



Qualité et planification sanitaire

**Comment intégrer la
qualité dans la
démarche de
planification
sanitaire ?
Exemple de la région
Nord-Pas-de-Calais.**

Gérard Dumont
Directeur de l'agence régionale de
l'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais

L'objectif premier de la planification sanitaire est d'offrir à toute la population de la région, là où elle réside, des soins de qualité. La qualité d'une démarche planificatrice, c'est d'abord une finalité clairement posée, des objectifs réalistes et une mise en œuvre effective. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la finalité de la planification est définie comme l'accès aux soins de qualité partout, à distinguer du développement de tous les soins partout. Nous nous limiterons ici à deux dimensions essentielles de la planification : le développement de l'offre d'une part, et sa répartition d'autre part.

Un développement nécessaire de l'offre de soins

En matière d'offre, une fois identifiés les besoins de santé de la région, l'agence régionale vise une disponibilité des services de santé qui soit acceptable pour la population, mais aussi au regard des normes admises en matière de santé par le législateur et finalement par la société. Dans le cadre d'une enveloppe régionale contrainte, le développement quantitatif de l'offre de soins n'est certes possible qu'à travers le meilleur coût de la production unitaire. Cependant, la région Nord-Pas-de-Calais n'est pas seulement l'une des régions où les indicateurs de morbidité et de mortalité sont parmi les plus mauvais de France et où la consommation des services de santé est la moins développée. Elle est aussi l'une des régions où l'offre de soins est la moins chère. C'est dire que cette recherche du meilleur coût, pour importante qu'elle soit, ne devrait pas permettre le développement de marges

de manœuvre significatives pour répondre aux besoins de la population.

Un niveau de soins défini par bassin d'attraction au sein d'un bassin de vie

En matière de répartition, il s'agit de favoriser l'accès de tous aux services de santé. Les inégalités dans ce domaine ne sont pas seulement géographiques, elles sont aussi hélas nosologiques (du fait du manque de spécialistes dans certaines disciplines), socio-économiques et culturelles. Elles doivent se concevoir également à l'échelle nationale. De ce point de vue, les inégalités, bien que combattues, se sont plutôt aggravées. Les investissements sanitaires dans le passé n'ont pas été guidés par le niveau des indicateurs de santé mesurés : le Nord-Pas-de-Calais souffre ainsi d'un sous-investissement chronique.

Au sein de la région même, l'objectif d'égal accès aux services de santé ne passe pas nécessairement par le développement d'une offre de proximité à tout prix, ou par une contrainte accrue sur les centres de recours au motif que ces centres sont plus chers que les établissements de proximité. L'organisation territoriale des soins consiste au contraire à assurer une prise en charge adaptée aux besoins des malades (chronicité et sécurité) et aux contraintes médicales et techniques (prévalence des pathologies, compétences médicales, équipements requis, coûts de prise en charge). Pour chacun des établissements, la promotion de l'accès aux soins pour tous passe finalement par le développement d'une offre adaptée aux besoins de son bassin d'attraction : les établissements dont le bassin d'attraction est étroit développent une offre de proximité,

ceux dont le bassin d'attraction est large développent une offre de recours. Mis à part le centre hospitalier régional universitaire (CHRU), à vocation régionale, ce travail de définition de niveaux de soins, inauguré par la périnatalité, est défini dans le Nord-Pas-de-Calais au sein de quatre bassins de vie. Il permet de clarifier les responsabilités de chaque établissement, en précisant son niveau d'autonomie et en développant ainsi le fonctionnement des structures et compétences en réseaux. L'important est d'obtenir que les établissements s'organisent pour que la continuité des soins puisse être assurée sur l'ensemble du territoire, ce qui suppose que les personnels, médicaux, soignants ou gestionnaires, puissent avoir l'expérience de ces différents niveaux de pratique.

Assumer son niveau de soins dans son bassin de vie

Ainsi, la qualité en matière de planification, pour une agence régionale de l'hospitalisation d'une région défavorisée sur le plan sanitaire, peut être vue de la façon suivante. D'abord, que chacun ait la possibilité de bien faire son métier à l'endroit et au niveau où il exerce : c'est en quelque sorte l'obligation de déployer des ressources adaptées à chaque niveau de pratique. En contrepartie, chaque professionnel limite sa pratique à ce qu'il sait bien faire. De même, un établissement de recours de petite taille, pour demeurer crédible, ne peut pas produire un trop grand nombre de « groupes homogènes de malades » ; un établissement généraliste de petite taille ne peut pas développer un plateau technique démesuré et prétendre jouer un rôle de recours ; un centre de recours ne doit pas garder des malades relevant de la proximité lorsque ces malades n'habitent pas à proximité du centre.

Attirer les compétences médicales par des projets valorisants

Ensuite, les organisations de santé ont besoin d'un personnel compétent et en nombre suffisant. La mise en œuvre d'une démarche structurée en matière de qualité ne remplacera pas la compétence, l'habileté du médecin ou du chirurgien requis pour tel niveau de soins ou tel bassin de vie. Pour la région, soumise à une fuite importante de ses personnels les plus qualifiés vers d'autres régions, la perte de substance causée est irrémédiable. Répondre à ce défi nécessite d'abord que la région sache garder son personnel en place, mais aussi qu'elle sache attirer les ambitions par la qualité de ses projets, qu'elle soit attentive au maintien

voire à l'enrichissement des compétences, enfin qu'elle sache accroître son potentiel de formation, c'est-à-dire qu'elle préserve voire développe ses centres d'excellence, en sachant mobiliser l'offre de proximité au même titre que l'offre de recours. Cette question se posera dans la plupart des régions françaises dans les années à venir, du fait d'une politique restrictive menée par les pouvoirs publics dans les décennies passées. Ce type de solution vaut donc *mutatis mutandis* pour la France sur la scène européenne et internationale.

Garantir la vitalité du tissu sanitaire en tenant compte des ressources disponibles

Finalement, la qualité d'une démarche planificatrice se mesure par son aptitude à développer la vitalité globale du tissu sanitaire, autour des missions et avec les moyens déterminés par la collectivité nationale. Les démarches structurées en matière de qualité peuvent bien sûr avoir leur utilité, mais elles ne peuvent que consolider une offre de soins préexistante et organisée et assurer une certaine stabilité de la qualité des soins dans le temps. Des procédures inadaptées à la vocation de l'établissement et à sa situation dans un bassin de population particulier, seraient-elles parfaitement à jour et appliquées, n'en demeureraient pas moins inopportunes. La volonté d'aller vers une plus grande qualité des services de santé ne peut en tous les cas être confondue avec la simple mise en œuvre de normes toujours plus contraignantes de moyens en matériel et en personnel, qui risque finalement de compromettre la sécurité sanitaire des populations les plus isolées par un redéploiement des moyens vers des zones déjà pourvues. Cette dynamique de concentration ne joue pas seulement au sein d'une région, comme en Midi-Pyrénées. Elle creuse aussi les inégalités entre régions, par exemple entre la région Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais. La qualité du service rendu à la population impose donc au planificateur sanitaire de ne pas sacrifier la finalité du système de santé à la satisfaction immédiate de critères présumés universels de bonne pratique soignante. ■