

Greffes d'organes

Les enjeux des schémas interrégionaux

Désormais, ce n'est plus le ministère, mais les ARH, à un niveau interrégional, qui délivrent les autorisations pour les greffes d'organes. Le Dr Bernard Loty, directeur médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine, détaille les enjeux de cette nouvelle organisation sanitaire.

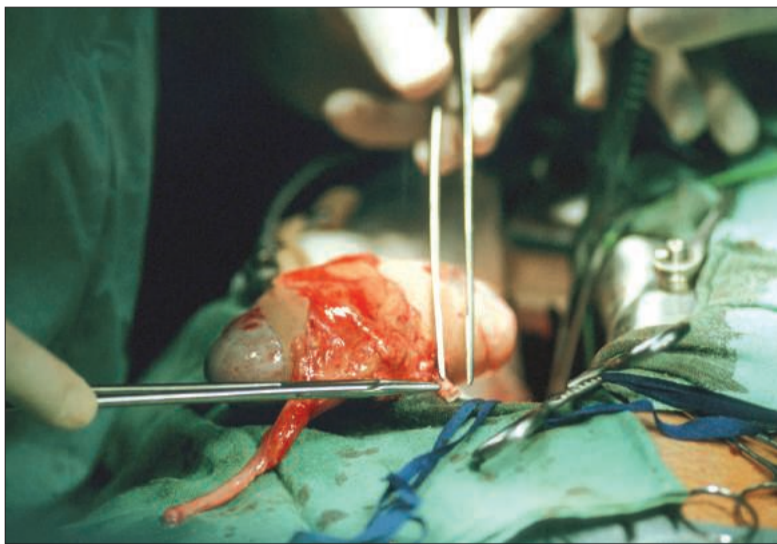
« L'ENJEU des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) est d'une grande importance. Il faut vraiment que cette nouvelle organisation soit l'occasion de créer une dynamique en faveur du prélèvement et de la greffe d'organes et de la greffe de cellules souches hématopoïétiques », explique le Dr Bernard Loty, directeur médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine.

Désormais, ce n'est plus le ministère de la Santé qui donne ou renouvelle les autorisations des établissements de santé pour les greffes. Une ordonnance du 4 septembre 2003 a transféré cette compétence ministérielle aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et a inscrit l'activité de greffe dans le cadre d'un schéma interrégional. « L'organisation de l'offre de soins de greffe au niveau interrégional doit en premier lieu favoriser l'augmentation de cette activité afin de mieux répondre aux besoins de la population. En effet, en ce qui concerne les organes et malgré une augmentation importante du nombre de patients greffés entre 2004 et 2006 (3 948 greffes en 2004, 4 238 greffes en 2005 et plus de 4 420 greffes en 2006) due notamment à l'augmentation des donneurs vivants, des progrès

sont encore à accomplir pour améliorer l'accès des 12 000 patients ayant eu besoin d'un greffon en 2006, dont plus de 9 000 patients en attente d'un greffon rénal. Votre cible doit viser à une augmentation moyenne de 20 % du nombre de patients greffés à échéance du schéma », indique une circulaire du ministère de la Santé du 14 février 2007, adressée aux ARH.

Il convient de préciser que la précédente carte sanitaire ne concernait que l'activité de greffe de rein, de foie et de cœur. Ce nouveau schéma interrégional prend, lui, en compte les organes suivants : rein, foie, cœur, poumons, cœur-poumons, pancréas, rein-pancréas. « Les sites réalisant des greffes multi-organes pourront associer à la réalisation de celles-ci des équipes médicales provenant d'autres sites autorisés à la greffe des organes concernés. Quelques greffes devront faire l'objet d'une organisation adaptée, notamment la greffe d'intestin qui ne nécessite qu'une offre limitée à quelques unités sur l'ensemble du territoire français et les greffes réalisées sur les enfants », indique la circulaire ministérielle, en précisant que les greffes expérimentales de tissus vascularisés (face, mains...) sont exclues du SIOS puisqu'elles relèvent d'une autorisation d'essai clinique délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Au total, sept SIOS ont été mis en place : Nord-Ouest (9 081 248 habitants), Ouest (10 258 196 habitants), Sud-Ouest (6 201 544 habitants), Est (8 133 298 habitants), Sud-Est (6 987 362 habitants), Sud-Méditerranée (7 108 619 habitants), Antilles-Guyane (970 100



Objectif : augmenter de 20% le nombre de patients greffés

habitants). A ces sept schémas, il faut ajouter l'Île-de-France (11 952 011 habitants) et la Réunion (706 300 habitants).

Un contrat d'objectifs et de moyens. « Les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) arrêtés par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ont pour vocation de mettre en place une organisation des soins adaptés à des activités hautement spécialisées en favorisant la coordination des moyens des régions. Cette nouvelle organisation a pour objectif de mieux répondre aux besoins de soins en assurant une synergie des compétences tout en conservant une bonne accessibilité de la population à l'offre de soins dans les domaines concernés », souligne une circulaire ministérielle du 6 mars 2006. Le Dr Loty le reconnaît : l'enjeu des SIOS n'est pas seulement de délivrer des autorisations admi-

nistratives. « Avant de délivrer ou de renouveler les autorisations, les ARH doivent travailler avec les professionnels, souligner-t-il. Des groupes de travail ont donc été mis en place afin d'examiner la situation actuelle, ses avantages et juger des modifications qui seraient nécessaires. Il faut reconnaître que ce travail a permis d'amorcer une dynamique réelle. » Une des conditions posées à la délivrance d'une autorisation est la mise en place d'un contrat d'objectifs et de moyens entre l'établissement de santé et l'ARH. « Chaque équipe fait un contrat en indiquant ses objectifs sur tel type d'organe, sur telle période et sur les moyens nécessaires pour atteindre cet objectif, tant au niveau de la greffe que du suivi des malades. Ce travail est une occasion idéale pour négocier avec l'ARH et les directions des CHU. Ces contrats d'objectifs et de moyens sont au moins aussi im-

portants que les autorisations elles-mêmes. Une question fondamentale, qui a d'ailleurs été valorisée par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins), est celle des prélèvements. On ne peut pas, en effet, se fixer des objectifs de greffes sans objectifs au niveau des prélèvements », indique le Dr Loty, en précisant que, pour l'instant, l'Agence de biomédecine a déjà reçu environ la moitié des propositions des SIOS.

Une réflexion organe par organe. « La mise en place des SIOS ne va pas remettre en cause les autorisations des équipes hospitalières qui fonctionnent bien et ont un fort taux d'activité. Simplement, cela peut permettre de se poser quelques questions sur une meilleure répartition des moyens. Il faut reconnaître que ces questions sont souvent complexes. Faut-il, par exemple, dans une interrégion, comptant trois régions mais seulement deux équipes autorisées pour le foie, donner une autorisation à une troisième équipe ? Cela peut avoir des avantages mais cela peut aussi contribuer à affaiblir les deux équipes existantes au profit d'une troisième équipe qui aurait peu de moyens. Il va donc falloir s'interroger, organe par organe, en lien avec les professionnels. Par exemple, aujourd'hui sur le pancréas, l'offre est relativement maigre et l'on peut penser que les SIOS vont permettre la création d'équipes dans tel ou tel endroit », indique le Dr Loty.

> ANTOINE DALAT

D'après un entretien avec le Dr Bernard Loty, directeur médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine.

La T2A à 100 %

Rendez-vous dès 2008

Martine Aoustin et Roland Cash (mission tarification à l'activité) font le point sur l'évolution des financements pour les activités de transplantation et de dialyse.

LE MINISTÈRE de la Santé l'a confirmé fin septembre en présentant le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) : le mode de financement des hôpitaux sera aligné dès 2008 sur celui des cliniques avec un passage à 100 % de la tarification à l'activité. « Pour accompagner ce passage, il est toutefois prévu un mécanisme de transition avec l'attribution à chaque établissement d'un coefficient de transition qui permettra de majorer ou de minorer les tarifs nationaux afin de tenir compte des ressources qu'il reçoit actuellement de l'assurance-maladie », précise Martine Aoustin, directrice de la mission tarification à l'activité au ministère de la Santé.

Les services de transplantation et de dialyse seront bien sûr concernés par cette accélération du calendrier de la généralisation de la T2A, qui était initialement prévue pour 2012.

« Dans le domaine de la transplantation, on peut dire que le dispositif de financement a

connu d'importantes évolutions au cours des trois dernières années, mais qu'il est aujourd'hui bien en place. Dans ce dispositif, il faut bien faire la différence entre, d'une part, les prélèvements d'organes et, d'autre part, les greffes d'organes. Pour chacun de ces domaines, il existe désormais un forfait et des tarifs », indique Roland Cash, responsable scientifique de la mission T2A. C'est en 2004 qu'a été créé un forfait spécifique pour la coordination des prélèvements d'organes (CPO). « Ce forfait couvre les frais de la coordination, c'est-à-dire les rémunérations des personnels impliqués et l'astreinte des infirmières coordinatrices », indique Roland Cash.

En 2005 ont été mis en place des tarifs pour les prélèvements d'organes afin de financer les frais spécifiques : diagnostic de la mort encéphalique, mobilisation des équipes-occupation du bloc, bilans biologiques, typage HLA du donneur, transport du corps, conservation des organes. « Ce tarif est alloué aux établissements où a lieu le prélèvement. Dans le précédent système, les établissements pouvaient procéder à des facturations interétablissements, mais c'était un dispositif complexe et inéquitable

puisque'un greffon prélevé et greffé sur place ne pouvait être facturé à personne. Les tarifs en vigueur entre établissements étaient également très disparates », indique Roland Cash, en précisant que l'Agence de biomédecine a en charge l'évaluation du nombre de greffes annuelles réalisées, par organe et par établissement.

Quant aux greffes d'organes, leur premier support de financement est constitué par les groupes homogènes de séjour (GHS). En 2007, on recense six GHS pour les transplantations hépatiques, pancréatiques, pulmonaires, cardiaques, rénales et cardio-pulmonaires. « Il a également été créé un forfait annuel greffe (FAG) supplémentaire pour prendre en compte les nécessaires transversalités de cette activité. Ce forfait greffe, dont le calcul a été révisé en 2007, a vocation à couvrir les activités transversales et certains postes de coûts qu'il n'est pas possible d'intégrer dans les GHS : par exemple, la fonction d'assistant de transplantation, les surcoûts liés à l'astreinte infirmière et aux astreintes médicales, l'environnement nécessaire (psychologues, diététiciennes, assistantes sociales) pour la prise en charge

des greffés, les surcoûts liés aux déplacements des équipes ou ceux liés au programme de donneurs vivants, ainsi que les frais de typage HLA », souligne Roland Cash.

Un souci d'équité. Dans le domaine de la dialyse, une des priorités de la mission T2A est d'assurer le maximum d'équité de financement entre les différents modes de traitement. « Nous avons privilégié une démarche qui permet de ne pas défavoriser la prise en charge des alternatives à la dialyse ou de la dialyse péritonéale, que nous avons choisies de valoriser. Les néphrologues nous disent que cela n'est pas encore suffisant. Nous sommes donc en train de regarder les différentiels entre l'hémodialyse et la dialyse péritonéale afin de voir, sur la base des coûts, si des réajustements s'imposent. Nous allons mener ces études en 2008 pour une éventuelle évolution tarifaire en 2009 », indique Martine Aoustin. C'est ce même souci d'équité qui a guidé la mission T2A lors de la baisse tarifaire imposée en 2006 par la régulation. « Quand la dépense globale assurance-maladie se révèle supérieure aux prévisions, nous avons l'obligation

de réguler. Il s'agit d'un mécanisme prix-volume, qui impose une baisse des tarifs. Mais, cette fois, nous avons choisi d'annuler la baisse des tarifs pour l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale en estimant qu'il fallait maintenir un incitatif sur ces tarifs », indique Martine Aoustin.

En réponse aux critiques de certains services de néphrologie, qui se plaignent de ne pas recevoir au final les crédits qui leur sont, en principe, destinés, Martine Aoustin indique que la tarification à l'activité « n'est pas faite pour payer les soins à un malade individuellement, mais pour ajuster de manière équitable et adaptée les allocations versées à un établissement. Ensuite, il appartient au directeur de l'établissement de jouer son rôle de gestionnaire, et, dans le cadre de l'organisation interne et de la gouvernance, de décider, en lien avec chacun de ses services et avec la CME, de la répartition des crédits de la manière la plus judicieuse possible ».

> A. D.

D'après un entretien avec Martine Aoustin, directrice de la mission tarification à l'activité au ministère de la Santé, et Roland Cash, responsable scientifique de la mission.