

Équité et planification : analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération « périnatalité »

*Equity and planning: a critical analysis
of a third generation regional healthcare
management programme*

Pierre-Henri Bréchat ⁽¹⁾, **Didier Castiel** ⁽²⁾, **Damien Carmona** ⁽³⁾,
Claudine Brunner ⁽⁴⁾, **Christophe Segouin** ⁽⁵⁾, **Samir Khalfaoui** ⁽⁶⁾,
Catherine Delalay ⁽⁷⁾, **Valérie Barbier** ⁽⁷⁾, **Florence Muller** ⁽⁸⁾, **Jean-Yves Grall** ⁽⁹⁾,
Jean-Bernard Truc ⁽¹⁰⁾, **Roland Rymer** ⁽¹¹⁾, **Dominique Bertrand** ⁽¹¹⁾

(1) Médecin spécialiste de santé publique, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France ; chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS), École des hautes études en santé publique (EHESP), avenue du Professeur Léon Bernard, 35043 Rennes cedex, France.

(2) Économiste de la santé, Maître de conférences, Université Paris-Nord, UFR SMBH, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex, France.

(3) Interne de spécialité, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, AP-HP, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris Cedex 10, France.

(4) Pédiatre, service de gynécologie-obstétrique, pôle viscéral, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, AP-HP, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(5) Médecin spécialiste de santé publique, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, AP-HP, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France ; Université de Toronto, Faculté de médecine Donald R. Wilson. Centre for Research in Education, Toronto, Ontario, Canada.

(6) Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, service des établissements de santé, direction des affaires sanitaires et sociales de Paris, 75 rue de Tocqueville 75850 Paris cedex 17, France.

(7) Technicienne d'information médicale, unité de médicalisation du système d'information, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, AP-HP, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(8) Médecin conseil, Service médical de l'assurance maladie, région Île-de-France, Immeuble le Trieste, 21 rue Georges Auric, 75948 Paris cedex 19, France.

(9) Médecin, conseiller médical, Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (Arhif), 21-23 rue des Ardennes, 75019 Paris, France.

(10) Professeur des Universités, service de gynécologie-obstétrique, pôle viscéral, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, AP-HP, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(11) Professeur des Universités, service de santé publique et économie de la santé, Hôpital Fernand-Widal, AP-HP, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

Correspondance : P.-H. Bréchat

Réception : 04/12/2006 – Acceptation : 30/11/2007

Résumé : Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) propose de faire évoluer l'organisation sanitaire en fonction des besoins de santé de populations prises en charge et des évolutions d'activités. Lors de l'analyse stratégique d'un SROS III « périnatalité », les promoteurs peuvent-ils passer d'une approche en termes d'accessibilité (équité égalitariste) à une approche par les besoins (équité différentielle), plus compliquée à mettre en œuvre, mais plus adaptée aux usagers dans un territoire de santé ? La recherche s'est appuyée sur l'analyse de documents de novembre 2004 à novembre 2006. Un centre hospitalier universitaire implanté dans un quartier défavorisé a élaboré des données qui ont permis de proposer le passage d'une maternité de niveau I à II. Cette proposition est retenue dans le projet médical de territoire, puis est autorisée par l'ARH. Professionnels de santé et promoteurs de la planification sanitaire peuvent mettre en œuvre une équité différentielle.

Mots-clés : Planification sanitaire - équité - schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) - projet médical de territoire (PMT) - contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) - autorisation d'activité - programme de médicalisation du système d'information (PMSI) - périnatalité - établissement public de santé.

Summary: *The third generation of the regional healthcare organization plan (Sros III) proposes to develop the organisation of healthcare and its management according to evolution of its activities and the populations concerned. At the time of a strategic analysis of SROS III (what we refer to as its perinatal period), the question is whether promoters can move from an approach based on accessibility (egalitarian equity) to a needs-based approach (differential equity), which although more complicated in to apply and implement, was found be much better adapted to healthcare users. The research is derived from an analysis of documents from November 2004 to November 2006. A university public hospital developed the data which supported a proposal to shift from level I to level II. This proposition was retained in the territory's medical plan authorized by the regional health authorities. Health professionals and the architects of the healthcare plan have the capacity to new organizations responsible for taking into account the activities and healthcare needs of the population in order to initiate and establish differential equity.*

Key words: Healthcare planning - equity - third generation healthcare organization plan (Sros III) - territorial medical plan (PMT) - contract for multiple year objectives and needs (CPOM) - authorization of activity - medicalization programme of information systems (PMSI) - perinatal period - public healthcare establishment.

Introduction

L'égalité de prise en charge est un principe fondamental du système de soins français où les réformes donnent une place croissante aux autorités régionales dans l'allocation des ressources (autorisations et volumes d'activité) [10, 14]. Il s'agit d'une équité [22] égalitariste, basée sur l'égalité de droits [14]. Cette approche ne permet pas directement de répondre aux besoins spécifiques de la population : le plus souvent égaliser des droits se traduit par une accessibilité au système de soins, sans considérer nécessairement les besoins des populations. L'allocation de ressources qui en résulte est alors indifférenciée des besoins. Se limiter à étendre l'accessibilité au système de soins est plus facile à mettre en œuvre, et suppose moins d'outils, mais la probabilité que les besoins plus spécifiques soient comblés, reste faible. C'est ainsi que l'équité égalitariste se trouve remise en cause par une équité par les besoins, appelée différentielle, dans la mesure, où la réponse est fonction des besoins différents des populations. C'est la définition rawlsienne de l'équité [12, 29]. Elle permet une allocation de ressources dans un territoire de santé, en fonction des besoins plutôt

qu'en fonction des droits ou de l'accessibilité aux soins. Elle permet d'envisager un réseau (réseau médico-social et social, en plus des soins), plutôt qu'un fonctionnement fermé sur les structures sanitaires du territoire de santé. La prise en compte des populations spécifiques dans un territoire de santé donné peut conduire, en fonction des besoins différenciés, à restructurer l'offre de soins, voire l'offre médico-sociale et sociale. Cette approche théorique trouve une application dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui sont porteurs de cette recherche d'équité [14, 23].

De 1991 à 2006, le SROS est devenu le pivot de la planification sanitaire [21] en France. Il a su progressivement fédérer institutions, professionnels et acteurs pour arriver à des projets médicaux de territoire mettant en adéquation l'offre et les besoins de santé de la population [23]. L'application des SROS, comme approche par les besoins, implique de repenser l'équité en termes différentiels et non plus égalitaristes. Le SROS III (2006 à 2011) a pour objectifs de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre du continuum prévention - soins - médico-social - social (- ambulatoire), afin de répondre aux besoins de santé de la population. Il vise à susciter des complémentarités ainsi que des coopérations, comme les réseaux de santé [5]. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire. Le SROS III a pour but de garantir l'accès aux soins pour tous au sein de territoires de santé : espaces géographiques et démographiques pertinents pour lesquels des objectifs quantifiés d'activité sont envisagés. Pour chacune des thématiques (priorités), une analyse stratégique est réalisée lors de la conférence sanitaire de territoire. Les représentants de l'État, de l'assurance maladie, des établissements de santé, des professionnels libéraux, des usagers [4] et des élus vont réaliser un diagnostic de territoire (phase de diagnostic) en prenant en compte les besoins de santé de la population (données démographiques, sociologiques, etc.) et les offres du système de santé (continuum). Cette concertation doit permettre d'identifier les forces et faiblesses du territoire et de faire des propositions d'organisation pour le projet médical de territoire (PMT). L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) peut alors passer des accords avec les établissements de santé, qui précisent les missions qui lui sont confiées et les moyens (autorisations et volumes d'activité) dont celui-ci dispose pour remplir ces missions : c'est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI), mis en œuvre au sein des établissements de santé par les départements d'information médicale (DIM), permet d'évaluer l'activité des établissements de santé [2, 30].

Nous avons cherché à repérer la réalité de l'équité différentielle pendant la construction du SROS III « périnatalité » d'un territoire de santé prenant en charge des populations défavorisées. Améliorer la santé maternelle et périnatale, ou périnatalité, est une priorité de santé publique [11, 18-20, 24]. En 1998, une organisation en niveaux de soins obstétricaux et de soins néonatalogiques est instaurée [24, 31]. Des programmes de santé, comme le plan périnatalité [27], sont mis en œuvre [3], notamment lors des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS II : 1999-2004) [5, 6, 8, 23, 31]. La loi relative à la politique de santé publique du

9 août 2004 prévoit 4 objectifs de santé publique pour la santé maternelle et périnatale (44-47). Par arrêté ministériel du 27 avril 2004, la périnatalité est une des thématiques (priorités décidées au niveau national) des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III : 2006-2011), outil de planification sanitaire [21, 23]. L'objectif de notre étude est de repérer, lors de l'analyse stratégique du SROS III, le passage d'une approche en termes d'accessibilité (équité égalitariste) à une approche par les besoins des populations (équité différentielle). Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur l'action des promoteurs : apportent-ils des données supplémentaires sur les populations prises en charge ainsi que sur les activités médicales et chirurgicales réalisées ? Peuvent-ils proposer des évolutions de l'organisation sanitaire de leur territoire de santé qui seront prises en compte afin d'adapter les évolutions de leurs activités aux besoins de santé des populations concernées ? Quelle analyse critique de cette décision de santé publique peut être faite afin de pouvoir être utile au système de santé [14] ?

Méthodes

Notre recherche s'est centrée sur les établissements de santé d'un territoire de santé ayant des activités de gynécologie et d'obstétrique et prenant en charge des populations défavorisées⁽¹²⁾. L'étude a été centrée sur un centre hospitalier universitaire implanté dans un quartier défavorisé : l'Hôpital A. Il a été décidé de rendre anonyme les établissements de santé et les lieux parce que cette étude de cas locale recouvre un niveau de généralité pertinent pour nombre de territoires de santé et zones urbaines.

Nous avons choisi de centrer cette étude sur une période de 2 années : de novembre 2004 (phase de diagnostic préalable au SROS III réalisée par les ARH) à novembre 2006 (année de mise en œuvre du CPOM). Le volet obligatoire du SROS III étudié a été la périnatalité. Trois phases du SROS III ont été investies : analyse stratégique en vue de l'élaboration du PMT (phase de diagnostic et propositions d'organisation), PMT et CPOM avec mise en œuvre.

La recherche s'est appuyée sur l'analyse de documents (comptes-rendus, notes, courriers électroniques, courriers, rapports intermédiaires) disponibles auprès du ministère en charge de la santé, de l'ARH et des établissements de santé concernés. Une recherche sur Internet a été réalisée et a concerné les sites suivants :

www.google.fr ; <http://www.parhtage.sante.fr/re7/site.nsf> ;
http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm ;
<http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/site.nsf> ;
<http://www.cramif.fr/> ; www.aphp.fr ; www.bdsp.tm.fr/ ;
www.ensp.fr/prs-crs-praps/ ; (mots clés : établissements de santé, périnatalité, planification sanitaire, précarité, réseau, schéma régional d'organisation sanitaire).

(12) Le choix du territoire de santé et de l'établissement de santé a répondu à 3 critères : un territoire de santé ayant une ARH et un établissement de santé soutenant l'étude ; l'établissement de santé est public et hospitalo-universitaire ayant une activité en médecine, chirurgie et surtout obstétrique (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation ; cet établissement prend en charge la population étudiée.

Un historique des SROS « périnatalité » (SROS de première et de deuxième génération) du territoire de santé et de l'établissement choisis, a ensuite été établi pour en retirer les actions-clés des promoteurs de la planification.

Résultats

La phase de diagnostic de l'analyse stratégique permet la prise en compte de données complémentaires apportées par des établissements de santé

Le lancement des travaux commence fin 2004, lorsqu'en application de l'arrêté du 27 avril 2004 qui fixe la liste des volets obligatoires du SROS III, le Directeur de l'ARH prend en compte la périnatalité dans le SROS III pour les territoires de santé de sa région. Il missionne deux représentants pour établir un rapport et des recommandations (PMT). Des travaux faisant l'état des lieux de l'activité en gynécologie et obstétrique des maternités sont réalisés (tableaux I et II). Le jeudi 25 novembre 2004, la première réunion du groupe d'animation local du territoire de santé sur la thématique périnatalité permet la présentation des enjeux du SROS III « périnatalité » : redistribution de moyens du sud vers le nord qui a une forte attractivité et une activité globale en augmentation (tableau I) ; mais qui, en raison de son équipement (tableau II), entraîne une fuite des usagers vers d'autres territoires de santé à hauteur de 47 %⁽¹³⁾. Le territoire de santé étudié manque de maternité de

Tableau I : Activités en gynécologie et obstétrique du territoire de santé étudié

	2000	2001	2002	Évolution (%) 2000-2002
Accouchements par voie basse	6 736	7 942	7 570	+ 12,38 %
Césariennes	1 683	2 049	2 210	+ 31,31 %
Accouchements totaux	8 419	9 991	9 780	+ 16,17 %
Naissances	8 636	10 215	9 980	+ 15,56 %

Source : ARH de la région étudiée (2004)

Tableau II : Récapitulatif du niveau maternel et pédiatrique des hôpitaux du territoire de santé étudié en 2004 et effectifs théoriques et réels en lits

	Établissement	Obstétrique		Néonatalogie		Soins intensifs		Réanimation	
		théorique	réel	théorique	réel	théorique	réel	théorique	réel
Maternité type I	Hôpital A clinique	81 47	81 47						
Maternité type II a	Hôpital B	60	60	6	4				
Maternité type II b									
Maternité type III	Hôpital C	60	60	13	13	25	25	10	10
Total territoire		248	248	19	17	25	25	10	10

Source : ARH de la région étudiée (2004)

(13) C'est-à-dire que 47 % des accouchements des femmes de son bassin de recrutement se déroulent dans d'autres établissements, situés en dehors de ce bassin.

Tableau III : Données relatives à la population et à la fécondité générale

	<i>France</i>	<i>Territoire de santé du 00-1*</i>	<i>Territoire de santé du 00-2*</i>	<i>Territoire de santé du 00-3*</i>
Nombre de femmes en âge de procréer (entre 15-49 ans), en %	45,7	28	28,5	27,9
Nombre de naissances pour 1000 femmes en âge de procréer (entre 15-49 ans), en ‰	53,5	53,2		

Source : ARH de la région étudiée et INSEE 2004

* 00 correspond au numéro du département concerné

niveau II, voit son niveau III saturé et le réseau ville-hôpital est à renforcer. Les professionnels des services de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux A, B et C précisent qu'il est indispensable que l'Hôpital A puisse bénéficier d'une maternité de type II.

Lors de cette réunion, les représentants du Directeur de l'ARH demandent le recueil de données complémentaires concernant les prématurés (données du programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI] 2002-2004) dans tous les établissements concernés du territoire de santé étudié et celles que les établissements de santé voudront élaborer.

L'Hôpital A (tableau II) va montrer que les femmes en âge de procréer dans le territoire de santé étudié sont moins nombreuses et ont un taux de fécondité inférieur à la moyenne nationale (tableau III). La mortalité maternelle est de 21 à 22 décès par an dans la région. Les hémorragies du troisième trimestre de grossesse, en particulier les hémorragies de la délivrance, représentent 20 % des décès. Le nombre de naissances prématurées est en augmentation comme le nombre de naissances multiples. La précarité est en augmentation [16]. Elle est source d'inégalités d'accès aux soins [25] et de risques périnataux [15, 19, 28]. Le pourcentage de femmes enceintes non ou peu suivies irait de 6 % [16] à 10 % [1], pour 1,8 % dans la région étudiée [1] contre 1 % du total des grossesses en France. Les caractéristiques de la population concernée ont des conséquences sur la prise en charge des grossesses : le taux de grossesses non ou peu suivies augmente comme le nombre de grossesses à risque. Les problèmes sociaux identifiés au décours de l'accouchement et l'absence de possibilités de transferts sont les causes fréquentes d'augmentation des durées moyennes de séjour (DMS). Sur un total de 81 lits autorisés (tableau II) (54 d'obstétrique et 27 de gynécologie), 11 ont été fermés faute de personnel. Le déficit en personnel par rapport aux effectifs théoriques représenterait 10 %. Le personnel présent en sous effectif a une charge de travail pouvant conduire à des arrêts de travail (en décembre 2004, 4 sages-femmes étaient en arrêt de travail longue durée). Pour pallier cette situation de sous-effectif, il est fait appel à du personnel intérimaire. Ces données sont propres à l'Hôpital A et à son territoire de santé (comparaison dans le tableau III).

L'analyse de la population prise en charge par l'Hôpital A et son offre de soins, montre des paradoxes pour l'activité en obstétrique. Pour le premier semestre 2004, le PMSI⁽¹⁴⁾ montre que 42 % (41,81) des parturientes prises en charge ont une pathologie obstétricale, ce qui peut paraître élevé pour une maternité de

(14) Pour l'utilisation du PMSI pour le suivi des SROS, voir à <http://www.atih.sante.fr/?id=0002400084FF>

Tableau IV : Répartition des séjours des parturientes pour l'obstétrique du premier semestre 2004 par groupe homogène de malades (GHM)

GHM	Libellé	Nombre de séjours	%
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	429	44,83
14C02A	Césariennes sans complication significative	124	12,96
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	93	9,72
24M25Z	Affections de la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 14 : séjours (séj) < 2 jours (j) sans acte opératoire de la CMD 14	64	6,69
14Z03B	Affections <i>ante partum</i> avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	48	5,02
14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	44	4,60
24Z14Z	Autres transferts : séj < 2 j	39	4,08
24M24Z	Affections de l' <i>ante partum</i> : séj. < 2 j	27	2,82
14Z03A	Affections <i>ante partum</i> avec ou sans intervention chirurgicale, sans complication	26	2,72
14C02B	Césariennes avec autres complications	18	1,88
14C02C	Césariennes avec complications majeures	17	1,78
24M36Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séj. < 2 j sans acte op.	5	0,52
16M04V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge 18 à 69 sauf complication ou morbidité associée (CMA)	4	0,42
11M02V	Lithiases urinaires, âge < 70 ans sauf CMA	2	0,21
14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions	2	0,21
14M02Z	Affections médicales du <i>post-partum</i> ou du <i>post abortum</i>	2	0,21
14Z07Z	Faux travail	2	0,21
24M26Z	Affections de la CMD 16 : séj. < 2 j sans acte op. de la CMD 16	2	0,21
24Z12Z	Transferts de nouveau-nés vers autre établissement : séj. < 2 j	2	0,21
05M08V	Arythmies et troubles de la conduction card., âge < 70 sauf CMA	1	0,10
06C15W	Autres interventions sur le tube digestif + CMA	1	0,10
13C07V	Interventions utéro annexielles (sauf inter. tub., âge < 70 sauf CMA)	1	0,10
13M04V	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge < 70 sauf CMA	1	0,10
16M05W	Troubles de la coagulation, âge > 69 ans +/- CMA	1	0,10
23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	1	0,10
24C30Z	Dilatation et curetages au cours grossesse sauf IVG : séj. < 2 j	1	0,10
Total		957	100

Source : Hôpital A, novembre 2004

type I et contraire aux dispositions réglementaires relatives à la néonatalogie et à l'obstétrique prévues aux articles R.6123-39 à R.6123-53 du code de la santé publique ainsi qu'aux recommandations professionnelles de la Haute Autorité de santé (HAS) de mai 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques ; et que 58 % (57,79) ont des accouchements et des césariennes sans complication (tableau IV). En 2003, 86 % des femmes

Tableau V : Répartition des séjours des nouveau-nés du premier semestre 2004 par groupe homogène de malades (GHM)

GHM	Libellé	Nombre de séjours	%
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	421	55,98
15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	202	26,86
24Z12Z	Transferts de nouveaux-nés vers autre établissement : séj. < 2 j	34	4,52
24Z16Z	Affections de la CMD 15 : séj. < 2 j	30	3,99
15Z05C	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère	29	3,86
non groupés		10	1,33
15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	9	1,20
15Z03Z	Transferts précoces de nouveaux-nés vers un autre établissement	7	0,93
15Z06B	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec autre problème significatif	3	0,40
15Z06C	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème sévère	3	0,40
24Z10E	Nouveau-nés décédés : séjours de moins de 2 jours	2	0,27
15Z05D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	1	0,13
24M25Z	Affections CMD 14 : séj. < 2 j sans acte op. de la CMD 14	1	0,13
Total		752	100

Source : Hôpital A, novembre 2004

ayant accouché proviennent du territoire étudié. La baisse d'activité constatée en 2003-2004 s'explique par les travaux de réfection et de mise aux normes de la maternité (octobre 2003 à novembre 2004) ayant conduit à la diminution transitoire des capacités offertes. L'ancienne maternité comprenait 6 salles d'accouchement. Pendant les travaux, seules 4 étaient ouvertes. La nouvelle maternité a une capacité augmentée : 5 salles d'accouchement plus 3 lits de pré partum. Depuis la réouverture, l'activité a augmenté par rapport à 2003 et 2004, mais le sous-effectif en personnel risque de ne pas permettre de retrouver une capacité maximale en gynécologie et obstétrique.

Les paradoxes existent également pour l'activité de la maternité de niveau I. Pour le premier semestre 2004, le PMSI montre que 44 % des nouveau-nés pris en charge ont des problèmes significatifs, ce qui peut paraître également élevé pour une maternité de type I et que 56 % (55,98) des nouveau-nés pèsent 2500 g et plus, sans problème significatif (tableau V). La population des prématurés pris en charge est une réalité : 98 en 2004, dont 8 de moins de 28 semaines et 6 de moins de 1000 grammes, malgré une politique de transferts *in utero*. Il est à noter que les diagnostics associés (DA), qui doivent être corrélés avec les DA des mères, sont lourds.

Les taux de transfert importants de l'Hôpital A, comme ceux de l'Hôpital B (4 lits de néonatalogie installés pour un total de 6 lits autorisés) qui est proche par la géographie et le recrutement, sont à mettre en rapport avec le recrutement de grossesses peu ou mal suivies, et à l'absence de lits de néonatalogie dans ces établissements.

L'ensemble de ces données est diffusé et partagé avec les dirigeants de l'Hôpital A et une position commune est adoptée [17]. Elle est adressée le 7 avril 2005 aux représentants de l'ARH [17] et à la communauté scientifique [9].

Les Hôpitaux A, B et C enverront aux représentants de l'ARH les données concernant les prématurés. Il n'a pas été trouvé d'autres données émanant des Hôpitaux B et C, ni de la clinique (tableau II).

La phase de proposition d'organisation de l'analyse stratégique permet la prise en compte de données complémentaires apportées par des établissements de santé

Les propositions faites sont reprises dans la synthèse thématique du volet périnatalité réalisée dans le cadre des travaux préparatoires du SROS III. Ce document est validé par le groupe d'animation locale du territoire de santé étudié réuni le 21 juin 2005. Les éléments apportés par les promoteurs viennent confirmer ce que les professionnels des services de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux B et C avaient souhaité lors de la réunion du jeudi 25 novembre 2004. Il est validé qu'une des premières recommandations faites par ce groupe d'animation locale sera celui du passage de la maternité de l'Hôpital A du niveau I au niveau II. Le compte-rendu du 4 juillet 2005 de cette réunion reprend les éléments transmis le 20 juin 2005.

Les propositions d'organisation sont prises en compte dans le PMT

La synthèse thématique « Périnatalité » du SROS III du territoire de santé étudié est validée le 19 juillet et est adressée au Directeur de l'ARH par ses deux représentants.

Le processus de décision qui a pu introduire davantage d'équité différentielle dans le territoire de santé étudié

Pour le référent de l'ARH et ses représentants, il faut arriver à augmenter les offres des niveaux II et III. Pour le niveau III, seul l'Hôpital C peut offrir cette possibilité au territoire de santé étudié et ceux avoisinants. Pour le niveau II, les Hôpitaux A et B ont proposé d'augmenter leurs capacités pour le territoire de santé et ceux avoisinants. Il n'y a pas d'autre possibilité. Leur décision va prendre en compte les données sur les parturientes : lieux où elles habitent (86 % dans le territoire de santé étudié), où elles vont accoucher (fuite des usagers vers d'autres territoires de santé à hauteur de 47 %) et les particularités des populations prises en charge (précarité) ; mais aussi les données concernant les établissements (tableau II par exemple) avec les effectifs dont ils disposent, les données d'activités des établissements (PMSI). L'ensemble de ces données a été partagé, validé et a fait l'objet d'un consensus avec les représentants des 3 hôpitaux et de la clinique. Les données (PMSI et précarité) réalisées par l'Hôpital A, le fait de faire une activité de niveau II et son positionnement au centre du territoire de santé, ont été les arguments déterminants du choix de l'Hôpital A par rapport à l'Hôpital B.

Le CPOM reprend les propositions du PMT

L'ARH publie le SROS III à la mi-2006. Il a pour but de fixer pour 5 ans le CPOM, révisable tous les ans. Dans le cadre de ces objectifs quantifiés, le passage d'un niveau I à II est autorisé pour l'Hôpital A.

La mise en œuvre du CPOM par l'établissement.

L'Hôpital A s'est engagé à ouvrir la nouvelle structure en avril 2008.

Ce SROS n'a pas amené la participation de représentants d'associations d'usagers ni d'élus qui peuvent collaborer à sa construction [4-6, 8].

Discussion

Cette recherche illustre en quoi le processus de planification a pu introduire davantage d'équité différentielle dans un territoire donné. La démonstration est conduite en prenant en compte le point de vue des hôpitaux et de la clinique et les données sur les lieux où habitent et vont accoucher les parturientes du territoire de santé étudié et ceux avoisinants. Un établissement voisin n'a pu proposer un niveau II et répondre aux critères d'équité différentielle. Rappelons que ces derniers sont peu sensibles à la variable « distance » ou « accessibilité ». La décision publique a pu assurer la transition vers l'équité différentielle à un coût non excessif. Une prochaine étude pourrait prendre en plus la contractualisation des volumes d'activités en gynécologie et obstétrique et leurs suivis sur cinq années.

L'exemple de la périnatalité a permis de montrer qu'il était possible de restructurer la nature de l'offre de soins en fonction des besoins spécifiques d'une population donnée. La précarité apparaît comme un facteur explicatif de besoins supplémentaires ou pour le moins différents [13]. Elle explique l'augmentation des risques périnataux. Par conséquent, son repérage devient un préalable nécessaire dans la perspective d'une approche par population, basée sur l'équité différentielle. Pour répondre aux besoins par une allocation de ressources différentielle, encore faut-il identifier ces besoins supplémentaires. Seule l'approche par population peut permettre un tel objectif. Il faut qu'elle s'exerce dans le cadre d'un territoire de santé donné, au travers d'un SROS par exemple. Le rôle des médecins et des professionnels de santé publique [7, 26, 30], dans la tâche d'identification des populations et donc de leurs besoins respectifs spécifiques, est fondamental. Lors de la phase préparatoire d'un SROS III « périnatalité », ils peuvent apporter des données PMSI et des données populationnelles supplémentaires et proposer une évolution de l'organisation sanitaire de leur territoire pour que leurs activités soient adaptées à des besoins de la population [7]. Ils participent à une décision de santé publique équitable, au sens différentiel. Cet exemple rejoint celui sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique lors de la construction du SROS II et d'un réseau de soins centré sur la population dans la région de Franche-Comté [5].

Équité et planification sanitaire : professionnels de santé et promoteurs proposent un « gagnant-gagnant »

À travers cette expérience de SROS III, il apparaît que les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à faire participer les professionnels de santé [7, 8, 26, 30, 31] à la construction d'un futur projet médical de territoire qui prend en compte l'équité, l'évolution des activités [9, 17, 30] et des populations prises en charge [1, 15, 16, 28], afin de proposer de nouvelles organisations sanitaires. L'accord de principe sur le volet « périnatalité » du SROS III du territoire de santé étudié provient en partie des méthodes de construction

des SROS qui permettent la concertation et la coopération des professionnels de santé dans l'élaboration du PMT. Le SROS est l'occasion de faire avancer des projets rapidement. Cela favorise l'enracinement du SROS dans la réalité et tend à le rendre plus pratique et utile que technocratique [6, 8]. Aux postes avancés de ces réformes, professionnels de santé et promoteurs sont sur le terrain, participent aux projets de l'hôpital de demain, sans toutefois maîtriser le processus de décision [6, 8]. Soucieux des populations prises en charge [1, 15-18, 28] et des contraintes financières fortes (T2A) [2, 30], ils construisent des argumentaires étayés au plus proche de leurs réalités de terrain pour défendre une décision de santé publique équitable, plus proche de la population et de ses besoins. En définissant la périnatalité comme priorité de santé publique régionale, l'ARH continue de donner toute légitimité à ce travail d'organisation proposé par ces professionnels de santé [7, 26, 30, 31]. Ceux-ci peuvent alors se prévaloir de la priorité régionale et des ressources qui peuvent y être affectées (autorisations, volumes d'activités) pour améliorer une offre au plus près de leurs activités et des populations prises en charge. C'est à cette occasion que l'ARH obtient la garantie que les ressources qu'elle va affecter au système de soins, seront productives. Ces partenariats peuvent aussi contribuer à faire progresser la qualité des décisions et des soins au moment où la population a une perception moins optimiste de l'évolution future de l'état de santé et une perception beaucoup plus aiguë des risques liés à l'environnement [5, 6, 8].

Pour que la population soit aussi gagnante

L'égalité de prise en charge est un principe fondamental dans l'organisation du système de soins français et les réformes donnent une place croissante aux autorités régionales dans l'allocation des ressources [14]. Elle suppose une réponse adaptée aux besoins particuliers des populations d'un territoire de santé. Les SROS formulent presque tous un objectif de recherche d'équité [14, 22]. La prise en compte des particularités des populations prises en charge (mère et enfant, prématurés, usagers précaires), a été dans notre exemple un souci constant [1, 9, 16, 17, 30]. La recherche d'une meilleure connaissance de la population prise en charge par les établissements de santé peut amener ces derniers à élaborer ces données [9, 13, 17]. Ces réalités difficiles à gérer au quotidien renforcent la nécessité de développer des offres en amont (consultations pré natales) et en aval de l'hospitalisation (structures d'accueil post natal adaptées aux difficultés rencontrées, notamment dans le domaine social [12]), au sein de réseaux de santé. Des représentants d'associations d'usagers et des élus peuvent collaborer à la construction du SROS [4-6, 8, 23]. Par leur participation effective à la concertation au niveau des structures du système de santé, les usagers sont un « contre-pouvoir » potentiel vis-à-vis des administratifs et des gestionnaires. C'est dans cette optique que les représentants des usagers ont pu être associés aux travaux du SROS au niveau régional par l'intermédiaire du comité technique régional présidé par le Directeur de l'ARH, mais également au niveau territorial par leur participation aux travaux du groupe d'animation locale. Cependant, leur participation bien qu'appréciée et reconnue comme légitime et utile souffre du peu de lisibilité et de définition de son rôle [4].

Conclusion

Les professionnels de santé [7, 26, 30, 31], « artisans de la planification sanitaire » [6, 8], peuvent aussi être, avec les usagers, des garants de l'éthique et de l'équité dans l'accès aux soins, au sens d'un accès en fonction des besoins, à supposer que les structures et les moyens idoines existent et soient pensés par le planificateur. Leurs propositions peuvent être un « contre pouvoir » à des tentations de gestion utilisées déjà par de nombreux établissements de santé qui ont en particulier pour conséquence de limiter les possibilités de prise en charge des femmes sans couverture sociale dans les maternités de ces établissements [12, 13].

REMERCIEMENTS

Nous remercions Catherine Buhl, Michel Csaszar Goutchkoff, Alexandrine Ferrand, Marie-Christine Grenouilleau, Françoise Haussaire, Alain Jourdain, Micheline Ledoux, Christian Magnin-Feynot, Chantal Prabonneau, Emmanuelle Salines, Elisabeth Sevenier-Muller et Marie-Hélène Scapin qui ont soutenu ces travaux. Les auteurs demeurent seuls responsables de leurs propos. Les institutions qui les emploient n'ont aucunement interféré dans leur travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bernard F. Impact du type de suivi des femmes enceintes sur les coûts direct d'hospitalisation lors de l'accouchement. Th : Med : Paris 7 - Lariboisière : Mai 2003 ; 2021.
2. Bertrand B, Bérard A. Dépenses de santé et économie de la santé. In: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Traité de santé publique. Paris : Flammarion, 2003 : 146-53.
3. Bréchat PH. Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités. Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». Actualité et Dossier en Santé Publique 2005;50:21-7.
4. Bréchat PH, Bérard A, Magnin-Feynot C, Segouin C, Bertrand D. Usagers et politiques de santé : Bilans et perspectives. Santé publique 2006;18:245-62.
5. Bréchat PH, Goguy M, Magnin-Faysot C, Geffroy LR. Usagers et politique de santé : Un exemple en Franche-Comté. Actualité et Dossier en Santé Publique 2004;45:59-63.
6. Bréchat PH, Jourdain A, Schaetzel F, Monnet E. Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Santé publique 2005;17:57-73.
7. Bréchat PH, Khalfaoui S, Muller F, Grall JY, Truc JB. Professionnels de santé publique et schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération. Communication orale. Congrès pluri-thématique 2007 de la Société française de santé publique. Montpellier, 22 novembre 2007.
8. Bréchat PH, Raimondeau J. Les apprentissages réalisés par les « artisans de la planification sanitaire » pendant la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Santé publique 2004;16:527-39.
9. Carmona D, Bréchat PH, Truc JB, Brunner C, Barbier V, Delalay C, Segouin C. Place du système d'information médicalisé dans la planification hospitalière : l'exemple de la maternité d'un hôpital parisien. XVI^e congrès de l'ALASS, Montréal : 13 octobre 2005.
10. Castiel D. Équité et santé. Rennes : Éditions ENSP, 1995.
11. Castiel D. Approche historique de la planification de la santé, ADSP 1995;11:III-V.
12. Castiel D. Investir dans le social pour réduire les inégalités de santé. Concours Med 2005;127:2266-9.
13. Castiel D, Bréchat PH, Santini Y, Delalay C, Segouin C, Grenouilleau MC, Bertrand D. Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public : Quelles ressources supplémentaires ? Journal d'Économie Médicale 2006;24(7-8):335-48.
14. Castiel D, Jourdain A. Équité et planification sanitaire : analyse critique des SROS et implications pour un modèle d'allocation de ressources. Cah Socio Dém Méd 1997;3-4:205-35.
15. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème JM, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:23-32.
16. Grandisson D. Précarité, grossesse, accouchement et nouveaux nés. Etude médico-sociale de 138 femmes en situation précaires suivies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Lariboisière au cours de l'année 96. Th Med Paris 7 - Lariboisière : Avril 1999 ; 2015.

17. Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Valorisation des données PMSI pour le SROS III « Périnatalité » : des arguments pour demander des moyens adaptés. Journée recherche du vendredi, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, le 25 mars 2005.
 18. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France : Rapport général. Paris : La documentation Française, 1994 : 260-3.
 19. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques. Paris : La documentation Française, 1994 : 353-76.
 20. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France 96. Paris : La documentation Française ; 1996: p. 58-61.
 21. Jourdain A. 100 mots-clés de planification sanitaire. Rennes : Éditions ENSP, 1997.
 22. Jourdain A. Equity of a health system. Eur J of Public Health 2000;10:138-42.
 23. Lernout T, Lebrun L, Bréchat PH. Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. Santé publique 2007(19)6:499-512.
 24. Lévy G. Périnatalité. In : Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D. Traité de santé publique. Paris : Flammarion, 2003 : 393-6.
 25. Lombrail P. Accès aux soins. In: Les inégalités sociales de santé. Collection « Recherches ». Paris : Éditions La Découverte/INSERM, 2000 : 403-18.
 26. Lombrail P. Analyse et point de vue des médecins de santé publique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998;27:191-6.
 27. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Plan Périnatalité, Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2004.
 28. Ozguler A, Alfaro C, Bonniaus G, Renders P, Blot P, Brodin M, Lombrail P. Problèmes sociaux rencontrés lors du suivi prénatal dans une maternité parisienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998;27:389-95.
 29. Rawls J, Theory of justice, 1971, Harvard University Press, Cambridge.
 30. Segouin C, Bréchat PH, Lebrun L, Sahraoui F. Les révolutions du PMSI et de la T2A : Bilans et perspectives In : Bréchat PH, Salines E, Segouin C (dir). Rennes : Éditions ENSP, 2006 : 212-23.
 31. Serfaty A, Papiernik E (dir.). L'action collective périnatalité en Île-de-France (1996-2000). Rennes : Éditions ENSP, 2005.
-

Annexe : Glossaire

ARH	: agence régionale de l'hospitalisation
CMA	: complications ou morbidités associées
CMD	: catégorie majeure de diagnostic
CPOM	: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DA	: diagnostic associé
DHOS	: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	: département d'information médicale
GHM	: groupe homogène de malades
HAS	: haute autorité de santé
IVG	: interruption volontaire de grossesse
j	: jour
MCO	: médecine – chirurgie - obstétrique
PMSI	: programme de médicalisation du système d'information
PMT	: projet médical de territoire
séj	: séjour
SROS	: schéma régional d'organisation sanitaire
SROS II	: schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération
SROS III	: schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
T2A	: tarification à l'activité