

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-