

RFAS

Revue française des affaires sociales

Séminaire « Le virage ambulatoire : enjeux et perspectives »

Compte-rendu de la séance 1 - 18 septembre 2020

Le transfert d'activités vers l'ambulatoire : organisation, moyens et mise en œuvre

Le vendredi 18 septembre 2020, la *Revue française des affaires sociales* (RFAS) a organisé la première séance de son séminaire¹ sur le virage ambulatoire. La séance a débuté par un mot de bienvenue d'Aurore Lambert, Secrétaire générale de la RFAS, et par une brève introduction de Joseph Hivert, collaborateur scientifique de la RFAS, qui ont rappelé que ce séminaire visait à dégager des pistes de réflexion qui alimenteront l'appel à contribution pour prochain numéro RFAS 2021-4 dont le dossier portera sur l'hôpital.

Le calendrier de préparation de ce dossier s'organisera comme suit : l'appel à contribution devrait être diffusé en novembre 2020 avec une réception des articles prévue vers le 12 avril 2021 et une publication en décembre 2021.

La séance s'est ensuite organisée autour de quatre interventions.

¹ Programme en ligne : <http://www.publisocial.fr/wp-content/uploads/2020/09/RFAS.-Seiminaire-virage-ambulatoire-note-cadrage-et-programme1.pdf>

Guillaume Gras, infectiologue, CHU de Tours

Praticien hospitalier, spécialisé en infectiologie, Guillaume Gras rappelle d'abord que, dans le cadre du VIH, la création des centres de santé sexuelle visait à créer un espace hors de l'hôpital. Ces centres de santé sexuelle sont investis par des associations d'usagers, qui ont une vision différente de celle des médecins. Il souligne ensuite l'impact de la Covid-19 sur l'activité hospitalière et en particulier ce qu'il perçoit comme une régression (contre l'autonomisation des patients) : l'injonction de la préfecture à tester un camp de migrants et à livrer les résultats au directeur de la structure et non aux personnes testées. Il considère que "l'urgence sanitaire a balayé ce pour quoi on s'était mobilisés depuis des années en tant que médecin et en tant que personne".

Revenant sur sa pratique d'infectiologue, Guillaume Gras estime que si le suivi des patients par SMS fonctionne bien chez celles et ceux dont l'état de santé est bon, il en va autrement pour celles et ceux qui sont en grande précarité psycho-sociale (et rencontrent par exemple des problèmes de toit ou de drogue). Le suivi par SMS ne change rien pour eux. Dans le cas de la Covid-19, il considère que la télé-médecine et les nouvelles technologies ne sont pas adaptées : les médecins font face à des cas graves au 7^{ème} jour, à des personnes souvent âgées de plus de 70 ans et à la dégradation rapide des patients en quelques heures. Les nouvelles technologies lui apparaissent ainsi comme peu adaptées pour celles et ceux qui en ont le plus besoin. Guillaume Gras rappelle alors l'importance du rôle des aidant·e·s, y compris pour des cas de pathologie aiguë (aller chercher des médicaments, accompagner les patients pour les examens, etc.). Si des actes comme le traitement préventif du VIH peuvent faire l'objet de consultations en télé-médecine, il convient selon lui de prendre garde à la fracture numérique pour les plus âgés.

Delia Cozzolino, médecin généraliste à Bois-Colombes

Delia Cozzolino introduit son intervention en rappelant qu'elle porte un regard généraliste sur la médecine en raison de sa double expérience professionnelle. Après avoir travaillé aux urgences puis en addictologie à l'hôpital, elle est devenue médecin généraliste en proche banlieue, à 10 minutes de Saint-Lazare avec une patientèle issue de toutes les couches de la population. Ces deux mondes, hospitalier et libéral, devraient selon elle se coordonner et se reconnaître mutuellement mais tendent à s'ignorer. Elle rappelle que si les médecins généralistes sont forcément passés par l'hôpital pendant leurs études, la réciproque n'est pas vraie, ce qui constitue un handicap. Elle souligne aussi que cette méconnaissance des

hospitaliers de la manière d'exercer en ville peut être un obstacle à la coordination des soins. Il faut savoir par exemple que le médecin généraliste (MG) a une entreprise à faire tourner : il doit vivre de son travail et en tirer satisfaction. Cependant, il n'y a pas que le coût : il faut aussi regarder l'intérêt du patient. De plus, la pratique de la médecine généraliste en ville a beaucoup changé ces dernières années. L'ambulatorio existe déjà et il renvoie en partie à la volonté des patients de réduire les coûts et les risques infectieux.

Delia Cozzolino indique ensuite que le nombre de médecins généralistes (MG) avait chuté de 20% il y a 5 ans. Or, précise-t-elle, des logements sont construits partout en banlieue parisienne alors même que l'offre de soins baisse et qu'il y a de moins en moins de "MG baby-boomers". En tant que maître de stage, elle reçoit de futurs docteurs qui n'envisagent pas une seconde de s'installer en ville. Et la crise sanitaire actuelle ne va rien arranger selon elle. Si cette tendance est favorable à la province, l'hémorragie des MG en Île-de-France avec une concentration importante de population pose problème.

Elle poursuit son intervention en indiquant que de nombreux patients et médecins sont équipés pour la télé-médecine et que l'arrivée de la 5G devrait augmenter encore les possibilités dans ce domaine : à l'avenir, les patients âgés seront plus familiers des outils numériques qu'ils ne le sont actuellement. D'ici 5 ans, estime-t-elle, des progrès auront été accomplis. Cependant, elle souligne que certaines catégories de population restent en marge de ce mouvement vers l'ambulatorio. C'est notamment le cas des patients en milieu rural qui pâtissent d'une fracture territoriale. Pour ces patients, elle considère qu'il faut s'organiser autrement car il n'est pas possible de les prendre en charge en ambulatorio. Il convient de s'adapter à la situation du patient : des choses sont possibles pour certains mais ne le sont pas pour d'autres. Il est ainsi nécessaire d'entamer une discussion sur l'éligibilité des patients à l'ambulatorio.

Delia Cozzolino conclut en rappelant que les déserts médicaux existent aussi en banlieue parisienne et que selon elle l'ambulatorio posera des problèmes de sécurité pour au moins 20% de cette population. Elle souligne elle aussi le rôle des aidants ainsi que le problème de l'épuisement qui en résulte quand on se « décharge » sur des familles qui ne disposent pas de réseaux sur lesquels s'appuyer. Enfin, elle estime que la question de l'ambulatorio et plus largement celle de la santé publique doit être pensée en lien avec le ministère du travail : le développement du télé-travail (avec par exemple 1/3 sur site et 2/3 chez soi) permettrait par exemple de limiter les épidémies en général.

Ces deux premières interventions sont suivies de questions et d'échanges. Guillaume Gras intervient pour signaler que la promotion de la télé-consultation existait déjà avant la Covid-19 pour de nombreuses pathologies dans la mesure où elle permet d'éviter des trajets inutiles. Dans le même sens que Delia Cozzolino, il appelle à adapter les outils numériques aux populations marginales. Si « le Ségur » de la santé contribue selon lui au rapprochement ville/hôpital en affichant des objectifs de coopération, il estime que pour placer le patient au centre des préoccupations, il y a encore toute une culture à modifier. Deux questions méritent selon lui d'être soulevées : Quel est l'impact de la télé-consultation sur l'exercice de la médecine et sur les déserts médicaux ? Quelle doit être la territorialisation de la médecine (ex: des demandes de traitement préventif du VIH lui arrivent par mail de partout en France) ?

Delia Cozzolino poursuit le questionnement de Guillaume Gras en soulignant que la télé-consultation soulève aussi la question de la difficulté à joindre les services, l'équipe hospitalière qui suit le patient (par exemple, le chirurgien qui a accompli une intervention). Il faudrait pouvoir communiquer avec le service et pour cela il est nécessaire d'avoir une permanence de soins, notamment dans les cliniques. Or actuellement, regrette-t-elle, il n'y a pas de structure intermédiaire entre la ville et l'hôpital.

Fabien Toutlemonde, DREES

Fabien Toutlemonde consacre son intervention à la présentation du dossier de la DREES publié en 2019 : *État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016*². Une interrogation guide cette étude : comment prolonger la montée en charge de l'ambulatoire pour la chirurgie ?³.

Cette présentation est organisée en trois axes.

1/ Le développement de l'ambulatoire

Fabien Toutlemonde rappelle que les gains espérés de la chirurgie ambulatoire sont variés : intégration à la carte sanitaire de chirurgie (Loi hospitalière de 1991); réduction de l'exposition aux risques d'affections liées aux soins (LIN) et amélioration du confort et donc

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/etat-des-lieux-des-pratiques-de-chirurgie-ambulatoire-en-2016>

³ Le Bail M., Or Z., « Atlas des variations des pratiques médicales – recours à dix interventions chirurgicales », Ministère de la santé, ATIH, IRDES, 2016.

de la satisfaction du patient⁴ ; réduction des coûts de prise en charge, pour les établissements et pour l'Assurance maladie. Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un axe important des politiques publiques de santé et peut s'appuyer sur différents leviers (incitation tarifaire, mise sous accord préalable du « non ambulatoire »). Le « virage ambulatoire » est inscrit explicitement dans la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016, repris par la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022.

2/ Quelques éléments de méthodologie

Fabien Toutlemonde revient d'abord sur quelques définitions : un séjour en ambulatoire est un séjour à l'hôpital sans nuitée avec un mode d'entrée et de sortie "domicile". Le taux d'ambulatoire désigne la part des séjours ambulatoires dans l'ensemble des séjours de chirurgie (transposable en médecine). Les "interventions chirurgicales" font ici référence à la classification des groupes d'activités proposée et mise à disposition annuellement par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

L'objectif de l'étude publiée par la DREES en 2019 est d'observer les données territoriales pour identifier des défauts d'efficacité, d'exploiter les disparités territoriales pour repérer des "facteurs non expliqués" du développement de la chirurgie ambulatoire. Le premier bilan des objectifs fixés pour la chirurgie ambulatoire hospitalière sera dressé en 2021. La suite de l'étude consistera à décrire le recours à l'ambulatoire par pathologie et à identifier les déterminants "observables" de ce recours. Sur quelles pathologies le recours à l'ambulatoire peut-il aller plus loin ? Peut-on repérer des pathologies où il existe des disparités « résiduelles », pistes pour des « gisements supplémentaires » d'ambulatoire ?

3/ État des lieux

Fabien Toutlemonde rappelle que la pratique de la chirurgie ambulatoire progresse régulièrement au niveau national. Encouragée par les pouvoirs publics et facilitée par les avancées technologiques, le taux d'ambulatoire progresse non seulement dans presque tous les départements entre 2008 et 2016 mais les disparités de taux d'ambulatoire entre

⁴ Canouï-Poitrine F., Logerot H., Frank-Soltysiak M., « Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire », Pratiques et Organisation des Soins volume 39 n° 4, octobre-décembre 2008 ; CNAMTS, PNIR *Enquête chirurgie ambulatoire / Volet Synthèse et mise en perspective*, septembre 2003.

département se réduisent, comme l'indique la baisse du coefficient de variation des taux départementaux (il passe de 10,5 % en 2008 à 6,4 % en 2016). Cependant, des disparités persistent entre départements : si des départements comme la Seine-Saint-Denis, le Val d'Oise, la Nièvre ou les Alpes-de-Haute-Provence ont un taux d'ambulatoire qui dépassent ou avoisinent 80 % (en 2016), celui-ci est de 60 % dans le département de l'Orne ou de 48 % en Guyane. Ces écarts ne reflètent pas nécessairement un retard de développement de l'ambulatoire dans les départements concernés : ils peuvent aussi s'expliquer par des effets de composition, liés par exemple à la structure démographique de la patientèle locale.

Fabien Toutlemonde indique ensuite que les taux d'ambulatoire restent très variés d'une pathologie à l'autre : par exemple, si l'ambulatoire est généralisée pour la cataracte, il reste très limitée pour l'appendicite ou la pose de défibrillateurs cardiaques. On observe également une double hétérogénéité du recours à l'ambulatoire : entre interventions/pathologies et pour une même intervention entre départements. Pour tenir compte de cette double hétérogénéité, une typologie des interventions chirurgicales qui combine ces deux dimensions a été construite à partir d'une méthode statistique en deux étapes (analyse en composantes principales, puis classification ascendante hiérarchique). Les critères retenus pour rapprocher les interventions chirurgicales les unes des autres sont : leur taux d'ambulatoire, le volume de séjours concernés, le degré d'hétérogénéité de la pratique ambulatoire entre départements et enfin le nombre de département dans lesquels l'intervention est pratiquée.

Fabien Toutlemonde souligne que cette méthode a permis de retenir quatre groupes d'interventions chirurgicales, avec deux caractéristiques : d'une part les groupes retenus sont les plus distincts possible les uns des autres au regard des quatre critères de construction; d'autre part les groupes retenus ont la meilleure homogénéité possible au sein de chaque groupe du point de vue de ces mêmes critères.

- Le premier groupe d'activités de chirurgie (groupe 1) se caractérise par une proportion de prises en charge en ambulatoire élevée, avec une faible disparité départementale des pratiques ;
- Les deux groupes d'activités de chirurgie suivants (groupes 2 et 3) se caractérisent par des disparités encore importantes ;
- Le dernier groupe (groupe 4) rassemble moins de 4 % des séjours de chirurgie étudiés et regroupe des activités de chirurgie dont la prise en charge en ambulatoire est très rare.

4/ Quels déterminants des pratiques de chirurgie ambulatoire ?

Fabien Toutlemonde note que les variations observées dans les pratiques de la chirurgie ambulatoire permettent d'identifier certaines interventions pour lesquelles un potentiel de développement de l'ambulatoire pourrait exister. Cependant, il faut distinguer entre les disparités de pratiques qui reflètent uniquement la diversité de patientèle de chaque territoire et les disparités qui reflètent des différences de besoins sur le territoire. L'objectif est d'analyser les déterminants d'une prise en charge en ambulatoire au niveau de l'ensemble des activités de chirurgie. Quelques observations statistiques peuvent être faites :

- Les opérations « programmées » et peu complexes ont davantage de chances d'être réalisées en ambulatoire ;
- L'âge des patients, leurs comorbidités et indirectement leurs caractéristiques sociales avec leur lieu de résidence plus ou moins éloigné du site d'hospitalisation (indicateurs de défavorisation sociale de chaque commune) pèsent sur la pratique de la chirurgie ambulatoire ;
- Les séjours de chirurgie ont plus de chances d'être réalisés en ambulatoire dans les petits établissements privés et très spécialisés ;
- L'offre de soins autour du lieu de résidence du patient n'influencerait pas ses chances d'être pris en charge en ambulatoire ;
- Après prise en compte des caractéristiques des patients, des séjours et des établissements, des disparités de pratique de la chirurgie ambulatoire subsistent

Il ressort de l'analyse statistique que la probabilité pour un séjour d'être pris en charge en ambulatoire est d'autant plus forte que le nombre d'actes est faible, que l'intervention est programmée, qu'elle fait partie du groupe 1, que le patient est jeune et sans comorbidités, que le temps de trajet vers le lieu de prise en charge est court, que le patient réside dans un département ou une commune d'hospitalisation peu défavorisés, que l'intervention a lieu dans une clinique privée plutôt que dans un CHU. En revanche, on n'observe pas d'impact de l'APL (offre de soins de ville). Il résulte de ces observations un taux d'ambulatoire sous-jacent dans chaque département pour chaque pathologie. Les disparités départementales qui demeurent pourraient ainsi refléter des défauts d'efficience.

D'un point de vue opérationnel, ces observations statistiques invitent à affiner le diagnostic sur les groupes d'intervention qui méritent d'être ciblés pour parvenir à davantage d'ambulatoire (dans les groupes 1 et 2, les disparités sont lissées). Cependant, le groupe 3 se distingue par de fortes disparités. Il conviendrait donc de cibler prioritairement les 13 interventions du groupe 3 si l'on souhaite augmenter le taux d'ambulatoire. De ce point de vue, plusieurs pays ont maillé le territoire de centres de taille moyenne pour développer l'ambulatoire : c'est là une piste d'action que pourrait suivre la puissance publique en France.

En conclusion de son intervention, Fabien Toutlemonde rappelle que les disparités se sont réduites partout sur le territoire entre 2008 et 2016 et que les perspectives de développement de l'ambulatoire en chirurgie sont assez faibles quantitativement dans la mesure où les interventions sur lesquelles des actions sont possibles ne représentent pas un volume important de séjours (groupe 3). Il souligne enfin le rôle des centres spécialisés et indique qu'il conviendrait de travailler à une meilleure coordination ville-hôpital car une offre de soins de ville renforcée permet d'accompagner le développement de l'ambulatoire.

Nicolas Belorgey, sociologue, chargé de recherche CNRS

Nicolas Belorgey intervient en visioconférence depuis New Delhi dans l'objectif de soulever quelques points et éléments d'analyse qui pourraient alimenter l'appel à contribution de la RFAS sur le virage ambulatoire. Il souligne d'abord que cette notion de virage ambulatoire mérite d'être interrogée systématiquement et qu'il convient d'en faire la généalogie. À partir de quand est-elle apparue comme une préoccupation des professionnels de santé et de l'administration ? Il conviendrait ici de repérer dans les revues (médicales, statistiques, scientifiques, y compris la RFAS) le moment où ce terme apparaît et la façon dont il est repris. La question que pose le virage ambulatoire est également celle de savoir comment le terme est utilisé par les différents acteurs (médecins, para-médicaux, administratifs, politiques). Il souligne que pour Pierre-Louis Bras par exemple⁵, le virage ambulatoire n'existe pas vraiment : il reste « largement incantatoire ». En effet, la médecine générale est en déclin (4,8 actes de MG par habitant en 2000 et seulement 3,9 en 2017) et les MG sont moins disponibles pour les patients: dès lors, comment développer un discours sur le virage ambulatoire alors que les MG sont en diminution ? Peut-être est-ce une

⁵ Bras, P. (2016). Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?. *Les Tribunes de la santé*, 50(1), 67-91. <https://doi.org/10.3917/seve.050.0067>

rationalisation ? De même, comment développer un discours sur le virage ambulatoire sans prendre en compte le vieillissement de la population, qui devrait augmenter le nombre d'actes ? Les MG aspirent à travailler moins (actuellement ils déclarent un temps de travail hebdomadaire d'environ 55h) et disent ne pas être en mesure de répondre aux besoins des patients. Enfin, quels sont les motifs du virage ambulatoire et comment les politiques en faveur du virage ambulatoire se sont déployées dans le temps ? C'est là des questions qu'il faudrait explorer pour appréhender la notion.

Questions et échanges

Ces deux interventions sont suivies de questions et d'échanges entre intervenants et participants. **Pierre-Louis Bras** pose d'abord quelques questions à Fabien Toutlemonde.

- Au sujet du choix du dénominateur en prenant les séjours de 2 jours au plus : observe-t-on une dégradation du taux si on diminue les séjours de 3 à 2 jours ? Fabien Toutlemonde répond qu'il n'y a pas de perturbation des résultats qui sont en statique sur une année mais effectivement il faut prendre en compte les transferts.
- L'ambulatoire pose la question de la sécurité des soins : dispose-t-on de données pour 2019 sur la ré-hospitalisation après un séjour en ambulatoire ou une hospitalisation complète ? Fabien Toutlemonde répond que le bureau de la DREES a été mobilisé en 2020 sur la crise sanitaire et que par ailleurs les données du PMSI 2019 ne sont pas complètes en raison d'une grève du codage. Une version corrigée sera disponible l'an prochain.
- Existe-t-il des études de même type sur les séjours en médecine ? Fabien Toutlemonde souligne qu'en médecine il est difficile de classer les actes car ils sont moins normés.
- L'étude de la DREES montre que l'offre de soins de ville a peu d'influence sur l'ambulatoire. Ce résultat reflète-t-il une ignorance entre deux mondes et une absence de coordination ou cela signifie-t-il le fait qu'un patient en ambulatoire n'a pas besoin de soins particuliers ? Fabien Toutlemonde répond qu'il y en a peut-être une mais que l'on n'arrive pas à l'observer. Il est également possible que ce soit lié au fait que l'offre de soins de ville ne soit pas discriminante.

Pierre-Louis Bras souligne que le terme de virage ambulatoire n'est pas très bien choisi même si on se restreint à l'hospitalier : en effet, parler de virage laisse penser à un coup de volant, à une rupture, alors que le changement est continu depuis 20 ans.

Michel Naiditch intervient ensuite pour souligner que dans toutes les présentations on retrouve un point commun : celui de la place des patients et de la nécessité de leur expliquer ce qu'il va se passer à domicile. Les travaux de l'IRDES montrent qu'en augmentant les taux de chirurgie ambulatoire on augmente la sécurité et la qualité des soins. Il rappelle également que compenser la baisse d'interventions par une capacité à se prendre soi-même en charge implique de développer l'éducation thérapeutique. Il convient de ce point de vue de regarder ce que font les associations de patients et les usagers lambda et de mieux traiter la question de la demande. Il faudrait plus d'études qualitatives sur ces sujets.

Délia Cozzolino reprend la parole pour faire remarquer que le projet hospitalier n'associe pas nécessairement les patients : on leur demande très peu leur avis à l'hôpital. Elle rappelle que les MG vont mal en raison de semaines de travail très chargées : 12h de travail quotidien avec des agendas qui se sont remplis et avec la gestion des urgences en plus. Il conviendrait de réaliser un état des lieux de l'offre de soins en ville. En Île-de-France, on trouve des communes qui peuvent être riches mais qui ne s'investissent pas « comme en province » dans l'accueil de médecins.

Guillaume Gras intervient pour demander à Fabien Toutlemonde quels types d'interventions figurent dans le groupe 3. Celui-ci précise que l'on retrouve des interventions de chirurgies ORL majeures, des greffes allogènes de cornée, des amputations, etc. Guillaume Gras répond qu'il faudrait une surveillance extra-hospitalière, par exemple en télé-suivi car ce ne sont pas des interventions mineures. Fabien Toutlemonde note que l'on procède à de meilleures observations à l'hôpital qu'en ville où les acteurs sont plus individualisés avec une forte charge de travail. Le Système National des Données de Santé (SNDS) (qui agrège le Programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI - et les données des cartes vitales) décrit mieux la médecine de ville et connecte mieux l'hôpital et la ville. On commence à disposer de travaux sur des parcours par pathologies. Cependant on n'observe pas tout : qu'y-a-t-il dans une « consultation simple » avec un MG (ex : sur le plan de l'accompagnement psychiatrique) ?

Nicolas Belorgey pose la question de la prise en compte des effets qualité (taux de ré hospitalisation, situation des aidants, etc.). Fabien Toutlemonde évoque les travaux des Journées des économistes de la santé français (JESF) en 2018 qui évaluent les risques en observant le taux de réadmission (sauf cataracte car les deux yeux sont opérés

successivement) : on observe un taux inférieur en chirurgie ambulatoire par rapport aux courts séjours, dont le taux est inférieur par rapport aux séjours plus longs, etc. Cela nécessite une investigation plus importante : la hiérarchie des réadmissions reflète surtout la complexité des cas. Il faut également prendre en compte les effets de structure : ce ne sont pas les mêmes patients et il y a un phénomène de vases communicants. Nicolas Belorgey souligne d'autre part que la situation sociale des patients est appréhendée (trop) approximativement à partir de la commune de résidence, ce qui génère des biais. Fabien Toutlemonde reconnaît que cela est très imparfait et qu'il n'y a pas d'autres indicateurs en masse au niveau national, mais estime que cela veut quand même dire quelque chose. Il souligne que l'EDP-santé, qui permet d'apparier les données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système nationale des données de santé (SNDS), offre un riche matériel social et permet d'envisager une analyse des inégalités sociales de santé. Nicolas Belorgey pose ensuite la question de la situation de référence pour juger de l'efficacité : plutôt que de choisir un département avec le taux maximum, pourquoi ne pas faire ressortir une médiane ou une moyenne ? Fabien Toutlemonde répond que cette réponse est adaptée à la demande politique. Enfin, Nicolas Belorgey demande pourquoi plusieurs pays pour développer l'ambulatoire ont maillé le territoire de centres de taille moyenne et non pas de centres de petite taille ? Fabien Toutlemonde répond qu'il s'agit d'un sujet que la DREES n'a pas investigué et que ce qui compte c'est la spécialisation.