- La maîtrise des incidences du premier Sros : il s'agira d'accompagner les évolutions proposées en tenant compte des normes budgétaires et des situations financières réelles.

- La couverture par le Sros de l'ensemble du champ sanitaire : il devra être complété au niveau du moyen et long séjour et de la psychiatrie, afin de parvenir à une vision globale de la demande et de l'offre de soins.

Un schéma régional d'organisation sanitaire... et social

Dans la région Midi-Pyrénées aussi, les inégalités sociales sont étroitement imbriquées aux problèmes de santé. La frontière entre les deux domaines n'est pas toujours nette, en particulier lorsqu'il s'agit des personnes âgées dépendantes.

Le schéma régional d'organisation sanitaire et social cherchera, à clarifier l'action de l'État afin qu'elle s'articule mieux avec celle des collectivités territoriales. Même si l'État n'est plus le principal acteur sur le terrain de l'action sociale, il reste le garant de la justice sociale.

Les insuffisances des actions d'un « État providence » dans des pays où les pyramides des âges sont en train de s'inverser, et où les ruptures des cellules familiales génèrent de plus en plus d'isolement, conduisent à la mise en œuvre de politiques transversales mieux orientées, dont la coordination est indispensable. [...] Au-delà des indications qui permettent de les mettre en place, elles n'amélioreront réellement les prises en charge des personnes, que si toutes les institutions appelées à y participer sont bien conscientes de la nécessité d'une approche commune.

(Extrait de l'introduction du Sross Midi-Pyrénées)

- Le développement de l'analyse qualitative de l'offre de soins : les premiers Sros ont été élaborés essentiellement à partir des instruments existants qui privilégient l'offre sur la demande et le quantitatif sur le qualitatif. Les schémas ultérieurs devront intégrer davantage les approches fondées sur la demande et s'appuyer sur des indicateurs de qualité.

- L'organisation des réseaux et le lien entre le sanitaire, le social et le médico-social : structures et actions de prévention, articulation entre court, moyen et long séjour, alternatives à l'hospitalisation et développement des services de soins infirmiers à domicile...

- L'amélioration des procédures d'élaboration du Sros : élaboration de référentiels nationaux, aménagement des rôles respectifs des services de l'État, de l'assurance maladie et des établissements hospitaliers, gestion du temps, messages techniques et politiques...

Les effets constatés, positifs ou négatifs, ne manqueront pas d'avoir des répercussions dans les interventions futures de l'État et de ses représentants dans le fonctionnement et l'organisation du système de soins. La connaissance sur le fonctionnement et l'organisation du système de soins, sur les filières, sur l'activité plus précise des établissements... est un acquis incontestable du processus d'élaboration du Sros pour les services déconcentrés. ■



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 inefficente, 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. ■



Vers une programmation régionale de santé publique

Les méthodes de planification évoluent. Depuis 1994, une programmation stratégique des actions de santé finalisée par objectifs est expérimentée dans trois régions. Ces projets régionaux de santé sont centrés sur l'amélioration de l'état de santé de la population.

Prenant en compte les inégalités régionales dans la répartition des problèmes de santé, les projets régionaux de santé se veulent l'instrument d'une politique de santé volontariste, centrée sur l'amélioration de la santé de la population. En effet, ils visent à favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions et des associations. Ils tentent d'impliquer, dans la recherche et la mise en œuvre des solutions, les personnes, leurs familles, leurs milieux de vie et les professionnels avec lesquels elles sont en relation. Ils structurent, dans une approche globale, les activités de promotion de la santé, d'éducation, de prévention, de soins, de réhabilitation et de réinsertion, et constituent ainsi le complément des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Trois régions expérimentales

Cette présentation de l'expérience de planification sanitaire au travers de la loi hospitalière montre que les préoccupations d'organisation du système de soins sont primordiales, au détriment de la poursuite d'objectifs de santé publique. La publication récente du rapport *La santé en France* et le choix d'objectifs prioritaires est un événement qui va marquer la

seconde génération de schémas. Il est probable que la maîtrise des dépenses et la planification sanitaire seront désormais mieux distinguées. Sur la base des grands objectifs de la politique de santé, il devient possible de rendre cohérentes la programmation d'actions régionales et la programmation des équipements. La rencontre entre les projets régionaux de santé et les Sros donne à la notion de planification une dimension nouvelle.

La programmation stratégique des actions de santé vise à développer progressivement avec l'ensemble des acteurs concernés les actions les mieux adaptées au contexte en vue d'apporter des solutions à moyen terme à un problème de santé identifié comme prioritaire pour la population de la région. Le résultat de ce processus est un projet régional de santé qui identifie les objectifs à atteindre, les actions à mettre en œuvre et les différents partenaires mobilisés par le projet. La programmation stratégique des actions de santé a été expérimentée en 1994 en collaboration avec la direction générale de la Santé et avec le soutien pédagogique de l'École nationale de la santé publique, par l'Alsace sur le thème du cancer, l'Auvergne sur la périnatalité et les Pays-de-la-Loire sur les consommations d'alcool. Huit autres régions et un département d'Île-de-France débutent leur programmation en 1995.

Le contexte : un constat nuancé sur la santé en France

Selon le rapport du Haut Comité de la santé publique, la santé s'est globalement améliorée en France au cours des dernières années. L'état de santé de la population française comporte cependant des faiblesses : la situation de la mortalité prématurée et évitable est préoccupante. Les disparités persistent ou s'accroissent entre hommes et femmes, entre catégories sociales et entre régions. Les maladies chroniques augmentent en raison du vieillissement de la population. La crise économique fait émerger des groupes fragilisés. La qualité de vie des personnes handicapées ou malades est insuffisamment prise en compte. Les problèmes liés au mal-être psychologique et social sont largement répandus.

En dépit du progrès des techniques médicales, d'une couverture sociale très large et d'un niveau de dépenses élevé, les services de santé ne peuvent, seuls, résoudre tous les problèmes de santé, ni réduire les écarts persistants. Il est donc indispensable que d'autres secteurs que le système de soins interviennent pour concourir à l'amélioration de la santé.

Les centres de décision en matière de santé sont nombreux (État, collectivités locales, assurance maladie...). Il n'ont pas nécessairement une politique coordonnée, y compris lorsque leurs compétences respectives devraient être complémentaires. Sur le terrain, les institutions, les professionnels, les associations ne coordonnent pas toujours leurs efforts. Les usagers sont le plus souvent cantonnés dans un rôle passif.

Face à ce constat, quatre grands buts sont proposés pour une politique centrée sur l'amélioration de la santé. Ils correspondent aux faiblesses identifiées : réduire la mortalité évitable, réduire les incapacités évitables, améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades, réduire les inégalités face à la santé. Ils sont eux-mêmes déclinés en seize priorités correspondant à des problèmes de santé particulièrement importants pour le pays pour lesquels sont proposés des objectifs spécifiques.

Ces propositions constituent le cadre général d'une politique nationale d'amélioration de la santé qu'il est indispensable d'adapter à l'hétérogénéité des situations sanitaires, économiques, sociales et culturelles sur le territoire. Dans le cadre de cette adaptation, la région semble constituer un niveau stratégique pertinent.

Elle dispose des instruments d'observation nécessaires à la définition d'une politique et des instruments de formation pour sa mise en œuvre. Les ressources atteignent au plan régional un niveau suffisant pour permettre des réaffectations significatives. Enfin, la région est un échelon essentiel pour l'organisation des soins. L'accent mis sur le rôle stratégique du niveau régional ne préjuge pas de l'absence de possibilités de négociation, de gestion et de programmation aux niveaux du département, de la commune et même du quartier.

La déclinaison au niveau régional des priorités nationales de santé suppose que soient identifiées les priorités de chaque région. Cette identification a souvent débuté de façon plus ou moins explicite à l'occasion de l'élaboration des Sros ou des débats organisés autour du premier rapport du Haut Comité de la santé publique *Stratégie pour une politique de santé*. Les conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique devraient parachever le processus d'identification des priorités régionales et leur appropriation par les acteurs locaux. L'identification des priorités est une étape nécessaire, mais non suffisante à la mise en œuvre d'une politique centrée sur l'amélioration de la santé. Il s'agit ensuite d'agir pour réduire les conséquences de chacun des problèmes identifiés.

Les projets régionaux de santé

La volonté d'agir est l'élément moteur des projets régionaux de santé qui reposent sur le postulat, admis par les différents acteurs concernés, qu'il est possible, par une action concertée, d'améliorer de façon significative l'état de santé de la population régionale et de contribuer ainsi aux grands buts proposés au niveau national.

Cette volonté a besoin, pour être efficace, de s'appuyer sur une démarche rigoureuse. La programmation des actions de santé débute par une analyse soigneuse du problème de santé dans la région dans l'ensemble de ses dimensions : déterminants sociaux, habitudes de vie, caractéristiques des populations concernées, points faibles des réponses apportées jusqu'à présent, qu'il va falloir corriger, points forts sur lesquels le projet va pouvoir s'appuyer. Sur la base de cette analyse, les objectifs du projet peuvent ensuite être envisagés. Ces objectifs sont formulés non pas en termes de moyens mais bien

en termes de résultats à atteindre, en termes de meilleur état de santé pour la population. Les différentes activités à mettre en œuvre pour les atteindre sont ensuite envisagées. La programmation stratégique des actions de santé surmonte les distinctions entre promotion et éducation pour la santé, prévention, soins, insertion, etc. en structurant ces différentes activités dans une approche globale et cohérente. Les activités hiérarchisées dans le temps, structurées en autant de projets opérationnels que nécessaire dans lesquels les responsabilités propres de chacun des acteurs qui les soutiennent ou les animent sont définies ainsi que les ressources qui vont être mobilisées. Le projet régional de santé comporte un système d'évaluation qui va permettre de la réorienter en fonction des résultats atteints, des activités effectivement mises en œuvre, des obstacles rencontrés, etc.

L'une des caractéristiques essentielles de la programmation stratégique des actions de santé est l'importance qu'elle accorde aux différents acteurs, décideurs, institutionnels, professionnels et associatifs. L'élaboration d'un projet de santé n'a de sens que s'il est effectivement réalisé. Il ne peut l'être dans de bonnes conditions que si les personnes qui auront à y participer, à différents niveaux, dans différents domaines d'intervention se sont appropriés le projet. La concertation de ces acteurs dès le stade d'élaboration du projet est un élément majeur de cette appropriation. L'identification d'objectifs explicites et partagés leur procure une visibilité à moyen terme qui leur permet d'inscrire leurs propres activités dans le sens des objectifs du projet. La concertation entre les acteurs permet également une reconnaissance mutuelle de leur compétence propre sans laquelle il ne peut exister de partenariat durable. Si la programmation stratégique des actions de santé favorise la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions et des associations, elle doit également impliquer, dans la recherche et la mise en œuvre des solutions, les personnes, leurs familles, leurs milieux de vie et les professionnels avec lesquels ils sont en relation. Ce sont en définitive les personnes qui constituent la population, qui en adoptant des comportements plus favorables à la santé, vont contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé, la démarche doit tenir compte de leurs aspirations.

Si les ressources consacrées à la santé peuvent être considérées comme globalement suf-

fisantes, une partie d'entre elles pourraient être orientées de manière plus efficace. La programmation stratégique des actions de santé doit permettre ces réorientations progressives avec une grande transparence. Les projets régionaux de santé créent un lien explicite entre les buts à atteindre, les activités à mettre en œuvre, et les ressources déployées pour ce faire. Les différents partenaires du projet connaissent la part des ressources prévues pour chaque secteur d'activités et les raisons qui justifient les investissements réalisés ou envisagés dans chacun de ces secteurs.

Une évolution décisive pour la gestion de la santé

Les enjeux dans le domaine de la santé ont longtemps été dominés par la gestion des services et singulièrement de l'hôpital public. Depuis une quinzaine d'années, la maîtrise des dépenses de santé a été placée, avec un succès limité, au cœur des priorités. Plus récemment, la sécurité des soins a occupé le devant de la scène. Les projets régionaux de santé s'inscrivent dans un courant qui tend à recentrer les préoccupations du système de santé sur l'amélioration de la santé, sans pour autant renoncer à la qualité et à la sécurité des soins, ni aux impératifs d'organisation des services en adéquation avec les besoins. La maîtrise des dépenses de santé est considérée, dans ce cadre, non pas comme un but en soi, mais comme une contrainte incontournable.

Dans les années 70, le programme périnatalité a été un exemple demeuré fameux de planification dont la finalité était l'amélioration d'un problème de santé prioritaire. La planification sanitaire a ensuite été centrée essentiellement sur l'organisation des services à travers la carte sanitaire, les schémas départementaux de psychiatrie et de soins aux personnes âgées, et plus récemment les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Enfin, se sont développés les programmes de prise en charge des personnes atteintes d'infection par le VIH. La programmation stratégique des actions de santé renoue avec le caractère finalisé du programme périnatalité, dans une approche toutefois plus déconcentrée et sans doute moins technique, soucieuse de mobiliser plutôt que d'imposer.

La programmation stratégique des actions de santé, sans renier les efforts d'amélioration de

Pays de la Loire, pays du bien boire, un mélange à maîtriser

L'importance du problème

La surmortalité masculine due à l'alcool, le pourcentage de responsables présumés d'accidents mortels de la circulation ayant une alcoolémie supérieure à 0,7 g/l, le nombre de débit de boissons par rapport au nombre d'habitants sont tous situés au-dessus de la moyenne nationale.

Les structures de prévention et de soins ne sont pas assez développées, insuffisamment coordonnées, et inégalement réparties entre les départements.

Les atouts de la région

Au regard de la difficulté du problème, tenant particulièrement à son caractère multifactoriel, les Pays de la Loire disposent d'incontestables atouts :

Les acteurs de terrain sont motivés
Le secteur associatif est très actif
Les exemples de mise en réseau des structures de soins sont prometteurs.

Les objectifs

- Diminuer dans les cinq ans à venir les conduites d'alcoolisation à risque (ayant des conséquences néfastes pour l'individu ou la société, entraînant des dommages physiques, psychologiques ou sociaux).
- Faire en sorte que toute personne confrontée, pour elle-même ou pour son entourage à des conduites d'alcoolisation à risque puisse accéder à l'ensemble des prestations sanitaires et sociales dans la zone géographique où elle réside.

Les actions

Prévenir

- Mieux informer la population, directement ou par l'intermédiaire de groupes relais sur l'alcool, ses effets et les manières de boire.
- Développer les possibilités de libre choix face à l'alcool par des démarches éducatives participatives destinées à faire évoluer les

valeurs sociales liées à l'alcool et à sa consommation.

- Sensibiliser toutes les personnes concernées au respect des réglementations (responsables d'établissements scolaires, chefs d'entreprises, restaurateurs, policiers, gendarmes, magistrats...).
- Promouvoir la consommation de boissons non alcoolisées par des actions diversifiées dans les différents lieux de consommation.

Aider, soigner, réinsérer

- Sensibiliser les professionnels du champ sanitaire et social à l'identification des conduites d'alcoolisation à risque et de leurs conséquences.
- Mieux faire connaître à la population et aux professionnels les structures de soins, de suivi et de réinsertion.
- Adapter le dispositif de soins, de suivi et de réinsertion en fonction des besoins, coordonner le réseau des acteurs pour une prise en charge continue et globale.

la gestion du système de soins, propose de passer à un stade supérieur : l'orientation du système vers des objectifs explicites d'amélioration de la santé.

La programmation stratégique des actions de santé offre une alternative à la gestion centralisée par directives qui suppose que l'administration centrale soit chargée non seulement de concevoir les politiques nationales, mais aussi d'en édicter les modalités d'application tandis que les services déconcentrés sont chargés de l'exécution sur le terrain. Les directives sont ici remplacées par une impulsion, un cadre, un apport de méthode, une formation et un soutien aux projets élaborés. La participation de représentants de l'administration centrale aux étapes clefs de l'évolution du projet est source d'une meilleure compréhension mutuelle et d'un enrichissement réciproque.

Parmi les problèmes de santé identifiés comme prioritaires au niveau national, très peu

peuvent être résolus par un seul type d'acteur, et pour aucun, les moyens à mettre en œuvre ne sont sous la responsabilité d'un décideur unique. Ainsi par exemple, les départements ont une compétence particulière en matière de cancer, tandis que la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, principaux déterminants de l'apparition de cancers, sont sous la responsabilité de l'État ainsi que la tutelle des établissements hospitaliers qui prennent en charge les malades, l'assurance maladie finance certaines activités de dépistage et la quasi-totalité des soins aux malades. Ainsi, aucune collectivité, aucun organisme ne dispose à lui seul des compétences qui lui permettraient de résoudre l'ensemble du problème. Le partenariat est donc incontournable. Dans ce partenariat, les services de l'État ont à jouer pleinement un rôle d'impulsion et d'animation qui leur est rarement contesté dès lors qu'ils respectent les compétences propres des autres partenaires. ■

Planification et besoins de santé de la population

La planification contribue médiocrement à la prise en compte des besoins de la population. Le cas est-il désespéré ? Est-il impossible, ou seulement très difficile, de mettre en œuvre une planification qui tienne vraiment compte des besoins de santé de la population ?

Longtemps, le « besoin » a été comme l'intelligence : « c'est... ce que je mesure », répondait en substance le spécialiste de santé publique sommé par le planificateur de trouver des critères rationnels, socialement acceptables, à la programmation de ses actions. Qu'il eut des doutes, c'est probable. En tout état de cause, il faisait des réponses. C'est le mode de fabrication de ces réponses qui nous intéressera ici.

En revanche on rencontre moins de problèmes pour préciser ce que planifier veut dire. Planifier, c'est *mettre en œuvre un processus de concertation, tenant compte des besoins et des contraintes, qui débouche sur des décisions techniques prises en application d'orientations déterminées sur le moyen ou le long terme*. Dans le domaine de la santé, en France, deux types de travaux relèvent traditionnellement d'une telle définition :

- jusqu'au début des années 80, des orientations ont été définies en matière de santé dans le cadre d'une planification nationale débouchant sur une loi de Plan

quinquennal. Elles ont été accompagnées d'objectifs globaux mais chiffrés ;

- la loi hospitalière de 1970 devait conduire à des travaux spécifiques sur les équipements hospitaliers et médicaux, débouchant également sur des décisions (réglementaires). Ce processus de planification sanitaire aurait pu aisément « s'emboîter » dans le précédent ; avec des indicateurs de référence communs, une composition adéquate des commissions sollicitées, il était naturel d'établir un tel lien.

Dans ce double processus, l'étude des besoins de la population était supposée se réaliser à la fois aux niveaux local et national, et les préférences de la population, supposées s'exprimer par la voix de ses représentants (élus, partenaires sociaux) dans toutes les instances de concertation. Pour rationnel qu'il fût, ce double processus n'a cependant pas fonctionné selon ce schéma idéal, et la loi hospitalière de 1991 lui a substitué un processus nouveau, centré sur l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Quelles que soient les améliorations apportées par le dispositif qui vient de déboucher sur une première génération de Sros, on peut douter qu'un certain nombre des facteurs qui ont fait obstacle pendant deux décennies à une bonne prise en compte des besoins de la population aient totalement disparu. Les nouvelles

dispositions ont surtout cherché à remédier au manque de référentiels sur l'organisation et à la faiblesse des réflexions sur la cohérence des dispositifs. L'expression des besoins de la population et leur prise en compte se heurtent toujours à des difficultés réelles, relevant en partie du système institutionnel qui n'a été que partiellement modifié, en partie d'une mobilisation trop faible de connaissances sur la santé de la population. Ces deux faiblesses sont évidemment liées.

Les obstacles institutionnels à une prise en compte des besoins de santé

Depuis cinq ans, plusieurs rapports remis aux Premiers ministres successifs ont souligné plus vigoureusement que jamais les difficultés créées par la répartition peu claire des responsabilités entre collectivités publiques et assurance maladie, favorisant une dilution des objectifs de santé publique au profit de raisonnements gestionnaires et comptables.

Responsable du financement des soins, l'assurance maladie n'est cependant :

- ni chargée des actions de prévention ;
- ni mobilisée pour promouvoir la santé publique ;
- versant *a posteriori* ses paiements en fonction des consommations constatées ou de décisions incrémentales prises par une autorité extérieure (taux directeur des budgets hospitaliers), elle n'a pas à s'engager dans un processus de réflexion préalable sur l'allocation efficiente des ressources qu'elle gère indirectement ;
- les procédés « d'évaluation » auxquels elle consacre traditionnellement l'essentiel de ses efforts relèvent soit du contrôle comptable, soit du contrôle bureaucratique (vérification de droits ouverts, de l'effectivité des actes remboursés, de la conformité des profils médicaux...) ;
- non responsable enfin des décisions concernant les prélèvements (cotisations) qui assurent son équilibre financier ;
- laissant aux pouvoirs publics le soin d'instruire et de mettre en application les décisions relevant de la planification sa-

nitaire, l'assurance maladie n'a guère de raisons de se positionner institutionnellement comme un organisme de veille sur les besoins de la population. Sans doute, depuis le milieu des années 80, une sensibilité croissante aux questions d'*efficience* au sein de l'assurance maladie et en particulier au contrôle médical, est-elle nettement perceptible. Cette sensibilité devrait conduire progressivement à rapprocher dépenses, activité médicale et besoins de la population. Les observations réalisées dans cette optique seraient précieuses pour la planification. Elles font cependant encore rarement l'objet d'un rassemblement d'ensemble soumis publiquement à la réflexion.

La prise en compte des besoins de la population devrait revenir à l'État. Mais les pouvoirs publics sont également en retrait. Ils souffrent depuis longtemps de certains handicaps. Débouchant sur des orientations et des décisions, la planification ne s'attache qu'aux variables sur lesquelles un pouvoir effectif s'exerce. Or :

- l'État, responsable des conditions générales de la santé publique (contrôle de l'hygiène, exercice de la médecine par des diplômés...), a des pouvoirs limités sur l'activité de soins. Il n'exerce guère de pouvoirs sur la distribution des services de soins proprement dits (les médecins de ville exercent en toute indépendance et en solo, les hôpitaux sous tutelle de l'État ne rendent guère de comptes sur la nature et l'origine des troubles qu'ils soignent et ne reçoivent pas de directives dans ce domaine). L'« indépendance » traditionnelle de la médecine a ses contreparties. La planification s'exprime, aujourd'hui encore, surtout en termes de répartition géographique de l'offre ;
- les pouvoirs publics ne peuvent exercer d'action directe sur les dépenses engagées. Ils prennent des décisions sur les tarifs, la progression des budgets, les équipements, mais ne disposent guère de mécanismes d'allocation pour les ressources de fonctionnement, dont le volume et la répartition demeurent largement constatés *a posteriori*. Les effectifs de personnels hospitaliers, soumis au contrôle de la tutelle, n'ont paradoxa-

ment jamais fait l'objet d'une planification. En planifiant une offre sans expliciter clairement l'activité qu'elle est supposée permettre ou... générer, permet-on les rapprochements recherchés entre besoins et offre planifiée ?

- les ministères chargés des Affaires sociales et de la Santé n'ont qu'un faible pouvoir d'agir sur un grand nombre de variables déterminantes pour la santé des populations (conditions de vie, conditions de la conduite routière, politique du tabac ou de l'alcool...). Là s'introduisent de nouveaux doutes : les besoins de santé, non réductibles à des besoins de soins, sont-ils « planifiables » avec les seuls moyens dont disposent ces deux départements ministériels ?

enfin, on sait que l'expression des élus ou des partenaires sociaux peut être motivée par des soucis d'emploi ou de prestige qui n'ont que peu de chose à voir avec les besoins de santé. Si leurs interventions ne sont pas appuyées sur de solides travaux techniques, leur présence dans les instances de planification n'offre donc guère de garantie pour une bonne prise en compte de ces « besoins ».

Dans les processus de planification, on a beaucoup utilisé d'échappatoires institutionnelles formelles : pendant de nombreuses années, il a paru suffisant d'offrir aux représentants légitimes de la population l'occasion de se prononcer. Ils se sont prononcés, somme toute, sur des choix secondaires comme la localisation des équipements, mais guère sur des choix plus fondamentaux concernant les problèmes de santé ou les techniques auxquelles il convenait d'accorder une attention particulière.

Au total, le dispositif institutionnel n'incite pas l'État à jouer un rôle très actif pour évaluer et prendre en compte les besoins de la population. L'élaboration des cartes et des schémas ne conduit guère à raisonner en termes d'affectations fonctionnelles des dépenses courantes selon les « besoins ». Au reste, l'organisation interne de l'administration centrale du ministère reflète assez bien la déconnexion de fait entre les fonctions de gestion de l'offre (essentiellement la direction des Hôpitaux), les fonctions

d'observation des états de santé et des conditions techniques de l'exercice médical (direction générale de la Santé), et les fonctions financières (direction de la Sécurité sociale) : quelle instance administrative est vraiment responsable de la stratégie globale, tenant compte à la fois des contraintes de financement et de gestion et des besoins de la population ?

Quant à l'usager, on l'a laissé « voter avec ses pieds », en l'absence de choix collectifs significatifs, sans guère s'interroger (et l'interroger) sur les cheminements qui l'avaient porté à consommer tel soin dans tel ou tel service.

Dans un tel contexte « mou », rien n'a conduit non plus à développer des instruments performants de connaissance adaptés aux besoins de la planification sur les problèmes de santé et les recours aux soins de la population. On s'en est longtemps contenté. Mais dans la période récente la rareté des ressources a donné un nouvel intérêt à ces notions : comment en effet limiter les dépenses ou leur progression sans identifier les besoins, les hiérarchiser, protéger ceux qui apparaissent « prioritaires » ?

Une faible mobilisation des connaissances sur la santé des populations

Les évolutions récentes conduisent à considérer les instruments traditionnels d'approche des besoins de la population comme très insuffisants :

- les données démographiques sont, certes, une base de projection indispensable. Mais quand les disparités locales d'équipements et de consommation sont aussi fortes qu'en France, quels critères normatifs appliquer à ces données pour déboucher sur une planification ?
- les fréquentations ou les consommations constatées ont traditionnellement servi à la fois de « base historique » pour approcher le devenir des équipements et de substituts à des données de besoins (le faible taux d'occupation d'un service hospitalier justifie sa suppression). Médiocres substituts, en vérité, car les cheminements qui ont conduit à ces con-

sommations sont abusivement considérés comme inaccessibles aux effets des politiques publiques : la référence aux consommations constatées est alors susceptible de servir surtout des corporatismes particuliers ;

- enfin, les attentes légitimes du public (« les usagers potentiels ») n'ont pas trouvé de modalités organisées d'expression, si ce n'est, *a posteriori*, au travers des médias ou des flux de clientèles constatés. C'est probablement un des facteurs qui explique la place très insuffisante des instruments de mesure de la qualité de vie des populations, aux côtés des indicateurs de mortalité ou de morbidité pour appréhender les besoins.

Jusqu'à une date relativement récente, l'observation de l'état de santé de la population était l'apanage d'instances scientifiques spécialisées (Inserm, Comité national des registres, réseaux de surveillance...) ou d'équipes de chercheurs, dont le partenaire institutionnel était la direction générale de la Santé. Les objectifs poursuivis étant la surveillance épidémiologique et la production de connaissances, il était naturel que le choix des thèmes retenus et le cadre géographique des études laissent peu de place à des préoccupations opérationnelles (exemples : registre des malformations congénitales de l'enfant, études de pathologies limitées à un ou deux départements).

La création des Observatoires régionaux de la santé a rapproché la mission générale d'observation du système décisionnel local et contribué de façon significative à la renaissance du concept de besoins, à partir de données comparatives chiffrées, faciles à appréhender. Une étape supplémentaire pourrait être franchie si les épidémiologistes des instituts de recherche et des universités étaient mobilisés pour alimenter les réflexions opérationnelles (qui en retour, peuvent offrir aux recherches les plus académiques des données de qualité).

Cependant, les conditions d'encadrement réglementaire de la planification (normes médico-techniques, fixation d'indices, maîtrise de la démographie médicale) sont restées largement centralisées et, par conséquent, découplées des

lieux de définition et de production des données sur l'état de santé ou ses déterminants. Dès lors, le risque demeure d'une déconnexion entre la logique des besoins et la recherche d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins. Une des conséquences en serait une inéquité plus grande d'accès aux soins, (l'équité supposant un traitement différencié des situations selon la nature et l'ampleur des besoins).

Le concept de « besoins de santé de la population » est donc paradoxalement démobilisateur, dans la mesure où les spécialistes de santé publique savent qu'il ne peut guère aujourd'hui déboucher sur des applications concrètes satisfaisantes, en l'absence surtout d'instruments de connaissance adaptés. De façon quelque peu paradoxale, il semble que le processus de planification ne puisse tenir compte des besoins de santé de la population que si, auparavant, on accepte de limiter ses ambitions à quelques priorités reconnues (ce qui souligne l'importance, pour les définir, d'une concertation élargie au-delà des professionnels et des élus).

Sans un tel complément, il apparaît trop flou et trop vaste pour donner prise à des analyses rationnelles et à des orientations précises. La demande accrue de sécurité, de la part du public ou d'une opinion secouée par diverses affaires qui ont ébranlé sa confiance, contribue en outre aujourd'hui à élargir l'écart qui sépare « demande » et « besoins » et à rendre plus complexe l'approche de ces derniers.

Pour éviter la paralysie ou la dispersion inefficace, la solution est probablement de passer par une étape de sélection des domaines où doit s'exercer une action volontariste de la puissance publique. Ce peut être, comme aux Pays-Bas, au travers d'une définition d'un « panier de soins et de services » minimum, ce que propose notamment le rapport Soubie. Le Haut Comité de la santé publique, pour sa part, propose d'adopter tout ou partie des « objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires » et d'en faire l'axe central des exercices de planification à moyen terme. Les besoins seraient repérés essentiellement à partir de l'écart



entre ces objectifs « cibles » et les réalités régionales, la préoccupation du niveau central étant de faciliter le « rattrapage » des régions les plus défavorisées.

Quoiqu'il en soit, ceci suppose que les politiques acceptent ce débat, pour améliorer l'efficacité et l'équité de l'offre de soins, et préparent l'opinion publique à cette approche sans doute plus modeste, mais plus réaliste, des « besoins de santé ». Ils peuvent y être puissamment aidés par les procédés d'une gestion plus rigoureuse des dépenses de santé qui ont été mis en place au cours des dernières années.

Au total, les modifications réglementaires de la planification intervenues ces dernières années paraissent moins déterminantes pour l'évolution des mentalités, des instruments d'analyse et des processus de décision que les divers changements intervenus dans des domaines connexes (contraintes budgétaires, accords de dépenses avec les professions de santé, régionalisation des enveloppes...). Ainsi, au fur et à mesure que le processus de planification se « dilue » dans un ensemble plus vaste d'interventions qui visent à « mieux gérer » la santé, pourrait se préciser et se mettre en œuvre un concept de « besoins de santé d'une population » un peu plus opératoire. ■

Marianne Berthod-Wurmser

Chef de la Mission recherche expérimentation

Dominique Baubeau

Médecin inspecteur en chef de la santé
Direction des Hôpitaux

Planification sanitaire en Rhône-Alpes

Aménagement du territoire et solidarité régionale

Contribuer de façon significative à la prise en compte des besoins de santé de la population, tel doit être l'objectif constamment recherché de la planification sanitaire et sociale. En Rhône-Alpes, les événements de la Mure viennent, tout récemment, de mettre sous les feux des projecteurs cette question d'actualité. La fermeture, par arrêté préfectoral, de la maternité, unique établissement de ce type sur le plateau matheysin, a en effet déclenché un mouvement de protestation sans précédent. Quatre cents maires et conseillers municipaux ont démissionné en bloc, cinq mille personnes ont manifesté un après-midi durant. L'assemblée régionale, que j'ai l'honneur de présider, n'est pas restée insensible. À l'unanimité, elle s'est prononcée favorablement sur un vœu qui considère que « la fermeture de cette maternité va à l'encontre de la logique la plus élémentaire d'aménagement du territoire et est en contradiction flagrante avec tout les efforts déployés pour la reconversion économique de la Matheysine ». Une mobilisation qui a porté ses fruits, le ministère des Affaires sociales et de la Santé décidant de rouvrir la maternité de la Mure, compte tenu de son éloignement de Grenoble. Une heureuse

nouvelle qui me satisfait pleinement et me conforte dans l'action menée en Rhône-Alpes.

En effet, malgré l'absence d'attributions légales, la région s'est fortement impliquée, de façon tout à fait volontariste, aux côtés des collectivités et de l'État, depuis de longues années, dans une politique sanitaire et sociale d'envergure. Ainsi, le budget 1995 d'un montant total de 80 millions de francs se décline en termes d'aménagement du territoire, dans un souci sans cesse renouvelé de solidarité régionale. Il prend en compte, en complément des interventions existantes, de nouvelles orientations : vieillissement des personnes handicapées, dynamisation des politiques de prévention de la santé et coordination du maintien à domicile.

Dans le détail, la région Rhône-Alpes apporte un soutien au secteur des personnes âgées par sa participation aux rénovations et extensions d'établissements, par des opérations portant création de nouveaux lits médicalisés, par la poursuite de l'aide à la coordination des services concourant au maintien à domicile des personnes âgées, en partenariat avec la Caisse régionale d'Assurance Maladie ou dans le cadre des contrats globaux de développement ainsi que par l'humanisation des lits d'hospice dans le cadre du Contrat de Plan.

En faveur des personnes handicapées, la région privilégie la création ou l'agrandissement des structures de travail (centres d'aide par le travail et ateliers protégés). Elle encourage les structures capables d'apporter des réponses innovantes et structurantes en matières d'hébergement des personnes handicapées vieillissantes. Elle aide les projets originaux et innovants visant à l'intégration dans la cité de ce public si souvent rejeté, cloisonné.

La région apporte également une aide en matière d'adaptation des logements aux personnes âgées souhaitant rester à leur domicile malgré la dépendance.

Elle s'implique aussi au niveau des aspects sociaux de la politique de la ville, par le biais de valorisation de programmes locaux d'insertion concourant à la vie du territoire rhônalpin.

Enfin, elle mène une politique active de prévention en direction notamment des jeunes, via des campagnes de sensibilisation (bruit, sida, alcoolisme).

Autant d'actions qui s'attachent à prendre en compte les besoins de santé de la population rhônalpine. ■

Charles Millon

Président de la région Rhône-Alpes



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 que peut 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



Planification et besoin de santé de la population

L'approche hospitalière

La nouvelle planification sanitaire issue de la loi du 31 juillet 1991 place la régulation de l'offre de soins au centre du dispositif de maîtrise des dépenses de santé, et l'impact des schémas régionaux est bien réel, si l'on en juge par les réactions sociales et médiatiques nombreuses qu'ils suscitent.

Pour autant, cette action de planification demeure largement inadaptée, car elle prend insuffisamment en compte la réalité du fonctionnement de l'hôpital, mais aussi des professionnels de santé.

Pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population, nous pensons qu'il est indispensable d'appuyer la planification sanitaire sur la mise en réseaux des professionnels, intégrés dans une approche stratégique, institutionnelle, menée en partenariat avec son environnement par chaque établissement de santé.

Sur la base de l'expérience lilloise, dont le bilan effectué en avril 1994 par l'autorité de tutelle conclut à la pertinence, nous pensons pouvoir tirer un premier enseignement général : l'élaboration de la carte sanitaire tenant compte des projets d'établissements approuvés, le rôle de la stratégie des établissements peut être reconnu à part entière comme élément de la réponse aux besoins de la population dans le cadre d'une démarche de planification élargie.

Le discours ambiant : la critique globale de la maîtrise de l'offre

La publication des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) génère de nombreuses réactions défavorables.

L'argument classiquement opposé à la planification et fréquemment repris par les médias, se réfère aux limites d'un processus centralisateur, considéré comme réducteur : c'est la planification contre l'accès aux soins.

Ce raisonnement met en avant la lutte contre la désertification des zones rurales, alors que la politique de restructuration hospitalière condamne, au nom de l'économie et de la sécurité, un certain nombre d'unités qui constituent généralement le premier employeur local.

Cette analyse considère que la concentration de l'offre sanitaire risque de renforcer la tendance à offrir des réponses inadaptées à certaines demandes, notamment d'ordre social, et qu'elle ne fera qu'augmenter les surcoûts issus des inadéquations de structure.

La critique sociale : le renforcement de l'action médico-sociale, une priorité mal intégrée

De plus en plus spécialisés autour de leurs plateaux techniques, les hôpitaux ont pri-

vilégié les soins de pointe et des modes de prise en charge centrés sur la couverture de l'assurance-maladie, visant une clientèle d'assurés sociaux stables ; ainsi s'opère, par le double jeu de la filière administrative et médicale, un processus d'exclusion sociale grave.

Garant de l'égal accès aux soins des personnes, le service public se doit d'organiser, dans une approche communautaire, une réponse adaptée à la demande et aux besoins des personnes incluses dans ces filières.

L'action de planification peut contribuer à renforcer les mécanismes d'exclusion, en classant certaines populations dites « à risque » dans un dispositif figé. Plus fondamentalement, le régime des autorisations, couplé à des programmes fléchés (urgences, sida, maladies cardiovasculaires...) peut conduire au développement d'activités reposant sur l'expression de rapports de pouvoirs n'apportant pas de réponse à moyen et long terme aux besoins de santé de la population.

La critique interne : l'insuccès des solutions gestionnaires

L'implantation du « budget global » a permis de limiter le montant des ressources allouées aux établissements publics et privés concernés. Il a généré des gains de productivité au cours des dix dernières années par redéploiement de personnel et rationalisation des activités logistiques, mais dont le potentiel s'épuise.

Au début des années 80, des efforts d'organisation et de gestion ont été entrepris afin d'accroître la capacité des établissements à maîtriser leur consommation de ressources. Dans le même temps, la médicalisation du système d'information, base d'un système de tarification rénové, se mettait en place.

Ces différentes tentatives se sont soldées par des échecs ou des retards plus ou moins importants, liés pour l'essentiel à la non-prise en compte du fonctionnement et de la culture des établissements ; la loi « portant réforme hospitalière » du 31 juillet 1991 a donc cherché à dépasser cette limite en articulant planification sanitaire et projet d'établissement.

C'est un exercice difficile, indispensable, qui dépend de la capacité d'initiative et du dynamisme des hôpitaux. C'est aussi le fondement sur lequel repose une véritable adaptation de la réponse aux besoins de santé de la population, à condition de bien intégrer la dimension socio-organisationnelle de l'hôpital, de développer une approche stratégique, ouverte sur l'environnement, de travailler à la mise en synergie des réseaux de soins.

Appuyer le projet d'établissement sur une démarche stratégique

En quatre ans, seuls ou assistés par des consultants, les établissements hospitaliers ont donc, pour la plupart, produit des documents sur l'impact desquels il convient de s'interroger.

Le projet d'établissement ne peut en effet se résumer à la production d'un document répondant à une obligation réglementaire. Un tel document, support de communication et référence, tant sur le plan interne qu'externe, n'est qu'une phase d'un processus qui poursuit une double ambition :

- expliciter les choix et identifier les actions permettant de concilier trois dimensions qui ont tendance, spontanément, à s'exprimer de façon contradictoire : l'intérêt des usagers, l'intérêt de l'institution et l'intérêt des professionnels qui y travaillent ;
- engager, par le développement d'une approche intégratrice, une évolution culturelle ayant pour but d'ouvrir de nouvelles voies à la recherche de plus d'efficacité et d'efficience.

C'est tout le sens du management stratégique hospitalier, que de tirer partie du système professionnel en place, pour aboutir à des choix médicaux articulés en réseaux, au service de la population*.

En effet, l'hôpital est une institution « professionnelle », composée d'individus souscrivant à une déontologie et possédant un patrimoine de savoirs, de

* sur ce thème, se reporter à M. Cremadez-F. Grateau *Le management stratégique hospitalier*. Interéditions, 1992, qui présente l'analyse complète de cette approche, et sur lequel est fondé cet article.

méthodes et de comportements partagés. De ce fait, il souffre de ne pas pouvoir, savoir ou vouloir orienter et contrôler les processus de formalisation et de socialisation de ses membres. Gérés par des instances différentes, ces processus engendrent une hétérogénéité des logiques professionnelles qui nuit à l'émergence d'une vision commune et équilibrée des nécessaires interactions entre acteurs.

Dans un contexte où l'offre structure le marché plus que la demande, l'hôpital peut perdre de vue les attentes de ceux qui recourent à ses services et se refermer sur lui-même, diminuant ainsi ses facultés d'adaptation. Face à un renforcement des contraintes pesant sur l'organisation, il risque de voir ses membres les plus influents adopter une position prescriptive rigide, destinée à les protéger de toute ingérence, et développer un discours idéologique et moralisateur pour rejeter les évolutions qui leurs sont proposées.

L'une des conclusions de la démarche stratégique appliquée à l'hôpital est que pour être performant dans un contexte de ressources limitées, l'établissement ne peut ni ne doit tout faire. Une analyse de son positionnement par rapport à l'environnement est nécessaire, pour mettre en évidence ses forces et faiblesses, dans un contexte où menaces et opportunités doivent être appréciés au regard d'un projet commun.

Elle met aussi en évidence que si l'adaptation de certaines structures est une source incontestable de surcoûts et de non-qualité, les défauts d'intégration au sein des filières de soins sont une source de surcoûts encore plus considérables.

Duplication d'examen, dégradation de l'état des patients, coûts de transfert abusifs en sont les conséquences les plus fréquentes. La ressource la plus rare, le temps médical, est ainsi mal employée, ce qui génère une cascade de conséquences pour les autres acteurs de l'hôpital.

L'approche du management stratégique a pour objet la définition des choix d'orientations médicales les plus appropriés aux missions qui sont les siennes (recours, recherche en particulier). Ce qui suppose le développement d'actions de partenariat, en vue notamment de :

- limiter les double-emplois de ressources en veillant à leur utilisation la plus adéquate aux regard des missions de soins fixées par la collectivité ;
- garantir le suivi et la continuité de la prise en charge des malades ;
- assurer la diffusion à l'ensemble des équipes médicales de la région de technologies maîtrisées.

En d'autres termes, cette approche donne un contenu structurant à l'action de mise en réseau des projets médicaux d'établissement.

Travailler sur les réseaux

Un hôpital ou une clinique s'inscrit dans un système de santé composé de nombreux acteurs institutionnels (professionnels de santé exerçant une activité libérale, laboratoires de recherche médicale, laboratoires pharmaceutiques, producteurs d'équipements paramédicaux...). Son action se situe dans un contexte de filières de soins mettant en jeu, pour la prise en charge d'un patient, de multiples intervenants internes et externes à l'établissement hospitalier lui-même.

Pour l'économie du système, le réseau de soins assure le meilleur moyen de rapprocher les modalités de prise en charge du lieu de vie du patient, conduisant vers une gestion de l'économie du système garante d'un renforcement de la qualité du service et de la satisfaction des usagers.

Une certaine conception du réseau est familière au corps médical. Chaque praticien s'inscrit naturellement parmi un ensemble de partenaires dont il tire en grande partie sa force. Cependant leur jeu s'inscrit dans un contexte concurrentiel et réglementaire qui en stérilise souvent les effets bénéfiques.

Construire un réseau c'est, sans pour autant le négliger, dépasser le cadre des relations confraternelles. C'est établir un cadre institutionnel de relations entre partenaires, plus ou moins formalisé, ayant pour but d'organiser les complémentarités et de faciliter la saisie des opportunités économiques et technologiques au moindre coût.

Le fonctionnement en réseau permet à chacun des acteurs impliqués d'assurer la prise en charge d'une partie d'un tout (sa spécialité ou sous-spécialité) sans perdre la vision d'ensemble nécessaire pour mesurer les effets de son intervention.

Sur la base de cette approche qu'on peut qualifier de « communautaire », l'effort à porter par les institutions sera de centrer l'approche de santé publique sur la structuration de la prise en charge globale des besoins de santé.

Si le milieu professionnel de la santé nous apparaît comme spontanément ouvert au concept de réseau, ceci est beaucoup moins évident en ce qui concerne l'univers technocratique chargé de l'encadrer. Il s'y cultive encore l'illusion d'une conception de la santé publique s'imposant à ses administrés de manière centralisée pour contenir leur tendance naturelle à privilégier l'intérêt particulier au détriment de l'intérêt général.

Fort heureusement, si le cadre réglementaire actuel fondé sur l'autorité plus que sur la coopération se prête mal à l'élaboration d'un nouveau contexte relationnel, des évolutions se font jour et un renouvellement de la doctrine planificatrice s'élabore progressivement.

Sur la base des réflexions qui précèdent, elle pourrait tendre à intégrer les réponses apportées par les établissements de santé, dans le cadre de leurs projets d'établissements, élargissant ainsi singulièrement l'approche souvent restrictive de la santé publique, en y admettant l'ensemble des actions pouvant faire l'objet d'un cadre de définition stratégique, c'est-à-dire porter autant sur les processus de diffusion technologique et l'évolution des modes de prise en charge que sur une approche populationnelle dont on a souligné l'inadaptation croissante.

Au total, la complexité et la diversité du champ d'action des acteurs de santé locaux – hôpitaux, cliniques, médecins libéraux – rend illusoire la recherche d'un contrôle strict et centralisé de l'autorité de tutelle.

Une approche globale de rationnement, non fondée sur la prise en compte d'éléments fins de l'activité et du fonctionnement des acteurs précités conduit

à déformer l'offre de soins et à l'éloigner des besoins exprimés par la population.

Si l'on ne peut contrôler efficacement la marge de liberté des acteurs, il faut donc changer complètement la perspective et s'orienter vers des modes d'action basés sur une reconnaissance de cette marge de liberté.

Il faut abandonner l'idée d'une planification de plus en plus détaillée au profit d'une régulation de l'interface entre deux niveaux d'appréhension des problèmes : le niveau des acteurs locaux, porteurs de préoccupations essentiellement d'ordre micro-économique, et le niveau des acteurs nationaux, tutelle et assurance maladie, qui ont en charge les équilibres fondamentaux du système national de santé et l'insertion de la politique de santé dans une politique d'ensemble.

Compte tenu des enjeux sociaux, économiques, éthiques de ce travail, il est clair que la définition par les pouvoirs publics et les représentants de la Nation des grands axes d'une politique de santé publique constitue le préalable à la définition de telles actions au plan local.

Cette approche trouve une expression tout à fait intéressante dans la notion de contrat d'objectifs pluriannuel, consacré par la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 ; en effet, la négociation entre la tutelle et l'établissement public de santé d'objectifs à moyen terme, assortis de conditions de financement et d'une évaluation conjointe permet de sortir de la contradiction relevée plus haut entre autonomie des acteurs et nécessité d'une maîtrise des flux économiques transitant par les établissements de soins : elle révèle les « préférences » de l'institution. De ce fait, il restitue aux acteurs leurs véritables responsabilités, en leur fixant des objectifs à atteindre, connus de l'institution, nécessairement partagés par les acteurs internes des organisations complexes que sont les établissements de santé. ■

René Caillet

Secrétaire général du CHRU de Lille

Bibliographie

Les modalités de préparation et de construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Bauduret J. -F. Technologie Santé.

Planning for health. Development and application of social change theory. Blum H. I. New-York : Human science press, 1974.

L'avenir du plan et la place de la planification dans la société française. de Gaulle J. Paris : La documentation Française, 1994.

Élaborer un schéma départemental pour personnes âgées. Frossard M. Paris : La documentation Française, 1991.

De l'anticipation à l'action, manuel de prospective et de stratégie. Godet M. Paris : Dunod, 1993.

La santé en France, rapport général du Haut Comité de la santé publique. Paris : La documentation Française, 1994.

Prospective. Lesourne J. In *Encyclopédie économique*, t. 1, Éditions Économica, 1990.

La planification économique. Ruine et postérité d'un idéal. Picavert E. In *Études*, mai 1993, 619:627.

La planification en santé. Pineault R., Daveluy C. Montréal : Agence d'Arc Inc, 1988.

Santé 2010. Soubie R. Commissariat général du Plan, 1993.

La planification sanitaire. Truchet D. In *Traité de droit médical et hospitalier*, sous la direction de M.-J. Auby. Paris : Litec, 1993.

Schémas régionaux d'organisation sanitaire. In *Espace social européen*, supplément du n° 289, avril 1995.

La planification sanitaire. In *Travail social actualités*, septembre 1991, n° 375.

Alain Jourdain, démographe, professeur à l'ENSP et **Michel Frossard**, économiste, maître de conférence, université de Grenoble ont coordonné ce dossier et en ont assuré la rédaction finale.

Merci aux auteurs qui ont apporté leur contribution écrite : **Jean-Claude Henrard**, professeur de santé publique (plans et planification), **Didier Castiel**, économiste (présentation des plans), **Didier Truchet**, professeur de droit (loi de juillet 1991), **Isabelle de Turenne**, démographe, et les participants au groupe *thésaurus de planification*, **A. Lopez**, **F. Piednoir**, **B. Basset**, **D. Lebrun**, **M. Fouillat**, **D. Baubeau** (présentation des outils), **Marc Brémont**, chercheur (autorisation/accréditation), **Michel Fouillat**, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, et **Jean-Pierre Claveranne**, chercheur au CNRS (Sros et projets d'établissements), **Jean-François Dodet**, médecin inspecteur de santé publique (schémas des urgences et de la transfusion sanguine), **Roger Linsolas**, inspecteur général des affaires sociales (Sros : une méthodologie variée), **Michel Frossard** (régulation du système de soins) et **René Demeulemeester**, médecin inspecteur de santé publique (vers une programmation régionale de santé publique)

Merci à **Dominique Baubeau**, **Marianne Berthod-Wurmser**, **René Caillet**, **Jacques Kiner** et **Charles Millon** pour leur tribune.
Merci à **P. Siwek** et **Ph. Ferrero** pour leur aide dans la conception et la réalisation de ce dossier.

Sros : rôle de l'École nationale de la santé publique en matière de formation et de recherche

Dans le cadre du programme de formation continue, la création ou la réorientation de nombreuses actions ont accompagné de 1991 à 1994, à la demande de la direction des Hôpitaux, la mise en œuvre de la loi hospitalière. Dans le domaine particulier de la planification, notre objectif fut d'accompagner pédagogiquement l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) en mettant à la disposition des professionnels, concepts et méthodes utilisables, mais aussi en expertisant et capitalisant toutes les expériences menées sur le terrain à cette occasion.

En 1991, un séminaire national élaboré en collaboration étroite avec la direction des Hôpitaux réunissait à Versailles 60 responsables médico-administratifs des Drass et de l'administration centrale. Il voulait renouveler l'approche traditionnelle de la planification par l'apport de concepts plus neufs : prospective, aménagement du territoire, négociation...

De 1992 à 1994, notre programme de formation continue a proposé de 25 à 30 ac-

tions par an dont les contenus avaient été conçus ou repensés dans l'esprit de la nouvelle loi. Parmi eux, la planification fut privilégiée :

- cinq séminaires interrégionaux intéressant 12 régions au moment de l'élaboration de leur schéma, permettant des échanges méthodologiques précieux,
 - des sessions techniques furent proposées sur : la prospective, les méthodes de sondage, l'épidémiologie, l'évaluation, la négociation. Tous thèmes repérés par une enquête auprès des professionnels.
- Soutenus par la direction des Hôpitaux, nous avons engagé une recherche sur ces méthodologies de planification en devenir, avec des travaux portant sur la concertation, la production du thésaurus des termes de planification, l'analyse comparée avec des pays étrangers. On a ainsi pu montrer que notre approche nationale ne peut pas être déclinée en termes de planification par programmes, de planification stratégique ni de quasi-marché. L'intérêt du nouveau dispositif de planification sanitaire tient au processus mis en œuvre d'élaboration de conventions entre acteurs, mais laisse presque entier le problème de la maîtrise des dépenses. Nos efforts portent actuellement sur une contribution au bilan de cette expérience amorcée il y a maintenant près de cinq ans.