

leur accessibilité et à la qualité, la neutralité et l'homogénéité des informations.

De récentes dispositions confirment ces orientations :

- l'ordonnance du 24 avril 1996 instaure (art. L. 710.7) un système d'informations commun à l'État et aux organismes d'assurance maladie, sous le contrôle de l'État au plan national et des agences au plan régional ;

- le nouveau schéma directeur du ministère chargé de la Santé et des Affaires sociales soutient l'émergence du concept de systèmes d'information en santé et leur développement en les déclinant à deux niveaux complémentaires, un niveau local et régional, et un niveau national ;

- la circulaire du 27 janvier 1997 relative aux missions des Drass et des Ddass insiste sur le rôle pivot des Drass pour assurer un rôle d'animateur et de fédérateur des systèmes d'information.

Mission capitale pour les Drass, à l'heure où se multiplient les acteurs dans le dispositif sanitaire et social, et où s'ouvrent de nouvelles perspectives à travers le réseau santé social, réseau fédérateur, véritable plateforme pour l'ensemble des applications du secteur sanitaire, s'appuyant sur les standards Internet, et qui permettra l'accueil de partenaires industriels et de prestataires de services : à l'avenir, un paysage considérablement modifié par les nouvelles technologies, et des mutations culturelles à anticiper.

Claudine Pararay

Les petits hôpitaux et les enjeux de restructuration

La nécessité de restructurer le parc hospitalier et notamment les petits hôpitaux en milieu rural s'impose à tous les pays développés. Cette restructuration entraîne parfois des réactions d'incompréhension de la part du public, des notables et des élus sur le plan local, gênant les décideurs dans leur politique de rationalisation de l'offre. Pour mieux préciser les enjeux, en termes de santé publique et d'aménagement du territoire, nous résumerons les résultats d'une

► voir la rubrique législation & réglementation p. 28

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne. *Carte Sanitaire, Schéma Régional : Urgences Chirurgie Naissance, Drass*, Dijon, 10 novembre 1993.

S. Mick. *Un Américain à Clamecy : la fermeture des petits hôpitaux en France*. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 36 (2) : 105-140, avril-juin 1996.

analyse menée de 1994 à 1997 par trois chercheurs américains (sociologue de formation) et français (spécialistes de santé publique). Nous partons du cas concernant un petit centre hospitalier desservant une ville de 6 000 habitants (Clamecy) située en milieu rural de la Nièvre, dont la maternité était menacée de fermeture. Le devenir particulier de cette situation de crise va permettre d'éclairer la nature des politiques de rationalisation du secteur sanitaire et leurs liens avec l'amélioration de l'accès et de l'efficacité des dispositifs sanitaires sous contrainte financière. Nous en tirerons quelques pistes de réflexion utiles pour penser le devenir des petites structures isolées.

Le cadre des événements

En 1994, le centre hospitalier de Clamecy employait 200 agents et comptait 240 lits tous secteurs confondus, dont 60 de court séjour et 7 d'obstétrique. L'enveloppe budgétaire se montait à 56,3 millions de francs dont 38,8 pour les secteurs de court et moyen séjour, 3,6 millions pour le long séjour et 13,9 millions pour la maison médicalisée. L'établissement ayant été rénové en 1989, le plateau technique opératoire, les salles d'accueil d'urgence ainsi que la maternité étaient fonctionnels. Le centre hospitalier offrait une gamme de services de base pour la population de la ville (6 000 habitants) et de son bassin d'attraction (25 000 habitants).

L'histoire débute en novembre 1993 avec l'apparition de l'avant-projet du schéma de restructuration des services hospitaliers de la Bourgogne proposé par la Drass. La logique du schéma est fondée sur deux principes de base :

- l'existence et la proximité d'un établissement n'en garantissent pas la sécurité ;

- la population acceptera de se déplacer pour se faire soigner ou accoucher. Il est donc proposé la fermeture de la maternité et des urgences. Dès l'annonce de ces propositions, une série de réactions se déclenchent en réponse à ce qui est interprété comme présageant la fermeture de l'hôpital. Le point culminant est atteint en février 1994 : un cortège de 1 500 habitants défile dans une « ville morte ». Le directeur nouvellement nommé, entame une concertation avec les médecins de ville et demande une première étude qui conclut à la nécessité du maintien de l'hôpital mais selon un dispositif rénové. Il est proposé aux tutelles ré-

gionales de tester une organisation des prises en charge de la grossesse, associant médecins généralistes, la protection maternelle et infantile, l'intersecteur de pédopsychiatrie et deux hôpitaux de référence, départemental (Nevers) et régional (Dijon). Le but affiché est d'expérimenter un dispositif favorisant l'adaptation du centre hospitalier aux besoins de sa population en s'appuyant sur des dispositifs innovants et impliquant une forte coopération entre l'ensemble des intervenants.

Le réseau de suivi de grossesses centré sur l'arrondissement de Clamecy est le premier élément du Réseau du Haut-Nivernais. Il comprend deux sages-femmes de la PMI, dont l'une est la « sage-femme réseau », vingt médecins généralistes, le personnel de la maternité, l'équipe de l'intersecteur de pédopsychiatrie et les services de réanimation néonatale et de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire de Dijon. Ces acteurs ont défini un ensemble de règles communes de fonctionnement (14 au total) constituant le « mode d'emploi du réseau », référence que peuvent s'opposer les membres. L'objectif principal est « d'améliorer la qualité du suivi des grossesses en permettant à l'ensemble des femmes de l'arrondissement d'avoir accès à un dispositif de proximité assurant un dépistage précoce des risques médicaux, sociaux et psychologiques, et une prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale, pour la mère et son enfant, adaptée aux risques qu'ils peuvent présenter ». Le dépistage précoce est assuré conjointement par le médecin traitant et la sage-femme réseau. Cette dernière prend contact avec la femme après la consultation de déclaration de grossesse pour lui proposer de la rencontrer à domicile pour un bilan précoce et l'orientation. Un dossier de suivi de grossesse a été élaboré, détenu par la femme, il favorise la coordination entre les différents intervenants et constitue l'un des supports permettant l'évaluation du réseau.

Les enjeux

Le cas du centre hospitalier de Clamecy soulève des questions touchant aux logiques de restructuration du parc hospitalier en milieu rural, en regard de leur efficacité en termes de santé, de financement et du développement économique des espaces ruraux.

Y. Bourgueil, M. Naiditch, *Comment peuvent naître et se développer de nouvelles pratiques coopératives en périnatalité : le cas du réseau de santé du Haut-Nivernais*. La lettre d'Image, n° 9 ; juin 1996

T. S. Nesbitt, E. H. Larson, R. A. Rosenblatt, L. G. Hart *Access to Maternity Care in Rural Washington : Its effect on Neonatal Outcomes and Resource Use*. American Journal of Public Health, January 1997, vol. 87, n° 1

Y. Charpak, I. Nicoulet, D. Broclain. *La notion de masse critique en relation avec le système d'organisation sanitaire*. Gestions Hospitalières, 321 : 780-783, 1992

R. E. Schlenker, D. F. Hittle, M. A. Hrincevich, M. M. Kaehny. *Volume/Outcome relationships in small rural hospitals*. Journal of Rural Health, 12 (5) : 295-409, 1996.

J. Wise. *Routine pregnancies do not need obstetrician care*. BMJ 314 (22) : 845 22 mars 1997

J. B. Christianson. *Economic issues in the reduction of rural hospital capacity : a research summary. Report to the National Center for Health Services Research*. Washington, DC : DHEW (Grant No. 1f R03-H5-033745-01)

Santé : accès et qualité

L'accès aux soins peut s'analyser selon cinq critères : accessibilité géographique (*access*), disponibilité des soins (*availability*), capacités financières individuelles (*affordability*), compatibilité avec l'attente des patients (*acceptability*), environnement adapté (*accommodation*).

La fermeture des services hospitaliers en milieu rural rend difficile l'obtention d'un équilibre satisfaisant : si l'accès géographique est compromis, on sacrifie la disponibilité de soins, surtout pour des personnes ne disposant pas des moyens d'accès aux services éloignés. Inversement les soins délivrés par les grands centres ne correspondent pas toujours ni aux attentes des patients et ni à un environnement convenable. Une restructuration défavorisant les petites structures n'est donc pas synonyme d'avantages en terme d'accessibilité. Aux États-Unis, la fermeture des petites maternités dans les années quatre-vingt commencent à apporter leur cortège de mauvais résultats.

En ce qui concerne la qualité des soins, la notion de « masse critique » est invoquée pour justifier certaines fermetures. Les recherches ont montré que lorsque ce type de seuil existait, il concernait surtout des procédures rarement réalisées aux sein des petits hôpitaux. Quant au chiffre de 300 accouchements par an, il n'existe aucune étude permettant de l'étayer scientifiquement. À l'inverse, de nombreux travaux montrent qu'un suivi de grossesse permettant le repérage des femmes à haut risque et leur transfert anténatal vers les centres bien équipés, permet d'assurer aux femmes accouchant dans les petites structures, une qualité de soins au moins égale à celle des grandes structures.

Financement

Concernant les économies escomptées de la restructuration des établissements à faible capacité, aux États-Unis il a été montré que les économies d'échelle commençaient à partir de 75 lits pour les établissements de court séjour. Comme bien des établissements, dits de petite taille en France, dépassent ce seuil, si les résultats de ces recherches s'appliquent aux établissements français, les gains à attendre de leur fermeture sont faibles ; d'autant que les coûts par lit des petits établissements ne semblent pas plus élevés que ceux des grandes structures, notamment les centres hospitaliers régionaux où

suite page XXX

suite de la page XXVII

se trouvent les services équipés des technologies les plus coûteuses et où se posent des problèmes d'efficacité que les fermetures envisagées ne résoudront pas.

On doit donc s'interroger sur les coûts d'un système concentrant les ressources dans de très grands établissements en comparaison avec un système intégrant les petites structures à celles de plus grande taille.

Solidarité

L'une des leçons les plus surprenantes du cas Clamecy se trouve dans la position centrale qu'occupe le centre hospitalier comme symbole d'une solidarité désirée par les citoyens. Les gens interrogés ont esquissé une sorte de théorie de la solidarité dont l'hôpital serait l'institution clé. Beaucoup craignaient que si l'hôpital était amputé de ses services d'urgences et d'obstétrique, il finirait par ne rester que des services de long séjour. Cela signifiait à leurs yeux que la base technique de l'établissement se dégradant, un processus irréversible menant à une perte de la valeur symbolique de l'hôpital s'engagerait. Une telle dégradation conduirait à l'affaiblissement des autres institutions locales, par exemple le lycée et le centre culturel. Le sentiment de sécurité s'affaiblirait : les familles avec des enfants, ou susceptibles d'en avoir, quitteraient la ville, suivis par ceux dotés d'une bonne formation. Peu à peu, la ville se viderait de sa substance, n'y demeurant que des gens âgés et/ou sans ressources.

Emploi et économie du développement

L'importance économique d'un petit hôpital ne peut être sous-estimée : le centre hospitalier est le premier employeur de la ville et son effet d'entraînement sur d'autres entreprises et le petit commerce est considérable. Les entreprises cherchant à s'implanter considèrent que la présence d'un établissement sanitaire est un atout et surtout la présence de la maternité et d'un service d'urgence. Planifications sanitaire et économique devraient être pensées simultanément.

Un triple défi

La France affronte trois exigences : restructurer un parc hospitalier pléthorique, en préservant un accès à des soins de qualité tout en re-

O. H. Davidson. *Broken heartland : The rise of America's rural ghetto*. New York : The Free Press, 1990

modelant sa politique d'aménagement du territoire et sous contrainte budgétaire forte. Supprimer les hôpitaux peut freiner une politique de développement des espaces ruraux ou semi-ruraux ; le risque pour certaines zones de devenir ce qu'on nomme aux États-Unis « des ghettos ruraux », désertés par les services publics et les entreprises privées n'est pas négligeable.

Il n'est pas utopique de croire que certaines démarches utiles au système puisse naître d'expérimentations locales, et en particulier, pour ce qui concerne la santé et le soin, de démarches innovantes issues de petites structures. Des systèmes organisationnels d'un haut niveau de coordination peuvent s'y développer plus facilement que dans de grands ensembles : les réseaux de soins, invoqués en France dans le domaine de la périnatalité peuvent s'y épanouir avec succès, comme le démontre l'expérience de Clamecy. Son réseau peut être vu comme un ensemble de personnes ayant développé des liens plus étroits et des échanges plus nombreux notamment sous forme de textes et d'outils de coordination comme le dossier de suivi et les réunions (en moyenne une par mois) où sont débattus les problèmes rencontrés. S'y construit une culture commune : ce maillage plus dense guidé par la volonté d'anticiper et de mieux prévenir les situations à risque, est fondé sur l'hypothèse que la sécurité offerte par les « citadelles hospitalières » protégeant les femmes (uniquement pour celles qui y accèdent !) peut être « externalisée » de façon plus efficace. C'est l'augmentation de l'interaction sociale engendrée par le réseau qui permet l'action précoce, le dépistage et l'orientation en fonction du risque dont les premières évaluations ont montré qu'ils étaient correctement gérés. Le dispositif étant conçu prioritairement pour gérer le risque majeur mais de fréquence faible (5 %), le maintien de la maternité de Clamecy, dans des conditions « hors normes », apparaît justifié. À sa manière, le réseau contribue ainsi à une transformation des représentations professionnelles et sociales touchant au champ de la périnatalité.

Plutôt que de considérer les petites structures comme des éléments coûteux, vouées à disparaître, mieux vaudrait les traiter comme des atouts essentiels à la reconstruction d'un système de santé plus efficace.

Stephen S. Mick, Michel Naiditch et Yann Bourguell

M. Naiditch, C. Weill. *Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement*. In 26^{es} journées de médecine périnatale, Arnette Blackwelle, 1996.