

Pistes d'action

Élaborer un véritable maillage régional en favorisant la mise en réseau des acteurs du système sanitaire permet de maximiser les potentialités de système assurant un service de qualité aux populations locales.

La place des hôpitaux locaux dans le maillage du territoire en Languedoc-Roussillon

Pierre Chabas

Directeur

François Lebrun

Médecin

coordonateur

régional

Françoise

Vidal-Borrossi

Chargée de mission

Association régionale

des caisses

de Mutualité

sociale agricole

du Languedoc-

Roussillon

Reconnu par la loi de 1991, l'hôpital local est classé dans la catégorie des établissements publics de santé aux côtés des centres hospitaliers. Il répond aux demandes de première intention des patients domiciliés à proximité pour des soins courants et oriente les malades selon les besoins vers un deuxième niveau de soins plus spécialisés. Les hôpitaux locaux remplissent ces missions dès lors qu'ils s'inscrivent dans un travail en réseau et que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) les accompagne dans leur démarche de progrès. La réponse offerte par les hôpitaux locaux doit correspondre aux besoins préalablement identifiés et doit être organisée en partenariat avec l'ensemble des acteurs locaux.

Des besoins de proximité identifiés, une offre de soins graduée

Les besoins sont préalablement identifiés au niveau national (conférence nationale de santé), régional (conférence régionale de santé, schéma régional d'organisation sanitaire...) et local (conférences sanitaires de secteur...). Par ailleurs, en Languedoc-Roussillon, dans le cadre de la construction du Sros de seconde génération, l'ARH a donné l'occasion aux 1 545 maires de définir leurs priorités en matière de santé. Les résultats ont montré des préoccupations fortes pour la prise en charge des personnes âgées.

Les besoins de proximité ont fréquemment les caractéristiques suivantes : ils n'ont pas un caractère d'urgence vitale et peuvent être le plus souvent programmés ; ils sont fonction de la demande sociale exprimée selon plusieurs critères (la perception qu'a le citoyen de sa pathologie, sa disposition ou non à faire plusieurs kilomètres pour avoir une réponse à son attente de diagnostic et de soins...) ; ils sont conditionnés par la fréquence et le niveau technique des soins nécessaires.

Une fois les besoins identifiés, l'offre de soins doit être organisée de façon graduée pour garantir à tous les malades un accès de proximité à des soins de qualité dans des conditions optimales de sécurité.

Les hôpitaux locaux remplissent à la fois des missions sanitaires (médecine, soins de suite et de réadaptation...) et des missions médico-sociales (soins de longue durée, maisons de retraite, services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)).

La médecine de proximité doit être une médecine de soins de premier recours remplissant en outre des missions d'écoute et d'orientation. Elle permet de réaliser des bilans gériatriques initiaux, de traiter des épisodes aigus ou subaigus et de participer à la prise en charge des pathologies chroniques invalidantes (cancéreux, polyhandicapés, alcooliques...). Les hospitalisations programmées pour les personnes très âgées sont développées en liaison avec les médecins généralistes agréés et notamment avec le médecin coordonnateur de l'établissement qui devrait posséder une compétence validée en gériatrie.

Pour l'exécution des bilans gériatriques, l'hôpital local doit être pourvu d'un plateau de réadaptation fonctionnelle adapté, non hautement spécialisé, permettant les

soins de suite et de réadaptation (SSR). Il doit développer des unités de réadaptation gériatrique à visées principalement sociale et multidisciplinaire.

L'hôpital local est encouragé à organiser la mise en place de consultations spécialisées par la signature de conventions avec un centre hospitalier permettant ainsi d'éviter des déplacements.

En complément des missions sanitaires traditionnelles, l'hôpital local développe des missions médico-sociales visant à une prise en charge globale des personnes âgées : accueil médicalisé pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite), gestion de Ssiad... Ces missions classiques d'hébergement ou de maintien à domicile devraient être à l'avenir complétées par le développement d'alternatives très attendues, notamment pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en donnant une place plus grande aux aidants (Cantous).

L'hôpital local peut, en outre, avec l'ensemble des acteurs de santé, développer une politique de prévention sanitaire du vieillissement, de l'alcoolisme, de la dépression, des pathologies liées à la précarité.

Un paradoxe à valoriser dans le cadre d'un fonctionnement en réseau

Le paradoxe de ces établissements réside dans le fait que leur fonctionnement médical repose sur une approche décloisonnée entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, les médecins généralistes libéraux du secteur considéré constituant la ressource médicale des hôpitaux locaux. Des études sont en cours pour pallier une absence de motivation de ces médecins généralistes essentiellement due à une rémunération actuelle non adaptée à la charge de travail requise pour remplir cette mission.

Cette particularité pourrait néanmoins devenir une richesse pour ces établissements conduits tout naturellement à s'ouvrir sur la ville pour apporter une réponse coordonnée à la population locale. S'ils restent isolés, les hôpitaux locaux ne seront plus en mesure d'offrir à terme les conditions de sécurité et de qualité des soins requises localement. L'approche de l'offre de soins doit être globale et décloisonnée. Dans ce contexte, la caisse centrale de Mutualité sociale agricole (MSA) a conçu une grille d'analyse des hôpitaux de proximité valorisant, au regard des besoins, l'offre pluridisciplinaire de ces établissements (sanitaire, médico-sociale) en complémentarité avec le secteur libéral.

Le réseau gériatrique, au sein duquel l'hôpital jouera un rôle essentiel mais non prédominant, peut être défini comme « un ensemble de professionnels entretenant des liens fonctionnels en vue d'un objectif défini : favoriser le bien-être des personnes ». En plaçant les attentes des personnes âgées de la zone sanitaire concernée et de leurs aidants principaux au centre des préoccupations, le réseau permet une approche globale d'accompagnement pour conserver au mieux les capacités des personnes.

Pour ce faire, le réseau doit permettre la mise en place d'un processus personnalisé d'accompagnement du vieillissement en fonction de l'âge, de l'environnement (degré de solitude...) et du degré de dépendance (physique, sociale). Dans cet esprit, les réseaux gériatriques MSA, validés par la Commission Soubie, développés autour des hôpitaux locaux avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux et libéraux de la zone concernée, constituent une approche innovante.

Un réseau ne se décrète pas ; il se construit à partir d'une volonté politique et économique avec l'ensemble des acteurs concernés (usagers, professionnels...) qui doivent se l'approprier pour assurer sa réussite. Ses conditions de réussite sont nombreuses, nécessitant une construction minutieuse et sur le long terme : large couverture populationnelle, disponibilité et légitimité des acteurs pour des actions de prévention et d'éducation sanitaire aux côtés des actions de soins, décloisonnement et élargissement des compétences pour augmenter le dépistage, recherche d'un langage et d'une éthique communs, évaluation de la coordination multidisciplinaire...

Élaborer un véritable « maillage régional », à partir d'un système de soins de proximité bien doté (19 hôpitaux locaux) afin d'en exploiter les potentialités dans une optique de plus-value pour la population locale, tel est l'objectif de l'ARH du Languedoc-Roussillon finalisé par la mise en œuvre d'une mission spécifique.

Le maillage des « hôpitaux locaux » en Languedoc-Roussillon

La région Languedoc-Roussillon se caractérise par une proportion des personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale (8 % de la population contre 7 %).

En termes d'offre de soins, la région est bien dotée tant au plan hospitalier qu'au plan ambulatoire. Les dix-neuf hôpitaux locaux ont un poids relatif dans les domaines financier (3 % de la dotation régionalisée) et capacitaire du secteur sanitaire (8,5 % des lits de médecine, 3,8 % des lits de soins de suite et de réadaptation) ; ils occupent une place plus importante dans le domaine médico-social (30 % des lits de soins de longue durée ; 17 % des lits de maisons de retraite ; 12 % des places de Ssiad).

Bien que présentant des disparités, les hôpitaux locaux d'une même région peuvent développer une véritable synergie régionale dans l'intérêt des populations locales.

Concernant leur profil, la plupart des hôpitaux locaux sont implantés en zones rurales ou faiblement urbanisées (trois seulement sont implantés sur des communes de plus de 10 000 habitants). Leur répartition géographique est un atout. Leur capacité moyenne s'élève à 28 lits de médecine et à 122 lits d'hébergement (soins de longue durée, maisons de retraite). Neuf établissements sur dix-neuf gèrent un Ssiad. Le recrutement local est prédominant dans ces établissements.

Concernant leur activité médicale, il convient tout

Une mission d'accompagnement confiée à l'Arcmsa

À partir de l'ensemble des problématiques des hôpitaux locaux, une dynamique de travail en commun pouvait être trouvée : telle a été la stratégie de l'ARH qui a confié en 1998 à l'Association régionale des caisses de Mutualité sociale agricole, investie prioritairement en direction du monde rural, une mission pluriannuelle d'accompagnement des hôpitaux locaux de la région. Cette mission a pris une double dimension : locale d'une part, avec l'accompagnement des établissements dans la construction de leurs projets médicaux et d'établissement, qui les engage pour le long terme ; régionale d'autre part, avec l'accompagnement des établissements dans la construction des contrats d'objectifs et de moyens en collaboration avec l'ensemble des décideurs de la région et la coordination d'expérimentations ainsi que l'élaboration de protocoles de soins pilotés et partagés par l'ensemble des établissements de la région.

Cette approche stratégique permet de structurer l'organisation et l'activité des établissements pour de longues années. Dans un premier temps, un consultant extérieur a dispensé une formation initiale au « management stratégique hospitalier » aux différents acteurs de la mission. Ensuite, les directeurs

d'hôpitaux et les représentants de l'Arcmsa ont constitué des binômes devant acquérir un savoir-faire suffisant pour prendre en charge de manière autonome l'analyse stratégique des sites n'ayant pas encore déposé leur projet d'établissement auprès des Ddass. Cette première phase arrive à échéance fin 1999 et sera poursuivie par la mise en place des contrats d'objectifs et de moyens.

En février 1999, cette mission a suscité l'intérêt du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui a encouragé ces acteurs à engager une démarche complémentaire. C'est ainsi que la mission de l'ARCMSA s'élargit aujourd'hui avec la mise en place de groupes de travail ciblés en vue de préparer un *programme d'expérimentations-actions* à faire valider par l'ARH et le ministère avant lancement sur le terrain au premier semestre 2000. Six ateliers sont pilotés par les directeurs eux-mêmes :

- « la formation des médecins généralistes » notamment en gériatrie ;
- « l'hôpital local, acteur de prévention » en intra-hospitalier et à l'extérieur dans sa zone d'attraction pour de nombreux domaines (dénutrition, prévention des chutes...) ;
- « faire vivre et évaluer les conventions » conclues avec les autres acteurs hospitaliers

et qui doivent se traduire par des actions concrètes et évaluées ;

- « la mise en place d'un comité technique médical » permettant de regrouper l'ensemble des instances obligatoires dispersées (comité de lutte contre les infections nosocomiales, département d'information médicale, sécurité transfusionnelle...) ;
- « l'accueil inopiné à l'hôpital local » : organisation de l'accueil non programmé de personnes nécessitant une prise en charge immédiate ;
- « le référentiel de bonne pratique du médecin coordonnateur » : constitution d'un guide des missions dévolues au médecin coordonnateur.

La mise au point de *protocoles de soins* communs devrait permettre de favoriser des filières de soins avec les autres établissements et avec la médecine libérale et d'inciter à la création de réseaux de soins. Validés par des groupes de travail réunissant des soignants et des médecins généralistes, ils seront diffusés et appliqués dans tous les hôpitaux locaux de la région. Trois thèmes ont été choisis : la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et la prise en charge des malades mentaux vieillissants et des démences séniles.

d'abord de préciser que la mission principale des hôpitaux locaux est de répondre aux besoins locaux de soins exprimés par la population. C'est pourquoi ces hôpitaux ont vocation à s'inscrire résolument dans une logique de services qui doit se substituer à une logique de structure en termes d'accès aux soins.

L'exploitation des résultats du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les exercices 1997 et 1998 permet d'affirmer que le critère d'évaluation des services fondé sur la notion de durée moyenne de séjour (DMS) ne doit pas être considéré indépendamment de la répartition par âge des malades pris en charge. En outre, à partir de deux ratios pertinents (ratio « actes/effectifs » et ratio « diagnostics/effectifs »), l'analyse permet de déceler la pratique d'activités spécialistes et/ou l'existence d'une prise en charge polypathologique dans certains établissements souvent isolés prenant en charge des cas lourds.

Même s'il convient de limiter le développement d'activités très spécialisées (cardiologie, alcoologie...) au profit d'une offre plus généraliste, une optimisation des activités peut être menée par l'intégration de services

attendus (chimiothérapie, soins palliatifs, lutte contre la douleur...).

Conclusion

Ces résultats montrent que, malgré des différences, résultant des contextes locaux, on peut faire cohabiter, sous le même vocable « hôpital local », dix-neuf établissements présentant des tailles, des modes de recrutement et un environnement géographique différents. Le positionnement géographique des établissements sur le territoire permet de parler d'un véritable « maillage régional » et de leur confier un rôle fondamental dans la politique gériatrique locale ; tous ces établissements ont de plus une interface forte avec les secteurs libéral et médico-social.

La coopération entre l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) d'une part, le rapprochement attendu entre les politiques sanitaires et médico-sociales d'autre part, permettront d'intensifier ce maillage et d'en renforcer la cohérence. ■

Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins **Le réseau périnatalité en Auvergne**

Au sein de l'hospitalisation, la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés occupe une place particulière dans l'aménagement des territoires sanitaires. À tel point que la présence d'un hôpital est souvent associée par la population à l'existence d'une maternité et, réciproquement, la fermeture de la maternité à la condamnation de l'établissement. De plus la proximité d'une maternité peut orienter les choix de domicile des adultes jeunes. La fréquence de cette prise en charge (souvent premier contact avec l'hospitalisation) en fait un symbole de l'équité d'accès aux soins ainsi qu'en témoignent les réactions provoquées par l'annonce de fermeture d'une maternité. En Auvergne, comme ailleurs, la progression ou le maintien de cette équité se heurte à un certain nombre de contraintes que l'organisation en réseau peut permettre d'aplanir.

La région Auvergne assure annuellement environ 13 000 accouchements. La prise en charge est assurée par le pôle de Clermont-Ferrand qui héberge l'établissement de référence au CHU, et cinq pôles intermédiaires (Aurillac, Le Puy, Montluçon, Moulins, Vichy). Le dispositif est complété par 7 maternités de moins de 400 accouchements annuels disséminées sur le reste du territoire. Cette organisation situe 7 % des femmes entre 15 et 44 ans à plus de 45 minutes d'une maternité et 19 % à plus de 30 minutes [28]. Dans l'hypothèse extrême d'une cessation de l'activité des plus petites d'entre elles, ces proportions évolueraient respectivement à 14 % et 33 % [cartes 1 et 2]. Bien que dans le cadre d'une gradation efficace des soins, ces établissements ne constituent pas un risque particulier, plusieurs facteurs doivent être pris en compte avant de déclarer cette hypothèse infondée pour les années à venir.

- En premier lieu on note une baisse de la demande qui se traduit par un quart de naissances en moins par rapport aux années quatre-vingt.

- L'analyse démographique générale révèle aussi les mouvements de popu-

lation vers les villes centres, accroissant ainsi la diminution prévisible de l'activité des petits établissements.

La démographie médicale constitue un réel handicap supplémentaire. Le début des années 2000 se caractérise par une baisse globale du nombre des médecins en exercice, particulièrement prononcée pour les gynécologues-obstétriciens. Le renouvellement actuel permet de prévoir une diminution de 30 % des effectifs de cette spécialité dans la région d'ici à l'année 2020. Ce phénomène est potentiellement aggravé par une orientation préférentielle vers l'exercice exclusif de la gynécologie compte tenu de la forte féminisation des nouveaux spécialistes et de la pression médico-légale particulièrement forte qui pèse sur l'activité d'obstétrique. Cette dernière détient en effet la double record du nombre de sinistres et celui du montant moyen d'indemnisation par sinistre parmi les spécialités chirurgicales. Ceci ne fait que renforcer le risque de cessation d'activité qui pèse sur les plus petites structures, qui sont dotées d'un faible nombre de praticiens et qui n'en attireront pas de nouveaux dans ce contexte.

La question de l'équité de l'accès aux soins ne saurait se résumer au temps d'accès à une structure. Encore faut-il que la prise en charge soit adaptée aux caractéristiques de déroulement de la grossesse et aux risques qui en découlent. L'évolution permanente de la technologie et de la technique médicale conduit à faire émerger le concept de médecins référents, en nombre restreint, pour certains sous-domaines particuliers comme le diagnostic antenatal ou l'échographie obstétricale et de spécialités référentes comme la réanimation néonatale. L'équité dans l'accès aux soins suppose que le recours à ces compétences et l'identification des situations le justifiant se réalisent à chaque fois que la situation l'exige. La nécessité d'une collaboration entre praticiens s'exprime alors pour favoriser l'évolution des savoir-faire et la qualité des décisions. C'est ainsi que s'est progressivement imposé à

tous les acteurs le concept de réseau périnatalité.

La prise de conscience d'une situation préoccupante en termes de mortalité périnatale en est sans doute un point de départ puisque, en 1990, c'est en Auvergne qu'était relevée la plus mauvaise valeur de cet indicateur. La nécessité de formaliser et surtout de renforcer des contacts existants s'est alors fait sentir et, confortée par les avis du schéma régional d'organisation sanitaire et les recommandations du Haut Comité de la santé publique [9], a abouti en 1998 à la charte du réseau périnatalité Auvergne. Celui-ci se fixe comme objectif « d'améliorer la coordination de la prise en charge globale des soins périnatals en conciliant gradation, continuité et proximité des soins ». Il associe les sages-femmes et les différentes spécialités médicales concernées de l'ensemble des établissements publics et privés de la région afin d'effectuer des choix communs en matière de procédures et d'organisation tant en matière de politique de transfert que de diagnostic anténatal.

Réseau et télé-médecine

Cette logique de collaboration, associée à la mise en œuvre des nouvelles technologies de la communication, a permis l'émergence d'une organisation particulière sous la forme d'un réseau de télé-médecine entre établissements. À ce jour, l'accès interactif aux réunions de travail du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est une réalité. La transmission de la voix, de l'image fixe ou animée, permet une lecture des dossiers que les praticiens soient physiquement présents dans le même lieu ou dans plusieurs sites distants. Le double impact sur la prise de décision opérationnelle et le partage pédagogique d'expériences est souligné par les utilisateurs. Des sessions de téléenseignement sont par ailleurs en cours d'élaboration. Une application plus originale est la « télé-échographie » qui permet au praticien référent de visualiser non seulement l'image échographique en direct, mais aussi la patiente et la po-

Bruno Aublet-Cuvelier

Médecin, laboratoire de santé publique
Faculté de Médecine
Université d'Auvergne

Marcel Venet

Médecin, maternité Centre Hospitalier Le Puy-en-Velay

Michèle Mascart

Sage-femme, CHU Clermont-Ferrand

Jean-Luc Meyer

Médecin, maternité Clinique La Chataigneraie
Clermont-Ferrand

Didier Lemery

Professeur de gynécologie-obstétrique,
CHU Clermont-Ferrand

sition de la sonde échographique pour pouvoir diriger le geste du praticien demandeur. Cette pratique permet ainsi de trancher dans des situations atypiques où la visualisation d'images échographiques en temps différé aurait imposé un transfert de la patiente pour avis. Ces approches tendent à assurer une prise en charge optimale, à diminuer l'isolement que peuvent ressentir certains praticiens, mais aussi à permettre une prise en charge de proximité sans surcharger inutilement les établissements de niveau supérieur.

Cette approche permet aujourd'hui d'afficher des premiers résultats encourageants : normalisation de la mortalité périnatale, forte augmentation de la proportion des transferts « *in utero* » chez les nouveau-nés admis en réanimation.

Il ne faut toutefois pas mésestimer les différentes questions que soulève la mise en œuvre d'un réseau. Tout d'abord un point essentiel est la bonne indication du recours aux praticiens référents. Si les contraintes de l'espace

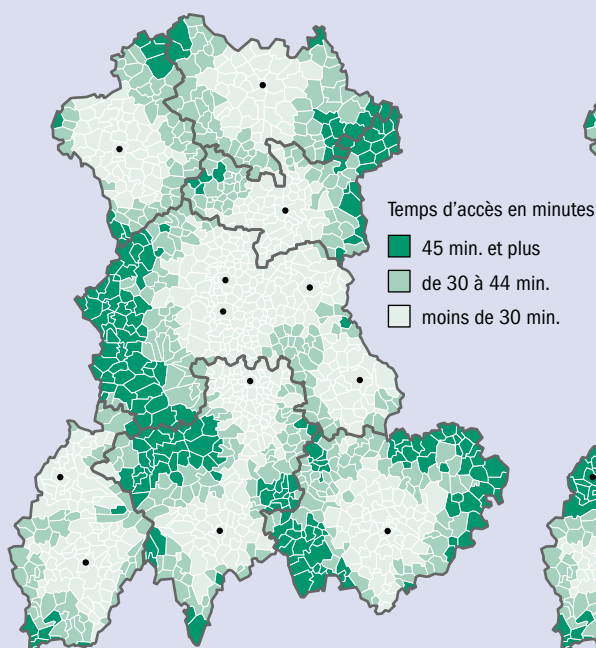
sont minimisés celles du temps persistent voire s'aggravent. Réseau ou télémédecine ne sauraient être toujours synonymes d'accès instantané aux compétences et imposent une grande rigueur dans la gestion des rendez-vous. Il est important de noter que le réseau ne s'est pas construit ex-nihilo mais sur la base d'une confiance réciproque préexistante entre les acteurs. L'amélioration, comme l'évaluation des performances du réseau passe à l'évidence par la mise en œuvre d'un dossier commun communiquant et donc informatisé. Des choix s'imposent dans son contenu pour le rendre efficace dans la prise de décision et compatible avec les contraintes de saisies. D'autres choix techniques plus épineux encore sont indispensables pour le rendre compatible avec les systèmes d'informations hospitaliers existants au sein d'un réel système d'information de santé. Les contraintes organisationnelles et financières dans chaque centre doivent être soulignées, le soutien financier apporté par les tutelles au réseau de

télémédecine a été fondamental dans son émergence et a bien marqué le rôle de l'État dans l'aménagement des territoires sanitaires. Un point préoccupant est le statut juridique du réseau et ses conséquences médico-légales. En effet, dans le contexte judiciaire fort déjà évoqué, qui assure la responsabilité des décisions ? Le praticien « sur place » doit-il seul en assurer la charge alors qu'il s'intègre dans la démarche et la complémentarité du réseau ? Le flou du cadre réglementaire à ce sujet conduit à une hétérogénéité des pratiques selon les régions dont les conséquences jurisprudentielles sont imprévisibles.

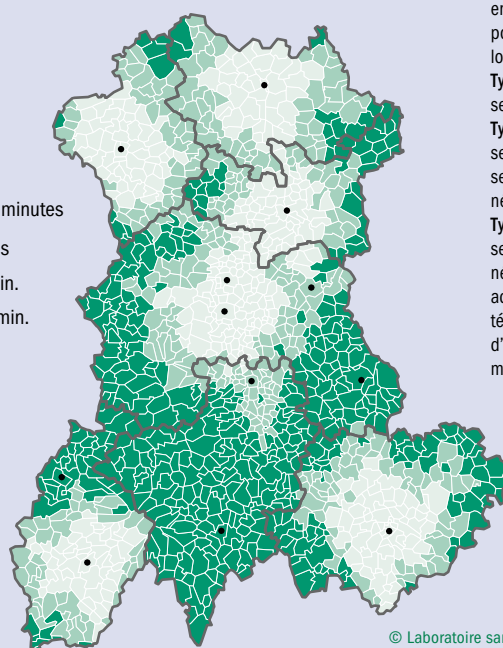
La mise en œuvre du réseau périnatalité Auvergne tend à concilier une raisonnable proximité à la sécurité optimale de la prise en charge. Il doit réussir l'objectif ambitieux de garantir la qualité des soins pour la femme enceinte et le nouveau-né dans la véritable « Maternité d'Auvergne » que souhaitent tous les praticiens et ce quel que soit le lieu d'habitation. ■

Temps d'accès à la maternité la plus proche et à la maternité de niveau 2 ou 3 la plus proche

Accès aux maternités de niveaux 1 à 3



Accès aux maternités de niveaux 2 et 3



Les maternités sont classées en trois types selon les possibilités pédiatriques locales :

Type 1 : maternité sans service néonatal

Type 2 : maternité avec service néonatal mais sans service de réanimation néonatale

Type 3 : maternité avec un service de réanimation néonatale, doivent être adressées dans ces maternités les femmes menacées d'accouchement prématuré à moins de 33 semaines.

© Laboratoire santé publique Clermont-Ferrand

La chirurgie ambulatoire et sa contribution à une amélioration de l'aménagement du territoire

Alain Corvez
Médecin,
chargé de mission
ARH Languedoc-
Roussillon

L'accompagnement du développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé constitue une priorité de santé publique (circulaire DGS de décembre 1997). Désormais, professionnels et institutions se sont emparé du sujet et l'ont intégré dans leurs projets. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire eux-mêmes ont choisi d'impulser cette politique dans plusieurs régions françaises. Consécration suprême, les scores hospitaliers qui fleurissent dans les médias, tiennent compte aujourd'hui de ce mode d'activité pour apprécier la performance des établissements.

La chirurgie ambulatoire a toutes les vertus : elle apporte un confort au malade, elle serait génératrice d'économies, elle favorise la mise en réseau des acteurs de soins, elle diminue le risque d'infections nosocomiales, elle a un côté moderne et efficace.

Pourtant, son développement ne se fait que très lentement en France et reste souvent l'œuvre de quelques pionniers. Qu'en est-il exactement, quelles sont les pratiques à faire émerger, en quoi cette pratique qui implique une organisation nouvelle est-elle susceptible de modifier le paysage sanitaire en matière de chirurgie, c'est ce que nous avons choisi d'étudier dans le cadre du Sros de deuxième génération sur ce thème en Languedoc-Roussillon.

Il n'est pas inutile de rappeler que si les premières expériences de chirurgie ambulatoire ont été tentées aux États-Unis dès le milieu du XIX^e siècle, ce n'est qu'en 1955 que la chirurgie ambulatoire démarre réellement et voit son essor se concrétiser à partir des années soixante-dix. En France, alors que la chimiothérapie ambulatoire est précocement prise en compte par les pouvoirs publics via une circulaire du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale du 4 mai 1981, la chirurgie ambulatoire se développe dans les cliniques à partir de 1985, faute de textes, de manière informelle, dans une semi-clandestinité. C'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets du 2 octobre 1992 qui donnent enfin un cadre juridique en reconnaissant légalement la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est une pratique innovante avec une prise en charge différente du malade, assortie de règles de sécurité spécifiques. C'est un concept organisationnel centré sur le patient et privilégiant la gestion des flux. Il s'agit d'une chirurgie pratiquée en hospitalisation de moins de 24 h, qualifiée et substitutive, n'incluant pas les endoscopies ni la « bobologie ». C'est par essence une activité programmée qui exclut le champ de l'urgence, et ne peut s'appliquer à tous les patients. Elle concerne un acte chirurgical à faible risque hémorragique, à suites simples, à douleur post-opératoire facilement contrôlable.

La chirurgie ambulatoire reste, à ce jour, minoritaire en France puisqu'elle ne représente que 23 à 27 % du total des actes chirurgicaux réalisés. Elle est également minoritaire par rapport aux taux d'interventions réalisées en ambulatoire dans les pays étrangers.

Sur le plan de l'offre, 84 % des places en anesthésie et chirurgie ambulatoire sont installées dans le secteur privé lucratif qui enregistre une progression de 1,3 % l'an. La chirurgie ambulatoire représente environ 5 % du volume d'activité en secteur hospitalier public et 30 % en secteur privé (mais dans ces 30 % est incluse l'activité endoscopique importante, voire majoritaire).

En Languedoc-Roussillon, comme dans la plupart des régions, le privé a investi tôt le champ de l'ambulatoire. Cette forte pénétration accompagne une situation déjà dominante dans le domaine de la chirurgie classique.

Mais cette offre est très inégalement répartie sur le territoire régional, avec une concentration urbaine et surtout sur le département de l'Hérault. Beaucoup de structures privées de petite taille assurent une présence de proximité dans les zones de moindre population. Une vraie réflexion est à mener sur la contribution à l'aménagement du territoire que peuvent assurer ces petites structures, en regard des impératifs de rentabilité économique et des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

Il est à considérer en outre que, si l'on tient compte de la productivité d'une unité de chirurgie ambulatoire (une intervention par jour et par malade, au lieu d'en moyenne un tous les trois jours pour un malade hospitalisé), les établissements privés ont gagné dans ce développement une capacité de production 1,5 fois supérieure.

Le fait de disposer désormais en France des bases régionales du PMSI public et privé permet de décrire l'activité des établissements et plus particulièrement les efforts entrepris en matière de substitution chirurgicale. Ces études sont encore facilitées aujourd'hui par l'individualisation de groupes homogènes de malades spécifiquement dédiés à ces activités.

D'une façon globale, et si l'on excepte quelques établissements qui ont un réel positionnement en chirurgie ambulatoire substitutive, la plupart des établissements de la région Languedoc-Roussillon utilisent majoritairement les quelques places allouées pour des activités d'endoscopie et pratiquent en appoint d'une chirurgie classique une chirurgie de tout venant, faiblement qualifiée et de courte durée.

Pourtant une majorité d'auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire qu'un certain nombre d'interventions peuvent être désormais réalisées raisonnablement sur le mode ambulatoire. De nombreuses listes d'actes traceurs circulent sur l'exemple des modèles étrangers qui permettent de mesurer la progression de cette pratique. La sélection, dans les bases PMSI, des séjours de moins de 24 heures permet de repérer des actes « ambulatoires ». Ces mêmes actes retrouvés en

hospitalisation complète témoignent d'une possibilité de substitution pour peu que l'état du patient le permette. Le modèle peut ensuite être confronté aux études de l'AFCA et aux recommandations de L'Anaes permettant ainsi d'affiner les spécificités des interventions répétées et de s'assurer de la pertinence à privilégier une pratique similaire en ambulatoire sans nuire à la qualité médicale.

Le choix s'est porté en Languedoc-Roussillon sur un nombre volontairement restreint de techniques chirurgicales à substituer prioritairement, en s'appuyant sur des critères classiques de santé publique parce que :

- ces interventions concernent un grand nombre de patients ;
- les pratiques sont codifiées ;
- il existe de fortes disparités de pratiques et de couverture régionale ;
- les professionnels peuvent faire évoluer leurs pratiques ;
- il pourrait en résulter un gain financier.

Une majorité d'interventions ORL est déjà pratiquée en mode ambulatoire par de nombreux établissements et notamment chez l'enfant et ne relève donc plus de la substitution. De même, la chirurgie ambulatoire de la main et du canal carpien, bien que déjà développée par de nombreuses équipes, n'a pas été retenue faute de consensus formel sur le sujet.

Les quatre priorités retenues (chirurgie de la cataracte, chirurgie de la hernie inguinale, arthroscopie du genou, chirurgie des varices) sont à la portée de la majorité des équipes ce qui permet de leur donner un caractère rapidement opérationnel. Elles posent de plus, pour les équipes, et à titre pédagogique, la majorité des problématiques à aborder dans ce type de chirurgie : anesthésie spécifique, qualité et sécurité des pratiques, lutte contre la douleur, mesure de la satisfaction des patients.

La chirurgie de la cataracte : un exemple riche d'enseignements

Mais au-delà de son aspect purement technique, la chirurgie ambulatoire pose un vrai problème de décision des implantations et l'exemple de la chirurgie de la cataracte se révèle particulièrement démonstratif.

La cataracte se caractérise par une opacification du cristallin entraînant une baisse de la vue. D'évolution généralement lentement progressive, elle est la cause d'une baisse de vision de plus en plus gênante qui entrave les gestes les plus courants de la vie, ce qui entraîne l'indication d'une intervention chirurgicale.

En matière de chirurgie de la cataracte, l'étude de la littérature montre l'absence de différence entre prise en charge ambulatoire et traditionnelle en termes de survenue de complications et de résultats (acuité visuelle à six mois).

Il est unanimement reconnu que la technique de phacoémulsification est la méthode de choix, ce qui a permis d'étendre les indications à une population plus large.

L'intervention consiste à enlever le noyau du cristallin opacifié. La récupération visuelle rapide est très appréciée des patients. L'absence de cristallin, est corrigée en introduisant dans l'œil en fin d'intervention une petite lentille optique (implant).

L'intervention de cataracte se déroule généralement sous anesthésie locale, ce qui permet au malade de rentrer à son domicile le soir même ou le lendemain.

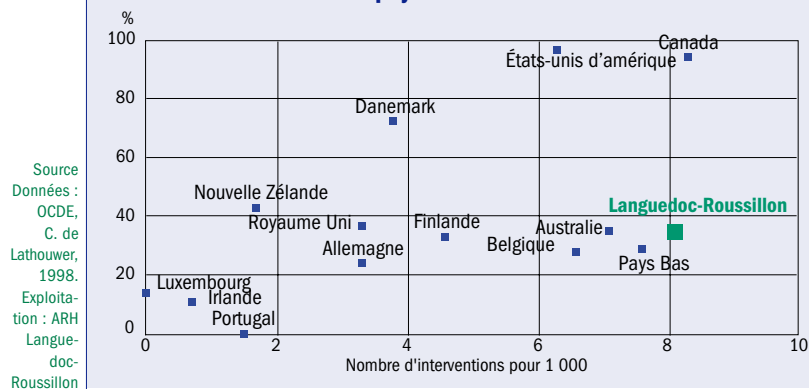
Dans la plupart des pays développés, la chirurgie de la cataracte figure parmi les interventions chirurgicales les plus pratiquées et ce nombre est en constante augmentation avec le vieillissement de la population que connaissent ces mêmes pays (une étude américaine récente montre que la fréquence des troubles de la vue serait de 15,2 % chez les plus de 60 ans pour passer à 28,6 % chez les plus de 90 ans).

En France, on estime à environ 250 000 le nombre d'interventions annuelles de patients atteints de cataracte et seulement 20 % se feraient en ambulatoire. On est donc loin des taux observés en Amérique du Nord (aux environs de 90 %).

Avec plus de 18 000 cataractes opérées, dont plus de 34,95 % en ambulatoire, le Languedoc-Roussillon se situe dans la moyenne de comportement des pays européens (figure 1).

figure 1

Proportion d'interventions de la cataracte en ambulatoire en fonction du nombre d'interventions pour 1 000 en Languedoc-Roussillon et dans divers pays



La chirurgie de la cataracte est pratiquée par un grand nombre d'établissements de la région, avec une domination écrasante du privé (plus de 90 %). Cette large couverture régionale masque cependant de profondes différences dans la répartition :

- 6 à 7 établissements seulement ont une pratique dépassant les 1 000 interventions par an, dont deux avoisinant les 2 000.
- L'agglomération montpellieraine draine à elle seule environ 35 % de l'activité, alors qu'elle ne représente que 12 % de la population régionale.
- Cette pratique est insuffisamment substituée (36 %) et le fait de quelques structures.

- Une majorité d'établissements gardent les malades une à deux nuits

Une telle disparité des pratiques et d'implantation de l'offre implique nécessairement une réflexion sur la répartition judicieuse des sites et la régulation des activités pratiquées. Cet impératif s'avère d'autant plus nécessaire que la diminution prévue du nombre des ophtalmologistes qui devrait passer en France de 6 500 à 1 500, va faire disparaître les ophtalmologistes médicaux qui étaient souvent implantés dans des petites villes et permettaient de mettre en place des réseaux ophtalmologiques qui auraient pu permettre de répondre au développement des examens de qualité à J+1.

L'information géocodée contenue dans le PMSI permet maintenant d'identifier la provenance des patients opérés de la cataracte, quel que soit le mode de prise en charge. Une standardisation sur l'âge tenant compte de la survenue après 60 ans de cette pathologie permet de calculer par canton le taux de malades opérés, quel que soit l'établissement qui l'a pris en charge. Une répartition harmonieuse de ce taux rend compte d'une bonne adéquation de l'offre au besoin.

La situation observée en Languedoc Roussillon est riche de conclusions et appelle des arbitrages délicats pour l'action (figure 2).

L'observation générale de cette carte montre de toute évidence qu'il existe des différences manifestes dans la prise en charge de cette pathologie.

Les zones de sur-densité correspondant aux zones urbaines et péri-urbaines et le taux de 8,12 interventions pour 1 000 habitants étant parmi les plus élevés des pays de l'OCDE, il serait logique de conclure à un effet offre pouvant même aller jusqu'à des indications excessives. Une étude menée par le service médical régional du Languedoc Roussillon sur une cohorte de malades opérés conclut au respect des référentiels et atteste de la bonne qualité des pratiques, ce qui bat en brèche l'argument trop souvent avancé de conduites industrielles.

Dès lors, et au-delà de différences culturelles évidentes en milieu rural, y a-t-il lieu de rendre plus accessible cette chirurgie à des patients qui n'y recourent pas mais en justifieraient réellement ? Les réponses sont de plusieurs types et invitent à une vraie réflexion sur les choix à opérer en matière d'aménagement du territoire sanitaire régional.

Certes la chirurgie dans des centres de proximité a le mérite de pouvoir être développée sur un mode ambulatoire mais elle devrait aussi garantir une accessibilité financière qui minimise les dépassements d'honoraires bien souvent pratiqués pour de tels actes. Les faibles volumes potentiels d'activité sur certains bassins de santé risquent de rendre bien difficiles les équilibres économiques, et la dispersion sur plusieurs activités de faible volume garantit mal qualité et sécurité. La raréfaction des anesthésistes et prochainement des ophtalmologistes conduit à aborder ce type de scénario avec beaucoup de prudence.

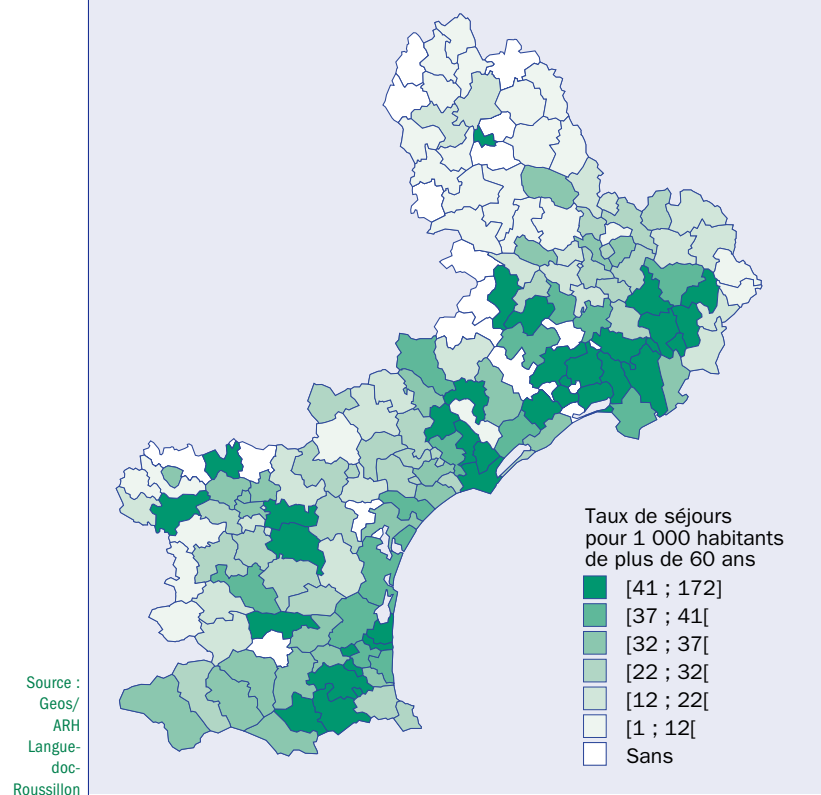
À l'inverse, la concentration d'activité dans des centres hyper-spécialisés et le plus souvent urbains garantit mieux la qualité et la sécurité mais ne contribue pas à favoriser une pratique chirurgicale souvent utile et qui contribue à prolonger l'autonomie de personnes âgées et très âgées. Plus encore l'éloignement des centres de soins ainsi maintenu en zone rurale contre-indique, de fait pour certains patients, la prise en charge ambulatoire et justifie une réflexion sur les transports et l'hébergement.

Dans tous les cas de figure enfin, il y a lieu d'être préoccupé qu'une telle incidence et une telle prévalence de troubles de la vue chez le sujet âgé résultant de la cataracte ne trouve pas disponible une offre alternative public/privé. Le secteur public universitaire pourrait trouver là une menace pour ses fonctions de formation et d'enseignement.

Au total, la chirurgie ambulatoire est susceptible de concourir utilement à la recomposition de l'offre hospitalière. La mise en réseau qu'elle implique, les impératifs de qualité et de sécurité qu'elle requiert justifient qu'une réflexion particulière soit menée sur les lieux d'implantation des structures et leurs conséquences. L'exemple un peu démonstratif de la cataracte vaut pour la majorité des techniques de substitution. ■

figure 2

La chirurgie de la cataracte en Languedoc-Roussillon en 1997 (données publiques et privées)



Alain Corvez

Médecin,
chargé de mission
ARH Languedoc-
Roussillon

Pierre Dujols

Professeur d'informa-
tique médicale, Dim,
CHU de Montpellier

Didier Heve

Praticien hospitalier,
Dim, CHU
de Montpellier

Emmanuel Vigneron

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

Place et rôle des CHU et CHR

Au sein de l'ensemble des structures publiques d'hospitalisation, la loi portant réforme hospitalière de 1970 crée les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers régionaux (CHR). Les nombreux décrets et la loi hospitalière de 1991 ont depuis été publiés et ont permis d'affirmer les rôles et les missions de ces établissements. Sur la base de la connaissance de l'activité des établissements et des informations actuellement disponibles, est-il possible de dresser le bilan de l'action des CHU-CHR en France ? Uniques ou multiples au sein d'une même région sanitaire, ces établissements sont considérés comme inégalement répartis sur le territoire national ; répondent-ils à leur mission, ont-ils développé l'offre de soins et les créneaux de compétence qui sont désormais les leurs ? Sont-ils les seuls à assurer ces missions, ou sont-elles partagées avec les autres établissements de santé publics et privés ?

Les données

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été introduit, à partir de 1983, comme

élément de déclaration de l'activité des établissements de soins. Chaque séjour au sein d'une entité juridique est décrit par un résumé de séjour anonyme (RSA) contenant à la fois des éléments administratifs de séjour (dont le numéro de l'entité), des éléments médicaux (diagnostics et actes) et des éléments de regroupement de ces derniers groupes homogènes de malades (GHM) et catégories majeures de diagnostics (CMD).

Adressés aux tutelles hospitalières, ces éléments d'activité enrichissent, à l'échelon national ministériel, une base de données d'activité. En 1997, 13 500 000 enregistrements dont 4 000 000 pour les CHR et CHU ont été ajoutés à la base ministérielle. Cette base est utilisée à des fins de statistiques nationales relatives à « l'activité médicalisée » des établissements de santé, à des fins d'évolution des modes classificatoires en GHM et CMD, et à des fins de regroupement par type hospitalier. C'est ainsi que les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été destinataires de l'extrait de la base nationale d'activité relatif aux CHU-CHR (base CHRU). Les ARH peuvent ainsi fonder leurs réflexions sur deux ensembles de données : la base PMSI annuelle des établissements publics et privés de leur région et la base CHRU de 1997. Les analyses de la présente étude ont été menées en utilisant les données 1997

Méthodes

Les regroupements de données

L'étude de l'activité des CHRU, dans le cadre des buts généraux poursuivis (réponse aux missions et développements d'activités spécifiques) et dans une perspective exploratoire globale, impose :

- de ne pas utiliser immédiatement les codes diagnostics et actes, découpage trop fin et dont la variabilité (exhaustivité et qualité du codage) est encore trop importante,
- de ne pas utiliser non plus les GHM, pour des raisons similaires, ces derniers servant uniquement d'éclairage des différences éventuelles constatées,
- mais de rester à un niveau d'agrégation proche des spécialités

Quatre méthodes de regroupement de GHM en agrégats ont été utilisées. Ce sont :

- les catégories majeures de diagnostic,
 - les outils d'analyse PMSI (OAP), Assistance publique de Paris et d'Île-de-France,
 - les EGHM, région Provence Alpes Côte-d'Azur,
 - les groupes d'activité, région Midi-Pyrénées.
- Les trois dernières méthodes, débouchant sur des agrégats moins amortis que les CMD, se fondent toutes sur des notions de spécialités médicales et de lourdeur de prise en charge des patients, après consensus d'experts. Les GHM de la CM24 (séjours de moins

de 24 heures) ainsi que certains GHM appartenant à des CMD « transversales » ont été reversés dans leur spécialité.

Dans certaines analyses, les séjours de moins de 24 heures et ceux de plus de 24 heures ont été analysés séparément. De même les agrégats d'activité ont été séparés en sous-groupes médicaux et chirurgicaux lorsque la méthode d'agrégation ne prenait pas en compte ce critère.

Exclusion de données

Les activités résultant du régime obligatoire des autorisations (greffes...) n'ont pas été prises en considération pour ne pas fausser les résultats.

S'agissant des établissements, les valeurs nulles ou manquantes (en nombre très limité) ont été remplacées par les valeurs d'indépendance afin de neutraliser leurs effets.

Individus supplémentaires

À l'ensemble des CHU et CHR de métropole et des Dom-Tom ont été associés les centres hospitaliers et les cliniques du Languedoc-Roussillon, seules données disponibles en l'état à l'ARH de cette région. Ces établissements ont été, dans les analyses, projetés en tant qu'individus supplémentaires (ne participant pas à l'analyse) à des fins de com-

paraisons. À terme, il serait souhaitable d'élargir ces études à des échantillonnages français des bases publiques et privées par type d'établissement (CH, centre de lutte contre le cancer (CLCC), établissements privés...).

Méthodes d'analyse

L'information ainsi obtenue se présente sous la forme de matrices croisant établissements (les individus) et groupes d'activité (les variables).

Un des effets majeurs est évidemment l'effet taille ou volume de l'activité. L'étude porte sur les réponses des CHRU à leur mission et non sur le volume de l'éventail de leur activité. Afin d'éliminer cet effet taille, l'activité a été décrite non pas en nombre de séjours mais en valeur « ISA moyen par groupe ». Cette valeur n'est rien d'autre que l'estimation de la lourdeur d'un séjour moyen du groupe de l'agrégat concerné.

Ces tableaux de nombres ont fait l'objet de nombreuses analyses factorielles et de classifications automatiques, en modifiant successivement les listes de groupes d'activité et des individus participant à l'analyse.

Indépendamment de toute discussion sur la qualité des données, la puissance exploratoire de cette batterie d'analyse de données livre un faisceau convergent d'information.

du PMSI de la base d'activité de la région Languedoc-Roussillon (CH1 à CH7 sur la figure 1) et de la base CHRU fournies à l'ARH-LR (désignés par le nom de la ville-siège sur la figure 1, ainsi que des cliniques échantillonnées notées Clinique 1 à 13).

Bien que créé et utilisé principalement à des fins budgétaires, le PMSI n'en possède pas moins quelques vertus pour les analyses d'activité voire certaines analyses épidémiologiques descriptives, dès lors que ces dernières sont accompagnées des études des biais ainsi que de leur correction. De nombreuses études ont montré que le PMSI a une robustesse et une qualité en analyse exploratoire (data-mining) sur des agrégats d'activité suffisamment larges (CMD ou autres agrégats de GHM, souvent proches des notions de spécialités médicales). Les études effectuées dans le cadre de ce travail se limitent à ce niveau d'analyse.

Enfin, par essence du PMSI, les bases de résumés de séjour anonyme (RSA) utilisées ne permettent, en aucun cas, de juger de la qualité des soins prodigués par les établissements de santé.

Résultats

Les analyses multifactorielles menées sont, quelles que soient les méthodes de regroupement utilisées, convergentes, tant au niveau de la signification des axes factoriels que de la variance expliquée par chacun de ces axes. À titre d'exemple iconographique des résultats, sont proposées les figures 1 et 2.

Globalement, les analyses factorielles mettent en évidence deux zones de projection des individus correspondant à deux types d'activité : une où se retrouve la majorité des CHRU et une, « plus banale », où se projettent les CH de la région Languedoc-Roussillon. Cette séparation en deux zones disjointes montre que si les mêmes spécialités (agrégats) se retrouvent à la fois dans les activités des CHRU et des CH, les CHRU sont placés, dans l'axe propre de plus grande variance, dans une zone de lourdeur plus importante, et ce, quels que soient les modes de regroupement des GHM.

Globalement, lourdeur des cas et donc patients ne sont pas les mêmes dans les deux populations d'établissements.

Cependant la zone d'activité que nous dénommons CHRU n'est pas exclusive de ceux-ci. Des cliniques de la région Languedoc-Roussillon se projettent au sein de ce halo. Le positionnement de ces dernières vis-à-vis des variables (les groupes de GHM de chaque agrégat) montre les spécialités qu'elles ont investies de façon plus spécifique, laissant au secteur public d'une part des activités plus médicales, d'autre part la nécessaire couverture large que leur impose leur statut.

Inversement, quelques CHRU sont proches ou dans l'orbite des CH. En effet, parmi les CHRU, un nombre limité d'entre eux s'oppose à tous les autres. Il s'agit des CHRU de Pointe-à-Pitre, d'Orléans et de Nîmes, dans une moindre mesure de Metz-Thionville. Cette situation peut s'expliquer par la proximité du CHRU de la capi-

tales régionale, ces CHRU apparaissant alors comme des doublons.

Ni le volume d'activité, ni des manques structuraux (et donc des possibilités d'activité) dans certaines spécialités médicales ou chirurgicales n'apparaissent comme causes globales de cette disparité. En effet, l'effet volume a été éliminé par la méthodologie de création des matrices de données individus-variables. Les études sur les regroupements pour lesquels n'ont été conservés que les GHM médicaux ou que les GHM chirurgicaux montrent un resserrement des deux nuages (CHRU et CHRU « doublons ») quant aux activités de médecine, se différenciant toujours des CH, et un écartement des deux nuages quant aux activités de chirurgie.

La figure 2, fondée sur la méthode de regroupement des GHM de la région Midi-Pyrénées et pour laquelle les variables sont, pour partie, dissociées entre médecine et chirurgie, expose bien ce phénomène.

Les autres CHRU se différencient nettement de l'ensemble des CH et sont relativement homogènes entre eux. On observe, à l'extérieur de cette sphéricité, qui est probablement la traduction de la composante générale de l'activité des CHRU, des excroissances de spécificité qui traduisent des spécialisations de fait de certains CHRU. En effet, des sous-groupes de deux, trois, rarement plus, CHRU épuisent la variance d'une variable. Tout se passe comme si chaque CHRU avait développé localement quelques pôles d'activité privilégiés. Il en résulte, au niveau CHRU, une inégalité territoriale apparente de l'offre.

On observe enfin que les cliniques, du moins en Languedoc-Roussillon, à la différence des CH, se projettent pour une part de leur activité, sur les activités privilégiées de la zone CHRU.

Conclusion

De ces résultats, et en considérant bien que des conclusions plus affirmées nécessitent des compléments d'étude et des individus supplémentaires (CH, CLCC, cliniques privées) plus représentatifs que les établissements de la région Languedoc-Roussillon, trois conclusions s'énoncent, en première analyse.

Tout d'abord, les CHRU apparaissent bien majoritairement comme des établissements régionaux et/ou universitaires. Leur activité est différente de celle des autres établissements publics. Nombre d'entre eux ont, en outre, développé des spécificités propres.

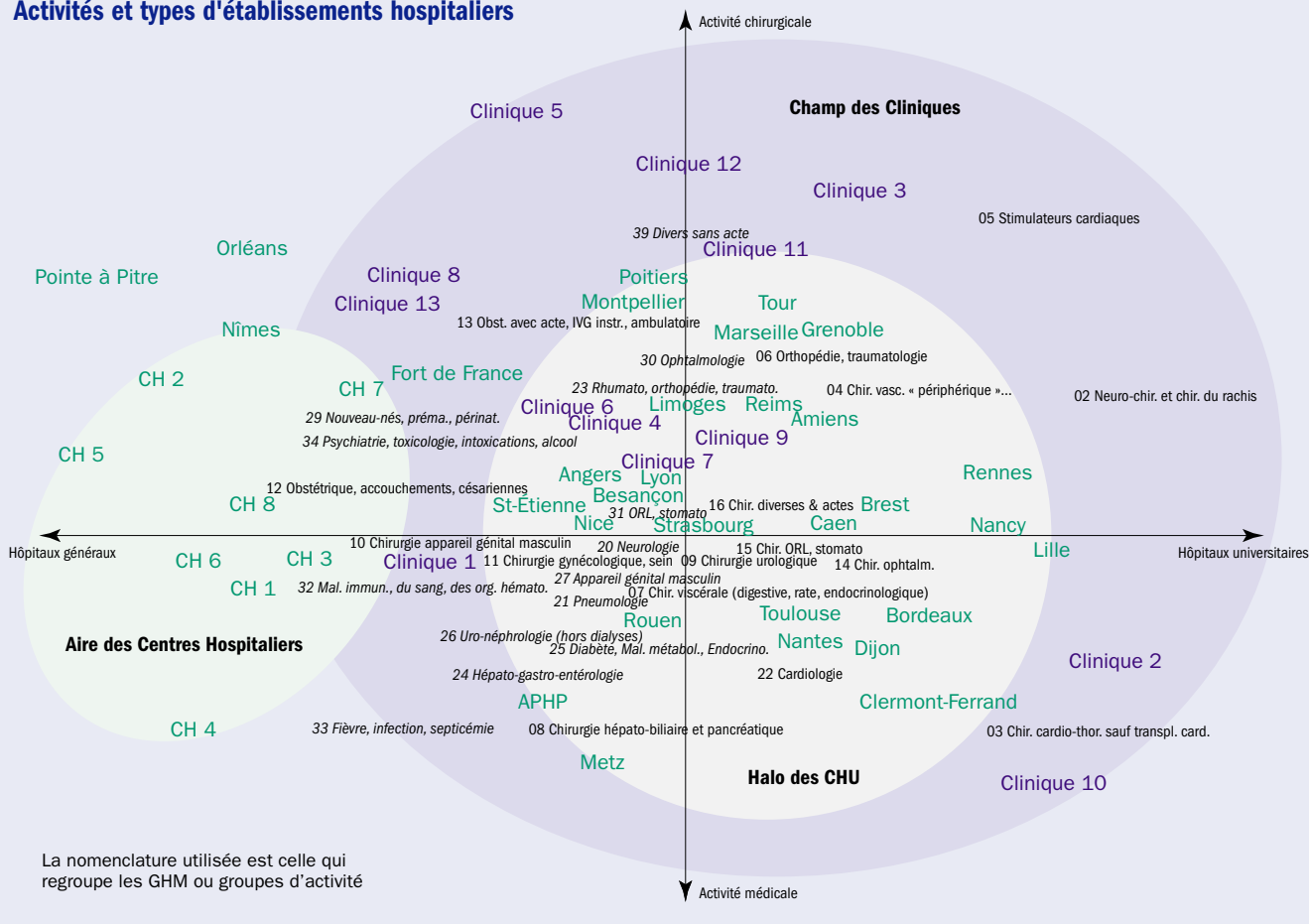
Ensuite, les activités « U » (relevant des CHU) sont désormais, globalement, pratiquées en partie par les cliniques. Ces activités sont-elles strictement les mêmes ? Ou existe-t-il des niveaux de complexité au sein de ces activités (bien évidemment en dehors des activités résultant du régime obligatoire des autorisations mais sachant que ces dernières sont aussi génératrices d'attraction en dehors de leur spécialité) ?

Enfin, en termes d'aménagement du territoire, les problèmes suivants se posent :

- complémentarité des établissements privés et publics à l'échelle régionale,

figure 1

Activités et types d'établissements hospitaliers

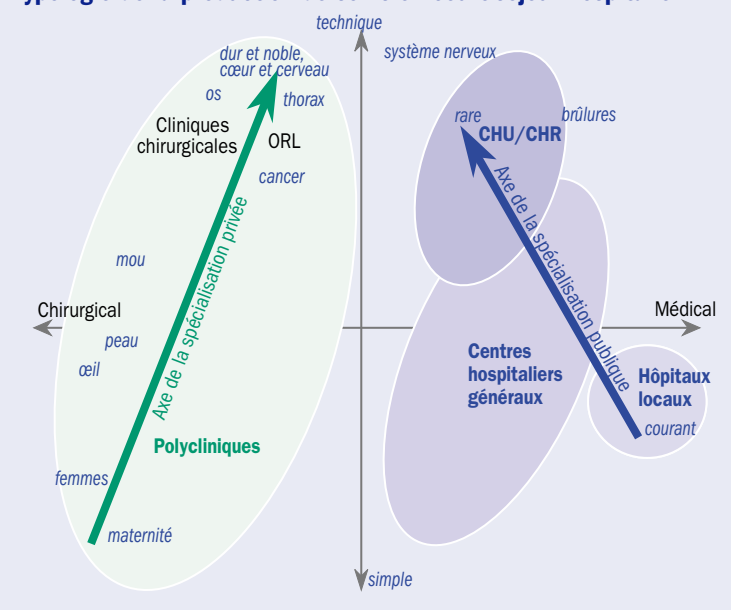


Sources : PMSI 1997, © A. Corvez/ E. Vigneron, ARH Languedoc-Roussillon/ Geos, 1999

La nomenclature utilisée est celle qui regroupe les GHM ou groupes d'activité

figure 2

Typologie de la production de soins en court-séjour hospitalier



- nécessaire articulation interrégionale entre les CHRU pour les activités de pointe face à une certaine disparité de ces activités. Disparité non nécessairement infondée vis-à-vis des éclairages épidémiologiques et quand on sait ce que représentent, en budget, temps, formation d'équipes de haut niveau et maintenance de celles-ci, les efforts fournis pour développer un pôle de compétence et d'expertise,

- recherche d'une répartition la plus harmonieuse possible de ces activités sur le territoire national.

Ces différents résultats et les quelques conclusions primaires qui en découlent ne doivent pas occulter la nécessité de préoccupations complémentaires à savoir :

- la poursuite d'études plus précises après ces analyses exploratoires,
- la recherche de l'accessibilité aux soins égale pour tous, tenant compte des pathologies et non uniquement de critères géographiques et de distances d'accès aux soins,
- l'évaluation de la qualité des soins qui doit être absolument introduite dans les critères d'analyse du décideur. ■

Les centres de dialyse comme élément de maillage du territoire sanitaire en Paca

La chronicité et la lourdeur de l'insuffisance rénale chronique commandent, plus qu'ailleurs encore, une prise en charge efficace sinon idéale.

L'importance des dépenses de dialyse (8,5 milliards de francs pour environ 25 000 patients dialysés, estimation 1997), ainsi que l'accroissement régulier du nombre de patients dialysés (+5 % par an environ) invitent à la révision des règles d'autorisation et à la recherche de nouveaux modes de régulation et de prise en charge.

Sur le plan réglementaire, l'indice de besoin en matière d'épuration extrarénale a été établi sur les seuls traitements en centre. Il a été fixé par la carte sanitaire, en 1984, à hauteur de 40 à 50 postes par million d'habitants, alors que la population d'insuffisants rénaux chroniques susceptibles de bénéficier d'un traitement par épuration extra-rénale se situait aux alentours de 13 à 14 000 personnes en France. L'arrêté du 27 juillet 1999 a fixé un nouvel indice de besoin en fixant des fourchettes d'appareils différentes selon l'âge de la population : de 25 à 45 appareils par million d'habitants âgés de 15 à 59 ans et de 140 à 230 appareils par million d'habitants âgés de 60 ans et plus.

L'activité de dialyse « hors centre » — actuellement réalisée pour l'essentiel par des structures associatives — ne fait l'objet d'aucune mesure de planification ni d'aucune régulation spécifique au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

N'a-t-on pas confondu développement de l'offre et besoins de santé ? Si l'offre se développait, c'était pour répondre à des besoins. Le développement de l'offre constitue toujours aujourd'hui la seule mesure de la demande. Les multiples travaux réalisés dans le domaine de l'appréciation des besoins en matière de santé n'ont quasiment jamais permis de dégager des indicateurs pertinents et reconnus par tous.

À défaut, la méthode actuelle pour apprécier les besoins d'une zone géographique consiste à extrapoler à la po-

pulation et à sa structure d'âge la consommation médicale majeure faite à l'échelle de la région ou de la France entière.

En ce qui concerne la dialyse en centre, un rapport de l'Igas de 1994 constatait que dans deux tiers des régions de France, le nombre de postes autorisés dépassait largement le maximum fixé par l'indice des besoins, preuve que cet indice ne correspond plus aux réalités actuelles.

Or, un objectif prioritaire de l'allocation des ressources de soin réside dans une couverture optimale de l'espace géographique, en correspondance avec les consommateurs de soins.

Analyse géographique du déplacement des dialysés en centre lourd

Une enquête transversale menée par les néphrologues de la région Paca avait recensé au 30 juin 1995 la file active de patients insuffisants rénaux chroniques terminaux (IRCT) suivis dans chaque structure hospitalière publique ou privée de la région. Les données ont été actualisées par une nouvelle enquête en mars 1999.

Sur les 2 505 patients en traitement de suppléance dialysés en région Paca, 70 % d'entre eux sont dialysés en centre lourd, 22 % en autodialyse, 5 % en dialyse péritonéale et 3 % à domicile.

Cette étude ne concerne que les patients dialysés en centre lourd.

La région compte 315 postes de dialyse se répartissant dans 19 centres lourds publics ou privés. Le centre de Monaco a été intégré à l'étude.

Le manque de possibilité d'ouvrir des postes de dialyse en dehors de la carte sanitaire fige les postes installés dans leur localisation existante, ce qui peut de fait, obliger certains malades à parcourir de longs trajets pour être dialysés, lorsque les centres proches de leur domicile sont saturés. Ce dysfonctionnement altère probablement la qualité de vie des patients et majore les frais de trans-

port pris en charge par l'assurance maladie.

Distances moyennes parcourues

Pour chaque patient a été calculée la distance séparant son domicile de son centre de suivi et celle séparant son domicile du centre le plus proche. Le tableau ci-dessous présente les distances moyennes parcourues par les patients des différents départements de la région Paca. Les résultats (moyennes de la distance parcourue \pm écart-type) sont présentés selon qu'ils fréquentent ou non le centre le plus proche de leur domicile. Les patients suivis dans la commune de leur domicile ne figurent pas dans le tableau ci-contre.

Analyse des patients dialysés hors de leur commune de domicile

Les patients dialysés hors de leur commune de domicile peuvent être classés en deux groupes :

- les patients n'étant pas dialysés dans la commune de leur domicile parce qu'il n'y existe pas de centre mais qui sont suivis dans le centre le plus proche de leur domicile. 507 patients, soit 29 % des patients dialysés en centre lourd sont dans cette situation.

Ces patients parcourent une distance moyenne de 22 km par trajet (écart-type 15 km) avec un maximum de 127 km. Parmi eux, 327 patients soit 19 % des patients dialysés en centre lourd parcourent plus de 15 km par trajet (soit 30 km par séance) pour se rendre au centre de dialyse le plus proche de leur domicile.

- les patients dont l'affectation diffère du centre le plus proche de leur domicile. Cela concerne 467 patients soit 27 % des dialysés en centre lourd.

Parmi eux, 323 patients soit 18,5 % des patients dialysés en centre lourd parcourent une distance supplémentaire (par rapport au centre le plus proche de leur domicile) de plus de 15 kilomètres par trajet (soit 30 km par séance).

Bénédicte Devictor

Maître de conférence universitaire, laboratoire de santé publique, Faculté de Médecine, Marseille

Yvon Berland

Professeur de néphrologie, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille

Claude Soutif

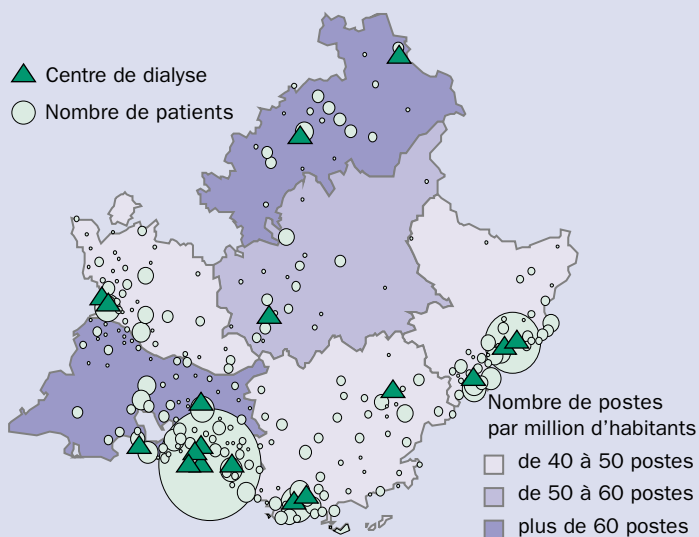
Médecin, département d'information médicale centre hospitalier d'Avignon

Françoise Barnouin

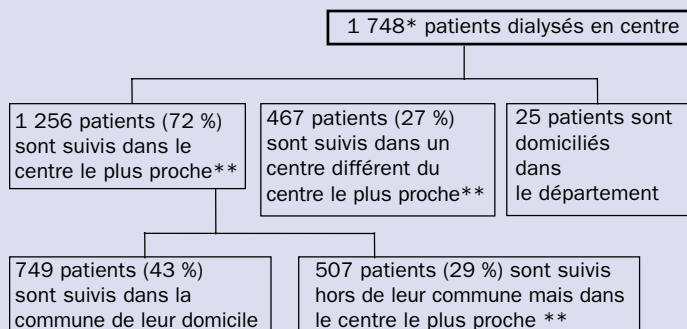
Médecin, association pour le traitement de l'insuffisance rénale Avignon

Roland Sambuc

Professeur de santé publique, Faculté de Médecine, Marseille, Inserm U 379



Typologie des déplacements



* L'analyse géographique s'est faite seulement sur 1 748 patients car 9 patients n'étaient pas localisés. Par ailleurs, nous n'avons aucune information sur les patients domiciliés en Paca mais dialysés hors Paca.

** Dans le terme le plus proche, le critère temps a été pris en compte (type de voie routière).

Patients se rendant hors de leur commune dans le centre le plus proche de leur domicile

	Oui		Non	
	Effectif (%)	Moyenne* (écart-type)	Effectif (%)	Moyenne* (écart-type)
04	48 (83 %)	37 km (± 24)	3 (5 %)	109 km (± 232)
05	21 (44 %)	24 km (± 9)	4 (8 %)	80 km (± 65)
06	93 (25 %)	12 km (± 9)	177 (48 %)	26 km (± 15)
13	115 (14 %)	20 km (±10)	212 (26 %)	37 km (± 19)
83	132 (47 %)	22 km (±13)	56 (20 %)	45 km (± 25)
84	98 (68 %)	24 km (±13)	15 (10 %)	85 km (± 44)
Total	507 (29 %)	22 km (± 15)	467 (27 %)	37 km (± 26)

* Moyenne de la distance effectuée par trajet

Discussion

La décision du lieu de prise en charge résulte le plus souvent de plusieurs paramètres : l'éloignement, les possibilités réelles en matière d'équipement au plan local, les préférences du patient, le choix du néphrologue traitant... Par ailleurs, le nombre de postes étant limité par la carte sanitaire, le patient n'a pas toujours la possibilité d'être suivi dans le centre sélectionné ; la saturation d'un centre peut ainsi modifier le choix du lieu de prise en charge.

La distance séparant le centre de suivi du domicile du patient constitue *a priori* un facteur essentiel. Le patient parcourt deux trajets par séance et cela en moyenne trois fois par semaine. La dialyse en centre lourd devrait répondre à une logique de proximité dans un souci à la fois médical et économique. Il est important d'éviter à ces patients en état précaire des déplacements répétitifs et fatigants et de limiter les coûts liés aux transports.

Dans un contexte dominé par la volonté de maîtriser les dépenses de santé, il est essentiel de réfléchir sur les moyens de réduire certaines dépenses. Or, les dépenses encourues par la collectivité au titre des transports sont très élevées.

Nous avons ainsi dans notre étude mis en évidence des zones géographiques dont les patients présentaient pour certains une affectation de leur centre de suivi inadéquate.

Si le problème posé par les patients n'ayant pas de centre à proximité de leur domicile est avant tout celui de l'accessibilité aux soins, les patients qui n'ont pas recours aux centres proches de leur domicile ont pu être confrontés à la saturation des centres ; d'après le livre blanc de la néphrologie, 66 % des néphrologues disent rencontrer des difficultés à prendre en charge la totalité des insuffisants rénaux chroniques qui leur sont adressés, principalement à cause du manque de postes.

Le mode de régulation actuel engendre des effets pervers qui sont antinomiques d'une recherche de qualité des soins pour la prise en charge de cette affection. On ne peut que souhaiter l'instauration en France d'un mode de régulation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, qui d'une part englobe l'ensemble des modalités de prise en charge, y compris la greffe rénale, la dialyse péritonéale, l'autodialyse et la dialyse à domicile, et qui d'autre part privilégie la qualité des soins. À une planification basée sur le nombre de postes, il serait plus judicieux de substituer une régulation négociée et médicalisée en fonction de critères médicaux, géographiques et sociaux.

Une planification sanitaire effectuée au plus près des réalités régionales pourrait permettre notamment de réduire significativement les frais de transport.

Un changement organisationnel s'impose. Il faut certainement créer de nouveaux centres, mais attribuer également à ceux qui existent des postes supplémentaires. En effet, le nombre de patients à prendre en charge en hémodialyse augmente, l'âge de ces patients s'élève. De ce fait, ce dernier élément limitera le développement de l'autodialyse dont on sait qu'elle est essentiellement consacrée à des patients autonomes, indemnes de pathologies lourdes. ■