

Les outils

L'aménagement sanitaire du territoire a mis en évidence la nécessité de nouveaux concepts et outils pour pouvoir être efficace : indicateurs, bassins de santé, PMSI...

Alain Corvez
Médecin,
chargé de mission
ARH Languedoc-
Roussillon

En géographie de la santé « *tout concourt aujourd'hui à privilégier le cadre régional* » écrivait Henri Picheral il y a déjà... 15 ans. L'essentiel est désormais en train de se faire et l'aménagement sanitaire du territoire est une politique résolument affichée par les organismes publics et parapublics. La Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Datar) l'intègre à part entière dans sa stratégie d'aménagement du territoire pour l'horizon 2020 et en ce moment même, les stratégies qui sont retenues pour le contrat de plan et les programmes de développement menés en partenariat avec l'Union européenne présentent un caractère de territorialisation résolument affiché.

Dans le même temps, l'hôpital est invité à sortir de ses murs, réseaux et filières sont censés mettre en relation les acteurs de santé et le patient placé au centre devient l'objet de toutes les attentions. La prise en compte des besoins de santé de la population est une impérieuse nécessité et la satisfaction du patient une ardente obligation, sans négliger bien sûr la garantie de sécurité qui confine parfois à la recherche du « risque zéro » comme une ultime façon de se rassurer.

Dans ce foisonnement de projets et d'intentions louables, il est important de pouvoir éclairer la décision par des indicateurs pertinents et fiables et de s'appuyer sur l'arsenal juridique et réglementaire déjà mis en place pour engager l'action. Tous ces outils concourent à la recomposition permanente et coordonnée du paysage sanitaire.

Les outils de la connaissance

Les sources de données de santé sont à l'image de la santé elle-même : multiples dans leurs aspects, variées dans leurs origines et de qualité bien inégale.

Malgré de nombreuses imperfections, toutes ces données se chevauchent et se recoupent l'une l'autre et permettent de se faire une idée pas si mauvaise que cela de la santé d'une population. Aux puristes qui argumentent de l'inexactitude des choses, souvent dans leur propre discipline, il faut savoir opposer pour le décideur la nécessité de disposer d'une information même rustique, pourvu qu'elle ne soit pas inexacte.

En tout état de cause, la description classique d'indicateurs sanitaires ne doit pas faire oublier que la santé ne saurait se résumer seulement au champ des soins et que la prévention ou l'étude des déterminants de santé sont aujourd'hui susceptibles d'apporter des résultats tous aussi décisifs que les offres sophistiquées et les technologies de pointe pourtant largement médiatisées.

S'intéresser aux besoins conduit naturellement à étudier les populations de zones géographiques bien définies et pour lesquelles existent des données superposables. De multiples organismes (Insee, Inserm, Cnamts, CAF) fournissent des données qui permettent de décrire les populations et leur état de santé et de gros efforts sont entrepris par différents ministères pour intégrer toutes ces données d'une manière plus cohérente, les rendre disponibles sur des supports modernes (Internet, Intranet) et fournir des synthèses et de nombreux résultats d'analyses.

Les données socio-démographiques

Le cadre de l'évolution démographique est depuis longtemps un des domaines le mieux exploré et le recensement qui vient d'avoir lieu tout récemment, en sachant qu'il doit être le dernier sous cette forme, va permettre de décrire au mieux toutes les évolutions qui

se sont produites dans notre pays et les caractéristiques des populations concernées :

- Les données d'état-civil continuent d'être des données précieuses (naissance, décès) et y sont rattachées de façon habituelle les notions de mortalité infantile et périnatale, d'espérance de vie, de taux de mortalité...
- L'inventaire communal dresse un catalogue extrêmement intéressant des ressources des communes et mériterait d'être plus souvent utilisé.
- La BDCOM (cf. glossaire p. 36) est une table particulièrement précieuse pour faire correspondre les différents zonages qui ont cours actuellement et dont l'évolution devrait se faire vers davantage de simplification.
- Les projections de population telles que réalisées dans l'application Omphale permettent de mesurer les enjeux qui peuvent affecter certaines zones géographiques dont les évolutions sont fortes (à la hausse ou à la baisse). La proximité du recensement leur redonne une pertinence accrue.
- L'étude des flux migratoires est un paramètre important aujourd'hui pour ajuster les modalités d'aménagement de certaines zones géographiques.

Mais il reste souvent bien difficile de décrire les caractéristiques socioculturelles des populations alors que l'on sait pertinemment qu'elles impliquent nombre de comportements qui affectent directement le système de soins.

Les caisses d'allocations familiales publient par communes quatre indicateurs qui témoignent assez fidèlement de la précarité (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion, allocation aux parents isolés, Fonds national de solidarité).

Entre les recensements, la base de données Fidel donne des renseignements sur les revenus des ménages.

Les données fournies sur le chômage interviennent dans la compréhension de certaines situations locales et permettent de mieux dégager des solutions

En matière de vieillissement, le taux de personnes âgées et très âgées ou de personnes vivant seules oblige à aménager l'espace sanitaire de manière mieux accessible en veillant à garantir l'autonomie le plus tard possible.

En ce qui concerne la psychiatrie, on peut espérer que l'arrivée prochaine d'un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) contribuera à mieux décrire des pathologies dont la fréquence ne cesse d'augmenter, notamment chez les jeunes, et qui appellent des solutions d'organisation à la fois souples et coordonnées. Pour le moment les rapports d'activité de secteur restent une source mal exploitée quoique riche d'informations.

Les indicateurs de l'état de santé

Les ordonnances de 1996 précisent que chaque année, le projet de financement de la sécurité sociale soumis au Parlement par le Gouvernement doit tenir compte des priorités de la politique de santé et des orientations pour la prise en charge des soins proposées par

la Conférence nationale de santé. Le Parlement est également destinataire du rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé.

Trois sources principales de données sont susceptibles de fournir des indicateurs généraux sur l'état de santé de la population, pour peu qu'on en connaisse les limites et qu'on en améliore la qualité :

- Les statistiques de mortalité par causes fournies par l'Inserm résultent de l'exploitation des certificats de décès et permettent d'apprécier indirectement la morbidité.
- Les registres et en particulier les registres des tumeurs fournissent quand ils existent une masse incomparable de données sur les incidences et les prévalences mais aussi sur les conditions de diagnostic, les modalités de prise en charge et les taux de survie. Leur coût de maintenance les rend difficilement généralisables. Ils sont pourtant sans doute les meilleurs outils d'évaluation de ces réseaux de soins.
- Le service médical de la Cnamts émet de façon exhaustive des avis sur un groupe de trente maladies donnant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD30). Si certains patients omettent encore d'en faire la demande, le fait que ce mode de prise en charge concerne les maladies les plus graves et donnant souvent lieu à hospitalisation permet pour certaines pathologies de calculer des taux d'incidence et de prévalence. Le suivi régulier qui en est fait autorise en outre à porter un jugement sur les stratégies thérapeutiques et les modalités d'évolution.

Parce qu'il n'y a pas lieu de penser que la morbidité hospitalière est franchement si différente de la morbidité générale, d'autant qu'on recourt de plus en plus souvent à l'hôpital pour se soigner, le PMSI a désormais aussi sa place pour décrire la morbidité.

Mais à côté de ces indicateurs généraux de santé, souvent assez bien connus, et sans doute sous la pression de facteurs sociaux de plus en plus nombreux, bien d'autres déterminants de l'état de santé doivent être analysés pour guider les politiques (accidents, tabac, alcool, conduites addictives, maladies transmissibles).

Les données concernant l'offre de soins

Depuis longtemps déjà, et sans doute parce qu'elles les finançaient, les tutelles se sont dotées des outils de description des structures.

- Historiquement, la première source d'information commune est le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) qui concerne tous les établissements sanitaires et sociaux, publics et privés. À chacun des quelque 75 000 établissements recensés est associé un numéro Finess de référence et un grand nombre d'items concernant la catégorie d'établissement (centre hospitalier régional, institut médical professionnel, crèche familiale, école d'infirmières...), le statut juridique (établissement public, SARL, fondation...), le mode de fixation des tarifs, les disciplines médicales et sanitaires offertes (avec un grand degré de détail), le mode

de fonctionnement (hospitalisation complète, de jour, recherche, transport de malades...), les équipements matériels lourds disponibles (appareils de radiographie, d'hémodialyse, scanographes...), les types de clientèle (hospitalisés, déficients auditifs, adultes en difficulté d'insertion...) et le nombre de lits ou places autorisés et installés. Le Finess est un fichier d'enregistrement continu. Il est inégalement et imparfaitement renseigné par les Ddass qui en ont la charge.

- Le souhait de comparer non pas des autorisations « papier » mais des activités bien réelles a conduit le ministère de la Santé à compléter ces informations en principe exhaustives et continues par des enquêtes. Depuis 1994 et pour ce qui concerne les seuls établissements de santé, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui reste basée sur du déclaratif, s'est substituée aux enquêtes H80 et EHP. Également gérée par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), la SAE apporte au Finess d'utiles compléments en ma-

tière d'équipements installés et d'effectifs de personnels. Sa destination essentielle est toutefois de connaître l'activité des établissements en nombre de journées de soins produites, de nombre de patients traités, de personnels, d'actes produits. Une refonte assez complète va se mettre en œuvre dès le début 2000 visant à minimiser les redondances avec le PMSI et dans le but d'accompagner plus précisément la mise en œuvre des Sros et de se prononcer sur les autorisations et leurs renouvellements.

Ces sources de données, par ailleurs de grande richesse, ont été peu utilisées autrement que pour l'établissement de synthèses de tableaux difficiles à lire. Elles sont désormais disponibles, chaque année, sous la forme d'un cédérom simple d'utilisation. On regrettera toutefois que leur communication se fasse encore sous forme de données agrégées et non de bases d'enregistrements bruts.

- Dans un contexte de pénurie annoncée concernant certaines spécialités médicales, la connaissance précise

Les outils réglementaires

Les outils de la planification sont désormais en place dans l'ensemble des régions françaises.

La carte sanitaire

Elle a été instituée afin de permettre, sur l'ensemble du territoire, une appréciation quantitative des équipements et installations selon leur nature. Elle définit par arrêté, et pour chaque type d'installations et d'équipements, un découpage du territoire en « zones » sanitaires » et des indices de besoin correspondants. En confrontant les perspectives de population et l'inventaire des équipements existants et autorisés, elle suscite également les évolutions nécessaires à l'offre de soins, en vue de satisfaire de façon optimale à la demande de santé.

Les Sros

À cette appréciation quantitative des besoins, la loi de 1991 a ajouté une appréciation qualitative en introduisant un nouvel instrument de planification sanitaire : le schéma régional d'organisation sanitaire, qui détermine, au sein de chaque zone concernée, une répartition équilibrée de l'offre sanitaire. La plupart des agences régionales de l'hospitalisation viennent de publier les schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération, qui définissent le

cadre de la politique hospitalière pour les cinq ans à venir et les adaptations nécessaires de l'offre hospitalière. Les objectifs majeurs prennent souvent la forme d'orientations prioritaires, laissées au choix des régions, visant à assurer la satisfaction optimale des besoins de santé des populations. Les annexes opposables développées par certains précisent les efforts de recomposition à conduire.

Les autorisations administratives préalables

La reconnaissance, la création, le regroupement ou le transfert de lits ou d'équipements obéissent à un régime d'autorisations administratives préalables, délivrées par la commission exécutive de l'ARH qui doit motiver ses décisions de refus ou d'approbation au vu de la carte sanitaire et après avis du comité régional d'organisation sanitaire (Cros). L'autorisation est donc avant tout une mesure de police sanitaire puisque tout établissement de santé ne peut être regardé que comme « titulaire » des autorisations afférentes à la structure et non « propriétaire » de ces dernières au sens patrimonial du terme.

Les contrats d'objectifs et de moyens

Les agences régionales de l'hospitali-

sation concluent avec les établissements de santé des contrats d'objectifs et de moyens qui définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé. Le contrat ainsi conclu devient un outil de régulation au moins aussi complet que l'autorisation administrative puisque cette convention est tout à la fois un outil de planification sanitaire et en même temps un outil de maîtrise des dépenses de santé.

Le numerus clausus

Le numerus clausus des médecins, la formation universitaire et la réforme de l'internat participent aussi à cette logique de planification qui vise à rapprocher l'offre des besoins... Le principe du libre choix d'installation des praticiens n'étant pas remis en cause, il y a lieu de réfléchir à des mesures incitatives judicieuses pour guider les jeunes médecins vers des spécialités utiles et pour des régions qui en ont besoin. L'absence de prise en compte de ces éléments aboutit aujourd'hui à aménager l'espace sanitaire non plus en fonction des logiques d'équipement, mais en prenant en compte cette contrainte majeure qu'est la pénurie de certaines compétences dans certaines zones géographiques. ■

des caractéristiques des personnels médicaux (âge, sexe, date de thèse...) revêt un caractère éminemment stratégique. Le fichier Adeli qui décrit les principales caractéristiques utiles et notamment des personnels médicaux, souffrait d'une qualité déplorable qui en limitait fortement l'utilisation. L'introduction de la carte Sesame-Vitale et notamment de la CPS (carte professionnel de santé) a été l'occasion d'un important toilettage qui laisse espérer une plus grande pertinence des analyses. Mais

la base Adeli recense toujours mal les praticiens hospitaliers en particulier les PU-PH, ce qui a conduit la direction des Hôpitaux à développer l'application Sigmed, spécialement dédiée à cet effet et qui devrait être opérationnelle pour le début de l'année 2000.

Les données d'activité

Il n'est plus possible aujourd'hui de vouloir apprécier les besoins sanitaires et leurs réponses hospitalières sans s'appuyer sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Dans le souci de décrire encore plus finement des activités a été lancée voici plus de 20 ans l'idée d'une description parfaitement précise, médicale et économique, de l'activité de soins à l'hôpital. Depuis 1991, les établissements hospitaliers doivent procéder à la présentation de leur activité par le recueil systématique et le traitement automatique d'informations médicales et administratives concernant chaque séjour : le PMSI. Chacun des quelque 11 millions de séjours annuels donne ainsi lieu à un résumé de sortie standardisé (RSS) constitué d'un ou plusieurs résumés d'unités médicales (RUM). Le RUM contient des informations permettant d'identifier l'établissement de soins, de qualifier le patient et de définir les soins reçus ainsi que leur cause médicale sous forme de diagnostics codés conformément à la Classification internationale des maladies (CIM). Les actes sont, à ce jour, codés conformément au catalogue des actes médicaux (CDAM). Les résumés de sortie standardisés affectent le séjour à un groupe homogène de malades (GHM). Les GHM sont inspirés de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* permettant l'affectation des patients dans des groupes homogènes sous le rapport de la maladie et du coût de séjour. Chaque établissement est désormais doté d'un département d'information médicale (DIM) qui concentre l'information issue des services et exploite un logiciel identique de groupage évoluant régulièrement chaque année. Bien évidemment les données médicales sont protégées par le secret professionnel et les lois sur les libertés individuelles. La communication des informations, aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur et y compris à la tutelle se fait sur la base de résumés de sortie anonymes (RSA) obtenus par transformation des RSS. Un certain nombre d'établissements en France, dotés d'une comptabilité analytique rigoureuse, participent à la construction d'une échelle annuelle nationale des coûts qui sert de comparaison, GHM par GHM, à l'ensemble des établissements de santé du territoire et permet de calculer la valeur Isa (cf. glossaire) de chacun.

Le PMSI a un intérêt évident pour la maîtrise des dépenses de santé et c'est d'abord pour cela qu'il a été mis sur pied. La campagne budgétaire de l'année 1997 a été la première à intégrer ces données. Désormais la valeur régionale du point Isa intervient comme l'un des 4 facteurs de la péréquation permettant de réduire les inégalités entre les régions (dépenses hospitalières par habitant hospitalisable dans le secteur

Glossaire

Adeli

Base de données recensant l'ensemble des professions médicales, des pharmaciens, des auxiliaires médicaux dont la profession est réglementée par le Code de la santé publique et l'enregistrement du diplôme obligatoire. Elle est utilisée aux fins de contrôle de l'exercice des professionnels, de planification de la formation et de l'installation, d'information des professionnels et du public.

BDCom

La Base de données des communes fournit l'ensemble des découpages administratifs et des zonages utilisés par l'Insee et permet de passer d'un niveau géographique à un autre.

Champ MCO

Désigne habituellement les activités de médecine, chirurgie, obstétrique couvertes actuellement par le champ court séjour du PMSI.

Dotation globale de financement (DGF)

Depuis les ordonnances de 1996, le Parlement définit annuellement l'enveloppe des dépenses hospitalières pour le pays. Le gouvernement applique ensuite une péréquation nationale permettant de déterminer l'allocation attribuée à chaque région. Les ARH répartissent ensuite cette allocation aux établissements publics de santé de leur région.

Erasmé

Extraction, recherche, analyse pour un suivi médico-économique. Outil actuellement en cours d'élaboration à la Cnamts permettant de réunir en un seul système les bases de données de la liquidation de l'ensemble des régimes et les données du PMSI public et privé. L'utilisation à terme d'un identifiant patient crypté permettra de mieux cerner la formation des coûts au travers des différentes structures et filières de soins.

Fidel

La base de données Fidel de l'Insee rassemble des informations localisées à l'échelle communale en provenance d'un grand nombre d'administrations de l'État (impôts, transports...).

Omphale

Le modèle de projection Omphale de l'Insee permet, à distance du recensement et sur la base de paramètres démographiques fixés, d'estimer les populations de zones géographiques déterminées, à des dates inter-censitaires.

Pampers

Procédure algébrique de mesure de la perméabilité et de recours aux soins. Matrices carrées élaborées par la Cnamts et décrivant le volume de flux d'une région à l'autre ou d'un département à l'autre de soldes inter-régionaux ou inter-départementaux. Elles sont élaborées à partir des données brutes de la liquidation et permettent d'obtenir des indicateurs d'autarcie et de perméabilité.

Point Isa

Chaque classe d'activité d'un établissement est affectée d'un poids relatif standard par GHM (Isa), permettant de calculer le total Isa de l'hôpital. Le rapprochement du budget de l'hôpital et de son total Isa définit la productivité hospitalière globale (point Isa) que l'on peut comparer à celle d'autres établissements.

Sigmed

Système d'information et de gestion des personnels médicaux, destiné à l'ensemble des services qui assurent la gestion des personnels médicaux des établissements publics de santé. Il a pour fonction d'automatiser les procédures de gestion des praticiens hospitaliers et notamment tous leurs événements de carrière.

public, flux des patients, indice comparatif de mortalité, valeur régionale du point Isa). Mais son application aux établissements révèle tout autant les disparités de ressource donc de coût existant entre les établissements à production de soins égale. C'est tout le mérite du PMSI que de pouvoir désormais constituer un principe qui renverse la charge de la preuve dans les négociations budgétaires. Tenus d'établir leurs budget en fonction d'une enveloppe fermée (DGF) déterminée sur la base de l'activité, les hôpitaux doivent désormais argumenter leurs demandes supplémentaires et justifier de leurs dépenses, notamment au regard des besoins des populations. Il s'agit de passer d'un financement des structures à un financement des activités. Le nouveau mode de groupage par effeuillage progressif, intégrant les diagnostics associés selon plusieurs modalités, devrait mieux rendre compte des coûts.

Mais le PMSI a également un grand intérêt en matière de santé publique. Si la morbidité hospitalière n'est que la partie émergée de l'iceberg des pathologies qui affectent les populations, il n'en reste pas moins que, dans un pays à haut niveau de couverture médicale comme la France, les données du PMSI sont bien une image de la partie la plus préoccupante des populations malades même s'il demeure une part de la population qui n'accède pas aux services de santé. La mise à

disposition depuis 1997 des bases de données des établissements privés (même si elles comportent encore quelques lacunes) permet de se faire une idée assez précise du champ de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

L'analyse des données du PMSI permet l'analyse, désormais en grande nature, des variations de l'hospitalisation selon l'âge, le sexe et la pathologie principale, ce qui permet de fournir par là même une référence permettant de standardiser selon l'âge et le sexe les populations concernées par l'hospitalisation et donc d'apprécier beaucoup plus justement les écarts relatifs de besoins. C'est ce que d'aucuns appellent l'utilisation à des fins « épidémiologiques » du PMSI. Vouloir réfuter cette possibilité d'utilisation est tout aussi absurde que de lui accorder une place démesurée. Là encore la plus grande prudence s'impose mais n'exclut pas l'étude. L'existence d'un code géographique de résidence des patients désormais disponible sur l'ensemble des bases permet d'apprécier plus précisément la réponse de soins selon certains groupes de pathologies.

Pour pouvoir mériter sa place parmi les indicateurs justes de la décision et guider l'aménagement du territoire sanitaire, le PMSI doit encore progresser :

- Son champ doit s'élargir. Les réformes en cours prévoient de l'appliquer prochainement aux soins de

Les outils de l'organisation

La télé médecine

Le développement des autoroutes de l'information et l'essor du multimédia par la compression numérique des informations rendent dès aujourd'hui possibles la téléconsultation par visioconférence, la télé expertise d'examens radiologiques complexes en temps réel ou le maintien à domicile de patients atteints d'affections chroniques sévères grâce à la télésurveillance de leurs fonctions vitales. Ces nouvelles technologies appliquées à la pratique médicale sont présentées par leurs promoteurs industriels comme les instruments d'une véritable révolution productive des systèmes de santé. Outil séduisant du développement des réseaux et filières de soins inscrits dans les ordonnances de 1996, la télé médecine ne progresse pourtant pas en France aussi vite que chez nos voisins européens. Nul doute que l'impulsion qui est donnée par la direction des Hôpitaux pour sa meilleure diffusion peut venir en appui intéressant dans les recompositions qui s'opèrent, pour peu que les opérateurs chargés de

véhiculer cette technologie sachent rassurer les professionnels.

La mise en réseau

La mise en réseau des acteurs de soins est susceptible de garantir une réponse graduée de l'offre permettant un maillage efficace du territoire sanitaire :

- Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) répondent à une demande exprimée par les patients et offrent aux hôpitaux qui maîtrisent en partie les admissions en HAD, un moyen de moduler les sorties. Ils sont très souvent restés relativement spécialisés dans le traitement des cas spécifiques qui avaient motivé leur création (dialyses, cancers). La faiblesse de leur relations avec les professionnels libéraux est à déplorer.
- Les réseaux ville-hôpital et les réseaux de soins coordonnés dont les champs se sont aujourd'hui élargis du sida à la toxicomanie et l'alcoolisme, s'avèrent être des structures plus souples qui rapprochent mieux les structures hospitalières et libérales mais qui doivent être évaluées.

● Dans certaines spécialités (cancérologie...), réseaux et filières de soins sont une nécessité. Elles permettent de garantir une approche multidisciplinaire aux patients, et contribuent à rationaliser l'utilisation des équipements et à mieux répartir des compétences médicales parfois devenues rares. En termes de fonctionnement médical, l'approche par filière vise à identifier les étapes de la prise en charge en examinant pour chacune d'elles quel est l'acteur mettant en œuvre les meilleures garanties pour assurer une prestation de qualité et la meilleure gestion des interfaces amont et aval. C'est dire que la réflexion doit être guidée par des outils d'analyse de la valeur des différents maillons de la chaîne de soins.

- De la même façon, une politique bien conduite et raisonnable de développement de la chirurgie ambulatoire substitutive peut permettre d'adapter les « programme lits » de nombreux établissements pour proposer une organisation plus rationnelle des soins directement orientée vers le patient. ■

suite et de rééducation des établissements publics et privés puis aussi à la psychiatrie, voire à des activités qui restent encore mal mesurées (urgence).

- Mais la réforme la plus attendue est le chaînage des séjours dans le PMSI public, qui à l'instar de ce qui se fait pour le privé et avec un parfait respect des recommandations de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil), permettra désormais de caractériser le patient.

- Cependant le PMSI ne saurait être l'outil unique qui répond à tout sur tout. Il doit impérativement s'articuler au mieux avec les autres systèmes existants.

L'assurance maladie qui gère les dépenses de santé voit passer dans son système d'information l'ensemble des données de liquidation soumises au remboursement. Cette masse colossale de données (près d'un milliard de feuilles de soins par an progressivement remplacées par la télétransmission) va s'enrichir des codages des médicaments et de la biologie, déjà opérationnels, demain du codage des actes puis des pathologies. Le système d'information Erasme pourra sous une forme entièrement cryptée relier l'information ambulatoire aux données du PMSI désormais chaînées sur le patient. Ces rapprochements qui devront se faire sous des règles strictes de confidentialité permettront d'affiner les stratégies de soins et de mener une vraie gestion du risque.

La Cnamts publie aussi régulièrement à partir des données de liquidation une analyse des flux interrégionaux de consommation de soins (Pampers) qui aboutit à la reconnaissance de régions importatrices ou exportatrices de soins, ces mouvements pouvant aussi se faire vers des régions de plus ou moins grande cherté (par exemple : le Languedoc-Roussillon est une région qui importe en nombre plus de soins qu'il n'en exporte, mais ses exportations se font majoritairement vers une région plus chère).

Conclusion

L'approche fondée sur les besoins des populations en matière sanitaire est désormais consacrée. Il en résulte une nécessité de connaissance faisant appel à de nombreux outils. Ceux-ci sont en place pour l'essentiel et l'heure est à leur viabilisation et à leur mise en cohérence et notamment dans une plus grande maîtrise des zonages comme outils d'aménagement du territoire. Ils doivent aussi fournir aux décideurs une information pertinente et d'actualité.

Parce que les contraintes économiques ne peuvent être absentes d'un débat sur l'aménagement sanitaire du territoire, mais aussi parce que la variabilité est inhérente aux phénomènes biologiques, il y a lieu de se garder de vouloir amener un trop grand lissage du territoire national parce que des disparités existent. Poser résolument les stratégies, hiérarchiser les priorités, aménager la gradation de l'offre en activant les réseaux d'acteurs sont sûrement plus efficaces pour combattre les inégalités qu'un saupoudrage qui gaspille les moyens. ■

Les bassins de santé concept et construction

Emmanuel Vigneron

Professeur
de géographie et
d'aménagement,
Université
Montpellier III,
directeur scientifique
du groupe
Prospective santé
de la Datar

Au milieu du XVIII^e siècle, la durée moyenne de vie des Français était de 25 ans. Elle est, aujourd'hui, estimée à un peu plus de 76 ans. Deux siècles et demi auront donc suffi pour multiplier la durée de la vie par trois. Dans le même temps, la mortalité infantile a été réduite de 30 ou 40 fois, fait sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Mais ces progrès spectaculaires de la santé, liés à de fascinants progrès techniques, ont aussi leur rançon : ils ont relégué au second plan de nos perceptions collectives la question de l'accès aux soins, source d'inégalités persistantes entre les hommes et les femmes, entre les catégories sociales et professionnelles mais aussi entre les zones géographiques.

L'ignorance ou même le désintérêt pour ces différentes inégalités et la prééminence d'une logique de l'offre dans la planification sanitaire ont également d'autres causes : sources d'informations déficientes, difficultés d'analyse mais aussi conception jacobine et égalitariste de la France et des Français, croyance au caractère inéluctable et généralisé du Progrès et, particulièrement, du progrès des techniques médicales.

La réforme du système de santé, inscrite dans les ordonnances de 1996, dans le prolongement de démarches antérieures comme l'élaboration de schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale en 1992-1993, devrait marquer l'abandon d'une approche par l'offre (les structures) au profit d'une approche centrée sur les besoins et la consommation. C'est du moins ce que disent la Loi et les déclarations politiques qui définissent sans cesse la recherche de la meilleure satisfaction des besoins comme objectif fondamental du système de santé

C'est essentiellement aux Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et aux agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) qu'il revient de porter cette nouvelle approche. D'une certaine manière, elles ont été créées pour avoir une vision « géographique » de la santé, vision également adoptée par les conférences régionales de santé.

Cette logique de besoins, ou de population, doit être considérée comme le résultat de l'enracinement de l'idée de santé publique en France et des efforts de nombreux acteurs. Mais, au-delà des circonstances du moment, propres à l'émergence de cette optique, on peut aussi voir le mouvement d'une balance entre deux pôles : accessibilité d'une part et sécurité-qualité d'autre part. La première pousse à la diffusion, les secondes à la concentration. Tantôt la balance penche d'un côté, tantôt elle penche de l'autre... En dépit de cette vision stoïcienne du balancier, méfiante envers l'idée de progrès, il faut reconnaître cette logique et en apprécier les conséquences. La logique de population pousse non seulement à l'appréciation des besoins de la popula-

Contexte juridique et politique

La notion de bassin de santé [111-113], a été reprise par la circulaire ministérielle du 24 mars 1998 sur l'élaboration des Sros, développée par le secrétaire d'État à la Santé [5] et, finalement, inscrite dans la loi à la faveur d'un vote de l'Assemblée nationale dans sa séance du 4 mai 1999 (amendement Veyret).

L'article L 712-2 du code de la santé publique, deuxième alinéa devient ainsi : « *les zones sanitaires [...] sont définies par voie réglementaire en tenant compte des bassins de santé* ».

L'exposé des motifs de l'amendement dispose en outre que :

- Les procédures rattachées à la planification sanitaire ne permettent pas toujours de prendre en compte la dynamique de l'évolution des besoins de la population et des activités de soins. Souvent, en effet, le cadre de référence (ou « zone sanitaire ») relève d'une logique plus administrative que dynamique et empêche une analyse fine des évolutions.

- Il est donc proposé d'inclure dans

le code de santé publique la notion de « bassin de santé ». Celle-ci devra être précisée par voie réglementaire en tenant compte des études déjà conduites sur la question.

- Il s'agit surtout d'entamer un travail de repérage et de délimitation de ces territoires. Ce travail pourra être conduit sous l'égide des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en relation avec les autorités régionales. Il devrait surtout permettre d'accompagner les efforts de réorganisation sanitaire en palliant les insuffisances des outils actuels de planification.

Cette notion doit être développée à l'échelle nationale conformément à la loi d'aménagement et de développement durable du territoire (LOADDT), article 14, amendement Veyret qui dispose que « *le schéma de services collectifs sanitaires encourage l'émergence et la délimitation des bassins de santé sur le territoire* ».

En outre l'article 14 de la LOADDT énonce que « le schéma de services collectifs sanitaires a pour but d'assurer

un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité, notamment en veillant au maintien des établissements de proximité.

« Il vise à promouvoir la continuité et la qualité de la prise en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins, des exigences de sécurité et d'efficacité.

« Il favorise la mise en réseau des établissements de santé assurant le service public hospitalier et le développement de la coopération entre les établissements publics et privés. Il vise également à améliorer la coordination des soins en développant la complémentarité entre la médecine préventive, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale. »

À ce stade la question est clairement posée à tous de la délimitation des bassins de santé dans leur territoire de compétence. ■

tion mais aussi à l'analyse de ses comportements de consommateur de soins, et finalement à apprécier le degré de satisfaction des besoins. En termes mathématiques simples cela passe par le calcul de taux qui ne sont jamais que le rapport d'un événement (un nombre de lits de chirurgie) à la population concernée par l'événement (la population effectivement susceptible d'être hospitalisée dans ces lits). La logique de population, conduit à se soucier davantage du dénominateur d'un taux : la population concernée, que du numérateur : tel ou tel élément de l'offre. En effet, l'un des problèmes essentiels de l'organisation territoriale des soins provient de la difficulté qu'il y a de circonscrire géographiquement les populations et de pouvoir par là-même assurer qu'elles consomment ici les soins offerts ici. Ce problème, qui n'est rien d'autre que celui de la définition exacte d'un taux et qui concerne toutes les sciences, a souvent été contourné par l'acceptation de limites administratives, départementales par exemple, sans aucune raison objective.

C'est à la résolution de ce problème, source de gaspillages et d'inefficacité potentielle que s'attache la notion de bassin de santé qui vise à la fois à une meilleure accessibilité des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.

Un découpage géographique adapté aux problèmes sanitaires

La planification en santé commande incontestablement une vision d'ensemble de la satisfaction des besoins de la population et de leur évolution. C'est la raison pour laquelle les approches centrées sur le patient et ses besoins de soins tels qu'ils s'expriment dans un bassin de vie, ou un bassin de santé, sont officiellement recommandées. Qu'est-ce qu'un bassin de vie ou un bassin de santé ? L'hôpital, de même que tout autre offreur de soins public ou privé, se doit de répondre aux besoins de la population et pour cela il doit les connaître. Il ne saurait évidemment assimiler les besoins des malades qu'il reçoit ou qu'il pourrait recevoir à des besoins moyens des Français. Il doit connaître les besoins de « sa » population ne serait-ce que pour en mesurer la différence avec les besoins moyens des Français et y apporter des réponses adaptées.

Un bassin de santé n'est ainsi fondamentalement rien d'autre que le cadre spatial de l'action du professionnel de soins, celui où réside « sa » population et, autour de lui d'autres professionnels de santé avec lesquels il constitue, au moins de fait, un réseau.

Comme l'hôpital représente le sommet de la hiérarchie du système et pour que l'ensemble atteigne une certaine masse critique les bassins de santé sont d'abord

des territoires hospitaliers. Comme l'hôpital n'est pas seul en un point donné du territoire mais qu'il est voisin d'autres établissements de santé publics ou privés et d'autres prestataires de soins, il partage ce cadre d'action avec tout un ensemble d'offres de soins avec lesquels il forme ce qu'on peut appeler un « pôle » sanitaire.

Définition des bassins de santé

Un bassin de santé est une partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes. Une commune, par exemple, fait partie d'un bassin de santé parce que ses habitants s'adressent préférentiellement aux établissements de ce bassin et que vis-à-vis des autres établissements périphériques les habitants des communes ont un comportement voisin. Les limites d'un bassin de santé sont déterminées par le départ entre les aires d'influence respectives de pôles sanitaires voisins. L'analogie est donc forte avec le bassin hydrographique ou bassin versant et avec la ligne de partage des eaux. C'est aussi ce que l'on appelait dans le français rural classique une « tombée ». On pourrait aussi évoquer si l'on ne craignait l'analogie économique sinon marchande, l'aire de chalandise. La définition d'un bassin de santé repose sur une homogénéité de comportements des populations et non directement sur une disposition des structures de l'offre. Par opposition à d'autres découpages de l'espace sanitaire qui privilégient une approche par les structures, le bassin de santé propose une approche par les comportements. Tels qu'ils ont été définis en 1977 et 1989 en France et le plus souvent, les secteurs sanitaires ne correspondent pas à la réalité des mouvements de la population hospitalisée car ils n'ont pas été définis en référence aux pratiques spatiales des populations. Il en va de même de la délimitation territoriale des caisses primaires d'assurance maladie.

En raison de l'organisation hiérarchique de l'offre de soins, un bassin de santé est, à la limite, toujours emboîté dans des bassins de dimensions supérieures et englobe toujours des bassins d'échelles inférieures. Néanmoins on ne parlera pas du bassin de santé organisé autour de tel ou tel cabinet de médecine libérale ou de telle ou telle clinique. On parlera dans ce cas d'aire d'attraction ou de recrutement. Dans la pratique on parlera de bassin de santé dès lors que la population sera suffisamment nombreuse tout en restant la plus homogène possible sous le rapport de ses caractéristiques ou besoins de santé. On parlera de bassin de santé dès lors qu'un réseau de santé pourra se mettre en place ou existera déjà. Dès lors un bassin de santé comportera en général au moins un pôle de niveau II dans la hiérarchie hospitalière, soit au moins un centre hospitalier d'au moins 150 à 200 lits. Sur cette base, on peut observer en France environ 200 bassins de santé.

Comment délimiter des bassins de santé ?

L'identification de bassins de santé et de pôles de soins peut se faire de plusieurs manières :

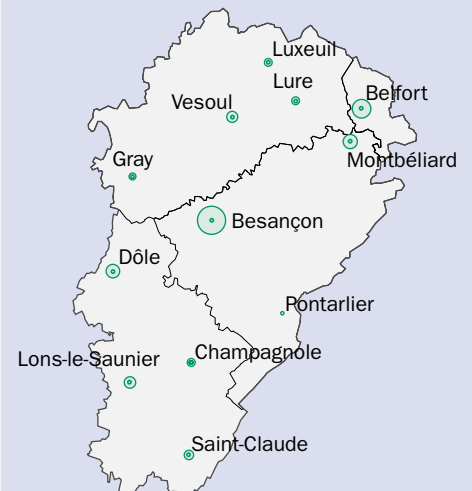
- Elle peut se fonder sur l'expression de la perception des acteurs par le biais de l'enquête sociologique. Scientifiquement cependant, rien ne peut permettre de mesurer le degré d'objectivité d'une telle démarche. Qui a été interrogé et par qui ? et son caractère consensuel est difficile à atteindre pour cette raison même. On aurait tort toutefois de mésestimer l'enquête tant l'expérience, surtout si elle est collective, ne peut être négligée, et de même il convient au moins de s'interroger sur le degré de précision d'analyses qui la démentiraient complètement. Dans tous les cas, l'expérience des acteurs constitue au moins un référentiel et il convient au moins de les associer à la validation des résultats de l'analyse scientifique.

- On peut aussi procéder par analogie avec les lois physiques de l'attraction universelle et déterminer des aires d'attraction. La distance est dans l'univers un puissant facteur explicatif de l'attraction des masses les unes sur les autres et ce que l'on sait de l'attraction hospitalière ne déroge pas à cette règle. Le résultat est mathématiquement très satisfaisant, mais il peut dérouter par son caractère déterministe laplacien. L'expérience montre toutefois qu'une telle approche suscite des débats dont la nature éloigne des préoccupations initiales et finalement l'analyse perd en justification sociale ce qu'elle gagne peut-être en justification scientifique.

- On peut enfin, dans une perspective de planification populationnelle, souhaiter intégrer à la détermination des « bassins » et « pôles » de santé la vision et la pratique qu'en ont les principaux acteurs, à savoir les

Étapes de la construction de bassins

1. Distribution et masse des pôles hospitaliers



hospitalisés eux-mêmes et ceux qui les adressent ici plutôt que là : leurs médecins. L'intérêt d'une telle démarche est évidemment de donner de l'espace hospitalier une vision non technocratique et de permettre pour employer une formule à la mode « une expression citoyenne ». Son risque est évidemment d'entériner les choix de la population comme des choix justifiés et rationnels. Il y a peut-être là un danger que l'on ne peut négliger. Cependant, la Constitution affirmant la liberté fondamentale d'aller et venir des citoyens de la République, il peut aussi paraître conséquent d'accepter ces choix. Il est préférable de souscrire à cette conception plutôt qu'à une autre.

Méthode de délimitation des bassins de santé

La délimitation des bassins de santé repose sur l'analyse d'une information décrivant les flux de patients de leur domicile à leur lieu de soins. Cette information est aujourd'hui disponible dans les PMSI des établissements. Le géocodage de ceux-ci, encore imparfait, doit être conforté. L'exhaustivité n'est d'ailleurs absolument pas nécessaire pour un tel objet : des sondages conviennent bien. La délimitation des bassins de santé peut aussi se fonder sur l'analyse de données d'enquête (comme les enquêtes du Groupe d'animation et d'impulsion nationales (Gain) de la Cnamts, les affections de longue durée, ALD, lesquelles donnent lieu à une prise en charge à 100% et sont consignées sur des bordereaux spéciaux) ou sur d'autres enregistrements comme l'état-civil pour les naissances et les décès puisque les uns et les autres ont aujourd'hui très majoritairement lieu en milieu hospitalier.

L'analyse d'un tableau (une matrice) décrivant la fréquentation de chaque pôle hospitalier j pour chaque

secteur d'habitat i est la condition sine qua non de la prise en compte concrète et objective de la pratique spatiale des personnes hospitalisées. Le caractère lourd et fastidieux de ces tableaux conduit également souvent à n'en tirer qu'une part limitée de l'information qu'ils contiennent pourtant. Le plus souvent ce sera en ne retenant que la destination majoritaire ou attirant plus de 50 % d'un lieu donné. Il n'y a aucune justification théorique à ce genre de seuil qui peut en outre conduire à réunir des situations très disparates. Il convient plutôt de s'attacher à la reconnaissance de familles de profils de comportements... À la décharge des situations passées on considérera l'état de la micro-informatique au début de la décennie... mais on devra alors accepter que son état présent rend inacceptable... l'absence de calcul.

L'analyse des données est la solution statistique adaptée à l'exploration et à la représentation de l'information contenue dans ce genre de tableau origine/destination. Dans le cas d'une détermination des bassins de santé on pourra avoir recours à :

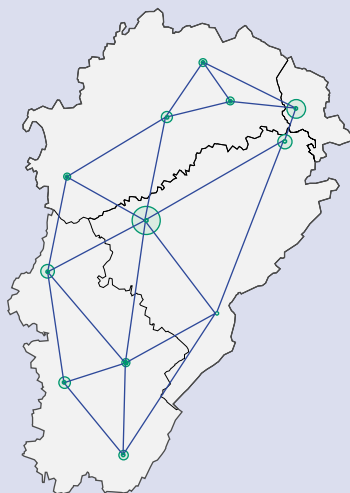
- l'analyse des correspondances ou l'analyse des proximités pour la détermination des pôles hospitaliers,
- la classification hiérarchique ascendante pour la détermination de la hiérarchisation du dispositif et de ses emboîtements successifs.
- les nuées dynamiques, à partir des pôles fixés par l'analyse des correspondances pour la détermination des limites des bassins.

Arguments en faveur des bassins de santé

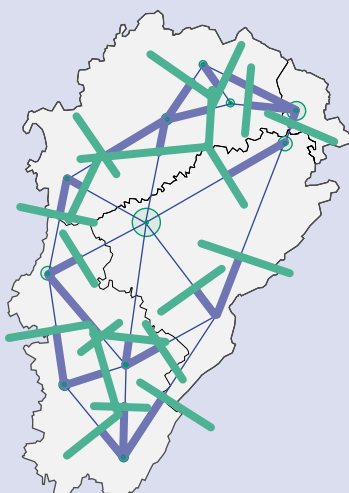
Au-delà des arguments juridiques qui s'imposent désormais aux acteurs de santé toute une série d'argu-

de santé théoriques

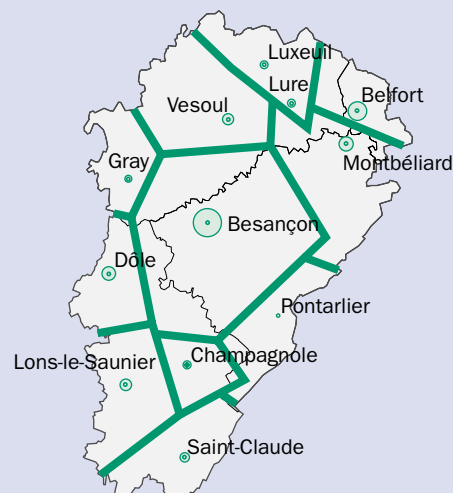
2. Graphe des relations entre pôles hospitaliers



3. Construction des limites

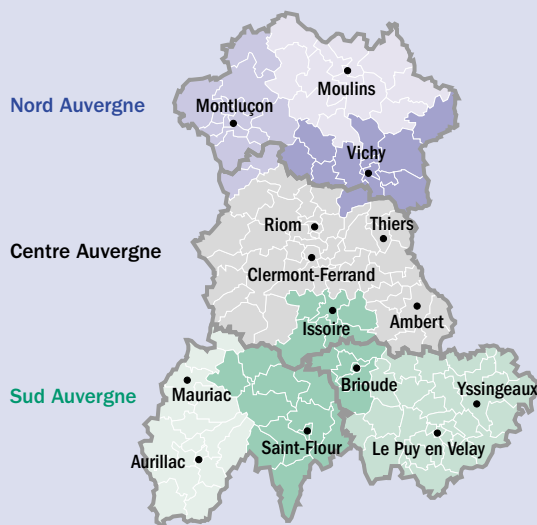


4. Délimitation



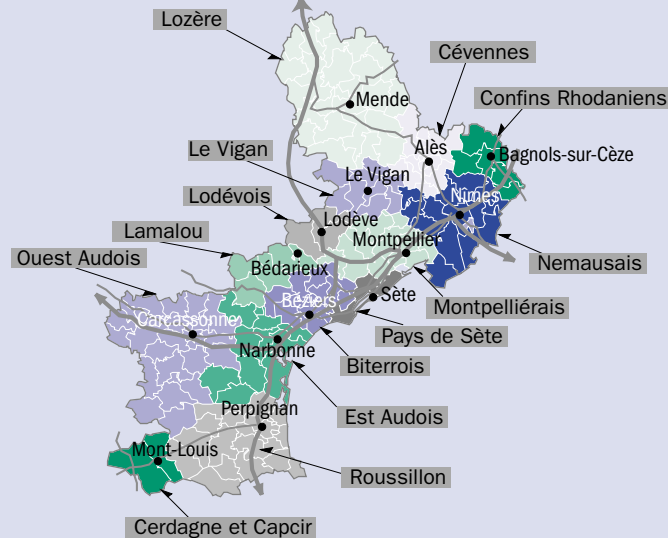
Exemples de bassins de santé

Les bassins de santé de l'Auvergne



Sources :
Enquête PMSI/
Exploitation
Geos.
© Geos/ARH
Auvergne
© Geos/ARH
Languedoc-
Roussillon

Les bassins de santé du Languedoc-Roussillon



ments moins conjoncturels existe en faveur d'une telle démarche :

Arguments mathématiques

La confrontation de « bassins théoriques », résultant seulement du calcul, aux bassins de santé tels qu'ils sont déterminés par l'analyse des comportements d'hospitalisation des populations est étonnante. En effet, le calcul montre qu'une loi simple, celle de l'attraction universelle de Newton, est susceptible d'expliquer le phénomène de l'attraction hospitalière avec un haut degré de probabilité...

Arguments d'actualité

Les cartes que l'on peut réaliser à partir des sources d'enquête passées (du type des enquêtes Gain chirurgie de la Cnamts) se superposent parfaitement avec celles que l'on peut dresser à partir des récentes données PMSI. C'est un argument puissant en faveur de la méthodologie proposée et en faveur de la réalité et de la stabilité dans le temps du découpage proposé. De même les contours des bassins de santé dessinés à partir de l'analyse du comportement des patients se superposent avec d'autres découpages anciens et traditionnels, comme ceux de ces « pays » centrés sur de petites villes, que l'on nomme aujourd'hui « bassins de vie ».

Arguments pratiques

Dans la perspective d'une approche des problèmes de santé centrée sur les besoins de la population, le bassin de santé est actuellement le découpage le plus adéquat dans la mesure où il est le résultat d'un découpage issu directement et uniquement du comportement géographique des patients. Par définition un bassin de santé est drainé par plusieurs établissements de soins :

c'est une entité géographique qui permet de dépasser le jeu de tel ou tel établissement pour aller vers la recherche de synergies et de complémentarités. Il part de l'idée que la santé n'est pas un marché et qu'il y a des limites éthiques au jeu de la concurrence. À une échelle supérieure, par construction, le bassin de santé est le résultat d'une partition emboîtée du territoire qui de ce fait permet la reconnaissance et l'organisation de réseaux de prise en charge gradués. Il convient également de souligner que le bassin de santé est le découpage qui minimise au mieux les fuites et attractions, ce qui est un atout en termes de justification d'allocation de ressources. Enfin, on pourra considérer que les bassins de santé constituent la base géographique indispensable à l'élaboration d'un système d'information géographique ou SIG, enfin vraiment utile à la prise de décision en santé publique.

Arguments de convergence

Quelle que soit la méthode employée, les résultats sont généralement cohérents. Cette cohérence est un gage précieux d'acceptabilité. Les contours que révèlent les analyses doivent en effet être secondairement soumis à une décision de nature politique — à une appropriation sociale — qui ne relève pas de l'analyse proprement dite même si ses arguments facilitent cette nécessaire appropriation.

En guise de conclusion...

La notion de bassin de santé parce qu'elle part des comportements et des besoins des usagers alors que d'autres découpages partaient de la répartition actuelle de l'offre conforte le passage d'une logique d'institu-

tions à une logique de services de santé. C'est là au demeurant la spécificité du géographe de la santé par rapport à d'autres acteurs du champ sanitaire. Son objet d'étude, l'espace, le conduit à mesurer d'abord des besoins, puis à apprécier le niveau de réponse de l'offre. Ce qui peut paraître banal... Mais qui ne l'est pas toujours tant il est commode de partir de l'offre. Au plan philosophique ce n'est rien d'autre qu'une perspective humaniste et une volonté de faire vivre la devise de la République.

Au plan pratique, cette logique de services de santé définis à partir d'une mesure locale des besoins de la population débouche sur le concept opérationnel de « commande publique ». Elle pourrait reposer sur une définition du besoin de santé par types de territoires : rural isolé, zones périurbaines, villes de taille différentes, types de quartiers. ■

Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ?

Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? Notre réponse est oui et, de façon liminaire, nous complèterons cette affirmation en précisant qu'il s'agit en la matière, d'une réelle obligation. Pourtant, il n'existe pas de formule mathématique ou de modèle permettant d'aboutir à un résultat fiable et consensuel correspondant à un questionnement aussi flou. Par ailleurs, l'intégration de l'approche spatiale aux raisonnements de santé publique présente encore aujourd'hui quelques obstacles techniques et culturels, ayant leurs origines dans l'histoire épistémologique et sociologique des disciplines et des professionnels appelés à intervenir dans le champ de l'analyse des faits de santé.

Faire progresser le questionnement afin d'en élucider les objectifs

Pour répondre à la question ici posée, la première nécessité est de disposer, au préalable, d'une interrogation claire, précise et explicite. Celle-ci doit s'élaborer conjointement entre « techniciens-experts » et « demandeurs-décideurs ».

Trop souvent en effet, acteurs, responsables, représentants de la collectivité formulent ce questionnement en des termes peu clairs, en n'explicitant pas leurs intentions. En cela, la détermination de besoins de santé ne peut s'engager qu'au prix d'un questionnement rapporté à l'émetteur d'origine dans le cadre d'une très étroite collaboration.

Quels sont les besoins à découvrir ? Sont-ils globaux, spécifiques, courants ou rares ? De quelle population s'agit-il ? La population générale ? Les individus d'un sexe ou de l'autre ? De quels âges ? Convient-il de ne porter attention qu'à la population atteinte de telle ou

telle affection ou vers l'ensemble des habitants vivant localement ? Cherche-t-on à apprécier un ou des besoins globaux, somme toute relativement abstraits ? Ou s'agit-il de préciser quels peuvent être les besoins relatifs à telle ou telle technique ? Des besoins relevant de telle structure ou susceptibles d'être couverts par des réseaux d'acteurs ? Quel est ce « local » retenu comme cadre de réflexion ? Dans quel contexte régional se situe-t-il ? Ces besoins sont-ils immédiats, contemporains ou doivent-ils être estimés à court, moyen ou long terme ?

L'accompagnement de la demande est, à l'évidence, la première étape de la détermination des besoins. Avant d'aborder des étapes plus aisées car plus techniques, il convient de bien connaître les motifs de la demande, d'avoir procédé à la détermination de la finalité de la démarche. Est-elle demandée dans le cadre d'une répartition de moyens budgétaires, humains, techniques ou d'infrastructures ? Sera-t-elle menée afin de réaliser des arbitrages entre des demandes provenant d'acteurs locaux ou, au contraire, doit-elle être utilisée par les « demandeurs-décideurs », dans le cadre d'une analyse prospective accompagnant la recherche de l'expression locale de projets innovants et adaptés aux situations locales ? De quels délais dispose-t-on ? À quelle échéance veut-on atteindre des résultats ? Cette deuxième étape suit la phase d'explicitation de la demande. Elle recouvre les trois aspects fondamentaux de la démarche de détermination.

Déterminer, selon la définition du dictionnaire *Le Robert*, consiste en effet non seulement à « délimiter avec précision » les besoins, mais aussi à « entraîner la décision » des « demandeurs-décideurs » ; enfin cette action devrait être susceptible « d'être la cause, ou d'être à l'origine » d'un positionnement confirmé ou renouvelé des « demandeurs-décideurs ».

Quel local ?

Qu'est-ce que le local ? Dans le contexte d'une réflexion portant sur les relations entre santé publique et aménagement du territoire, ce point nous semble capital. Pour divers motifs, la dimension territoriale est restée durablement étrangère à la réflexion de santé publique [12]. Souvent, les « demandeurs-décideurs » s'adressent aux « techniciens-experts » afin que ceux-ci leur précisent quel est l'espace unique à partir duquel il convient de fonder leur approche territoriale. Ici encore, la réponse à apporter n'est certainement pas unique, elle dépend de la question initialement posée et des objectifs finaux.

Deux attitudes sont possibles et bénéficient de degrés de légitimités comparables, pourvu que quelques règles soient respectées. Il est tout à fait envisageable de retenir une entité administrative préexistante (arrondissement, canton, aire urbaine, zone d'emploi...) ou un secteur géographique *ad hoc* dont, le plus souvent, la délimitation aura été fondée sur des critères descriptifs du milieu (facteurs démographiques, sociaux,

Olivier Lacoste
Directeur
de l'Observatoire
régional de la santé
Nord-Pas-de-Calais
Jean-Louis Salomez
Professeur
de santé publique
CHR de Lille,
Président
de l'observatoire
régional de la santé
Nord-Pas-de-Calais

géographiques, etc.). Il est aussi possible de retenir non plus des critères externes (aux thématiques sanitaires) mais de fonder une partition territoriale à partir de facteurs internes (exploitant des données sanitaires) tels que les aires d'influences hospitalières ou libérales, des regroupements d'équi-mortalité ou d'équi-morbidité, aboutissant à la mise en place de « bassins de santé » (lire l'article d'E. Vigneron), de « bassins ambulatoires », d'entités géo-épidémiologiques légitimement fondées. Bien sûr, tous les degrés de mixité entre ces deux procédés peuvent être envisagés.

Cette construction d'entités « locales » s'opère de plus en plus actuellement. Elle répond aux besoins ressentis, essentiellement par les nouvelles instances sanitaires régionales (ARH, Urcam, etc.), d'une appropriation du territoire qui est de leur ressort. Or, à travers cette tendance générale, apparaît l'utilité du « local ». Toute structure, disposant d'un pouvoir de décision ou se devant de pouvoir fournir quelques analyses, se doit de maîtriser son propre territoire, en le décomposant en espaces locaux, dans le but de saisir l'éventuelle diversité de l'ensemble lui-même. Le « local » est donc fondamentalement une partie désagrégée d'un tout. Il est engendré par la nécessité de désagrégation, c'est pourquoi chaque entité locale est, surtout dans le cas que nous traitons, marquée des particularités, des spécificités du tout dont elle est issue. Concrètement, ce fait se vérifie. Les bassins de vie, les bassins de santé, les secteurs sanitaires, les espaces d'analyse des Urcam varient, fort heureusement, ne serait-ce qu'au travers de leurs dimensions territoriales et/ou des effectifs démographiques qu'ils recouvrent : le « local » de l'Île-de-France ne peut être et ne doit pas être strictement identique au « local » du Limousin.

Décision et observation, désagrégation/ré-agrégation

Pour autant, l'analyse locale des besoins se doit d'autoriser décision et observation. À cette fin, il est souvent souhaitable de procéder à une distinction entre territoires locaux qui servent à l'application des mesures et espaces d'observation. Le passage de l'un à l'autre s'opère par un mouvement de désagrégation/ré-agrégation. Ainsi convient-il souvent de décomposer la totalité d'un territoire régional en espaces observés multiples mais cohérents et homogènes, puis de surimposer à ceux-ci les secteurs de décision. Ainsi par exemple, les secteurs sanitaires ou bassins de vie (ou bassins de santé) peuvent-ils être mis en regard des bassins de recrutement hospitaliers qui peuvent être élaborés à partir des données géocodées du PMSI.

Besoins de qui ? Besoins de quoi ?

Fort des préliminaires précédents, nous arrivons enfin à la définition des besoins. Celle-ci pose encore trop de problèmes difficilement solvables à tous ceux qui n'auraient pas abordé les trois points antérieurs.

Généralement la détermination demandée porte sur

les besoins de la population, des habitants de tel ou tel secteur local. L'objet étant cadré et explicité, il devient possible d'objectiver dans un premier temps ces besoins aux moyens de données disponibles, puis dans un deuxième temps, et dans un deuxième temps seulement, d'affiner la démarche par la réalisation d'enquêtes ou d'analyses plus ciblées.

À notre sens, la détermination des besoins de santé locaux se doit de faire l'objet d'un appareil composite d'analyse, alliant approches quantitatives et approches qualitatives adaptées [122, 123]. On y associe essentiellement, lorsque l'objet s'y prête, analyses de la mortalité, études et synthèses des données de morbidité, études par entretiens, analyses d'experts, analyses des responsables, analyses de l'offre, analyses de la production, analyses de la consommation, enquêtes auprès des clients, enquêtes auprès de la population (voir graphique p. 46).

De ce faisceau composite peut découler une détermination thématique des besoins locaux éventuellement réagréés en besoins infra-régionaux puis régionaux. À ce prix peut être conçue une politique (déterminée ?), ponctuelle ou plus globale de santé publique qui sera, par ailleurs, adaptée à son environnement local.

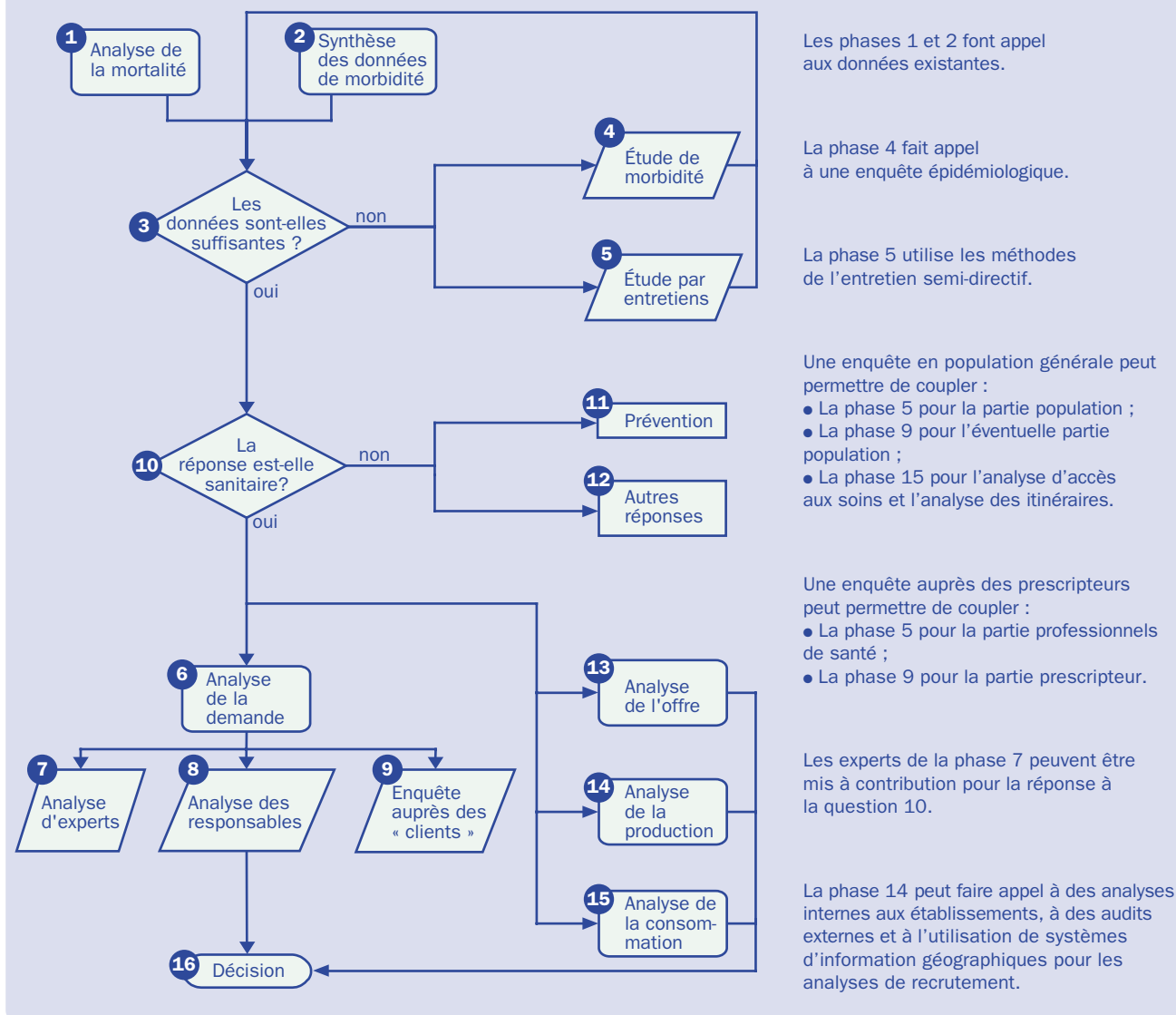
Ainsi est-il possible de concevoir la formulation explicite des réponses que l'on peut apporter aux besoins mis à jour. Il est alors possible de déterminer si cette réponse est ou non strictement ou essentiellement sanitaire, c'est-à-dire si elle implique ou non développement ou réduction de l'offre de soins, de la production de soins ou de la consommation de soins. Dans le cas contraire, s'il apparaît que la réponse la plus adaptée n'est pas strictement sanitaire, il est alors possible de concevoir d'autres mesures relevant, cette fois, de la prévention.

Cette progression dans la détermination des besoins ne doit jamais perdre de vue les objectifs initiaux. Si, en réponse à l'interrogation portant sur les délais ou les termes (courts, moyens ou longs) il a été acté que l'échéance dépassait cinq à dix ans, *toutes choses étant égales par ailleurs*, la détermination des besoins de prévention trouve sa place. Si, au contraire, le terme est plus court, les besoins en matière de prise en charge voire en création de structures peuvent se trouver être accrus.

Insensiblement l'exercice de la détermination des besoins se doit de migrer, de se déplacer vers la mise en place de conditions favorables à la prise de décision. Ainsi peut-elle contribuer à substituer, lorsque le contexte s'y prête, à la création d'une nouvelle structure, le développement de projets adaptés et répondant aux besoins tels que des réseaux, tellement en vogue actuellement.

Cet accompagnement de la décision par la détermination des besoins locaux peut déboucher sur des propositions susceptibles de surprendre parfois les acteurs de santé. Il nous semble en effet que si les réponses aux besoins se doivent d'être pensées par le domaine sanitaire et ses agents, un important gisement de be-

Une démarche globale



soins trouve sa réponse auprès d'autres domaines et d'autres acteurs (éducation nationale, équipement et personnels sociaux et culturels, aménageurs, agents économiques, autres services de l'État tels que ceux de l'équipement, de l'industrie, de l'agriculture, de l'aménagement du territoire même). Ce point est, en effet, particulièrement sensible lorsque s'allient santé publique et aménagement du territoire.

Cette nécessité ne cesse de s'accroître. Sa progression résulte pour une part d'un « expansionnisme » relatif du discours sanitaire s'alliant au développement de nouvelles structures décisionnelles régionales soucieuses des réalités locales. Si la dilatation des préoccupations de santé est, en soit un fait de plus en plus courant attestant du renouveau de la santé publique en France (l'accroissement des préoccupations dans

les domaines de l'environnement et de l'école en est sans doute le meilleur signe) il n'en reste pas moins que les réponses adaptées se doivent d'associer très souvent d'autres « décideurs » intervenant dans d'autres champs spécifiques et non strictement sanitaires.

Pour cela, il nous semble que la détermination des besoins ne peut faire l'économie d'une analyse du milieu local, qui permettra aux « demandeurs-décideurs » sanitaires d'externaliser les intentions en allant rechercher de très utiles collaborations d'acteurs de structures extra-sanitaires. Lorsque l'on entend s'attacher à l'établissement local « d'un état complet de bien-être physique, mental et social » ou encore lorsque l'on espère contribuer à ce qu'une population locale soit « adaptée à son environnement », ne convient-il pas de s'entourer de savoir-faire et de légitimités extra-sanitaires ? Pour

ce qui relève de la prise en charge, l'exigence est sans doute moins impérieuse.

Conclusion

Détermination des besoins et externalisation des intentions sont, conjointement, le gage de la transversalité des approches territoriales. Elle permettent aux différents acteurs d'adhérer à une entreprise décloisonnée

recherchée tant par les acteurs sanitaires que par ceux de l'aménagement du territoire.

Ce fait est sans doute plus encore perceptible à l'échelle du local, lorsque se développe la politique de la ville, les programmes régionaux de santé ainsi que les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ces initiatives ne sont-elles pas toutes de grandes consommatrices d'analyses de besoins locaux ? ■

Où en est le PMSI en psychiatrie ?

L'objectif des travaux menés par la direction des Hôpitaux consiste à étendre le PMSI à l'ensemble des activités des établissements publics et privés afin de répondre aux exigences de la réforme hospitalière de l'hospitalisation publique et privée (ordonnance du 24 juillet 1996) concernant la réduction des inégalités de ressources entre les différentes régions et les différents établissements.

À l'heure actuelle, seules l'activité d'hospitalisation de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)) en hospitalisation complète ou partielle et l'activité de soins de suite et de réadaptation disposent d'un tel outil.

Dès 1982, l'idée d'une maîtrise médicalisée des dépenses hospitalières a vu le jour. Le principe retenu selon le modèle des *Diagnostic Related Groups* américains, pour les soins de médecine, chirurgie, obstétrique, repose sur la constitution de groupes homogènes de patients visant à décrire les malades soignés et réunissant au sein de chaque groupe, des pathologies ayant une certaine cohérence médicale et des coûts de prises en charge équivalents. Mais la méthode des GHM s'est avérée impossible à étendre à la psychiatrie et aucun développement propre à la spécialité n'avait été réalisé dans un pays étranger.

Depuis 1990, une réflexion est menée par un groupe de travail au sein de la direction des Hôpitaux. L'une des orientations retenues est de définir un modèle s'articulant autour d'une classification médico-économique à la journée pondérée pour les prises en charge « avec hospitalisation » et un système de « paiement à l'acte » pour les activités ambulatoires.

La deuxième orientation, qui pour l'instant n'a pas abouti, repose sur la recherche de typologies de patients selon leur consommation globale au travers de la trajectoire de soins et sur une longue période, de l'ordre d'une année. Cette deuxième piste qui n'est pas abandonnée pourrait utilement bénéficier des résultats obtenus par l'exploitation de la première orientation.

En 1997, une expérimentation a été menée sur un échantillon d'établissements tirés au sort pour alimenter une base de données constituée par un certain nombre de caractéristiques médico-sociales supposées prédictives de consommation de soins

et par l'ensemble de l'activité concernant ces patients, afin de déterminer un nombre de séquences courtes de prises en charge, homogènes au point de vue clinique et en consommation de ressources (le recueil a été réalisé sur des périodes de prises en charge hebdomadaires, la consommation de ressources reposant sur les temps d'intervention de chaque soignant).

L'objectif est d'isoler des variables prédictives en nombre suffisamment restreint pour être utilisées en routine, descriptives de l'état clinique du patient et prédictives du poids économique des prestations réalisées. Ainsi un patient lors d'un même séjour, en fonction des variables recueillies pourrait être classé *a priori* dans un groupe économique correspondant à un tarif forfaitaire particulier. On voit qu'à la différence du PMSI MCO, la durée de séjour n'est pas prise en compte puisque le forfait est renouvelable, éventuellement dans une autre classe.

En hospitalisation de jour et de nuit, la tendance est d'utiliser le modèle de l'hospitalisation à temps complet.

À l'issue de cette expérimentation et en hospitalisation complète, les sept critères retenus pour le recueil standard concernent :

- l'âge (les coûts de prises en charge des « enfants » sont beaucoup plus élevés que pour les adultes),
- l'ancienneté dans le séjour (pour les adultes : plus le séjour est long, moins le coût est élevé alors que pour les enfants, le phénomène est inversé),
- l'isolement thérapeutique, la pathologie somatique lourde, la dépendance qui élèvent le coût de la prise en charge,
 - l'échelle globale de fonctionnement
 - le diagnostic bien qu'aucune relation entre le coût et la pathologie n'ait été mise en évidence lors du traitement de la base de données mais qui présente un intérêt médical.

L'expérimentation a permis de se rendre compte que la prédictivité de ces variables est insuffisante pour permettre l'utilisation du système en terme d'allocation de moyens. L'objectif est néanmoins de généraliser le système d'information ainsi construit dès l'année 2001, une phase de toute façon nécessaire à son amélioration progressive. ■

Jean-Claude Pénochet
Psychiatre
des hôpitaux
Jocelyne Pitiot
Assistante, CHU
de Montpellier