

questions

d'économie de la santé

analyses

Repères

Ces dernières années, les réflexions sur la planification sanitaire et l'évolution du secteur hospitalier ont été l'occasion d'alimenter le débat concernant les soins de proximité. Dans ce cadre, cette étude a été réalisée à la demande de la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

L'objectif est de fournir un éclairage sur l'organisation des soins de proximité dans d'autres pays que la France. Pour compléter ce tableau, une revue des études empiriques a été effectuée sur l'accessibilité et le recours aux soins ainsi que sur les effets de la concentration en terme de qualité des soins et de réduction des coûts de production.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaire-maquettiste :
Aude Sirvain

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 Euros par an
Environ 10 numéros par an

Prix : 5 Euros

Les soins de proximité : une exception française ?

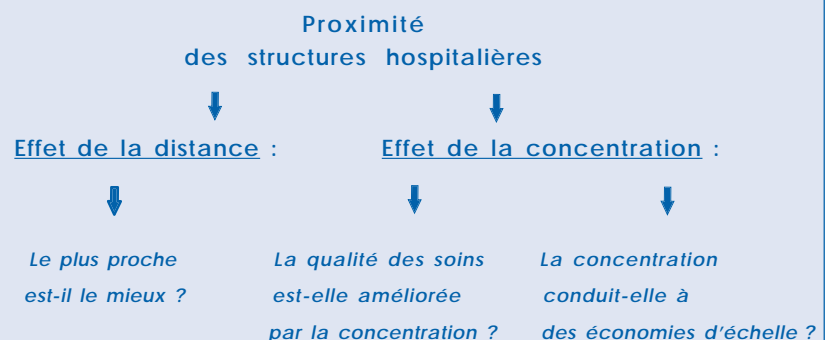
Véronique Lucas-Gabrielli, Norbert Nabet, François Tonnelier

La restructuration de l'offre hospitalière est une caractéristique commune des évolutions internationales des systèmes de soins. Cette tendance, avec ses conséquences en terme de regroupement, de reconversion ou de fermetures d'établissements pose la question de la proximité des soins. Cette préoccupation est une demande constante de l'opinion publique en France. Mais il ne s'agit pas seulement de proposer des services au plus proche des usagers, encore faut-il concilier cela avec les contraintes de qualité et de coûts.

Pour éclairer le débat, nous avons recensé au niveau international les études empiriques permettant de répondre aux questions suivantes : le plus proche est-il le mieux ? Les patients vont-ils au plus proche ? La concentration des services médicaux permet-elle de meilleurs résultats et une meilleure qualité ? La concentration des équipements assure-t-elle des économies d'échelle ?

Nous proposons ensuite un tour d'horizon sur l'approche de cette question dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Québec et Catalogne). L'importance accordée aux soins de proximité est une forme *d'exception française* car dans aucun des pays n'apparaît explicitement ce concept comme axe directeur de l'organisation du système de soins. Mais la préoccupation commune de ces pays de mettre « les soins primaires » au centre du système de soins ou de recourir au « virage ambulatoire » sont des choix qui constituent d'autres approches de la proximité des soins.

Les principales questions posées par la proximité



Les études empiriques sur le dilemme proximité/concentration

La concentration des équipements sanitaires n'est pas uniquement invoquée pour des raisons économiques mais aussi pour des questions d'efficacité médicale et de qualité des soins : les gestionnaires hospitaliers attendent des concentrations de meilleurs résultats en termes médicaux, ce qui conduit au débat sur les seuils minimaux d'activité, notamment pour les maternités ou les services de chirurgie. Le dilemme proximité/centralisation pour les soins est donc également un dilemme entre *équité* et *efficacité* :

Équité : les inégalités de recours aux soins liées à l'accessibilité ne sont pas acceptables car le système de santé doit garantir un accès égal à tous.

Efficacité : il s'agit de trouver dans l'organisation un rapport coût/qualité satisfaisant sinon optimal.

2

Nous avons cherché, à partir d'une revue de la littérature, les études empiriques menées en France et ailleurs pouvant éclairer le débat.

Distances d'accès et recours aux soins : quel est l'effet de l'éloignement des services de santé ?

Les difficultés d'accessibilité géographique concernent proportionnellement peu de personnes. Elles touchent la minorité de personnes ayant des difficultés de mobilité ou sans moyens autonomes de transport (personnes âgées ou handicapées). C'est sans doute la raison pour laquelle les études n'observent pas d'effet massif de la distance sur le recours aux soins. En Grande-Bretagne, par exemple, seule 6 % de la population estime que l'accès au cabinet est « difficile ou très difficile » en raison des distances et des transports. En France, nous ne disposons pas de chiffres équivalents alors que la proximité géographique est souvent au cœur des débats.

Distances parcourues selon le niveau d'instruction et le degré d'urbanisation (en km)

	Ensemble	Communes rurales	unités urbaines de 5 000 à 100 000 habitants	unités urbaines de plus de 100 000 habitants
Diplôme inférieur au bac	21,6	35,9	18,0	14,3
Bac et supérieur	33,6	46,5	32,0	30,2
Ensemble	22,9	37,4	19,7	16,5

Source : Lucas, Tonnellier
Distances réelles d'accès et attraction hospitalière (1996, CREDES)

Comportements d'accès : le patient va-t-il au plus proche ?

Contrairement à une idée reçue, les consommateurs ne se rendent pas au service le plus proche : en Grande-Bretagne, seul un tiers des patients sont inscrits auprès du généraliste le plus proche. En France, en cas d'hospitalisation, l'établissement le plus proche n'est pas toujours choisi et la distance parcourue par les patients augmente avec le niveau d'instruction quel que soit le degré d'urbanisation (cf. tableau ci-dessus).

Accès aux soins et indicateurs de résultats : le plus proche est-il le mieux ?

L'ensemble des études empiriques réalisées sur ce sujet, en grande majorité dans les pays Anglo-Saxons, ne permet pas de dégager de règles. Une seule certitude : l'utilisation des services est plus faible pour les personnes qui en sont le plus éloignées. Il n'est cependant pas démontré que « *le plus proche est le mieux* », car il n'est pas prouvé que l'éloignement des services entraîne des conséquences dommageables pour la santé, non plus qu'une consommation de soins insuffisante.

Ainsi, la preuve directe de la relation entre distance et mortalité ou morbidité est rare (sauf cas évident d'urgence vitale). Il est difficile de distinguer les effets propres de l'isolement des effets culturels. Par exemple, une étude anglaise constate que la mortalité due à

l'asthme a tendance à augmenter en fonction du temps de trajet à l'hôpital (après contrôle des facteurs de confusion), et non en fonction du trajet au généraliste. Mais les auteurs soulignent que les mécanismes en cause ne sont pas clairs : il peut aussi bien s'agir du temps d'accès en cas de crise sévère que de la réticence des populations isolées à avoir recours à des soins spécialisés éloignés (Jones et alii, 1999).

Dans le même ordre d'idées, une étude française observe que les patients ruraux avec un cancer colorectal sont moins souvent traités dans un centre spécialisé que les patients urbains (Launoy et alii, 1992). La différence est en grande partie expliquée par la distance, qui retarde une consultation et aboutit de fait à un diagnostic tardif de la maladie dans la population rurale. En général, les études montrent que l'effet de l'accessibilité géographique est plus marqué sur le plan de la prévention que sur le plan curatif.

Volume et qualité : est ce que la pratique améliore les performances ?

Il est très difficile de mettre en évidence la liaison entre le volume et la qualité : la qualité augmente-t-elle lorsque le volume de soins produits augmente ? En effet, de nombreuses études ne tiennent pas compte des facteurs de confusion (sévérité du diagnostic ou *case mix*), et surestiment sans doute le rôle du vo-

Des seuils très variables pour les maternités selon les pays

Les seuils d'activité proposés pour le maintien des maternités sont très variables selon les pays : par exemple 100 accouchements par an dans certains états peu denses des Etats-Unis. En France, il n'a pas été démontré que le seuil des 300 accouchements par an était une limite en deçà de laquelle pouvait se poser des problèmes de sécurité.

Ce sont d'autres raisons qui expliquent la forte sensibilité de l'opinion publique à la fermeture des petits établissements. La maternité n'est pas un élément neutre dans le système de soins ou l'équipement urbain, c'est aussi un symbole qui témoigne de l'aspect moderne et dynamique d'une ville. Dans ce contexte, la fermeture de lits est interprétée comme une régression, qui d'ailleurs souvent s'ajoute à des suppressions locales d'emplois (présentées également comme « économiquement rationnelles »). Loin des problèmes d'experts concernant les « seuils », la population comprend que la fermeture des « petites » maternités est aussi le signe d'un déclin démographique.

La proximité : une exception française ?

Poser la question de la proximité des structures de soins, c'est poser d'abord la question des difficultés géographiques d'accès aux soins. C'est la première façon de comprendre la référence à la « proximité » dans les textes officiels français. En ce sens, l'importance accordée aux soins de proximité est une forme d'exception française. Dans aucun pays n'apparaît explicitement ce concept comme axe directeur de l'organisation du système de soins. Un autre aspect de cette « exception française » est que les études sur les effets de l'accessibilité géographique sont en quasi totalité anglo-saxonnes.

Les difficultés d'accès ne sont pas méconnues à l'étranger et révèlent d'autres dimensions :

- financières aux Etats-Unis,
- temporelles avec les problèmes des listes d'attente en Grande Bretagne, au Danemark et en Suède, problèmes qui préoccupent plus que l'accessibilité géographique,
- organisationnelles au Québec où l'on s'attache à réussir « le virage ambulatoire ».

Notons qu'en France la dernière réforme sur l'accès aux soins (CMU) concerne l'accessibilité financière et non l'accessibilité géographique.

lume comme déterminant de la qualité. Cette hypothèse connue dans le monde anglo-saxon sous le nom « *Est ce que la pratique rend parfait ?* » peut être interprétée de différentes façons. D'une part, il peut y avoir un effet d'adressage sélectif : les hôpitaux ou les médecins ayant de bons résultats attirent plus de patients. D'autre part, les hôpitaux ayant un fort volume d'activité attirent également les meilleurs chirurgiens. Il est donc difficile de trouver une direction de causalité.

Toutefois, aucune série temporelle ne permet de mettre en évidence une augmentation de la qualité que l'on puisse rapprocher d'une augmentation du volume des actes ou de la taille de la structure.

Quant aux seuils ou aux normes, ils sont fixés par consensus ou dires d'experts, mais très rarement vérifiés par des preuves scientifiques empiriques. Ils sont en tout cas très différents d'un pays à l'autre (voir encadré ci-dessus sur les maternités).

Volume et coûts : existe-t-il une taille optimale pour produire au meilleur coût ?

D'un point de vue économique, la proximité des soins renvoie à la question de la taille optimale des structures de soins. Quelle est la taille permettant de produire le service hospitalier au « meilleur » coût ?

La question de la taille optimale des structures hospitalières a surtout été

traitée dans les pays anglo-saxons. Les travaux français sont peu nombreux et leurs résultats sont souvent fragiles. Le seul résultat concordant, mis en évidence dans un grand nombre d'études, à la fois anglo-saxonnes et françaises, est la présence de déséconomies d'échelle pour des établissements hospitaliers de court séjour de plus de 600 lits (Aletras et alii, 1997 ; Dervaux et alii, 1994) En France métropolitaine, il y a 3 % d'établissements de plus de 600 lits concentrant 30 % des lits en hospitalisation complète (cf. tableau ci-dessous).

Ces résultats sont des seuils d'efficience organisationnelle ne tenant pas compte des autres facteurs : efficacité médicale et accessibilité de l'établissement par la population notamment. En effet, la concentration peut être justifiée, par exemple, par le fait de faciliter les transferts de malades entre services.

Répartition du nombre d'établissements et du nombre de lits par taille au 31/12/1996 (éts réalisant des soins de courte durée en hospitalisation complète)

Capacité en nb de lits	Nb d'établissements			Nb de lits		
	effectif	%	% cumulé	effectif	%	% cumulé
]0-100]	1 242	65	65	57 336	22	22
]100-200]	399	21	86	55 548	21	43
]200-300]	115	6	92	28 031	11	53
]300-400]	52	3	94	17 768	7	60
]400-500]	43	2	97	19 457	7	67
]500-600]	15	1	97	8 194	3	70
600 et plus	49	3	100	78 159	30	100
total	1 915	100		264 493	100	

Source : CDROM SAE 96, DRESS

Une valeur symbolique : Liberté, Égalité, Proximité

Le souci de la proximité, terme fréquemment utilisé en France pour beaucoup de services (santé, justice, commerce, police, et même « démocratie »), est révélateur de la valeur symbolique que la société française lui accorde. L'idée sous jacente demeure que « le plus proche est le mieux », affirmation dont la démonstration n'est pas prouvée pour les soins médicaux.

En moins d'un siècle en France, le rayon des déplacements quotidiens a été multiplié par dix. Dans une société où les distances relatives continuent à diminuer en raison du développement des transports, de la plus grande mobilité et des télécommunications, la proximité apparaît dans tous les domaines comme le rappel de la présence de « l'État providence ».

De même que, au début du 19^e siècle, la fraternité est venue tempérer la contradiction entre l'égalité promise et l'inégalité constatée (Furet, « La Révolution », 1988), on peut dire que la proximité vient atténuer la contradiction entre la liberté (de prescription ou de choix du malade), et l'équité voulue (mais avec des inégalités toujours constatées).

En Grande-Bretagne : développer les soins primaires

Les préoccupations concernant l'accessibilité sont fondées sur les principes énoncés pour les « soins de première ligne de qualité » : qualité, justice, accessibilité, réceptivité, efficacité. Ces principes théoriques sont tout à fait comparables à ce que pourrait être en France une « charte » des soins de proximité. Une nouvelle organisation, les *Primary Care Group's*, a été mise en place pour tenter d'appliquer sur le terrain ces principes en ayant la responsabilité de « couvrir » l'ensemble des besoins locaux de soins de santé.

Au Québec : réorganiser l'offre de soins

L'évolution du système de santé québécois est caractérisée par un développement des soins extra-hospitaliers, modifiant les missions et prestations de l'hôpital. Dans ce contexte, les Centres de soins communautaires de première ligne (CLSC) jouent un rôle majeur. Ils sont en grande partie responsables des soins posthospitaliers et les principaux dispensateurs de soins et d'aide à domicile.

Ce « virage ambulatoire » nécessite des efforts de coordination entre les différents segments de l'offre de soins, point faible du système de santé québécois. Afin de mieux coordonner l'offre de

soins, le gouvernement a créé en 1999 les Départements régionaux de médecine générale (DRMG) dont le rôle est de créer un réseau coordonné de soins de première ligne intégrant les cabinets privés de médecins, les CLSC et les hôpitaux.

* * *

En conclusion, ce qui pourrait être retenu en France des expériences étrangères concerne les taux d'hospitalisation marqueurs de soins ambulatoires proposés aux Etats-Unis. Des indicateurs de performance similaires ont été suggérés en Grande-Bretagne.

Ces taux ont été définis pour identifier des événements sentinelles qui rendent compte de mauvaises performances ou de déficiences du système de soins en termes d'accès (Bindman et alii, 1995 ; Ricketts et alii, 1995). Ces taux pourraient être calculés en France (avec le PMSI) et rendre compte de la qualité des soins de proximité. Les pathologies proposées sont l'asthme, l'hypertension, la crise d'angor ou d'angine de poitrine, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives. Il a été montré que des taux d'hospitalisation élevés pour ces diagnostics provenaient de population ayant un mauvais accès aux soins (Bindman et alii, 1995). L'avantage de cette proposition est de fournir une évaluation concrète du recours de proximité.

Pour en savoir plus :

- Lucas Gabrielli V., Nabet N., Tonnellier F., *Les soins de proximité : une exception française ?*, CREDES, juillet 2001, 92 pages, 20 Euros (131,19 F.).
- Aletras V., Jones A., Sheldon T., 1997, *Concentration and choice in Healthcare, Economies of scale and scope*, The Royal Society of Medicine Press, London, pp. 23-36.
- Bindman A.B., Grumbach K., Osmond D., Komaromy M., Vranizan K., Lurie N., Billings J., Stewart A., 1995/07, Preventable hospitalizations and access to health care. *Jama*, vol. n° 274, n° 4, pp. 305-311.
- Dervaux B., Leleu H., Lebrun T., Boussemart, 1994, Construction d'un indice de productivité pour le secteur hospitalier public, *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, n° 24, Faculté des sciences économiques et sociales - Université de Lille I.
- Ferguson B., Posnett J., Sheldon T., 1997, *Concentration and choice in the provision of hospital services*, CRD Report 8, University of York, Centre for Health Economics, York Health consortium, NHS Centre for reviews and dissemination.
- Ferguson B., Posnett J., Sheldon T., 1997, *Concentration and choice in healthcare*, The Royal Society of Medicine Press.
- Jones A.P., Bentham G., Horwell C., 1999, Health services accessibility and deaths from asthma. *International Journal of Epidemiology*, vol 28, pp. 101-105.
- Launoy G., Le Contour X., Gignoux, Pottier D., Dugleux G., 1992, Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. n° 46, pp. 365-367.
- Ricketts T.C., Randolph R., Howard H.A., Pathman D., Carey T., 1998, Do ambulatory sensitive condition admission rates identify access problems in urban and rural areas ?, *Mimeograph*, University of North Carolina at Chapel Hill.