

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.

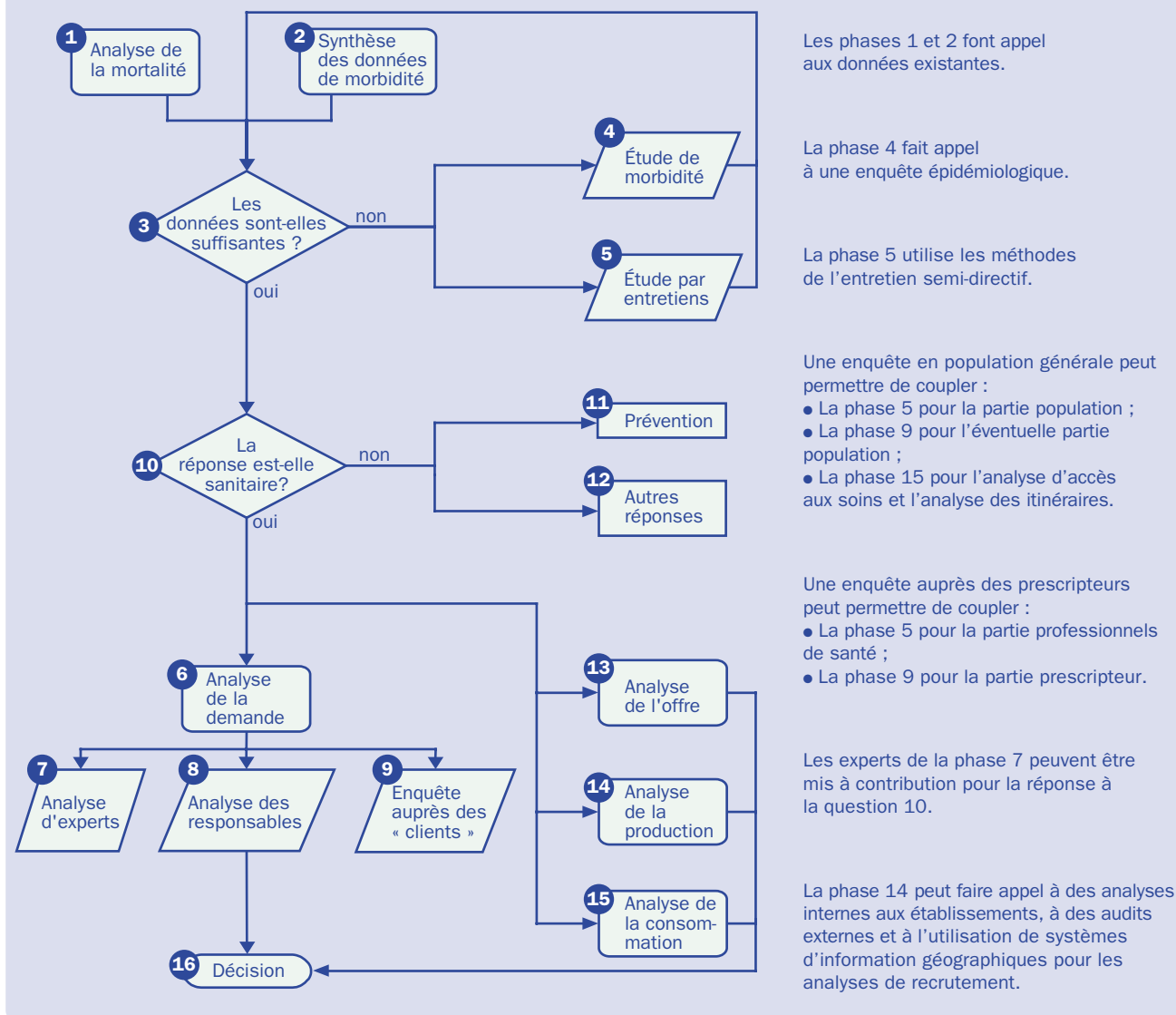
Ainsi est-il possible de concevoir la formulation explicite des réponses que l'on peut apporter aux besoins mis à jour. Il est alors possible de déterminer si cette réponse est ou non strictement ou essentiellement sanitaire, c'est-à-dire si elle implique ou non développement ou réduction de l'offre 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'allocations 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