

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AVIS ET RAPPORTS DU
CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

*AMÉNAGEMENT DU
TERRITOIRE ET
ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ*

2004
Rapport présenté par
M. Michel Picard

MANDATURE 1999-2004

Séance des 25 et 26 mai 2004

**AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**Avis du Conseil économique et social
sur le rapport présenté par M. Michel Picard
au nom de la section des économies régionales et de
l'aménagement du territoire**

(Question dont le Conseil économique et social a été saisi par décision de son bureau en date du 29 avril 2003 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifié portant loi organique relative au Conseil économique et social)

SOMMAIRE

Pages

AVIS adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 26 mai 2004 I - 1**Première partie - Texte adopté le 26 mai 2004 3****I - LES ENJEUX DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ 6****A - DES ENJEUX AVANT TOUT SANITAIRES 6**

1. Les établissements et le système de santé.....6

2. Mieux prendre en compte les besoins réels de santé 8

3. Réduire les fortes inégalités épidémiologiques qui persistent 9

4. Mieux répartir l'offre de soins sur le territoire 11

B - DES ENJEUX ECONOMIQUES, SOCIAUX ET POLITIQUES TOUT AUSSI IMPORTANTS 15

1. Les enjeux locaux 15

2. Les enjeux en termes de régionalisation des politiques de santé 17

3. Les enjeux en termes de démocratisation des politiques de santé .. 17

II - LES PROPOSITIONS 18**A - DES TERRITOIRES DE SANTÉ ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION..... 18**

1. Faire correspondre à chaque niveau de territoire un niveau de soins et améliorer l'efficacité des réseaux de soins..... 19

2. Poursuivre la revalorisation du rôle de l'hôpital local et développer les alternatives à l'hospitalisation complète 21

3. Développer la télémédecine par étapes..... 23

4. Aménager la tarification à l'activité afin de tenir compte des inégalités interrégionales en matière de santé 24

5. Transformer les observatoires régionaux de santé en agences indépendantes..... 24

6. Renforcer le rôle de l'Observatoire national de la démographie et de l'évolution des métiers 25

B - UNE MEILLEURE RÉPARTITION ET COLLABORATION DES ACTEURS DE SANTÉ 26

1. Favoriser la collaboration entre médecins d'une part et entre médecins et professions paramédicales d'autre part 26

2. Favoriser la création de maisons de santé communales ou intercommunales 27

3. Mieux réguler l'installation des praticiens hospitaliers	28
4. Mettre à disposition des professionnels de santé des moyens différenciés selon les zones géographiques.....	29
5. Favoriser une présence minimum de médecins dans une zone géographique donnée en concertation avec les professionnels de santé	30
6. Lier le conventionnement à une condition de localisation géographique.....	30
C - LA CRÉATION D'AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : VERS UN MEILLEUR PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?	31
1. Une décentralisation complète de la politique de la santé difficile à mettre en œuvre	31
2. L'évolution des ARH vers des ARS est davantage souhaitable	32
Deuxième partie - Déclaration des groupes	37
ANNEXE A L'AVIS.....	61
SCRUTIN.....	61
RAPPORT présenté au nom de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire par M. Michel Picard, rapporteur	II - 1
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I - LE BILAN DE LA MODERNISATION DES OUTILS DE PLANIFICATION ET DE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	11
I - LA PLANIFICATION SANITAIRE, INTRODUITE EN 1970, S'EST PROGRESSIVEMENT MODERNISÉE	11
A - LA CRÉATION DES INSTRUMENTS DE PLANIFICATION	12
1. La carte sanitaire : une description quantitative du paysage hospitalier.....	12
2. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : une dimension prospective et qualitative.....	13
3. Le régime des autorisations : un instrument de régulation administrative.....	14
B - LA MISE EN ŒUVRE DES INSTRUMENTS DE PLANIFICATION SANITAIRE ET LEUR ÉVOLUTION.....	15
1. Les insuffisances de la carte sanitaire.....	15
2. L'évolution des schémas régionaux d'organisation sanitaire	15

C - LES PERSPECTIVES ACTUELLES DE MODERNISATION DES DISPOSITIFS DE PLANIFICATION SANITAIRE.....	19
1. Suppression de la carte sanitaire et modernisation du régime des autorisations	19
2. Les SROS de troisième génération.....	19
II - LES INSTANCES DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	20
A - UN MOUVEMENT DE DÉCONCENTRATION AMORCÉ DEPUIS UNE DIZAINE D'ANNÉES.....	20
1. Les grandes orientations de la politique de santé demeurent définies au niveau national.....	20
2. Les DDASS et les DRASS : l'amorce de la déconcentration sanitaire	21
B - LES ARH : DES ADMINISTRATIONS DE MISSION CHARGÉES DE METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SOINS HOSPITALIERS.....	22
1. Les ARH, une structure administrative innovante.....	22
2. Les ARH n'ont que partiellement rempli leurs objectifs.....	24
3. Le chevauchement des compétences et la complexité de la répartition des tâches nuisent à l'efficacité du pilotage au niveau régional	26
CHAPITRE II - LES ENJEUX DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ	29
I - SANTÉ ET TERRITOIRES : CLOISONNEMENT DE L'OFFRE DE SOINS ET INÉGALITÉS DEVANT LA SANTÉ	29
A - DES DIFFÉRENCES RÉGIONALES SOUVENT RÉVÉLATRICES DE FORTES INÉGALITÉS DE SANTÉ	30
1. Des différences géographiques d'espérance de vie en augmentation.....	30
2. La mortalité : de fortes inégalités territoriales	31
3. Des spécificités régionales et locales par pathologie très marquées	33
4. L'importance des facteurs socio-économiques.....	33
5. Les spécificités des DOM.....	34
B - UNE OFFRE DE SOINS INÉGALEMENT RÉPARTIE.....	34
1. Une faible prise en compte des besoins de santé dans la planification de l'offre de soins	35
2. Une mauvaise répartition géographique des médecins	44
3. Une mauvaise coopération entre acteurs de soins.	55
II - L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EST AU CŒUR DE MULTIPLES ENJEUX LOCAUX	58

A - L'HÔPITAL EST UN ÉLÉMENT DE SÉCURITÉ SANITAIRE	58
1. Au dilemme proximité/sécurité...	58
2. ... répond le souci de concilier accessibilité et qualité	59
3. Des études empiriques pour éclairer le débat	61
B - LOIN D'ÊTRE SEULEMENT UN ENJEU SANITAIRE, L'HÔPITAL EST UN ACTEUR MAJEUR DE LA VIE LOCALE..	62
1. L'hôpital est source de richesses pour l'économie nationale et locale.....	62
2. L'hôpital joue un rôle social de premier plan	63
3. L'hôpital, fruit d'une histoire et symbole de prestige, est au cœur des stratégies politiques locales	65
III - LES POLITIQUES DE SANTÉ : VERS UNE RÉGIONALISATION ET UNE DÉMOCRATISATION ACCRUES.....	69
A - LA RÉGION COMME CADRE TERRITORIAL DES POLITIQUES DE SANTÉ.....	69
1. La régionalisation : un mouvement entamé, reposant principalement sur la déconcentration... ..	69
2. ... qui est insuffisamment évalué	71
3. Les enseignements de la régionalisation de la santé en Europe.....	71
B - LA RECHERCHE D'UNE DÉMOCRATISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ.....	81
1. De la démocratie sanitaire	81
2. La région, laboratoire de la démocratie sanitaire ?	82
CHAPITRE III - L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LES DÉFIS À RELEVER	87
I - DES OUTILS GÉOGRAPHIQUES AU SERVICE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	87
A - LA DÉFINITION DES TERRITOIRES ET LES OUTILS GÉOGRAPHIQUES D'AIDE À LA DÉCISION	87
1. Le territoire de santé : définition	88
2. L'utilisation des bassins de santé doit donc être couplée avec celle d'autres outils géographiques	90
B - LES RÉGIONS ONT CRÉÉ DES TERRITOIRES SPÉCIFIQUES POUR RÉPONDRE À LEURS BESOINS PARTICULIERS	92
1. Six régions ont utilisé les bassins de santé	92
2. Les zonages infra-sectoriels et supra-sectoriels permettent d'avoir une approche territoriale originale.....	93

C - VERS UNE MEILLEURE UTILISATION DE CES OUTILS	94
II - VERS UNE MEILLEURE ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS AUX BESOINS DE SANTÉ	95
A - AMÉLIORER LA DISTRIBUTION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS	95
1. Une planification en cours de rénovation	96
2. Gradation des soins et réhabilitation de l'hôpital local.....	97
3. Mettre l'offre de soins libérale au service de l'aménagement du territoire	106
B - LE DÉVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION ENTRE LES ACTEURS DE SANTÉ.....	116
1. Une redéfinition souhaitable du partage des tâches	116
2. Favoriser la collaboration au sein du secteur libéral.....	119
3. Décloisonner les secteurs.....	122
4. Les réseaux : un rôle essentiel dans le cadre d'une nouvelle organisation des soins réticulée et graduée.	126
5. La télémédecine : une voie à développer ?.....	130
III - UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DU SYSTÈME DE SANTÉ..	131
A - UNE PLUS GRANDE RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ VIA LA CONSTITUTION D'AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)	131
1. L'attrait d'une plus grande régionalisation du système de santé ..	131
2. Une décentralisation complète de la politique de la santé difficile à mettre en œuvre	133
3. La création d'agences régionales de santé (ARS) favorisera un pilotage unifié des politiques de santé	137
B - RENFORCER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE.....	141
1. Les limites de la démocratie régionale participative.....	141
2. La démocratie sanitaire s'inscrit dans un cadre général d'évolution de la décentralisation politique et de la démocratie locale.....	142
CONCLUSION.....	145
ANNEXES.....	147
Annexe 1 : les cinq types de prise en charge à l'hôpital.....	149
Annexe 2 : rapport de mission en Finlande	151
TABLE DES SIGLES	163
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	165
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	167

AVIS

**adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du mercredi 26 mai 2004**

Première partie
Texte adopté le 26 mai 2004

Le 29 avril 2003, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur « *Aménagement du territoire et établissements de santé* »¹.

En procédant à cette affectation, le Bureau a souhaité recueillir sur ce point un éclairage particulier en termes d'aménagement du territoire. Il n'a pas exclu une réflexion ultérieure du Conseil économique et social sur les problèmes qui pourraient surgir compte tenu des dossiers actuellement en cours d'examen au niveau gouvernemental, du débat sur la réforme de l'assurance maladie ou de la tenue des Assises régionales de l'hospitalisation.

La section a désigné M. Michel Picard comme rapporteur.

*
* *

Dans son dernier rapport sur la comparaison des systèmes de soins, l'Organisation mondiale de la santé place la France en tête de ses pays membres. Toutefois, il est légitime de s'interroger sur le rapport coût-efficacité dans un pays qui consacre 9,8 % de son PIB à la santé. Malgré ce coût élevé, le système français ne parvient pas à endiguer les inégalités devant la santé, que ce soit en termes d'offre de soins ou d'indicateurs de santé, tels que l'espérance de vie, la mortalité prématurée ou la prévalence de certaines maladies. Ainsi l'écart d'espérance de vie des femmes et des hommes reste conséquent, les inégalités sociales de santé continuent d'être très importantes. Enfin de fortes disparités demeurent entre zones géographiques.

Territoires et santé entretiennent donc des liens très étroits souvent oubliés ou négligés. Et comment parler d'aménagement du territoire sans évoquer l'accessibilité aux services de soins ou en ignorant la présence de ces acteurs majeurs d'un point de vue sanitaire, économique et social que sont les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Car ce sont eux qui parfois font vivre une population dans tous les sens du terme, ils sauvent la vie de nombreux patients et font vivre toute une région par leur poids économique et social. Leur proximité doit leur permettre de mieux exercer un rôle spécifique en matière de prévention. Pourvoyeurs d'emplois, les établissements de santé participent au maintien de la cohésion et du tissu social, en mettant en réseau de nombreux acteurs autour d'eux, l'hôpital public garantissant en outre le principe républicain d'égalité devant l'accès aux soins.

Devant une population vieillissante, la proximité des soins revêt une importance majeure. Toutefois la proximité ne doit pas s'affranchir de la qualité et de la sécurité. C'est la raison pour laquelle le Conseil économique et social

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 116 voix et 47 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

plaide pour une organisation en réseaux dont les établissements de santé devraient être acteurs en complémentarité avec les professionnels libéraux. La mutualisation des ressources hospitalières et extra-hospitalières sur un territoire de proximité doit permettre de répondre au mieux à la demande de soins. Il est clair qu'une telle organisation ne pourra qu'avoir des effets bénéfiques sur l'emploi local. De plus, la question du rôle des établissements de santé ne saurait être résolue que par une coopération souple et pragmatique fondée sur l'application du principe de subsidiarité. Il convient aussi de définir quels acteurs seraient susceptibles d'assurer une meilleure liaison entre santé et aménagement du territoire. Le pilotage du système de santé doit-il être régionalisé et dans cette hypothèse, sous quelle forme ?

Face à ces enjeux, il devient urgent de responsabiliser les différents acteurs et de trouver une nouvelle organisation ainsi que de nouveaux instruments. En termes d'aménagement du territoire plus particulièrement, une meilleure définition des besoins de la population reposant sur la mise en place de nouveaux outils d'aide à la décision s'impose. Elle doit s'accompagner d'une meilleure adaptation de l'offre de soins avec le développement de réseaux entre professionnels et leur meilleure répartition géographique. Le pilotage du système de santé au niveau régional doit être rendu plus cohérent non seulement en interne mais aussi avec les facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui influent sur la santé.

Le Conseil économique et social est conscient des contraintes qui risquent de peser sur les choix en matière de santé. Il n'ignore pas la réorganisation de l'hôpital engagée avec « *Hôpital 2007* » et la réforme de l'assurance maladie dont les effets à ce jour ne peuvent encore être appréciés. Mais il estime que, dans ce contexte et plus que jamais, la géographie et l'épidémiologie doivent faire partie intégrante de l'élaboration des politiques de santé. Elles sont un atout essentiel pour un meilleur maillage du territoire en termes de soins au profit des populations et de leur bien-être.

I - LES ENJEUX DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

A - DES ENJEUX AVANT TOUT SANITAIRES

1. Les établissements et le système de santé

a) L'établissement de santé, un acteur incontournable

En coordination avec la médecine « *de ville* », les établissements de santé, publics et privés, jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des malades. En 2001, 3 042 établissements sont recensés en France métropolitaine - 1 010 établissements publics et 573 établissements participant au service public hospitalier ainsi que 1 151 cliniques privées - et 60 dans les départements d'Outre-mer. Suivant les catégories d'établissements, ils interviennent à

différents niveaux. Les hôpitaux de proximité en collaboration avec la médecine libérale assurent une prise en charge de premier niveau. Les hôpitaux de référence, notamment les centres hospitaliers universitaires, pratiquent une médecine de pointe. La médecine « *de ville* » est pratiquée par des professionnels indépendants, médecins mais aussi dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes... Les professionnels de santé représentent plus de 1 650 000 emplois et les membres des professions de santé libérale, médecins et paramédicaux, plus de la moitié des effectifs du secteur de la santé.

Si des handicaps entravent le fonctionnement de notre système de santé - mauvaise articulation entre secteurs public et privé, entre médecine « *de ville* » et hôpital, entre secteurs sanitaire et médico-social, et surtout caractère inégalitaire de la répartition géographique des structures - l'ensemble forme un tout indissociable, dont les établissements de santé constituent des acteurs incontournables.

b) Mais d'abord un élément de sécurité sanitaire

L'hôpital est avant tout un élément de sécurité sanitaire même si sa localisation optimale répond à des critères multiples, parfois contestés, voire contradictoires. L'accessibilité aux soins, leur sécurité, la localisation des établissements de santé sont autant d'éléments longtemps ignorés de la politique d'aménagement du territoire. Et si les responsables de la planification sanitaire ont pour mission fondamentale d'assurer une réponse optimale de l'offre aux besoins en termes d'accessibilité d'une part, de sécurité des soins d'autre part, dans cette tâche, ils se heurtent à des acteurs privilégiant plutôt l'un ou l'autre de ces termes, pourtant étroitement liés.

Ainsi, c'est notamment au nom de la sécurité qu'une population revendique la proximité d'un hôpital. La distance géographique constitue un frein important pour l'accès aux soins, même si cette distance est différemment appréciée selon les catégories sociales et s'analyse plutôt en temps de parcours. Mais c'est aussi, entre autres critères, au nom de la sécurité des soins que les hôpitaux se regroupent, entraînant la fermeture de certains services, voire de certains établissements dits de proximité. En effet, plus le geste médical exige de moyens techniques et de pratique régulière, moins il peut être réalisé à proximité immédiate d'une population donnée. Et en particulier pour les disciplines exigeant un plateau technique, la proximité n'est ni une condition, ni une garantie de sécurité des soins hospitaliers. Là également des nuances sont à apporter, notamment quant au risque réel associé aux petits établissements ou au lien de cause à effet entre la concentration et l'amélioration de la qualité des soins.

2. Mieux prendre en compte les besoins réels de santé

Malgré l'instauration dès 1970 d'outils de planification sans cesse améliorés (carte sanitaire et schéma régional d'organisation sanitaire), la diversité des besoins de la population est encore mal appréhendée et surtout faiblement prise en compte dans l'organisation de l'offre de soins. De nombreuses données sociales, économiques et juridiques, souvent liées entre elles, influencent de façon directe et indirecte l'état de santé et la demande en santé de la population. Elles peuvent d'ailleurs être aussi bien considérées comme causes que comme conséquences des évolutions constatées. Elles constituent autant d'éléments qui doivent être pris en compte dans la mise en place d'une politique de santé.

- *Une planification sanitaire fondée essentiellement sur l'offre*

Le système hospitalier est soumis à une planification sanitaire et à une régulation budgétaire. On pourrait dès lors penser qu'il a été utilisé dans un but d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités en fonction des besoins de santé publique. Idéalement, le pilotage du système de santé devrait découler d'une analyse précise, épidémiologique et scientifique, des besoins réels de la population, que ces besoins soient exprimés ou non.

Or, jusqu'à présent, ce pilotage et l'allocation des ressources ont privilégié l'approche institutionnelle. En d'autres termes, afin d'estimer les besoins d'une population, on s'est essentiellement fondé sur l'offre existante. Le postulat de départ en matière d'économie de la santé est que c'est davantage l'offre qui crée la demande - et par conséquent le besoin - que l'inverse : plus l'offre de soins sera importante et plus la population aura recours au système de soins, sans que cela soit forcément justifié d'un point de vue épidémiologique. Or là où une réduction de l'offre a été mise en œuvre, elle n'a pas entraîné mécaniquement une réduction de la demande. De fait, la planification sanitaire n'a pas suffisamment intégré les besoins de santé des populations, au demeurant difficiles à évaluer.

- *Une évaluation imparfaite des besoins*

Pour les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, le nombre de lits souhaitable par zone sanitaire est calculé en divisant le nombre total de journées des principales disciplines par le nombre de jours dans l'année multiplié par un taux d'occupation cible fixé forfaitairement. Ainsi, les « *besoins réels de la population* » sont la simple traduction de l'offre existante et de son utilisation moyenne. Cette façon de déterminer les besoins est donc très insatisfaisante, et elle peut conduire à des contradictions. Par exemple, des secteurs dont le taux d'occupation est faible et les durées de séjour courtes pourront être pénalisés, quand bien même l'apparente « *sous-utilisation* » de leurs capacités résulterait non d'une baisse des besoins (donc de leur satisfaction) mais d'un manque de moyens pour les utiliser. Ce caractère administratif n'est pas acceptable.

D'une manière générale, la carte sanitaire et les différents outils de la planification ont en fait été utilisés comme instruments de réduction de l'offre hospitalière et de redéploiement des lits entre secteurs d'activité. Ils n'ont pas été articulés avec les outils théoriquement qualitatifs d'organisation de l'offre que sont les SROS de deuxième génération et se sont finalement révélés inadaptés pour recomposer l'existant. Globalement, les changements intervenus dans le secteur hospitalier restent modestes, les recompositions attendues n'ont pas eu lieu et les deux objectifs de réduction des inégalités dans l'offre de soins et de son adaptation aux besoins n'ont pu être atteints.

- *La géographie de la santé, dimension trop peu présente dans la planification*

Alors que la carte sanitaire devait explicitement prendre en compte les caractéristiques géographiques et les moyens de communication, ces paramètres n'ont pratiquement pas été intégrés à la planification. Les indicateurs de distance notamment n'ont pas été utilisés pour définir les aires d'attraction hospitalière, c'est-à-dire les périmètres de recrutement des établissements. Or, la distance est un élément fondamental dans le cadre de l'aménagement territorial. Elle est un indicateur géographique qui mesure les difficultés ou facilités d'accès à un service.

La logique voudrait que les patients se rendent dans l'établissement de soins le plus proche. Mais la réalité est plus complexe. Ainsi on s'aperçoit qu'il existe de fortes différences selon les disciplines. La médecine interne, la gynécologie obstétrique... sont des disciplines de proximité que ne sont ni la chirurgie, ni la médecine cardio-vasculaire. Des études montrent également que, en cas d'hospitalisation, le choix ne s'opère pas toujours en faveur de l'établissement le plus proche en kilométrage et que les facteurs sociétaux, comme le niveau d'instruction, jouent un rôle important.

L'attraction hospitalière - qui permet de savoir si une population hospitalisée fréquente l'établissement le plus proche ou si elle va se faire soigner plus loin - devrait devenir l'un des indicateurs principaux de la planification. Cette notion et les résultats qui en découlent devraient être pris en compte d'autant plus qu'ils peuvent être affinés par le recours à d'autres indicateurs. Ainsi, bien plus encore que la distance kilométrique (actuellement utilisée pour la planification mais sans intégrer les coefficients d'attractivité), c'est la distance-temps qui devrait être davantage prise en considération.

3. Réduire les fortes inégalités épidémiologiques qui persistent

Malgré les intentions des différentes politiques de soins mises en place, de nombreuses disparités géographiques de santé n'ont pas manqué de se faire jour. Elles persistent et même risquent de s'aggraver.

- *Des différences géographiques d'espérance de vie en augmentation*

L'indicateur d'espérance de vie traduit bien l'inégalité existante, d'autant plus que si l'espérance de vie moyenne augmente, les différences géographiques

d'espérance de vie ont elles aussi tendance à s'accroître. A l'échelle régionale, par exemple, l'écart d'espérance de vie entre un homme du Nord-Pas-de-Calais et un homme de Midi-Pyrénées atteint cinq années, soit un retard cumulé de vingt ans si l'on prend en considération le fait que le gain moyen d'espérance de vie est d'une année tous les quatre ans. Mais les écarts les plus importants se trouvent à l'échelon intra-régional, entre zones urbaines et zones rurales, centres-ville et périphéries, zones d'emploi tertiaire et zones à activité primaire et secondaire dominante...

Enfin, les écarts entre les catégories socio-professionnelles ne cessent d'augmenter depuis les années 1960. La différence d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres/professions indépendantes et les ouvriers atteint 6,5 années. De même, pour un type de cancer donné, le nombre d'années de survie après le cancer est fortement lié à la catégorie sociale d'appartenance du malade. Ces inégalités sociales affectent non seulement le versant curatif de notre système de santé mais aussi son volet préventif. Que l'on considère la consommation d'alcool, de tabac ou l'obésité par exemple, les inégalités en matière d'accès à la prévention sont au moins aussi graves et importantes que les inégalités d'accès aux soins. Dès lors, quand on sait que les personnes défavorisées vivent le plus souvent dans des zones elles aussi défavorisées du point de vue de l'offre de soins, la France apparaît comme un pays où les inégalités « *socio-spatiales* » devant la santé sont importantes.

- *La mortalité : de fortes inégalités territoriales*

L'indicateur de mortalité permet également de faire ressortir les inégalités géographiques en santé. On peut grâce à lui identifier des zones à forte mortalité qui s'étendent du nord de la Manche au Rhin et des Ardennes à l'Auvergne et, à l'inverse, des zones à faible mortalité relative qui vont quant à elles de la basse vallée de la Seine aux Pyrénées et de la Méditerranée à la Côte d'Or. En termes d'indices comparatifs de mortalité, les écarts entre régions extrêmes sont de 40 % et ont tendance à augmenter. Là encore un découpage plus fin fait apparaître des différences fortes entre les zones intra-régionales et notamment entre zones urbaines et rurales, les premières bénéficiant d'une situation globalement plus favorable. En revanche, l'urbanisation augmente les inégalités de mortalité entre classes sociales. En outre, la France souffre d'un fort taux de mortalité prématurée. Si les conduites individuelles telles que suicide, alcoolisme, tabagisme ou accidents de la circulation constituent le principal facteur explicatif de cette surmortalité, une analyse géographique de la mortalité prématurée fait apparaître de fortes disparités.

- *Des spécificités régionales et locales par pathologie très marquées*

Les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité sont les plus utilisés mais ils sont aussi les plus généraux. Or, si l'on décompose l'état de santé d'une population selon le type de pathologie, les configurations spatiales peuvent différer. Par exemple, si Aix-en-Provence et sa région sont dans une situation favorable au niveau global, elles connaissent un taux comparatif de mortalité par

cancers élevé. Cela montre qu'une politique de santé définie au niveau national peut difficilement prendre en compte ces géographies spécifiques. Chaque zone géographique doit faire face à des problèmes de santé particuliers et seule une analyse préalable et précise des besoins (au niveau infra-régional) semble rendre possible une réduction significative des inégalités constatées.

- *Le cas des DOM*

Les départements d'Outre-mer connaissent également une situation préoccupante avec des taux de mortalité et de morbidité plus importants que la moyenne métropolitaine ainsi qu'une espérance de vie moins élevée, à la naissance comme après 65 ans.

- *Les facteurs économiques et sociaux*

Enfin, en parallèle du système de soins, d'autres déterminants influent profondément sur l'état de santé des populations : environnement « *physique* » et travail ; déterminants sociaux (liens sociaux de proximité - dont famille - et solidarités informelles, organisation communautaire et territoriale, protection sociale). Ainsi la persistance d'inégalités de santé pose la question de l'environnement quotidien des personnes du point de vue de leurs conditions de vie sociale et professionnelle. Ce constat plaide pour une approche territoriale des inégalités de santé et de leurs déterminants. Il souligne par ailleurs l'importance des missions dévolues à la médecine scolaire et à la médecine du travail du point de vue de la prévention notamment comme l'avait déjà démontré le Conseil économique et social dans son avis sur « *La prévention en matière de santé* » adopté le 27 novembre 2003 sur rapport de M. Guy Robert.

4. Mieux répartir l'offre de soins sur le territoire

Les inégalités géographiques en matière épidémiologique sont indéniables. Cependant elles ne sauraient être analysées *in abstracto*, indépendamment de la répartition géographique de l'offre de soins. Or cette dernière est tout aussi inégalitaire.

- *Une offre de soins renforçant les inégalités géographiques de santé*

Les inégalités observées dans la répartition géographique de l'offre de soins ne sont pas étrangères à l'existence de disparités de santé. Si elles ne sauraient être considérées comme la seule et unique cause de telles disparités, elles contribuent néanmoins à les pérenniser voire à les renforcer.

Certes, le domaine de la santé est irréductible à toute relation causale simple et intuitive. Ainsi, une offre de soins thérapeutiques supérieure n'implique pas forcément un meilleur état de santé moyen. C'est d'ailleurs une des raisons qui expliquent que la politique de santé française se réoriente actuellement - insuffisamment certes - vers la prévention, l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles ainsi que vers une meilleure prise en considération de déterminants sociaux et environnementaux. Toutefois, les inégalités en la matière sont aujourd'hui trop criantes pour n'avoir

aucune conséquence sur les inégalités de santé observées. Le problème est non seulement quantitatif, avec des régions qui connaissent des pénuries de professionnels de santé quand d'autres apparaissent plutôt en excédent, mais il est aussi qualitatif, avec de nombreuses inadéquations entre le type d'offre de soins sur un territoire et les pathologies observées.

D'une manière générale, les inégalités interrégionales d'offre de soins opposent assez nettement un Sud fortement médicalisé et un Nord qui l'est nettement moins. Ainsi, la répartition de l'offre de soins n'est pas directement proportionnelle aux besoins de la population.

- *Une allocation des moyens budgétaires inégale et indépendante des besoins de santé pour le secteur hospitalier*

Tout comme la planification s'est révélée trop « quantitative », la régulation financière instaurée par les ordonnances de 1996 a été essentiellement « comptable », sans référence aux besoins. Malgré la répartition des enveloppes au niveau régional, elle n'a pas résolu le problème du décalage entre financement et caractéristiques épidémiologiques. En effet, le mécanisme qu'elle met en place tend à faire converger toutes les régions vers la dépense nationale moyenne de soins par personne. Selon cette perspective, l'objectif implicite à long terme est que chaque région ait, à structure d'âge identique :

- la même dépense moyenne d'hospitalisation ;
- la même dépense moyenne de généraliste ;
- la même dépense moyenne de spécialiste.

Ce qui est donc recherché est l'homogénéisation non seulement des dépenses globales mais aussi la structure de ces dépenses selon les différents types de soins (hôpital, médecine générale et spécialisée). Or un tel objectif repose sur le jugement de valeur contestable selon lequel le modèle d'organisation des soins représenté par la structure moyenne nationale est optimal et doit être transposé à toutes les régions. Rien ne garantit une telle « optimalité ».

Au final, les dispositifs d'allocation de ressources et de péréquation interrégionale ne sont pas satisfaisants. Ainsi que le souligne le Haut comité à la santé publique, on ne peut aujourd'hui établir de lien direct entre l'augmentation des ressources affectées à une région et l'amélioration de l'état de santé de sa population. La méthode de péréquation en est une des causes, au même titre que l'absence de fongibilité des enveloppes, la multiplicité des intervenants et des financements, et la prise en compte de la demande de soins exprimée (et donc, en fait, de l'offre existante) plutôt que celle de besoins réels.

- *Une répartition géographique inégale de l'offre de soins « de ville » sur le territoire*

L'offre de soins libérale est une variable clef de l'aménagement du territoire en termes d'accès à la santé. L'exemple de la médecine « de ville » est à cet égard significatif.

Tout d'abord, il convient d'éclairer le constat souvent fait, et déploré, d'une pénurie de médecins. Avec 335 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne. Si pénurie il y a, elle n'affecte pas toutes les régions de manière identique et certaines régions connaissent même des situations d'excédents. Par contre, il peut exister des pénuries relatives, c'est-à-dire des situations où l'offre de soins est insuffisante compte tenu des besoins réels de la population, ainsi que des pénuries réelles localisées. Ces dernières affectent certaines zones géographiques et ne concernent pour l'instant que certaines spécialités.

En revanche, malgré une hausse globale des effectifs médicaux, les inégalités d'offre de soins ne se sont guère davantage réduites que les inégalités de santé, avec une France toujours fortement coupée en deux, entre le Nord et le Sud, exception faite de l'Ile-de-France. Les inégalités régionales sont accentuées au niveau départemental. Cette hétérogénéité entre les départements est encore plus forte pour les spécialistes que pour les omnipraticiens.

A un niveau plus fin, de fortes disparités se retrouvent entre les zones rurales et les zones urbaines, ainsi qu'entre les centres-ville et les banlieues. Les densités de généralistes et de spécialistes dans les communes rurales sont respectivement de 66,5 et 2,5 pour 100 000 habitants. Pour les communes de plus de 5 000 habitants, les densités d'omnipraticiens sont, en moyenne, de 120-130 et de 102,5 pour l'agglomération parisienne qui connaît une relative désaffection. La répartition géographique des nouvelles installations de médecins montre que l'inégalité constatée entre les communes rurales (et dans une moindre mesure l'agglomération parisienne) et les autres communes continue à s'accroître.

L'autre phénomène marquant en termes d'aménagement du territoire est que les omnipraticiens présents dans les agglomérations privilégient les centres-ville au détriment des périphéries, qu'il s'agisse des grandes agglomérations ou des petits bourgs. Ainsi les zones rurales isolées sont parfois mieux dotées que certaines périphéries de grandes villes. Toutefois le recours au système de soins y est inférieur à celui observé en ville. La situation du rural isolé doit être évaluée en tenant compte de l'accessibilité qui prend une signification toute particulière pour les personnes peu mobiles, notamment les personnes âgées, et qui doit être appréhendée moins en terme d'offre de soins que de déplacements effectivement réalisés par les patients.

Cette question est liée à la problématique de l'aménagement du territoire. En effet, cela montre d'ores et déjà que dans certains cas, ni l'augmentation du nombre absolu de professionnels de santé ni même l'amélioration de leur répartition géographique ne peuvent suffire pour autoriser une accessibilité optimale au système de soins. Parfois, cette accessibilité doit être améliorée via d'autres politiques, telles que la politique des transports (amélioration des infrastructures routières, création de services de transports collectifs...).

- *Des projections démographiques peu rassurantes*

Dès lors que nous entrons dans une phase de stabilisation et même de décroissance des effectifs médicaux à partir de 2010 en dépit du relèvement du *numerus clausus*, la question de leur distribution territoriale se pose avec une acuité redoublée. Nous risquons d'assister à un effet ciseau particulièrement défavorable.

D'un côté, l'offre de soins se raréfie : à la baisse des effectifs liée notamment au vieillissement du corps médical, qui va entraîner de nombreux départs à la retraite, s'ajoute la diminution du niveau d'activité moyen liée aux grandes évolutions sociologiques comme par exemple la féminisation des professions médicales et aux évolutions sociétales concernant la durée de travail. En 2020, le temps moyen de travail hebdomadaire des médecins diminuera de deux heures et le temps partiel concernera plus de 30 % des praticiens. De l'autre côté, les besoins vont augmenter à cause de la médicalisation, de la croissance naturelle de la population et de son vieillissement. A lui seul ce dernier phénomène va entraîner une hausse mécanique de la demande de soins de 15 % environ.

- *Une mauvaise coordination entre les différents acteurs*

L'inadéquation entre les besoins et les réponses apportées par le système de santé résulte aussi du cloisonnement entre les différents acteurs. Cette absence de cohérence constitue une limite forte à une organisation des soins efficace.

Elle concerne en premier lieu l'articulation entre soins hospitaliers et soins de ville. Les alternatives à l'hospitalisation complète, dont le développement pourrait favoriser une meilleure répartition géographique de l'offre de soins, sont insuffisamment utilisées, le relais étant souvent mal organisé avec la médecine « *de ville* ». En moyenne, l'hospitalisation de jour représente 10 % de l'activité des hôpitaux et 30 % de celle des cliniques, alors que le taux moyen est de 60 % aux Etats-Unis. Le secteur privé regroupe 86 % des places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires tandis que le secteur public connaît un net retard. L'hospitalisation à domicile est peu développée et surtout la répartition géographique de ses structures est très inégalitaire. En 2000, seuls 52 départements étaient pourvus de structures d'HAD tandis que la région parisienne concentrait à elle seule près de 60 % des capacités.

Ce manque d'articulation se retrouve entre secteur sanitaire et secteur médico-social. Les ARH, chargées de réguler le secteur hospitalier, n'ont pas compétence sur le secteur médico-social. La coordination des instruments de planification, schémas régionaux d'organisation sanitaire et schémas départementaux des établissements sociaux et médico-sociaux, est aujourd'hui partielle et aléatoire. Les acteurs eux-mêmes, préfets, présidents de conseils généraux, ARH, collectivités, assurance maladie, URCAM, affichent la volonté de mettre en oeuvre des politiques transversales, mais cette transversalité reste très théorique.

B - DES ENJEUX ECONOMIQUES, SOCIAUX ET POLITIQUES TOUT AUSSI IMPORTANTS

1. Les enjeux locaux

- *Prendre conscience que, loin d'être seulement un enjeu sanitaire, l'hôpital est un acteur économique majeur de la vie locale*

Souvent regardé que sous l'angle de la dépense qu'il engendre - la part des dépenses hospitalières est importante, l'hospitalisation publique et privée consommant en France plus de 50 % des dépenses de santé et plus de 4 % de la richesse nationale - le secteur de la santé constitue aussi une source de richesses dans l'économie, tant au niveau national que local. Une étude du CREDES a ainsi montré que son apport à la formation du PIB était croissant depuis 1984.

Il est générateur de nombreux emplois, directs et indirects. L'hôpital qu'il soit public ou privé est souvent le premier employeur des villes françaises, notamment de petite et moyenne tailles. Dans les petites villes, la fermeture d'un hôpital prive la ville, voire le « pays », d'un certain dynamisme. Dans le monde rural et au même titre que les services publics en général, maintenir un service de santé est un moyen non seulement de limiter l'exode mais aussi d'accueillir de nouvelles populations. Pour les grandes villes également, la fermeture de l'un de ses établissements n'est pas sans conséquences économiques et sociales. Les répercussions touchent souvent l'ensemble de la région. En 2000, dans quatorze des vingt-deux régions, c'était en effet un hôpital qui arrivait en tête des plus grands établissements de la région.

L'hôpital irrigue par ailleurs l'économie locale par ses besoins en diverses et nombreuses fournitures notamment. Il fait travailler les fournisseurs locaux pour s'approvisionner en denrées alimentaires ou en matériels en tout genre. Et s'il externalise un certain nombre de ses activités, il fait également appel aux entreprises situées à proximité (restauration et blanchisserie par exemple). Actuellement, avec un total de 3 042 établissements de santé, publics et privés, c'est plus d'un million de personnes, toutes catégories professionnelles confondues, qui y travaillent. La fonction publique hospitalière, hors personnels médicaux, représente quant à elle 720 000 personnes.

- *Conserver à l'hôpital son rôle social de premier plan*

L'hôpital doit occuper une place centrale dans la prise en charge des personnes fragilisées. En premier lieu, les services d'urgence doivent satisfaire des besoins très divers parmi lesquels une importante demande sociale, provenant en particulier des personnes en situation de précarité. Même si ce n'est pas leur finalité, il n'est pas souhaitable de remettre en cause les interventions rapides et efficaces que les professionnels peuvent réaliser dans ces services. Mais force est de constater que ce « recours facile » à ces structures est source de leur propre blocage. La création de maisons médicales d'accueil, de plateformes téléphoniques d'orientation des patients, la reconnaissance d'actes pouvant être réalisés par des professionnels non médicaux après formation

spécifique, pourraient être une manière de répondre à ces patients. Ce « *tri* » entre social, soins bénins et réelle urgence mérite d'être approfondi.

Par ailleurs, le vieillissement de la population française est une évolution à prendre en compte dans l'organisation du système de santé. Les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus représenteront près de 30 % de la population en 2010. Or, l'hôpital, dans son organisation et son fonctionnement, est au centre de ces préoccupations au même titre que la médecine de ville, en particulier dans certaines régions davantage exposées à ce défi démographique. A cela s'ajoute la problématique de la chronicisation des pathologies. Pour les maladies chroniques, il paraît souhaitable que les soins puissent être donnés dans un environnement géographique proche. Enfin, quand on parle de personnes âgées, il est inévitable de s'intéresser également au problème des personnes en fin de vie. Or, dans la très grande majorité des cas, ce sont les hôpitaux locaux, publics ou privés, en coordination avec les professionnels de santé de ville, qui prennent en charge les patients en fin de vie. Il est évidemment préférable que cela se passe près de chez eux.

L'enjeu médical et institutionnel du XXI^e siècle sera de faire face à ce vieillissement de la population et d'assurer les conditions de prise en charge, d'accueil, d'hébergement et de traitement de personnes âgées, de plus en plus nombreuses et de plus en plus âgées, non seulement médicalement dépendantes mais également socialement assistées.

- *Eviter tout cumul d'inégalités pour les zones « rurales isolées »*

Le risque des communes appartenant à des zones rurales « *isolées* » est de cumuler les inégalités : déclin de la population, pourcentage important de personnes âgées, éloignement des services de premier recours. L'espérance de vie dans les communes de moins de 2 000 habitants est légèrement inférieure à la moyenne. La crainte est d'aboutir à une spirale de désertification. La dépopulation conduit à la suppression des services, ce qui renforce l'exode rural. A cela s'ajoutent les perspectives de démographie médicale et les restructurations hospitalières. La diminution du nombre de professionnels de santé pourrait se traduire par une moindre couverture médicale du territoire et une diminution du nombre de communes pourvues de professionnels de santé libéraux.

- *L'hôpital, fruit d'une histoire et symbole de prestige, est au cœur des stratégies politiques locales*

L'établissement de santé constitue parfois une pièce maîtresse de la stratégie politique locale des élus. Son maintien est souvent un enjeu crucial pour les élus locaux. Le soutien et l'engagement des élus dans les opérations de restructuration s'avèrent déterminants et leur opposition peut se révéler fatale au projet. Il convient à cet égard de rappeler que le maire est juridiquement le président du conseil d'administration de l'établissement de santé situé sur sa commune. La situation des hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique, développée dans le corps du rapport, constitue une illustration récente.

Les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés participent donc à la cohésion territoriale et sont un acteur essentiel des économies locales et de la vie politique locale. Sources d'emplois et d'activité économique, éléments de sécurité sanitaire ou de confort, acteurs sociaux incontournables, symboles de l'importance et du prestige de la ville, témoins de son histoire et de son identité, autant d'éléments qui font que l'attachement d'une population à son établissement de santé est réel et fort. Toutes ces dimensions, à prendre en compte lors des opérations de restructuration de l'offre de soins, rendent ces dernières délicates et complexes.

2. Les enjeux en termes de régionalisation des politiques de santé

En France, la régionalisation de la santé est un mouvement mis en œuvre depuis longtemps et principalement au moyen de la déconcentration - et non sous la forme d'une décentralisation politique. Depuis la fin des années 1970, la plupart des avancées législatives ont eu pour pivot la circonscription régionale. Amorcé en 1977 avec la création des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), ce processus a pris un tournant avec les ordonnances de 1996 créant des agences régionales de l'hospitalisation, des URCAM et officialisant des conférences régionales de santé. La gestion du dispositif de régulation de l'offre de soins hospitaliers repose dorénavant sur les ARH, en mesure de mieux manier les outils de pilotage créés ou renforcés par l'ordonnance du 24 avril 1996. La planification hospitalière est désormais confiée à l'ARH.

L'idée qui sous-tend ce mouvement est qu'en donnant davantage de responsabilités aux acteurs régionaux, la capacité d'innovation, l'expérimentation ainsi que l'émergence de nouvelles formes d'organisation s'en trouveront stimulées. Il est plus pertinent au plan régional d'impliquer et de fédérer les acteurs alors qu'au plan national les résistances et les corporatismes peuvent être exacerbés. L'approche régionale apparaît également comme une échelle complémentaire de maîtrise des risques et d'objectivation de la pertinence des dépenses. Mais surtout, comme l'illustrent les comparaisons européennes, les régions semblent mieux placées que le niveau central pour adapter des solutions aux contextes locaux et traiter la dimension territoriale des politiques de santé publique, dans le cadre d'une politique définie au niveau national en concertation avec les partenaires sociaux et les différents acteurs de la santé.

3. Les enjeux en termes de démocratisation des politiques de santé

La recherche d'une démocratisation des politiques de santé fait l'objet d'expérimentations depuis le milieu des années 1990. Les ordonnances de 1996 ont créé les conférences de santé, nationale et régionales. La mise en place de conférences régionales de santé a constitué une première amorce de démocratie sanitaire en institutionnalisant au niveau régional la participation des corps intermédiaires, dans le processus de planification sanitaire. Mais, le caractère très

formel de ces conférences, le nombre parfois pléthorique des participants, la difficulté de prendre en compte des opinions contradictoires témoignent des limites atteintes par leur organisation actuelle.

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 et le projet de loi relatif à la politique de santé publique en cours d'examen cherchent à développer une démocratie sanitaire impliquant les collectivités territoriales et les usagers. Des conseils régionaux de santé remplacent les conférences régionales de santé. Sont ainsi regroupées en un seul conseil régional de santé des instances consultatives rattachées soit aux préfets, soit aux ARH, chargées d'établir les priorités régionales de santé publique, de se prononcer sur les projets d'organisation et de planification des soins ainsi que sur les programmes régionaux de santé et d'accès à la prévention et aux soins des personnes en état de précarité. Une mission nouvelle leur est confiée : donner un avis sur les projets d'expérimentation de réseaux financés par l'assurance maladie dans le cadre d'une déconcentration de la procédure.

La création de cette nouvelle instance doit permettre de débattre en un lieu unique des divers aspects de la politique régionale de santé et contribuer à définir les priorités régionales. Les conseils établissent un bilan annuel de l'application de la politique de santé de la région et un bilan spécifique sur les conditions dans lesquelles sont respectés les droits des personnes malades et des usagers. La loi du 4 mars 2002 confirme ainsi le choix de l'espace régional pour le renforcement de la démocratie sanitaire.

Le niveau local est le plus adapté pour imaginer et mettre en œuvre une sensibilisation aux enjeux de santé, participer à l'adaptation des services de santé de proximité. L'hôpital local, les professionnels de santé et les autres acteurs territoriaux doivent constituer les supports locaux de la démocratie sanitaire. Cette recherche de la démocratisation du processus décisionnel en matière de santé est une avancée inéluctable qui demeure l'un des enjeux majeurs des politiques de santé pour l'avenir et notamment d'une meilleure adaptation territoriale des établissements de santé aux besoins de santé publique, dans le cadre d'une politique globale de santé préalablement définie au niveau national et assortie d'une évaluation périodique à ce niveau.

II - LES PROPOSITIONS

A - DES TERRITOIRES DE SANTÉ ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION

Parce que les caractéristiques géographiques et les moyens de communication ont été insuffisamment intégrés à la planification, d'autres outils, les bassins de santé notamment, ont été utilisés par les régions afin de définir des territoires de santé plus adaptés aux besoins de la population. A la notion de bassin de santé se substitue aujourd'hui celle de « *territoire de santé* », mentionnée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 (et codifiée à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique) mais non définie. L'absence de

définition réglementaire est liée à la volonté de rendre la démarche de définition des territoires de santé la plus souple possible. Il est donc souhaitable de :

1. Faire correspondre à chaque niveau de territoire un niveau de soins et améliorer l'efficacité des réseaux de soins

- *Des niveaux de soins correspondant à chaque niveau de territoire*

Comme le propose le CREDES, la définition de territoires de santé la plus optimale possible passe par la correspondance entre un niveau de territoire et un niveau de services de soins. Cette démarche a déjà été initiée dans le cadre des SROS de deuxième génération, en Rhône-Alpes et en Aquitaine, régions dans lesquelles existent des niveaux différents de pôles sanitaires allant du niveau de proximité au niveau de référence.

Ces initiatives devraient être généralisées et leur contenu approfondi. Ainsi, la chaîne sanitaire qui va de la prévention et des soins de premier recours aux soins les plus pointus en termes de technicité et de spécialisation doit être constitutive d'un nouveau maillage territorial. Enfin, étant donné l'importance du secteur libéral, il est indispensable de faire le lien avec l'approche territoriale qui doit prévaloir pour les médecins généralistes mais aussi pour l'ensemble des professionnels de santé. Car les territoires de soins de proximité (« *niveau 1* ») correspondent en fait aux types de soins procurés par les professionnels de santé « *de ville* », complétés éventuellement par l'hôpital local.

- *Développer et pérenniser les réseaux*

Dans l'optique de gradation des soins, les réseaux doivent être renforcés et étendus afin de mieux répondre aux besoins de la population mais également de décroiser la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire. Les réseaux sont particulièrement adaptés aux zones « *fragiles* » - où des problèmes d'accès et de desserte existent ou vont se faire jour prochainement - que sont les zones rurales, les zones périurbaines et les zones très enclavées. La politique de la MSA en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM peut être citée à titre d'exemple puisqu'elle a mis en place dix-neuf sites « *Réseaux gérontologiques* » pour répondre au souhait des personnes âgées (80 % d'entre elle désirent rester à leur domicile). Il faut également signaler les nombreux réseaux associatifs qui œuvrent notamment pour faciliter l'hospitalisation à domicile.

Les ordonnances de 1996 ont créé deux types de réseaux : les « *réseaux expérimentaux* » à dérogation tarifaire relevant des articles L.162-31 et L.162-31-1 du Code de la sécurité sociale concernent les acteurs libéraux de santé ainsi que les « *réseaux de soins inter-hospitaliers* » régis par l'article L.6121-5 du Code de la santé publique. Pas moins de sept financeurs différents peuvent être impliqués dans le financement des réseaux : l'assurance maladie, les ARH, les établissements hospitaliers, le fonds national de prévention et d'information et d'éducation à la santé, les collectivités territoriales et des organismes privés.

En 2000, la loi de financement de la sécurité sociale a édicté différentes mesures pour renforcer leur efficacité avec notamment la création du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). La loi du 4 mars 2002 a renouvelé leur cadre juridique en établissant une définition unique des réseaux de santé quel que soit leur promoteur, la médecine « *de ville* » ou l'hôpital. La loi de financement de la sécurité sociale de 2002 développe quant à elle de nouvelles modalités de financement. Une cinquième enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) leur est dédiée ainsi qu'une dotation spécifique, la dotation nationale de développement des réseaux. Le FASQV n'intervient plus que dans la phase expérimentale des réseaux.

Malgré cette rénovation du cadre financier, le système français se démarque toujours des pays qui ont mis en oeuvre de tels réseaux, où une seule structure administrative assure la gestion des projets et leur financement, les comtés au Danemark par exemple. Une telle unification semble souhaitable car le fractionnement actuel du financement est un frein au plein essor des réseaux.

Par ailleurs, aujourd'hui, les réseaux permettent de coordonner autour d'un patient l'ensemble des acteurs de santé pour une meilleure prise en charge de la pathologie. Ainsi la notion de réseau évoque davantage la prise en charge coordonnée d'un type de « *pathologie* » que d'une aire géographique. Les réseaux les plus développés ont en effet trait à la dialyse, à la périnatalité, à la cancérologie ainsi qu'aux soins palliatifs. Néanmoins, ces deux aspects ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, et l'objectif affiché est aujourd'hui de favoriser l'émergence de réseaux « *généraux* », interdisciplinaires et inter-institutionnels, à dominante géographique.

Dans cet esprit, afin d'améliorer la réponse à la permanence des soins ambulatoires, le développement de « *maisons de santé et de garde* » incluant non seulement des médecins mais aussi d'autres professionnels de santé est souhaitable. Ces maisons de santé permettent d'assurer, au service de la population, une présence des professionnels de santé 24 heures sur 24 dans les zones où l'accès aux urgences est difficile ou dans celles qui posent des problèmes d'insécurité. Mais elles doivent procéder aussi et à la fois d'une logique d'intégration - la réunion des professionnels dans un même lieu - et d'une logique de coordination, ces deux logiques se complétant. Il serait donc souhaitable de généraliser les expériences régionales entreprises en matière de maisons de santé. Parallèlement, le développement de réseaux multiprofessionnels doit être favorisé.

La même démarche en réseau devrait être adoptée pour le traitement des situations où le pronostic vital est en jeu, notamment dans le cas de grands accidentés, brûlés ou d'accidents cardiaques. La concentration dans certains établissements hospitaliers des moyens de haute technicité doit aller de pair avec un renforcement des moyens mobiles médicalisés, routiers ou hélicoptés, aptes à venir prendre en charge la victime, de jour comme de nuit. L'objectif serait de

parvenir à une couverture hélicoptérée telle qu'aucun point du territoire ne soit à plus de 30 minutes d'une structure hospitalière dotée d'équipement de pointe.

La médecine libérale, sur la base du volontariat, doit devenir un maillon essentiel de ce réseau par des correspondants formés des SAMU, aptes à prendre en charge toute la médicalisation des urgences vitales et à assurer la jonction avec les équipes médicales pré-hospitalières.

2. Poursuivre la revalorisation du rôle de l'hôpital local et développer les alternatives à l'hospitalisation complète

- *Revaloriser l'hôpital local et le promouvoir en établissement de proximité*

Du fait de son rôle en matière de permanence des soins, de prise en charge des urgences et des personnes âgées, le niveau de proximité est fondamental. Surtout, il doit permettre à l'hôpital local de retrouver un rôle fort en complémentarité avec la médecine « *de ville* » et, par là, d'attirer à nouveau les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes. La réhabilitation de l'hôpital local doit permettre à la fois un renversement de l'organisation traditionnelle des soins et un maillage territorial des services de santé plus satisfaisant.

L'évolution de la démographie médicale, l'explosion de la demande de soins en gériatrie et la volonté affirmée de maintenir une couverture sanitaire de proximité rendent la revalorisation du rôle de l'hôpital local nécessaire. Les textes législatifs et réglementaires récents - circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, ordonnance du 4 septembre 2003 et Plan Urgences du 7 septembre 2003 - préconisent notamment de préserver les capacités en court séjour de médecine des hôpitaux locaux, de leur donner les moyens de prendre en charge les petites urgences, de développer les collaborations avec les établissements de plus grande taille et avec la médecine libérale.

La volonté de s'appuyer davantage sur l'hôpital local pour permettre une meilleure gradation des soins et améliorer la couverture sanitaire territoriale est donc clairement établie. Il faut toutefois souligner que la répartition géographique de ces hôpitaux est aujourd'hui inégale. Pour que l'hôpital local joue un rôle nouveau, c'est-à-dire de proximité, le Conseil économique et social préconise qu'il devienne un acteur de projet de son bassin d'activité. L'un des principaux apports des hôpitaux locaux réside en effet dans l'animation en santé de leur zone de desserte. Les activités de prévention, la diversification des modalités de prise en charge, la prise en charge de gardes communes avec les médecins libéraux doivent donc être développées. L'accueil de maisons de naissance au sein de ces établissements de proximité permettrait par exemple d'assurer le suivi prénatal et post-natal et l'accompagnement éducatif, ce qui résoudrait largement le problème de l'isolement croissant de certaines zones par rapport à la maternité la plus proche.

- *Développer les alternatives à l'hospitalisation*

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète pourrait également permettre une meilleure répartition géographique de l'offre de soins à condition d'être organisé en coordination avec la médecine « *de ville* ». Or, l'hospitalisation partielle n'est encore que peu utilisée dans le secteur public. Une des raisons majeures en est certainement le régime de création et d'autorisation de places. En effet, jusqu'à aujourd'hui, la création de places alternatives à l'hospitalisation complète était subordonnée à la suppression de lits.

L'hospitalisation à domicile est quant à elle une des variables-clef de l'aménagement du territoire en matière de santé en permettant aux patients de zones isolées notamment de bénéficier plus facilement des services hospitaliers. Elle reste pourtant très peu développée et très inégalement répartie sur le territoire. Des mesures ont été prises afin de favoriser l'hospitalisation à domicile : l'obligation d'échanger des lits d'hospitalisation complète contre des places d'alternatives a été supprimée et le gouvernement s'est fixé l'objectif cible de 8 000 places d'hospitalisation à domicile en 2005, soit un doublement du nombre actuel. Néanmoins, d'autres mesures devraient être envisagées pour permettre aux familles de subvenir aux besoins et aux coûts engendrés par cette prise en charge à domicile. A cet égard, il ne faut pas oublier le rôle que jouent déjà les associations dans ce domaine.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète doit concerner toutes les zones mais il est particulièrement nécessaire dans les zones rurales où la proportion de personnes âgées est généralement forte et le déficit en professionnels de santé libéraux particulièrement criant. Dans ces zones, une prise en charge coordonnée sanitaire, médico-sociale et sociale doit ainsi être favorisée afin d'organiser les services de prise en charge à domicile tels que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile. En partenariat avec l'activité des infirmières libérales, ces soins infirmiers à domicile constituent une activité de santé qui aura dans l'avenir une importance majeure. En effet, ils contribuent à prévenir et à ralentir, dans un contexte de fort allongement de la durée de la vie, la dégradation de l'état de santé des personnes. Ils évitent ou retardent l'hospitalisation ou l'entrée dans un établissement spécialisé.

Le potentiel de développement des alternatives à l'hospitalisation complète est important, notamment l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire pour le secteur public, qui accuse dans ce domaine un très net retard. La réforme de la tarification à l'activité contribue d'ailleurs à mieux valoriser ce type d'activités.

3. Développer la télémédecine par étapes

Même s'il convient de rester prudent quant aux avantages dont elles sont potentiellement porteuses, les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont un moyen de favoriser une meilleure couverture médicale des zones rurales et enclavées. Certaines expériences menées en France montrent que les TIC permettent d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels et donc de rendre les zones qui en sont équipées plus attractives. Et elles sont indéniablement un outil d'amélioration de la continuité des soins.

Des pays occidentaux dont la densité de population est faible y ont recours depuis une dizaine voire une quinzaine d'années. En Finlande par exemple, où les problèmes de distance et de dissémination géographique de la population se posent avec une acuité particulière et mettent en question la continuité des soins, les nouveaux outils de communication sont largement mis à profit. On y trouve notamment, outre des demandes d'avis entre médecins via internet, des téléconsultations en temps réel effectuées depuis un centre de santé en liaison avec un spécialiste de l'hôpital et des diagnostics à distance. Dans tous les cas, la télémédecine permet au médecin et au patient d'éviter tout déplacement inutile.

Même si les distances sont bien plus réduites en France et si la densité y est nettement plus élevée, une politique volontariste de dotation des zones enclavées en outils de communication et d'information modernes semble tout à fait souhaitable. De tels outils permettent en effet non seulement d'atténuer la sensation d'isolement que ressentent les praticiens et qui les dissuade de s'installer dans ces zones mais aussi d'améliorer la prise en charge des patients par une circulation plus efficace des dossiers entre les différents acteurs : les médecins, les hôpitaux, les paramédicaux et les travailleurs sociaux.

Les TIC doivent être utilisées, dans une première étape, afin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels. Cela passe par la mise en réseau de recommandations médicales - en Finlande, des « *guidelines* » dispensent de l'information médicale régulièrement mise à jour et renseignent les généralistes sur l'attitude à adopter face à tel type de pathologie et sur les critères qui permettent de juger que l'état d'un patient nécessite vraiment qu'il soit vu par un spécialiste. Cela passe aussi par le partage de dossiers médicaux informatisés ou encore par la création de maisons médicales virtuelles, c'est-à-dire le regroupement de cabinets par la mise en commun de dossiers médicaux et d'une permanence téléphonique. Cette première étape est d'autant plus souhaitable qu'elle favorise grandement la constitution de réseaux de santé. Réseaux et communication fluide sont en effet indissociables.

L'utilisation de l'imagerie médicale numérisée et de l'expertise à distance suppose des investissements non négligeables. Elle pourrait donc ne constituer qu'une seconde étape dans le développement de la télémédecine.

Comme l'a montré Jeannette Gros dans son rapport « *santé et nouvelles technologies de l'information* », l'irruption de ces technologies a des incidences multiples. Outre qu'elles modifient les modalités d'exercice pour les professionnels de santé, elles confèrent de nouvelles responsabilités aux usagers qui peuvent devenir davantage acteurs dans de nombreuses situations touchant à leur santé.

4. Aménager la tarification à l'activité afin de tenir compte des inégalités interrégionales en matière de santé

La tarification à l'activité (T2A) vise à fonder le budget alloué pour une activité sur des tarifs pré-établis. Appliqué strictement, un tel mode de financement pourrait mettre en difficulté les établissements situés en zones défavorisées qui risquent en effet d'être parmi les moins rentables. La réforme de la tarification à l'activité devant démarrer en 2004 et sa mise en oeuvre s'étaler sur près de dix ans, ses conséquences sont difficiles à prévoir. De plus, elle ne concerne pas pour l'instant les hôpitaux locaux.

Il est cependant souhaitable de prévoir des modalités de financement différentes qui permettront de conserver une activité s'il existe une population à desservir et si les besoins de cette population sont reconnus et légitimes, sans pouvoir être satisfaits par une autre structure. En effet, la mise en application à terme de la T2A rendra le montant de la dotation globale de plus en plus incertain, puisqu'elle sera calculée à 80 % sur le volume d'activité des établissements. Le coût de l'acte ne considérant que les aspects techniques de la pathologie et ignorant la prise en charge globale de la personne soignée, pour un calcul pertinent, il faudra tenir compte conjointement des indicateurs de la pathologie et des critères sociaux. La situation sociale (isolement, dépendance, précarité, âge...) des individus génère des besoins en personnels sociaux et sanitaires totalement différents. Plus la dépendance est accrue, plus la mobilisation des moyens humains est importante et induit fortement sur les coûts de prise en charge. Les procédures d'évaluation de cette dépendance individuelle sont donc à réaliser.

Comme le suggère la Fédération hospitalière de France, si la fixation des tarifs par pathologie relève du niveau national, il serait bon d'associer les tarifs à des coefficients différents selon les régions en fonction des données socio-économiques et épidémiologiques. L'échelon national déterminerait la fourchette de ces coefficients et vérifierait le bien-fondé de leur utilisation.

5. Transformer les observatoires régionaux de santé en agences indépendantes

Les observatoires régionaux de santé ont déjà contribué à une meilleure détermination des besoins de santé au niveau régional. Toutefois le statut d'association et les moyens humains et financiers qui leur ont été octroyés ne leur ont pas permis de développer d'avantage leur capacité d'expertise.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique cherche à améliorer le dispositif existant. Son article 5 prévoit en effet la création de groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour coordonner les compétences locales en matière de santé afin « *d'assurer la surveillance épidémiologique, l'observation de la santé et les investigations épidémiologiques et mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique* ». Ces groupements prendront la forme de groupements d'intérêt public (GIP) présidés par les préfets de région associant les organismes de droit privé que constituent les organismes locaux d'assurance maladie et les administrations d'Etat.

Leur rôle sera important en matière d'expertise et d'analyse épidémiologique puisqu'ils devront notamment contribuer à analyser la performance du système de santé et à réaliser les enquêtes nécessaires au développement des programmes de santé. Leur composition permettra de croiser diverses compétences : outre l'Etat, l'ARH, l'URCAM et les collectivités territoriales, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé et l'Institut de veille sanitaire en feront également partie. Le projet de loi ayant maintenu la distinction entre le secteur public et le secteur privé, les professionnels de santé libéraux devraient aussi être associés aux travaux dans les GRSP, et pas uniquement par le biais des URML.

Une telle structure devrait favoriser la mutualisation des moyens et permettre de renforcer les capacités d'expertise au niveau régional. Ce mouvement pourrait être poursuivi avec la création d'agences indépendantes au niveau régional sur le modèle finlandais. La Finlande dispose en effet de *Stakes*, agence indépendante, qui diffuse des statistiques et des études pour le compte des provinces et au niveau national et qui dispose de moyens importants.

6. Renforcer le rôle de l'Observatoire national de la démographie et de l'évolution des métiers

La question de la démographie appelle d'ores et déjà des choix politiques forts tant économiques que de formation des professionnels afin d'assurer sur tout le territoire national, l'égal accès de tous aux soins médicaux. Si l'on considère que l'Etat a vocation dans ses attributions régaliennes à assurer cette mission, il est de sa compétence de définir des moyens adaptés aux besoins. Pour cela, le Conseil économique et social préconise que l'Observatoire national de la démographie et de l'évolution des métiers voie sa mission élargie pour analyser et proposer à l'ensemble des professionnels de santé, région par région, une meilleure répartition tant au niveau des besoins que des qualifications. Les besoins seraient exprimés par les conseils régionaux de la santé.

B - UNE MEILLEURE RÉPARTITION ET COLLABORATION DES ACTEURS DE SANTÉ

Si les inégalités géographiques en matière d'indicateurs de santé sont le reflet de facteurs socio-économiques, environnementaux, de modes de vie différents, de comportements et activités à risque plus ou moins répandus, elles ne peuvent néanmoins être réduites à ces composantes et il est indéniable que l'offre de soins libérale - qui est au moins aussi inégalement répartie que la « santé » en général - joue un rôle non négligeable dans ces disparités.

Ce problème n'est pas totalement nouveau, et récemment quelques initiatives ont été prises qui visent à y remédier, ne serait-ce que partiellement. Elles ont pris la forme de mesures incitatives à caractère financier, de type prime à l'installation dans certaines zones rurales ou exonération de taxe professionnelle. Toutefois, l'impact de telles mesures est resté actuellement extrêmement limité. Leur inefficacité vient notamment de ce que le facteur « *gain financier* » n'est pas le facteur auquel les jeunes professionnels sont le plus sensibles, loin s'en faut.

S'il se confirme que les mesures économiques incitatives sont insuffisantes pour réguler l'installation des professionnels, il semble opportun de réfléchir d'une part à des mesures plus directives et d'autre part à des réformes plus profondes touchant à l'organisation de notre système de santé. Le Conseil économique et social appelle les professionnels de santé libéraux à leur responsabilité et les invite à se saisir avec leurs organisations représentatives ainsi que leurs ordres professionnels de cette problématique. Plusieurs mesures qui pourraient être mises à l'étude voire expérimentées sont suggérées. Ces mesures devront évidemment s'inscrire dans le cadre conventionnel national entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, pour une mise en œuvre dans les territoires qui associe les représentants des usagers et des collectivités locales.

1. Favoriser la collaboration entre médecins d'une part et entre médecins et professions paramédicales d'autre part

Il ressort très clairement des différentes études menées auprès des jeunes médecins que ce qu'ils redoutent le plus sont les difficultés de remplacement, le nombre de gardes à assurer et l'isolement professionnel. A l'inverse, ils valorisent la qualité de vie, la qualité des relations avec les patients, l'accès à un plateau technique et, surtout, le travail en équipe, au sein d'une organisation structurée, en groupe ou en réseau. En outre, la stabilité de l'emploi et des horaires de travail sont aujourd'hui davantage recherchés par les jeunes professionnels. Dès lors, le statut de collaborateur d'un cabinet doit être promu.

Surtout, il est essentiel de soutenir toutes les initiatives qui visent à l'exercice en association des cabinets de groupe. De ce point de vue, l'essor de maisons médicales de garde ou de cabinets secondaires est primordial. Ils doivent pouvoir bénéficier du soutien non seulement financier mais aussi

logistique de l'assurance maladie, des collectivités territoriales ainsi que des hôpitaux. Ces derniers pourraient proposer leurs locaux aux professionnels libéraux davantage qu'ils ne le font aujourd'hui, dans le cadre d'une évolution du code de la santé publique.

Le second axe de développement de la collaboration entre acteurs de santé consiste dans la révision du traditionnel partage des tâches entre professions médicales et professions paramédicales, réflexion qu'a ouverte et développée récemment le rapport Berland (octobre 2003).

Il est aujourd'hui indispensable que chaque corps de métier entame une réflexion sur ses activités afin de distinguer celles qui appartiennent à sa responsabilité médicale et civile pleine et entière et celles qu'il pourrait déléguer à la responsabilité de professionnels paramédicaux. Cela concerne tout particulièrement les infirmières qui verraient s'élargir leur palette de tâches, par des compétences nouvellement acquises et reconnues. Cette évolution devra avoir lieu dans le cadre d'un exercice réglementé en collaboration étroite avec tous les acteurs intéressés afin d'éviter les effets pervers que de telles initiatives pourraient induire. Citons également les kinésithérapeutes qui pourraient jouer un rôle plus actif dans la prévention et l'éducation à la santé (école du dos, école du souffle). A cet égard, un cursus de formation plus long devrait être envisagé pour les futurs professionnels, éventuellement dans le cadre universitaire.

Cette nouvelle répartition des tâches est particulièrement indiquée si l'on souhaite voir les réseaux et les services de soins infirmiers à domicile se développer réellement. Aucune politique d'aménagement du territoire en matière de santé ne peut se passer d'eux. Malheureusement, étant donné le champ de compétences restreint alloué au corps infirmier aujourd'hui, les cabinets d'infirmiers libéraux s'installent à proximité des cabinets de médecins et suivent la même clientèle que ces derniers. L'absence de cabinet médical dans une zone s'accompagne généralement de l'absence de cabinet infirmier. Or les cabinets infirmiers ont vocation à permettre un meilleur maillage territorial en matière de santé en distribuant les soins de première « *intention* ». Pour qu'ils puissent remplir pleinement ce rôle, il faut impérativement desserrer les liens qui les rattachent aux cabinets de médecins et accroître leur autonomie.

2. Favoriser la création de maisons de santé communales ou intercommunales

Il s'agit là d'une mesure fondamentale engageant l'organisation même de l'ensemble de notre système de santé. Il est donc suggéré, plus spécialement dans les zones où l'offre de soins ambulatoires est notoirement déficitaire, ainsi que dans le périmètre des services d'urgence déjà fortement engorgés, de rendre plus attractive et plus aisée la possibilité donnée aux communes et surtout à leurs établissements publics de coopération de créer et de participer à la gestion de maisons de santé.

Ceci est particulièrement utile en milieu rural afin d'assurer la continuité des soins autour du patient sur tout le territoire, développer la prévention individuelle et collective. En lien avec le secteur hospitalier, la maison de santé permet la coordination d'une équipe ambulatoire regroupant plusieurs professions de santé et son activité peut être élargie à des acteurs sociaux.

Des centres de ce type existent déjà, généralement sous l'appellation de « *dispensaires* », mais seuls 14 % d'entre eux sont gérés par les communes. Ils regroupent différents professionnels de santé. On y trouve notamment des médecins et des infirmiers, dont le travail devra être facilité et optimisé par la révision du partage des tâches entre ces deux professions, mais aussi, éventuellement, des spécialistes ou des travailleurs sociaux. Les personnels sont recrutés et rémunérés par la collectivité qui les emploie.

L'emploi salarié des professionnels libéraux qu'implique la création de maisons de santé n'a rien d'obligatoire. Par voie contractuelle, les communes peuvent faire appel à ces professionnels. Il s'agit simplement de généraliser la faculté offerte aux collectivités territoriales de prendre en charge directement une partie de la santé de leurs citoyens et aux professionnels de santé d'exercer leur métier dans le cadre d'une structure sûre, disposant des équipements minimaux requis, offrant la possibilité de travailler en groupe en étroite collaboration et permettant d'avoir un rythme de travail régulier. Ces établissements de santé pourraient aussi être le lieu d'éventuels cabinets secondaires.

Pour favoriser ce type de structures, les collectivités territoriales doivent être seules juges de l'opportunité de la création d'une maison de santé, à la lumière des besoins définis par la politique sanitaire et sociale nationale et au vu des déterminants locaux. Le Conseil économique et social préconise que la possibilité de créer de tels établissements par des contrats négociés devienne un pouvoir de droit commun des collectivités territoriales.

Des conventions entre l'Etat, les organismes d'assurance maladie, les collectivités locales et les professionnels de santé libéraux devraient en assurer le fonctionnement pérenne.

3. Mieux réguler l'installation des praticiens hospitaliers

L'inégale répartition de l'offre de soins ne concerne pas seulement la médecine libérale. Même si la planification et les politiques d'organisation sanitaire ont permis de limiter quelque peu l'ampleur du problème, de nombreux établissements de santé sont confrontés à de réelles difficultés de recrutement. Qui plus est, ces établissements sont très souvent situés dans des zones où l'offre de soins libérale est elle-même insuffisante, ce qui pénalise doublement les populations. Outre l'obligation de reddition de services dans une zone géographique défavorisée pendant un certain nombre d'années, deux mesures peuvent être envisagées :

- *Modifier la procédure de nomination des praticiens hospitaliers*

Dans le schéma actuel de répartition des compétences, la nomination des praticiens hospitaliers à temps plein relève de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins alors que les praticiens à temps partiel sont nommés par le préfet de région. Cette singulière répartition des compétences mériterait d'être clarifiée et unifiée au profit d'un seul acteur. Pour garantir une répartition égalitaire, cet acteur ne peut être que national. De plus, pour assurer une pérennité des établissements, le statut national des praticiens hospitaliers est un élément d'attractivité ; il est déterminant pour l'engagement des professionnels.

- *Réformer le mode de fonctionnement des commissions d'agrément des services formateurs habilités à recevoir des internes*

La répartition des postes d'internes entre les établissements de santé doit être effectuée en fonction des besoins de santé de la population et non au gré des besoins exprimés par les services et des réseaux d'influence. Il est donc indispensable que soit établie une liste précise détaillant les critères que les services des hôpitaux devront remplir pour devenir services formateurs.

Cette mesure devra être complétée par une remise en question régulière de la légitimité des agréments délivrés. Les besoins évoluant, l'agrément octroyé à un service peut ne plus se justifier au bout de quelques années. Dès lors, la commission doit user effectivement de son pouvoir de retrait des agréments délivrés, au bénéfice d'autres services dans lequel un besoin nouveau et légitime apparaît. Aujourd'hui, les commissions d'agrément sont des commissions régionales. Toutefois, étant donné qu'aucune région n'a réellement intérêt à limiter le nombre de services habilités à accueillir des internes, la procédure de délivrance des agréments devrait être centralisée et relever de l'Observatoire national de la démographie et de l'évolution des métiers. Ce dernier semble être le plus à même d'assurer une répartition objective des postes d'internes entre les régions. Tout ceci doit se faire en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale.

4. Mettre à disposition des professionnels de santé des moyens différenciés selon les zones géographiques

Ces moyens, de type aide à l'installation, secrétariat, aide à l'emploi pour le conjoint, instauration de mesures d'incitation financière variables selon les zones géographiques, pourraient être financés par les collectivités territoriales et les structures de coopération intercommunale. Il pourrait s'agir aussi de mesures fiscales par exemple pour favoriser la création et la transmission des petites entreprises médicales. Nombre de cabinets médicaux ne trouvent en effet pas de successeurs et aucune aide à l'installation n'existe.

Afin d'éviter une surenchère financière, il y a lieu de prévoir des règles dans le cadre régional. Cette orientation doit faire l'objet d'une politique globale associant l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les usagers. La réduction des inégalités d'accès

géographiques aux soins est un objectif majeur de santé publique et relève à ce titre du vote du Parlement.

5. Favoriser une présence minimum de médecins dans une zone géographique donnée en concertation avec les professionnels de santé

Face à la pénurie prévisible, dans les prochaines années, de professionnels de santé dans certaines zones géographiques, il est nécessaire que les pouvoirs publics, les partenaires sociaux, mais également les élus avec les représentants des usagers travaillent efficacement à partir des données du tout nouvel Observatoire de la démographie et de l'évolution des métiers, en vue de mieux répartir l'offre de soins du point de vue géographique en fonction des besoins recensés dans les territoires. Cette réflexion devrait être menée également en concertation avec les organisations représentatives des professionnels de santé libéraux ainsi qu'avec les ordres professionnels.

En cas d'impossibilité à trouver des solutions faisant notamment appel à l'autorégulation des professionnels de santé, des mesures directives pourraient être alors envisagées à l'égard des professionnels de santé conventionnés. Une solution pourrait consister à demander à un jeune professionnel d'exercer d'abord dans des zones défavorisées au niveau de l'offre médicale au lieu de s'installer dans la zone de son choix dès la fin de ses études. Concernant les jeunes professionnels de santé se destinant à exercer en milieu hospitalier, ils devraient avoir exercé un certain nombre d'années dans des structures hospitalières ayant des difficultés de recrutement des personnels médicaux, avant de choisir leurs postes.

Certes une telle mesure ne garantit pas une continuité totale de la couverture d'un territoire en matière de santé. Néanmoins, il est raisonnable de penser qu'une fois installés et une fois inscrits dans un réseau professionnel efficace et performant, les jeunes professionnels seront moins enclins à changer de région. D'où la nécessité de renforcer en parallèle les réseaux de santé, les coopérations entre professionnels de santé libéraux et médecine hospitalière. Enfin, faute de garantir totalement cette continuité dans la couverture, une telle mesure aurait au moins le mérite d'assurer une couverture minimum. Différents individus se succèderaient peut-être plus rapidement pour assurer la fonction de « *soignant* » mais cette fonction, elle, serait garantie et perdurerait.

6. Lier le conventionnement à une condition de localisation géographique

Les conditions d'installation des professionnels de santé libéraux devraient s'inscrire dans la négociation conventionnelle et prendre en compte la dimension géographique pour une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire. Cette mesure est en fait plus souple et moins coercitive que la précédente, étant donné qu'elle n'oblige pas les médecins à s'installer dans une zone géographique. La liberté d'installation reste le principe, l'absence éventuelle de conventionnement pouvant être envisagée.

Le levier d'action qu'est le conventionnement est théoriquement facilement utilisable. De manière certes exceptionnelle, l'assurance maladie y a d'ores et déjà recours via le déconventionnement de praticiens qui dérogent aux tarifs nationaux. Dans un tel cadre, l'étude de l'opportunité du conventionnement entre l'assurance maladie et les professionnels de santé devrait être menée en partenariat avec les institutions chargées au niveau régional de l'évaluation des besoins de santé et de l'organisation du système sanitaire.

C - LA CRÉATION D'AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : VERS UN MEILLEUR PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Le cadre régional s'est progressivement imposé comme un échelon efficient en matière de santé. La recherche d'une plus grande coordination des acteurs de la santé à ce niveau semble être la voie à préconiser, sous la forme de la création d'« *agences régionales de santé* » (ARS) intégrant et élargissant les fonctions actuelles des ARH.

1. Une décentralisation complète de la politique de la santé difficile à mettre en œuvre

Le modèle achevé d'une décentralisation de la politique de la santé ne saurait être proposé. Il recueillerait un accueil plus que mitigé de la part des différents acteurs. Le principal point de crispation d'une décentralisation de la santé porte sur la question de la prise en charge des dépenses. A titre d'illustration, le groupe de travail présidé par Jean-François Lorrain revendiquait d'autant moins le financement de la santé par la région que les dépenses liées à l'hospitalisation, à la médecine libérale et aux médicaments représentent en Alsace « *trois milliards d'euros par an, soit plus du double des budgets réunis de la région Alsace et des deux départements alsaciens* ».

Au-delà de l'importance des montants en jeu, une réflexion sur la décentralisation du financement de la santé ne peut faire l'économie du débat actuel sur l'assurance maladie et la question de sa gestion. En effet, la perspective d'une compétence accrue des collectivités régionales serait susceptible de remettre en cause les modalités mêmes d'organisation de l'assurance maladie. Quelle place réserver alors aux partenaires sociaux dans le cadre d'une décentralisation du financement du système de santé ?

Une autre réserve à la décentralisation du pilotage de la santé au profit de la région provient du rôle des conseils généraux dans le champ médico-social. En effet, l'un des objectifs de cette décentralisation serait de confier à un même opérateur les questions sanitaires et médico-sociales. Or, les premières lois de décentralisation ont confié aux conseils généraux les compétences en matière sociale et médico-sociale, favorisant l'échelon de proximité. Aujourd'hui, les conseils généraux ont acquis une expérience forte dans le domaine social et médico-social que l'on peut difficilement remettre en cause. Ils sont les

interlocuteurs privilégiés des multiples associations qui ont en charge une large part de ce secteur.

C'est donc plus l'articulation entre les deux collectivités territoriales qu'il convient de rechercher qu'un transfert de compétence au niveau de la région. Cette dernière a en particulier pour mission d'intégrer les problématiques de santé dans son projet de développement territorial.

2. L'évolution des ARH vers des ARS est davantage souhaitable

- *Vers des missions élargies pour un pilotage unifié des politiques de santé*

Les ARH sont confrontées aux limites de leur champ d'action en particulier pour ce qui concerne leur mission de restructuration de l'offre hospitalière. L'élargissement de leurs compétences et leur transformation en ARS devraient permettre avant toute chose une coordination du secteur hospitalier, public et privé, et de la médecine « *de ville* ». Une restructuration hospitalière ne prenant pas en compte la médecine « *de ville* » est le plus souvent vouée à l'échec. Les ARS devraient ainsi favoriser une meilleure adaptation, au niveau local, de l'ensemble des dépenses de santé. Cette optimisation devrait toutefois se doter de nouveaux instruments nécessitant une meilleure coordination entre les différents acteurs de terrain (collectivités territoriales, administrations déconcentrées, organismes de sécurité sociale, mutualité, représentants des malades et des usagers, professionnels de santé, personnels des établissements de santé à travers leurs organisations représentatives) :

- pilotage des enveloppes au plan régional par des actions complémentaires de gestion du risque ;
- à moyen terme, instruments devant porter sur la répartition géographique et l'organisation du travail des professionnels de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, initiée sous l'égide des unions régionales des médecins libéraux depuis 1999, et des autres professionnels de santé.

La plus grande cohérence dans la gestion des secteurs hospitalier et ambulatoire recherchée par la mise en place d'un cadre régional unifié tel que les ARS, suppose également que celles-ci disposent en contrepartie de réels moyens d'intervention en la matière. D'éventuelles réallocations des financements alloués à chacun des deux secteurs autoriseraient une meilleure adéquation entre moyens et besoins de santé et permettraient de développer de nouvelles politiques transversales (réseaux, hospitalisation à domicile...).

En second, lieu, les ARS devraient permettre de mieux apprécier au niveau local les besoins et les priorités de santé publique et de mieux mettre en œuvre des politiques de santé publique. Un pilotage unifié en la matière est gage d'une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique par une meilleure adaptation de l'offre de soins. Les offreurs de soins, à commencer par les établissements de santé, mais aussi les professionnels de santé de ville ont en

effet un rôle de premier plan à jouer en matière de prévention auprès des usagers et plus globalement en matière de santé publique.

Les ARS pourraient aussi favoriser une meilleure politique de prévention et d'éducation de la santé déclinée au niveau local. Certes, la prévention primaire doit indiscutablement relever du niveau national. En revanche, la prévention secondaire et tertiaire (dépistages, suivi de maladies chroniques,...) pourrait utilement être développée dans un cadre régional en l'adaptant aux spécificités locales. Cette évolution permettrait sans doute aux administrations régionales de donner à la prévention une place de premier ordre, ce qui constitue aujourd'hui l'une des lacunes majeures de notre système de santé. Les futurs groupements régionaux de santé publique, chargés notamment d'assurer la surveillance et l'observation de la santé dans la région ainsi que la mise en oeuvre de programmes de santé publique au niveau régional, pourraient être intégrés au sein de ces futures agences régionales de santé. Cette intégration constitue un objectif à moyen terme comme le prévoit explicitement l'exposé des motifs du projet de loi relatif à la santé publique.

D'une manière générale, un champ d'intervention plus vaste en termes d'acteurs concernés et de compétences exercées devrait permettre aux ARS d'élaborer des SROS mieux en phase avec les besoins réels. L'articulation de ces schémas avec les SRADT paraît souhaitable. Elle devrait faciliter une plus grande cohérence entre la politique sanitaire et l'ensemble des autres politiques conduites au niveau régional. Elle permettrait de mieux intégrer l'offre de soins à chaque territoire régional et de faire de la santé une composante à part entière de son développement. En tout état de cause, il est essentiel d'associer la population à la définition, la mise en oeuvre, l'évolution d'un service minimum de proximité par une concertation étroite et proche des lieux de vie avec les ARS, les collectivités locales, les organismes sociaux et les professionnels de santé.

- *Vers des structures moins administratives et plus ouvertes*

Les ARS pourraient être constituées sous la forme d'un groupement d'intérêt public prolongeant ainsi la formule choisie pour les ARH et confirmée pour les groupements régionaux de santé publique. Cette formule juridique présente l'avantage de la souplesse de fonctionnement. Elle permet aussi d'associer à la fois les organismes d'assurance maladie régionaux et les collectivités territoriales en tant que membres constitutifs du GIP.

Les ARS se substitueraient aux ARH et aux GRSP afin d'affirmer l'unité institutionnelle entre la détermination de la politique régionale de santé publique et sa traduction sur le plan de l'offre de soins. Cela permettrait d'éviter le risque d'une certaine dyarchie dans l'exécutif régional de la santé entre l'ARH et le GRSP.

Un pilotage plus cohérent des interventions en matière de santé doit par ailleurs permettre une meilleure synergie des partenaires de terrain. L'objectif des ARS serait aussi de mieux associer les élus locaux dans les instances de régulation de l'offre de soins et la détermination des politiques de santé publique,

tout en préservant une véritable capacité décisionnelle à cette instance. L'organe délibérant (conseil d'administration) des ARS devra donc non seulement réunir les représentants de l'Etat et de l'assurance maladie mais également les partenaires sociaux, les représentants de la région et du département ainsi que de la société civile, notamment au travers des conseils économique et sociaux régionaux. Les collectivités territoriales doivent en effet prendre part à la définition des orientations de l'ARS que le directeur devra mettre en œuvre.

Par ailleurs, les conseils régionaux de santé, institués par la loi du 4 mars 2002, pourraient constituer un organe d'orientation, de concertation et d'évaluation des ARS. L'ensemble des acteurs de santé publique, dont notamment les usagers et professionnels de santé à travers leurs organisations représentatives, seraient ainsi associés au fonctionnement de cette nouvelle instance. Le conseil régional de santé serait donc l'unique instance consultative. Il devrait être un lieu d'information sur l'état de santé de la population, de débat sur les orientations stratégiques à retenir pour la région et également de présentation des résultats des politiques régionales mises en œuvre (restructuration hospitalière, programmes régionaux d'accès à la prévention et à la santé...).

En outre, l'organisation de débats publics en association étroite avec les CESR sur la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire en complément (voire en préalable) de leur discussion par les comités régionaux d'organisation sanitaire devrait permettre une meilleure compréhension, donc une acceptation plus facile par la population, des évolutions dans la répartition territoriale des établissements de santé.

L'architecture des ARS permettrait ainsi de renforcer la démocratie sanitaire, à la fois délibérative (rôle des collectivités territoriales dans l'organe délibérant) et participative (association des conseils régionaux de santé au fonctionnement des ARS). Il est évident que ces propositions sur les missions et fonctions de l'ARS nécessitent d'être approfondies dans le cadre du débat en cours sur la réforme de l'assurance maladie.

*
* *

L'accès à la santé représente l'une des premières préoccupations de la population - par accès à la santé, est entendue l'égalité devant l'accès aux soins mais également la qualité de la prise en charge - Il est un facteur essentiel du bien-être et du développement de la qualité de vie pour chaque individu et pour sa famille. Notre pays doit encore progresser pour répondre aux attentes sans cesse plus pressantes de nos concitoyens pour davantage d'écoute, de dialogue, d'accompagnement, de proximité. L'hôpital qu'il soit public ou privé, doit être au cœur de la Cité. Il doit constituer un espace dévolu à l'accueil, à l'accompagnement et aux soins. Il lui faut être en capacité de répondre avec

humanité et pertinence à la multiplicité des demandes qui le sollicitent. Bien évidemment cela doit se faire en concertation avec la médecine de ville le mouvement associatif. Qualité, égalité d'accès, c'est entre autres aborder la question des territoires. L'aménagement du territoire doit contribuer à développer l'ensemble des moyens nécessaires pour assurer l'égal accès de tous à des soins de qualité. La France doit passer d'une logique d'institutions à une logique de « *services de santé* », des services mieux coordonnés, évalués, y compris par les usagers, évolutifs en fonction des besoins, intégrant mieux la prévention et la promotion de la santé. En d'autres termes, il lui faut passer d'une « *logique de murs* » à une logique de compétences.

Pour y parvenir, le système français doit progresser dans la voie du décloisonnement sanitaire et social et les établissements de proximité ont toute leur place dans cette dynamique. Il est impératif pour notre pays de poursuivre ses efforts d'organisation graduée et coordonnée de l'offre au plus près des réalités des territoires, en avançant pas à pas, sans dogmatisme, ni précipitation. L'approche en termes de territoires de santé permet de souligner les inégalités existantes en matière d'offre de soins et d'y remédier. L'amélioration de la répartition de l'offre de soins passe par l'application de mesures correctives, gage d'une meilleure adéquation entre l'implantation des structures, des professionnels de santé et les besoins de santé.

Une participation de chacun - malade, usager, citoyen - avec les professionnels de santé, les institutions sanitaires, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et l'Etat, aux décisions et à la gestion des prises en charge, mais aussi au fonctionnement global du système de santé est une nécessité. C'est un mouvement de fond qui appelle une organisation nouvelle, appuyée sur un droit rénové. Toutes ces orientations doivent être au cœur des concertations liées à l'évolution de nos établissements, sans oublier le débat ouvert sur notre système de protection sociale qui doit rester un système solidaire.

*

*

*

Deuxième partie
Déclaration des groupes

Groupe de l'agriculture

Depuis 30 ans, le nombre de médecins a triplé en France. En revanche, pour les années futures, la tendance s'inversera et l'effet relatif du *numerus clausus* conjugué à l'augmentation de l'âge moyen des médecins va peser sur les effectifs du corps médical. Si ce problème démographique est préoccupant, la question de la répartition des médecins sur le territoire l'est plus encore.

Nous devons dès aujourd'hui réfléchir à de nouvelles formes d'organisation des soins.

Les disparités ne sont pas uniquement interrégionales, elles sont également infrarégionales : une étude du CREDES de décembre 2002 sur l'installation des omnipraticiens montre que les cantons ruraux sont peu attractifs pour les jeunes diplômés. L'installation des médecins tient moins à des critères de revenus ou d'activité qu'à des critères socio-économiques, démographiques, ou encore technique (niveau d'équipement médical). Les médecins sont réticents à venir en milieu rural pour des raisons d'environnement (travail du conjoint, scolarisation des enfants, loisirs...) mais aussi et surtout d'isolement géographique (faible densité de médecins qui les amènent à parcourir de grandes distances pour les soins à domicile, éloignement des structures hospitalières), isolement professionnel aussi (difficulté de trouver un remplaçant de manière ponctuelle, difficulté de transmission du cabinet au moment de la retraite).

Ce constat conduit à une situation regrettable en terme d'offre de soins : 76 cantons sont dépourvus de médecins généralistes libéraux. Près de 150 000 personnes éprouvent de ce fait des difficultés à se faire soigner.

Pour autant, et nous devons bien en avoir conscience, inciter de nouveaux médecins à s'installer en zone rurale nécessitera la collaboration de plusieurs acteurs : l'Etat, les collectivités locales et les communes. Une telle question pourra difficilement trouver une réponse au sein des seuls partenaires conventionnels.

On peut, dans un premier temps améliorer les conditions d'exercice des praticiens du milieu rural, dans le cadre, par exemple, de contrat négocié de pratiques professionnelles sur les spécificités de l'exercice en milieu rural, comme s'y est engagée la MSA. Mais d'autres voies doivent également être développées, dans le sens d'un exercice collectif et décloisonné de la médecine. C'est la condition nécessaire à une couverture médicale de l'ensemble de la population qui soit à la fois équitable et de qualité.

Une telle évolution, qu'il convient bien évidemment d'encourager, peut prendre plusieurs formes :

1 - Les réseaux de santé : la MSA a été à l'initiative du réseau gérontologique mis en place dans dix-neuf sites. Il s'agit d'un réseau sanitaire destiné à maintenir à domicile des personnes âgées dépendantes dans des conditions sanitaires et sociales optimales. Ce réseau comprend l'ensemble des

professionnels de santé. Il est organisé autour du généraliste qui en est le pivot et s'appuie sur une étroite collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital.

Une évaluation de cette expérimentation a été réalisée et démontre que le réseau crée sa propre dynamique. Les professionnels de santé comme les personnes âgées ont dit toute leur satisfaction du réseau. C'est la coordination des acteurs qui est au cœur du dispositif. Elle permet à chacun d'être sûr que la personne est bien prise en charge dans sa globalité, sans doublon, ni carence dans les interventions nécessaires, qu'elles soient médicales ou sociales. Ce réseau a fait également la preuve de son efficacité au cours de l'été 2003 en ne constatant pas de surmortalité parmi les personnes prises en charge.

2 - Les hôpitaux locaux : il s'agit ici de développer des synergies entre ces établissements situés majoritairement en zone rurale et les médecins qui y sont installés. La place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins doit être réaffirmée.

3 - Les cabinets de groupe : ils permettent aux professionnels de santé de mieux coordonner leurs actions, d'avoir des échanges sur leurs pratiques, de pouvoir se libérer pour une formation, mais aussi pour une vie personnelle et familiale plus épanouie. Les cabinets de groupe doivent être développés.

C'est pourquoi le groupe de l'agriculture regrette le manque d'ampleur de l'avis, particulièrement au moment où se prépare une réforme de l'assurance maladie.

Groupe de l'artisanat

Pour un pays comme la France, jugé par l'OMS comme l'un des plus performants en matière de santé, il est réellement inquiétant de constater aujourd'hui que certains départements sont désertés par les médecins, que d'autres sont assaillis de spécialistes et que de surcroît la prise en charge des malades n'est pas la même partout. Attaché à « l'égal accès à des soins de qualité en tout point du territoire », le groupe de l'artisanat apprécie cette approche qui vise à faire correspondre à chaque niveau de territoire, un niveau de services en procédant à une refonte totale du mode de détermination des besoins.

Celle-ci suppose de recueillir les données épidémiologiques par territoire mais aussi les éléments de démographie et d'évolution des métiers afin de mieux adapter l'offre à la demande.

Concernant plus spécifiquement l'offre de soins, le groupe de l'artisanat estime qu'il faut aller au delà des préconisations du plan Hôpital 2007 visant une planification sanitaire allégée et un projet médical de « territoire de santé » en sortant l'hôpital de son isolement, en abordant la question, sous l'angle de la coordination de l'ensemble du réseau de soins, par le double décroisement des établissements de santé publics et privés ainsi que de la médecine de ville et de la médecine ambulatoire, comme le suggère cet avis.

La démographie médicale, les exigences nouvelles des patients, l'évolution des pathologies et des techniques médicales, imposent effectivement de plus en plus de collaboration entre les établissements, pour une meilleure rationalisation des plateaux techniques, des équipements, voire des lits et même des systèmes de gardes. Aussi, pour mieux tenir compte de l'activité médicale et du service rendu quel que soit l'établissement, il faut, parallèlement, s'orienter vers un mode de financement unique, qui permette de faciliter les coopérations entre public et privé. La tarification à l'activité, à laquelle cet avis fait référence, répond à cette préoccupation, mais surtout, est beaucoup moins inflationniste que le système actuel de dotation globale, totalement déconnecté de la réalité de l'activité médicale.

S'agissant de la meilleure répartition et collaboration des acteurs de santé, même si la pénurie prévisible de professionnels est inquiétante, elle ne doit pas conduire à des dérives vers une médecine à deux vitesses, et encore moins à des mesures coercitives imposées, qui risqueraient de détourner les jeunes de ces filières et accentuer le « désert sanitaire français ». Au-delà d'une meilleure adéquation de l'offre aux besoins, il faut donner la priorité à la négociation, au sein des branches professionnelles concernées, pour trouver des solutions d'autorégulation, avant de procéder à des mesures plus directives.

Concernant plus particulièrement la mise en place d'un nouveau pilotage du système, le groupe de l'artisanat n'est pas favorable à la création d'agences régionales de santé, dans la mesure où il estime préférable d'articuler les dispositifs existants plutôt que de faire appel à une nouvelle structure.

Par ailleurs, il considère que le débat sur cette question de pilotage ne peut être déconnecté de celui de la réforme du système d'assurance maladie qui devrait prendre en compte non seulement la maîtrise des dépenses mais aussi les modes de financement. Sur ce point, il rappelle que l'assurance maladie est financée en partie par la CSG mais également à hauteur de 62 % par les cotisations patronales pesant sur les salaires.

C'est pourquoi, la coordination du secteur hospitalier public et privé et de la médecine de ville doit passer par un regroupement des ARH et des URCAM afin que les partenaires sociaux, représentant ces cotisants et les administrateurs de l'assurance maladie, puissent disposer d'un droit de regard sur la gestion de l'ensemble du réseau de soins et participer à la régulation de l'offre de santé sur l'ensemble du territoire français.

Malgré cette divergence de fond sur le choix de la structure de coordination, le groupe de l'artisanat a voté cet avis.

Groupe des associations

Le rapporteur a abordé le sujet sous un angle qui peut sembler étroit. Le problème de la santé aujourd'hui concerne du côté de l'offre, une chaîne d'acteurs sur un territoire : médecine de ville, dispensaires, maisons de santé, professions diverses, associations... le seul point de vue des établissements se devait d'être élargi pour donner une image plus réaliste de ce que leur implantation représente réellement sur un territoire et le rôle qu'ils devraient y jouer.

Il est évident aujourd'hui que les territoires sont dans des situations extrêmement différentes en ce qui concerne la santé. L'offre est très déficitaire dans certaines régions, presque pléthorique dans d'autres. Certains territoires n'ont plus de médecins, et en tout cas plus de permanences assurées, dans d'autres, ils se disputent la clientèle. L'espérance de vie est très variable du Nord au Sud de l'hexagone. De plus, les approches des populations vis-à-vis de leur santé, les comportements sociaux et culturels sont très différents.

Dans les territoires, l'hôpital n'est pas seulement un lieu de soins mais également un facteur économique de premier plan pour les zones en difficulté. Les réactions des responsables et de la population quant à son éventuel maintien lorsque la question se pose, sont complexes : à la fois soucieux de préserver des soins jugés indispensables, mais aussi symboliques, luttant contre un sentiment d'abandon, économiques cherchant à maintenir ce qui est souvent le premier employeur d'une petite région. La question se pose dans ces conditions de pouvoir concilier proximité et qualité, d'autant plus que la population ne fréquentera pas automatiquement l'établissement dont elle aura demandé le maintien.

Mais, aujourd'hui, la santé doit être prise en main également par les citoyens. Elle ne peut plus être, particulièrement dans des zones sensibles, affaire des seuls techniciens de la santé. En matière de prévention, en particulier, le rôle des associations est déterminant : prévenir les conduites à risque des adolescents et des jeunes, suivre les anciens alcooliques pour éviter la récurrence, mettre aux normes l'habitat des personnes âgées pour leur permettre en sécurité de rester à domicile... Comment des établissements de santé, des praticiens libéraux pourraient-ils assumer seuls ces tâches indispensables ?

La nécessaire mise en réseau que préconise le rapporteur, ne peut s'effectuer avec toute l'efficacité souhaitable sans inclure les associations. Elles oeuvrent sur le territoire, pour informer, éduquer, soutenir des personnes en grande difficulté (cancéreux, maladies chroniques...) qui trouvent soutien et réconfort auprès de nombreuses associations. Leur rôle fondamental dans le maintien des personnes âgées à domicile n'est plus à démontrer. La définition des besoins de la population en matière de santé ne peut aujourd'hui s'établir sans la participation des citoyens, sans les associations.

Le rapporteur a peu insisté sur ces points qui nous paraissent essentiels dans le rôle que doivent assumer les établissements de santé dans une perspective d'aménagement et de développement, de maintien de la population et d'attractivité des territoires. Cependant le groupe des associations a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

Le champ de la santé publique est extrêmement large. Il couvre à la fois la prévention, la promotion de la santé, l'organisation des soins mais aussi l'ensemble des déterminants de santé tels que, entre autres, le logement, les conditions de travail... Il s'agit pour la CFDT d'une mission d'intérêt général, conduite sous l'égide des pouvoirs publics afin de garantir à chaque citoyen une intégrité physique et psychique le plus longtemps possible par la prévention et stopper - ou limiter - la pathologie ou le handicap par le soin.

L'objet de cette saisine visait surtout les équipements de santé et l'aménagement du territoire. En réalité, le débat a vite montré qu'il était très difficile de rester strictement dans ce cadre sans prendre en compte plus globalement l'organisation de l'offre de soins intégrant médecine de ville et établissements de santé publics ou privés.

Cette approche a le mérite de mieux coordonner l'ensemble des intervenants en matière de santé sous la responsabilité et le contrôle de l'Etat.

Organiser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge de la santé au niveau territorial en privilégiant l'échelon régional, notamment à travers les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), tel était l'objectif que la CFDT s'était fixé à travers cette saisine.

En fondant ses propositions sur la nécessité pour chacun de s'approprier sa santé, l'avis met bien en avant la nécessaire organisation du système de soins fondé sur la médecine de ville comme pivot de l'offre de soins et sa nécessaire coordination avec les établissements de santé publics comme privés.

En suggérant des propositions innovantes pour les jeunes médecins, en préconisant des incitations fortes pour assurer la présence de médecins dans certaines zones géographiques, en revalorisant le rôle de l'hôpital de proximité dans le cadre de bassins de santé, l'avis propose des orientations que partage la CFDT. L'idée de développement des réseaux généraux ou de maisons de santé, une meilleure utilisation de la télé-médecine sont également des objectifs qui vont dans le bon sens. Enfin, l'avis propose que les agences régionales de la santé (ARS) ne soient pas un simple prolongement des ARH (agences régionales de l'hospitalisation), qui n'ont pas fait preuve d'une très grande efficacité.

L'ensemble de ces propositions, qui n'épuisent pas le sujet, sont néanmoins de nature à apporter une contribution utile au débat en cours sur l'assurance maladie et c'est dans cet esprit que la CFDT a voté l'avis.

Groupe de la CFE-CGC

Le groupe de la CFE-CGC partage l'analyse de l'avis sur les enjeux de l'aménagement du territoire en matière de santé.

Nous tenons, cependant, à souligner qu'en ce qui concerne la mise en place de conférences régionales de santé, le groupe de la CFE-CGC est sceptique quant à l'efficacité réelle de ce type d'instances issues du souci, certes louable, de développer une « démocratie sanitaire ». Il faut ainsi prendre garde à la « mode » qui consisterait à multiplier les représentations des usagers du système de santé telles les associations de malades ou de consommateurs, qui peuvent facilement être instrumentalisées ou manipulées. Nous rappelons que seuls les partenaires sociaux ont la légitimité pour représenter les assurés sociaux.

Le groupe de la CFE-CGC émet des réserves sur quelques propositions de l'avis :

- les réseaux de soins sont une bonne chose, à condition de pouvoir vérifier l'utilisation réelle et optimale des fonds alloués, et à condition qu'ils aient pour objectif la prise en charge globale du patient. De ce fait, le groupe de la CFE-CGC recommande le développement des réseaux transversaux et pluridisciplinaires plutôt que des réseaux par pathologie ;
- par ailleurs, le groupe de la CFE-CGC est très critique sur l'architecture envisagée pour les groupements régionaux de santé publique. Placés sous l'égide directe du préfet, ils court-circuiteraient le réseau des caisses d'assurance maladie, qui disposent pourtant des compétences nécessaires en la matière ;
- selon la même logique, la CFE-CGC n'est pas favorable à la mise en place des agences régionales de santé, car elles vont également à l'encontre des prérogatives des caisses d'assurance maladie ;
- enfin, le groupe de la CFE-CGC rappelle qu'elle est réticente à toutes mesures coercitives pour les professionnels de santé afin de lutter contre les problèmes de démographie médicale. Nous sommes plutôt favorables à des mesures incitatives plus poussées que celles qui existent actuellement, afin que chaque malade dispose d'un égal accès à des soins de qualité. Cela suppose également de développer la formation médicale continue, pour permettre notamment aux professionnels d'assimiler au mieux les nouveaux protocoles de soins associés à chaque pathologie.

Les autres propositions du projet d'avis rencontrent notre assentiment. Il en est ainsi de :

- la proximité des soins revêt une importance majeure. Mais cette proximité ne doit pas s'affranchir de la qualité et de la sécurité. La promotion des réseaux coordonnés entre les établissements de santé

et les professionnels libéraux est une mesure que nous soutenons. L'évolution des pratiques médicales vers une médecine plus organisée autour du patient, permettant de simplifier et d'optimiser son parcours dans le système de soins, est un enjeu important. Le groupe de la CFE-CGC déplore la dilution des modes de financement des réseaux et approuve les propositions de l'avis en la matière ;

- la CFE-CGC demande depuis longtemps le développement des maisons de santé et de garde, notamment au niveau communal ou intercommunal. Elles doivent bénéficier du soutien non seulement financier mais aussi logistique de l'assurance maladie, des collectivités territoriales ainsi que des hôpitaux. Le groupe de la CFE-CGC estime que la mise en place de la tarification à l'activité est plutôt positive, mais estime effectivement qu'il convient de moduler ses effets en fonction des besoins propres à certaines zones géographiques.

Les territoires et la santé « entretiennent des liens étroits ». Les établissements de santé participent au maintien de la cohésion et du tissu social, ils sont également pourvoyeurs d'emploi. La redistribution spatiale de l'offre de soins contribue à réduire les inégalités de santé dont les données nationales montrent de grandes disparités sur le territoire. Mais cela n'est pas suffisant. En outre, la préservation de la santé ne peut se résumer à des considérations de court terme ou à des raisonnements purement comptables.

Le groupe de la CFE-CGC a voté l'avis.

Groupe de la CFTC

Par cette auto-saisine, le Conseil se proposait de réfléchir à la problématique de l'aménagement du territoire dans le domaine de la santé, à la manière dont les grands équipements et réseaux de soins structurent, ou devraient structurer, le territoire, et, plus particulièrement, à la manière dont l'aménagement du territoire peut contribuer au développement de l'ensemble des moyens nécessaires pour assurer l'égal accès à des soins de qualité.

Le groupe de la CFTC souscrit au cadrage fixé pour ce travail. Les schémas d'organisation des services collectifs sanitaires répondent-ils efficacement à la définition des objectifs et des missions qui leur ont été donnés, c'est-à-dire : permettre un égal accès, en tout point du territoire, à des soins de qualité ; corriger les inégalités intra et inter-régionales ; promouvoir la continuité et la qualité de la prise en charge ; veiller au maintien des établissements et des services de proximité ; favoriser la mise en réseau des établissements de santé ; favoriser le développement de la concertation et de la coopération entre les professionnels ?

Le rapport établit un constat sans complaisance de la réalisation de ces objectifs et de la situation des territoires. La diversité et les spécificités géographiques des besoins réels de santé de la population sont encore mal appréhendées. Le fonctionnement de notre système de santé est entravé par de nombreux handicaps que sont une mauvaise articulation entre secteurs public et privé, entre médecine de ville et hôpital, entre secteurs sanitaire et médico-social, et surtout le caractère inégalitaire de la répartition des structures et des professionnels qui fait que la répartition de l'offre de soins ne peut satisfaire les besoins de la population.

Le rapport invite à prendre conscience de l'importance des enjeux économiques, sociaux et politiques de cette problématique, pour un aménagement du territoire qui contribue vraiment à l'amélioration du bien-être de la population.

Le groupe de la CFTC approuve l'avis lorsqu'il affirme que les régions semblent mieux placées que le niveau national pour recenser et analyser les besoins, pour adapter les solutions aux contextes locaux et pour traiter la dimension territoriale des politiques de santé publique, lesquelles doivent nécessairement s'inscrire dans le cadre d'une politique définie au niveau national, en concertation avec les partenaires sociaux et les différents acteurs de santé.

Pour le groupe de la CFTC, de nombreuses propositions de l'avis contribuent à une meilleure adaptation des réponses aux besoins de la population : améliorer la détermination des besoins au niveau national par un renforcement des capacités d'expertise des groupements régionaux de santé publique (GRSP) et par la mutualisation de leurs moyens ; faire correspondre des niveaux de soins à chaque niveau de territoire ; développer et pérenniser les réseaux et regrouper leurs administrations et leurs financements ; décloisonner la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire ; mieux coordonner l'ensemble des acteurs de santé autour du patient pour une meilleure prise en charge de sa pathologie.

A juste titre, l'avis insiste sur la nécessité de promouvoir l'hôpital local en établissement de proximité pour assurer la permanence des soins, la prise en charge des urgences, des personnes âgées ou handicapées, en complémentarité et en coopération avec la médecine de ville. Ce renforcement du rôle de l'hôpital local peut aussi constituer une réponse aux questions que pose l'évolution de la démographie des professionnels de santé en leur permettant de travailler en groupes et non en solitaires.

Les propositions de permettre aux collectivités locales de développer les maisons de santé et de garde et de favoriser les conventions de coopération entre établissements publics et cliniques, notamment pour l'accueil des urgences, vont dans le même sens.

Le groupe de la CFTC approuve la proposition de renforcer la collaboration entre médecins et professionnels paramédicaux, au besoin par le transfert de certains actes, mais sous réserve que les modalités de cet aménagement des tâches, des formations, des statuts et des rémunérations soient clairement définis au plan national, dans un cadre réglementé, et après concertation des instances professionnelles concernées.

Dans le même esprit, le groupe de la CFTC approuve la proposition de favoriser une meilleure répartition géographique des personnels de santé sur le territoire en développant une politique incitative d'autorégulation et d'aide à la localisation.

Le groupe de la CFTC a voté l'avis.

Groupe de la CGT

Le sujet de cet avis fait l'objet de débats par ailleurs dans le cadre de réformes et plans en cours, sécurité sociale et hôpital 2007, qui modifieront très certainement l'existant. La CGT regrette ce travail cloisonné, peu concerté, ne facilitant pas une démarche efficace et partagée.

Aborder avec audace ce sujet, en partant des besoins, et non des moyens préalablement définis, est une approche que nous partageons. Les multiples politiques mises en œuvre ces 30 dernières années partaient d'un postulat contraire, amenant la mise en place des *numerus clausus*, la diminution des formations de para-médicaux, les fermetures de services et d'établissements. Ces pénuries vont continuer à s'aggraver. Ce flux tendu est responsable de l'engorgement des services, mais plus grave, il est en partie responsable de la catastrophe de cet été, où plus de 15 000 personnes en situation de fragilité sont décédées. Les multiples actions des personnels ont été autant de signaux d'alerte sur cette situation de crise, mais ils n'ont pas été entendus.

Le développement de réseaux efficaces et organisés est la clé d'une vraie efficacité. Valoriser les rôles et missions des hôpitaux locaux apporte une réponse de proximité pertinente.

Une implantation harmonieuse des établissements de santé est synonyme de sécurité pour les usagers, et reste déterminante pour la vie des territoires. Une revascularisation de ces territoires passe inévitablement par la réintroduction et la revalorisation du service public, en complémentarité de celles du transport, de l'emploi, de l'offre de soins, de l'enseignement, de l'habitat ... C'est mettre en place une véritable politique d'aménagement du territoire répondant aux besoins de la population.

Sur ce fond d'approbation générale, la CGT regrette quelques points faibles et, en premier lieu, l'absence d'analyse concernant la place de l'offre privée lucrative.

La santé n'est pas une marchandise, la recherche de profits installe un système libéral de santé à deux vitesses, excluant les plus démunis. L'activité lucrative se développe au détriment de l'offre publique qui, faute de moyens, perd de sa consistance. Pourtant seuls les établissements publics, ou participant au service public hospitalier, sont garants de missions de service public et offrent une égalité d'accès pour tous les usagers, n'écartant aucune activité, y compris les plus coûteuses, face auxquelles le secteur privé lucratif se dérobe pour se développer dans les activités les plus « juteuses ». Si deux déséquilibres, comme l'implantation sans contraintes des médecins et des établissements se cumulent, l'inégalité d'accès à la santé s'installe et devient un des éléments structurant néfaste de l'aménagement des territoires.

Comme pour la prévention, l'Etat doit rester dépositaire de la politique sanitaire, sa déclinaison régionale doit s'entourer de certaines garanties d'efficacité.

L'une, la transformation des ARH en ARS, peut aller dans le bon sens, à condition d'introduire une réelle participation des différents acteurs et usagers de la santé.

Si les établissements de santé publics ou non lucratifs restent garants de cohésion sociale, leur nouveau mode de financement, la tarification à l'activité, fragilise leur pérennité et leur rôle sur l'accès aux soins. Seule une évaluation globale, état physique et dépendance sociale, traduit la mobilisation des ressources nécessaires à une bonne prise en charge de l'utilisateur.

La question des financements est centrale, une recherche d'efficacité est légitime, occulter les besoins est dévastateur. Garantir des soins de qualité à tous reste un réel choix de société et implique une politique volontariste, accompagnée des moyens pour l'appliquer.

Le groupe de la CGT a adopté l'avis.

Groupe de la CGT-FO

Les solutions proposées par le rapporteur dans son projet d'avis rejoignent pour une grande part les préconisations d'*Hôpital 2007* et anticipent la politique gouvernementale en matière d'assurance maladie.

S'agit-il d'une apologie de la politique gouvernementale à court terme en matière de gestion comptable de la santé ?

Une vision à long terme est nécessaire et c'est davantage une volonté politique d'aménagement du territoire qui devrait imposer ses décisions, plutôt que la planification sanitaire. Dans le rapport et le projet d'avis, la réflexion est orientée par les problèmes des moyens médicaux et des moyens financiers... La réflexion devient alors, pour le rapporteur, comment utiliser les moyens, comment faire avec ? Et non pas ce que sont les besoins réels des citoyens.

Le système conventionnel national doit permettre la mise en place d'un système de maîtrise médicalisée et d'engager des évolutions structurelles du système de soins de ville dans une optique de promotion de la qualité et d'optimisation des dépenses. Le système conventionnel national devrait intégrer :

- La démographie médicale afin d'assurer une répartition des professionnels de santé sur le territoire,
- une véritable coordination des soins entre les professionnels de santé libéraux, médecine de ville et hôpital,
- un dossier médical dont le patient est propriétaire avec des garanties de confidentialité, et uniquement accessible aux médecins prescripteurs,
- une définition de l'acte médical intégrant la qualité,
- la maîtrise médicalisée basée sur des recommandations de bonnes pratiques médicales définies par le Haut Conseil scientifique.

A la lumière de l'énoncé ci-dessus, les propositions concernant une meilleure répartition et collaboration des acteurs de santé pourraient pour partie convenir au groupe FO.

Force ouvrière estime que les mesures proposées comme favoriser la collaboration entre médecins d'une part et entre médecins et professions paramédicales d'autre part, la création de maisons de santé communales ou intercommunales, la régulation de l'installation des praticiens hospitaliers, la mise à disposition des professionnels de santé de moyens différenciés selon les zones géographiques et lier le conventionnement à une condition de localisation géographique pourraient rentrer dans des négociations pour aboutir à des mesures conventionnelles ou législatives. Cependant, le problème de la démographie médicale ne peut se régler par de simples glissements de compétences vers d'autres professionnels de santé.

FO partage les propositions du rapporteur quand il s'agit d'améliorer le recueil de l'information sur l'état de santé de la population ; il s'agit d'un élément primordial, dans le respect du secret médical.

En outre, pour Force ouvrière :

- il faut faire correspondre à chaque niveau de territoire un niveau de soins et améliorer l'efficacité des réseaux de soins,
- il faut poursuivre la revalorisation de l'hôpital local et développer les alternatives à l'hospitalisation complète,
- il faut développer la télémédecine,
- il faut renforcer le rôle de l'Observatoire national de la démographie et de l'évolution des métiers,
- il faut renforcer les observatoires régionaux de la santé mais pas forcément les transformer en agences indépendantes,

- il ne suffit pas simplement d'aménager la tarification à l'activité pour tenir compte des inégalités interrégionales, il faut la revoir intégralement. FO souhaite plutôt rendre à la planification démocratique sa valeur « *d'ardente obligation* » !

Force ouvrière partage l'avis du rapporteur qui estime qu'une décentralisation complète serait difficile à mettre en œuvre : elle n'apparaît même pas souhaitable !

Il n'est pas inintéressant de proposer un pilotage unifié des politiques de santé, mais il n'est pas forcément judicieux de le confier à un directeur d'agence dont on ne précise guère les pouvoirs, entre autres en matière de relation avec les professions de santé libérales, relations qui ne peuvent être que conventionnelles...

Par ailleurs, l'idée d'un pilotage unifié est battue en brèche par la « nécessité » pour le rapporteur de laisser le social et le médico-social dans la compétence des départements au nom de la décentralisation...

Alors pourquoi ne pas laisser la médecine libérale à l'assurance maladie et ne pas lui donner compétence pour l'hospitalisation ?

Compte tenu des réserves émises, le groupe Force ouvrière s'est abstenu lors du vote.

Groupe de la coopération

Le sujet traité dans l'avis aurait mérité une approche transversale. Cet avis apporte des conclusions pertinentes :

- sur l'orientation dès leurs premiers postes des jeunes médecins destinés à une carrière hospitalière et, d'autre part, sur l'installation libérale qui pourrait être soumise à certaines contraintes. Sur ce point, il aurait été préférable d'être moins directif et de réfléchir à des mesures financières, fiscales, économiques et environnementales plus attractives ;
- sur la révision du traditionnel partage des tâches entre professions médicales et paramédicales ;
- sur le développement de la télé-médecine, en utilisant à notre avis rapidement l'imagerie numérisée et l'expertise à distance ;
- sur les structures de concentration administrative par la création des ARS - en soulignant qu'elles se substitueraient aux ARH et GRSP avec pour but de créer cohérence et économie. Il existe cependant un risque de déséquilibre entre les régions par suite de l'accroissement erratique des financements des collectivités locales, sans péréquation.

Cependant, il n'a pas été tenu compte de l'évolution de l'environnement médical, social et économique sur les vingt dernières années, ni d'une prospective sur les dix prochaines. Les nouvelles technologies sont onéreuses et

les nouveaux traitements ont diminué la durée moyenne de séjour à l'hôpital, même si les hôpitaux traitent plus de malades aujourd'hui. En 15 ans, le nombre d'hospitalisations a augmenté de 9 %, pour une durée moyenne de séjour qui, elle, a été réduite de 40 %. La France, avec cette évolution qui a toutes les chances de se pérenniser, a-t-elle besoin de 3 000 hôpitaux, c'est-à-dire selon un éditorial du professeur Bernard Debré 30 hôpitaux par département, un tous les 15 kilomètres, 700 000 lits ? Peut-on doter ces établissements de moyens technologiques modernes si onéreux pour servir à quelques patients reçus par semaine ? La France en a-t-elle les moyens ? La France peut-elle conserver tous ces hôpitaux intermédiaires désertés par le corps médical et les patients - qui obèrent les finances dont les hôpitaux super actifs ont tant besoin pour améliorer leur fonctionnement à la fois technique et humain - fonctionnant sans interruption ?

Les hôpitaux intermédiaires seront toujours pour certains une zone de tri aux urgences, pour le bon acheminement des malades. Ils pourront être transformés en structure d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes dont le nombre sera en constante augmentation, et en lieu de traitement pour les malades d'Alzheimer et les pathologies psychiatriques. En revanche, devraient être renforcées sur tout le territoire des structures d'acheminement vers ces grands centres hospitaliers dans des conditions de confort, de sécurité, de rapidité, avec du personnel compétent et être entretenues par des remises à jour permanentes.

Selon l'OMS, la France est le pays où les soins sont les meilleurs. Pour conserver ce positionnement, il faut éviter de perdurer dans l'abondance des sites héritée d'un choix fait il y a plusieurs années, qui certes permet de maintenir des emplois, mais peut aussi générer des risques d'avoir des lieux de soins dangereux par manque de moyens.

Le groupe de la coopération s'est abstenu.

Groupe des entreprises privées

Ce travail, réalisé dans un contexte où les questions de santé revêtent une actualité grandissante, constitue une base de réflexion utile pour les pouvoirs publics mais aussi pour tous les acteurs concernés.

La situation est connue : il y a de quoi s'interroger sur le rapport coût - efficacité de notre système de soins lorsqu'on sait que la France consacre près de 10 % de son PIB à la santé. Au moment où notre pays a devant lui de sérieuses réformes à faire, et plus particulièrement celle de l'assurance maladie, on mesure d'autant mieux l'importance de ce sujet.

Si l'accessibilité des soins est un objectif auquel nous adhérons tous, il s'agit surtout, selon nous, de rénover en profondeur notre système de santé, d'améliorer grandement l'efficacité de son fonctionnement global, comme la gestion de ses prises en charge, et sur ce point la maîtrise par les entreprises de la partie qui leur revient.

L'organisation en réseaux, prenant appui sur les établissements de santé, peut permettre d'atteindre cet objectif. Il en va ainsi selon nous, des propositions contenues dans le présent avis qui tendent :

- à promouvoir le dialogue et la coopération entre les acteurs nationaux, régionaux et locaux de la santé, pour décloisonner ;
- à renforcer l'efficacité du système de santé en s'appuyant d'abord sur les réseaux, mais aussi sur les nouvelles technologies ;
- à revaloriser certains métiers qui, à rebours de leur importance, pâtissent d'un vrai déficit de reconnaissance ;
- à favoriser une cohérence régionale accrue ; sur ce dernier point, nous aurions d'ailleurs tendance à considérer que, dans certains cas, elle puisse également être interrégionale.

Toutes ces propositions, qui visent en effet à promouvoir des services de santé - et non des institutions - plus efficaces, mais aussi plus préventifs, plus humains, et répondant au plus près aux besoins des populations, vont dans le bon sens.

Enfin nous sommes d'accord avec la proposition tendant à favoriser une présence minimum de professionnels de santé dans certaines zones géographiques et ce par des mesures incitatives.

Nous tenons toutefois à émettre une réserve qui porte sur la « démographie médicale » et l'évolution des métiers : il nous semble que cette dimension, pourtant déterminante pour l'évaluation des besoins et donc l'adéquation entre l'offre et la demande - sur laquelle repose d'ailleurs une grande partie de l'avenir de notre système de santé - est ici insuffisamment développée. Se limiter à renforcer les moyens de l'Observatoire national dédié à cette question est-il à la hauteur de l'enjeu ?

Le groupe des entreprises privées a voté favorablement l'avis.

Groupe des entreprises publiques

La politique de santé, du point de vue du groupe des entreprises publiques, résulte d'un équilibre de nature politique entre trois points de vue dont chacun détient une part de légitimité :

Le premier c'est que la santé doit répondre à une exigence de service et de qualité croissants à laquelle nos concitoyens, à juste titre, sont particulièrement sensibles.

Le second c'est que, pour une large part, cette qualité repose sur un financement public qui représente un coût pour la collectivité et qui a donc des limites. Peut-être ce point est-il insuffisamment souligné dans le projet d'avis.

Le troisième enfin est le fait que le secteur de la santé, notamment dans le développement local, représente un poids économique et social important dans la vie du pays.

C'est trop souvent la recherche d'un équilibre entre ce poids économique et social et sa contrepartie, son coût pour la collectivité, que s'est faite la régulation de ce secteur.

Aujourd'hui des déséquilibres nouveaux, à certains égards inquiétants à long terme, apparaissent. Ils se présentent comme des déséquilibres territoriaux.

Face à cette réalité de la diversité territoriale, en fin de compte mal connue, nous pensons que le premier niveau de réponse doit rester une politique de santé nationale. C'est en partant de cette dernière que la prise en compte des diversités territoriales peut contribuer à une plus grande efficacité de la politique de santé.

Nous pensons que la région est le bon niveau pour donner une nouvelle ampleur à une politique de prévention appuyée sur un changement de culture à l'égard de la maladie.

La clé du progrès nous paraît résider dans une mise en réseau de l'ensemble des acteurs, l'hôpital public devant constituer un pôle essentiel de cette évolution.

L'accent est également mis sur la qualité des réseaux de transport qui doivent gérer une bonne accessibilité aux centres de santé et être conçus, en réseau, autour des SAMU, pour traiter les urgences et les premiers secours.

Nous voulons enfin insister sur le rôle déterminant, à côté des établissements hospitaliers, du réseau historique de terrain constitué par l'ensemble des professions libérales dans ces nouveaux réseaux de santé. C'est dans cet esprit positif qu'il faut aborder la difficile mais incontournable question d'une inflexion des comportements individuels spontanés d'implantation territoriale des professions libérales.

Nous pensons enfin que les agences régionales de santé, dans leur principe, peuvent être un outil de progrès et nous aurions souhaité que le projet d'avis soit plus précis sur les modalités d'exercice de leur activité qui nous a semblé d'une grande complexité.

Le groupe des entreprises publiques a voté le projet d'avis.

Groupe de la mutualité

Le projet d'avis souligne les inégalités géographiques vis-à-vis de la santé ; ainsi l'écart de l'espérance de vie entre le Nord et le Sud du territoire atteint cinq années, et d'importantes disparités de l'offre médicale apparaissent entre ville et campagne, entre centres-ville et banlieues. Raisonner en plaçant l'hôpital au centre du système de prise en charge sanitaire ne permet pas d'apporter des réponses satisfaisantes à ces inégalités - qui ont tendance à s'accroître - pourtant soulignées depuis plus de dix ans par les rapports successifs du Haut Comité de la santé publique ! Quelques exemples le démontrent aisément. La prise en charge des besoins de proximité repose d'abord sur la médecine ambulatoire qui doit faire l'objet d'une organisation - sous la forme notamment de centres de santé - et d'une régulation coordonnée

avec l'offre hospitalière et médico-sociale. L'enjeu majeur, renforcé par les évolutions démographiques et épidémiologiques, est aujourd'hui de créer des liens à l'intérieur du secteur sanitaire et entre ce dernier et le secteur médico-social. Il est donc totalement illusoire de prétendre réguler l'offre hospitalière sans réguler l'offre ambulatoire et l'offre médico-sociale.

C'est pourquoi le groupe de la mutualité regrette, de ce point de vue, le champ trop étroit de l'avis qui, par sa rédaction, néglige notamment la complexité de la dimension sociale de la prise en charge. Une politique de santé organisée nécessite de définir le bon niveau de soins en fonction des différents échelons de territoire et selon des logiques de prise en charge différentes et globales, pour les pathologies aiguës ou chroniques.

D'autre part, l'évolution des techniques médicales et la recherche d'une plus grande proximité de l'offre de soins sont difficilement conciliables avec une centralisation de l'offre autour de l'hôpital. En effet, la spécialisation exigée des services hospitaliers du fait de l'évolution des techniques et de l'objectif de sécurité des patients, ces deux éléments renforcés par la pénurie de certaines spécialités médicales, entraîne *de facto* un éloignement géographique entre l'offre de soins et une partie de la population. Le développement des réseaux et la recherche de solutions à l'installation des professionnels de santé dans des zones déficitaires, auraient donc dû faire l'objet de propositions plus précises dans cet avis, pour que ses recommandations puissent répondre aux besoins de la population.

Il importe également d'insister sur l'effet des modifications récentes ou en cours en matière de planification ou d'approche territoriale. Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003 renforce-t-elle le rôle des agences régionales d'hospitalisation dans la détermination des nouveaux territoires de santé, fondements de la planification sanitaire. Les nouveaux schémas devront, d'une part, assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité et la mise en place d'une organisation graduée ; d'autre part, ils devront veiller à ce que cette organisation de soins réponde aux objectifs de santé publique. Pour ce faire, une articulation dans la répartition de l'offre sanitaire, hospitalière et ambulatoire, s'esquisse à travers l'extension des pouvoirs des agences régionales d'hospitalisation. Au-delà de ces évolutions des missions des acteurs régionaux - missions vraisemblablement à nouveau modifiées dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie - il est indispensable de renforcer la coordination avec les comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), ce qui n'est pas le sens de certaines évolutions législatives en cours. Enfin, la notion de territoires de santé est en pleine évolution, évolution qui se traduit dans la préparation des nouveaux schémas sanitaires. Il eût été souhaitable que l'avis intègre les conséquences de la circulaire du 5 mars 2004.

Les choix retenus pour cet avis n'ont pas permis d'appréhender une approche plus globale de la restructuration de l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale, y compris dans le domaine de la collaboration entre acteurs.

C'est la raison de l'abstention du groupe de la mutualité.

Groupe des professions libérales

Aborder le sujet des établissements de santé sous l'angle de l'aménagement du territoire, c'était forcément poser le débat en termes d'égalité d'accès aux soins sur le territoire, question qui englobe plus largement toute l'organisation sanitaire du pays et, par conséquent, la médecine ambulatoire. Le sujet était donc glissant et ses frontières délicates à respecter. Certes, le secteur hospitalier ne peut se comprendre qu'en relation avec le secteur ambulatoire. Il aurait donc fallu étudier réellement ces interactions réciproques, et cela à travers certaines questions essentielles : en particulier celles des urgences et de la tarification à l'activité. Au lieu de cela, l'impression qui domine est que le secteur ambulatoire est traité de façon autonome et qu'on le charge en outre de toute la responsabilité des inégalités de santé.

Par ailleurs, la rédaction de propositions concernant spécifiquement les professionnels de santé et l'exercice libéral telles que la répartition géographique des professionnels, la démographie médicale, les rapports contractuels entre les partenaires sociaux, les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, la formation et l'attribution de nouveaux droits aux paramédicaux, notamment le droit de prescription, la création de maisons de santé etc., aurait légitimement supposé de procéder à des auditions auprès des organismes représentatifs des professionnels de santé, des syndicats médicaux et des syndicats d'infirmiers, du Centre national des professions de santé (CNPS). Ainsi la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, à notre sens, n'a pas suffisamment été informée. Ce manque d'informations explique sans doute que certaines recommandations nous soient apparues comme dirigistes, recommandations qui, de surcroît, en voulant remédier aux disparités géographiques de l'offre de soins, auraient eu pour effet de les accentuer et de créer une médecine à deux vitesses.

Le groupe des professions libérales rappelle qu'en l'occurrence, les professionnels de santé sont des partenaires sociaux à part entière.

Enfin, vouloir tout organiser en fonction de l'hôpital, le considérer comme le pivot des réseaux de soins autour duquel les professionnels de santé devraient graviter, témoigne d'une vision quelque peu centralisatrice qui oublie que ce sont avant tout les professionnels de santé, en contact quotidien avec la population, qui participent du maillage du territoire.

En réalité, comme le groupe des professions libérales l'avait déjà souligné, par son représentant au Bureau, ce sujet ne pouvait pas ne pas déborder sur des questions ayant trait à la réforme de l'assurance maladie et à la distribution de soins. Par conséquent, une partie importante du rapport et de l'avis ne pouvait

manquer d'aborder des domaines qui relèvent des attributions de la section des affaires sociales. La problématique territoriale des établissements de santé ne peut être en effet être dissociée d'autres questions fondamentales et, pour certaines, d'une très brûlante actualité, concernant la gestion, les dépenses et l'organisation du travail dans le secteur hospitalier. En outre, l'originalité française de la dualité privé/public impliquait que soient mieux distingués les différents établissements de santé dans leurs spécificités et dans la réponse qu'ils apportent à la demande de soins.

Le groupe des professions libérales émet encore certaines réserves quant à la pertinence d'éventuelles agences régionales de santé.

Il considère aussi que certaines questions auraient pu être davantage développées, celles des transports et de la qualité des équipements biomédicaux notamment.

Les propositions de conventionnement sélectif envisagées dans le rapport et présentées au cours de la conférence de presse n'ont pas reçu l'approbation du groupe des professions libérales, et ont été amendées en plénière dans le sens d'une meilleure reconnaissance de la nécessité de négocier dans le cadre conventionnel.

La presse ayant rapporté que le Conseil économique et social proposait « le conventionnement sélectif » et une limitation de la liberté d'installation des médecins, le groupe des professions libérales s'élève contre la tenue de la conférence de presse avant l'adoption définitive des textes en séance plénière.

Mais, pour saluer l'écoute attentive de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, le groupe des professions libérales s'est abstenu.

Groupe de l'UNAF

La santé représente la préoccupation première de la population et son accès constitue un facteur essentiel de bien-être et de développement de la qualité de vie pour chaque individu et pour sa famille. Le groupe de l'UNAF remercie le rapporteur, notre collègue Michel Picard, pour le travail effectué sur les liens existant entre territoires et santé, pour la réflexion approfondie menée sur les établissements de santé et les services de santé en général, en vue de réduire les disparités devant la santé.

Les attentes des familles sur cette question sont fortes. Elles se transforment parfois en incompréhensions et en craintes lorsque des décisions bouleversent le paysage local. Fondées ou non, de telles décisions peuvent être douloureusement ressenties. C'est pourquoi l'UNAF approuve la place faite par l'avis à *l'hôpital local* dans l'aménagement du territoire. L'hôpital local doit en effet contribuer à assurer une couverture sanitaire de proximité et de qualité, en réseau avec les établissements de court séjour et avec les professionnels de santé,

mais aussi en lien avec les services spécialisés. Cela constitue une orientation fondamentale.

L'hôpital local gagnerait aussi à remplir une fonction d'accueil et d'accompagnement de certaines populations. Il en est ainsi de l'accueil des maisons de naissance dans les établissements de proximité, qui assurent le suivi pré et post-natal, ainsi que l'accompagnement éducatif des jeunes parents. L'hôpital doit aussi parvenir à organiser les sorties des patients, en lien avec les professionnels et les familles, et faciliter la mise en place de l'aide à domicile.

Articulée avec l'hôpital local, *la maison de santé* permet de rapprocher la population des services de santé, notamment dans les zones rurales enclavées et les zones urbaines périphériques. Les maisons de santé nous paraissent constituer un instrument de choix en matière d'aménagement du territoire et de santé. L'UNAF considère toutefois qu'elles ne doivent pas relever uniquement des collectivités territoriales, car seules les plus riches d'entre elles pourraient assurer ce service à leur population, aggravant ainsi les inégalités territoriales de santé. Au contraire, elles devraient se situer dans un projet associant l'ensemble des acteurs de santé, c'est-à-dire les professionnels, mais aussi les habitants concernés, les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie et les services de l'Etat.

L'UNAF souligne également l'enjeu de *démocratisation des politiques de santé*. Depuis les ordonnances de 1996 et les Etats généraux de la santé en 1998, il est manifeste que le secteur sanitaire doit mieux prendre en compte l'avis des usagers, dont les associations familiales, tant en ce qui concerne le fonctionnement des établissements, que la réflexion sur les politiques de santé publique et surtout la réalisation des schémas d'organisation sanitaire.

L'UNAF partage l'affirmation de l'avis selon laquelle la création des *conférences régionales de santé* est une avancée positive mais insuffisante. Elle considère que la transformation des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en agences régionales de santé (ARS) est une démarche à concrétiser rapidement. Si le niveau régional est efficace pour organiser globalement les services de santé sur le territoire, il ne contribue pas à promouvoir une plus grande participation de tous. L'UNAF est donc en attente d'expérimentations locales, proches des lieux de vie, permettant un réel dialogue, une réelle démocratie au service de la santé de tous sur nos territoires et complétant les approches nationales et régionales existantes.

Enfin, l'UNAF considère que les politiques de santé et d'aménagement du territoire doivent converger aussi en matière de *éducation à la santé*, tant en terme de prévention que de savoir-faire des premiers secours. A condition de le vouloir, nous espérons que les familles et les populations locales seront considérées à moyen terme comme le premier niveau de soins de proximité sur le territoire.

En accord avec les orientations de l'avis, le groupe de l'UNAF a émis un vote positif.

Groupe de l'UNSA

L'avis formule des propositions propres à améliorer notre système de santé. Celui-ci doit être accessible à tous, en tous points du territoire, afin de mieux répartir l'offre de soins et de réduire les inégalités épidémiologiques. Il s'inscrit de façon tout à fait opportune dans le débat actuel sur l'avenir de l'assurance maladie.

L'UNSA retrouve dans l'avis nombre de ses demandes. Soulignons quelques points :

- Le développement des réseaux de santé.

Des réseaux de santé, souvent inter-établissements publics et privés, existent selon les pôles médicaux et de spécialité. Ces réseaux doivent informer les professionnels de santé de leurs travaux et éventuellement les y faire participer. Le but de ces échanges est l'information sur les pratiques hospitalières et leur évolution. L'UNSA estime que, pour plus d'efficacité, une généralisation du dossier médical partagé est à envisager. Les médecins de ville doivent être informatisés.

- La promotion de l'hôpital local.

Il doit devenir un acteur de projet de son bassin d'activité. Les activités de prévention, la diversification des modalités de prise en charge, les gardes communes avec les médecins libéraux doivent y être développées.

- La place et le rôle des urgences.

Actuellement, les urgences sont engorgées par bon nombre de patients qui pourraient être pris en charge par la médecine de ville. Se pose donc, à côté du service des urgences, la question du rôle des maisons médicales - ou maisons de santé communales - dans lesquelles les médecins de ville interviendraient, ce qui engendrerait un système de garde plus efficient et efficace.

- La tarification à l'activité (T2A).

L'UNSA approuve les propositions de l'avis. De plus, il faudrait que les rémunérations des médecins payés par les cliniques privées à but lucratif ou non lucratif soient intégrées dans le coût du groupe homogène de séjour (GHS) de façon identique à ce qui se pratique à l'hôpital (rémunérations des médecins hospitaliers comptées dans la T2A).

- La répartition des acteurs de santé, l'organisation de leur collaboration, la régulation et l'aide à leur installation.

L'avis ne formule que des suggestions au conditionnel. L'UNSA y ajoute celle de rémunérer les médecins pendant leurs études, à condition qu'ils s'engagent à exercer un certain nombre d'années là où l'on a besoin d'eux.

- La proposition d'une gestion unifiée pour un meilleur pilotage du système de santé par la création d'ARS rejoint nos demandes.

L'UNSA est favorable à la transformation des ARH en ARS, à l'élargissement de leurs compétences pour une meilleure coordination des soins, une meilleure prise en charge du patient entre le secteur hospitalier (public et privé) et la médecine de ville ainsi que le secteur médico-social, et une politique de prévention et d'éducation adaptées à la région. Pour une meilleure représentation de l'ensemble des acteurs, il faudrait ouvrir la commission exécutive des ARS aux partenaires sociaux, aux collectivités territoriales, aux représentants des régimes mutualistes et aux représentants des usagers. C'est aussi ce que préconise l'avis.

L'UNSA l'a voté.

ANNEXE A L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants.....163

Ont voté pour.....116

Se sont abstenus.....47

Le Conseil économique et social a adopté.

Ont voté pour : 116

Groupe de l'agriculture - MM. Baligand, Ducroquet, Giroud, Salmon, Szydłowski, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - M. Arianer, Mme Bourdeaux, MM. Delmas, Kneuss, Lardin, Perrin, Teilleux.

Groupe des associations - MM. Bastide, Coursin, Gevrey, Mmes Mengin, Mitrani.

Groupe de la CFDT - Mmes Azéma, Blassel, MM. Bury, Denizard, Heyman, Lorthiois, Mme Lugnier, MM. Mennecier, Moussy, Mme Paulet, MM. Quintreau, Toulisse, Vandeweege.

Groupe de la CFE-CGC - MM. Bonissol, Chaffin, t'Kint de Roodenbeke, Sappa, Mme Viguiet.

Groupe de la CFTC - MM. Deleu, Naulin, Picard, Mme Simon, M. Vivier.

Groupe de la CGT - M. Alezard, Mme Crosemarie, MM. Decisier, Delmas, Forette, Mmes Geng, Hacquemand, MM. Larose, Manjon, Mansouri-Guilani, Masson, Rozet.

Groupe des entreprises privées - MM. Boisson, Cerruti, Chesnaud, Freidel, Gauthier, Ghigonis, Gorse, Joly, Lebrun, Leenhardt, Marcon, Noury, Pinet, Roubaud, Scherrer, Séguy, Pierre Simon, Didier Simond, Talmier, Tardy, Veysset.

Groupe des entreprises publiques - M. Ailleret, Mme Bouzitat, MM. Brunel, Chauvineau, Mme Cotta, MM. Martinand, Vial.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - MM. Cariot, Gérard, Mme Rastoll.

Groupe de l'outre-mer - M. Gata.

Groupe des personnalités qualifiées - M. Bichat, Mmes Braun-Hemmet, Brunet-Léchenault, MM. Debout, Dechartre, Duharcourt, Mme Elgey, M. Gentilini, Mme Guilhem, MM. Jeantet, de La Loyère, Mme Lindeperg, MM. Motroni, Pasty, Piazza-Alessandrini, Roussin, Schapira, Souchon, Teulade.

Groupe de l'UNAF - MM. Billet, Bouis, Brin, Edouard, Guimet, Mmes Lebatard, Marcilhacy, Petit, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Barbarant, Martin-Chauffier, Masanet.

Se sont abstenus : 47

Groupe de l'agriculture - MM. Bastian, de Beaumesnil, de Benoist, Boisson, Dupuy, Ferré, Guyau, Le Fur, Lemétayer, Marteau, Mme Méhaignerie, MM. Pinta, Rousseau, Sander, Schaeffer.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bailleul, Bellot, Bilquez, Bouchet, Devy, Gamblin, Mme Hofman, MM. Houp, Mme Monrique, M. Pinaud, Mme Pungier, M. Reynaud, Mme Videlaine.

Groupe de la coopération - Mme Attar, MM. Ducrotté, Fosseprez, Gautier, Grave, Marquet, Prugue, Segouin, Verdier.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Chauvet, Davant, Ronat.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. Bonnet, Robert, Mme Steinberg.

Groupe des professions libérales - MM. Chambonnaud, Robert, Salustro.

RAPPORT

**présenté au nom de la section des économies
régionales et de l'aménagement du territoire
par M. Michel Picard, rapporteur**

Le 29 avril 2003, le Bureau du Conseil économique et social a chargé la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire d'établir un rapport et un projet d'avis sur « *Aménagement du territoire et établissements de santé* ».

La section a désigné comme rapporteur M. Michel Picard.

Pour son information, la section a entendu :

- M. Edouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- M. Loïc Geffroy, délégué général de la Fédération hospitalière privée ;
- M. Jean de Kervasdoué, professeur de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au CNAM ;
- M. Martin Malvy, président du conseil régional de Midi-Pyrénées ;
- Mme Annie Podeur, directrice l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne et présidente de la Conférence nationale des DARH ;
- M. Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France.

Le rapporteur a rencontré en particulier :

- M. Jean-Marie Devevey, chargé de mission à la DATAR ;
- M. Michel Lafourcade, directeur régional adjoint des affaires sanitaires et sociales de la région Aquitaine ;
- M. Dominique Paillé, député des Deux-Sèvres ;
- M. Jean-Luc Prél, député de la Vendée ;
- Mme Marisol Touraine, conseiller d'Etat.

Il a par ailleurs effectué un déplacement en Finlande afin d'étudier l'organisation du système de santé finnois dont la caractéristique tient à son extrême décentralisation et à la prépondérance du secteur public.

Le rapporteur remercie toutes les personnalités qu'il a rencontrées pour l'aide précieuse qu'elles lui ont apportée. Ses remerciements vont également aux membres et à l'administration de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire pour leur appui constant. Ils vont enfin à Sophie Beaupère, Clément Caillaux, Stéphane Mulliez et Sophie Terquem pour leur contribution à la rédaction du rapport.

INTRODUCTION

Le système de santé français fait souvent figure de modèle. En effet, dans son classement des systèmes de santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2000, avait conclu que la France fournissait les meilleurs soins de santé généraux parmi les cent quatre-vingt-onze Etats membres².

Toutefois, outre son coût élevé, le système français ne parvient pas à endiguer les inégalités géographiques devant la santé, que ce soit en termes d'offre de soins ou d'indicateurs de santé tels que l'espérance de vie, la mortalité ou la prévalence de certaines maladies.

Territoires et santé entretiennent donc des liens très étroits qui sont souvent oubliés ou négligés. En outre, leurs relations ne sont pas unilatérales : la santé au sens large est un facteur à prendre en compte dans l'aménagement du territoire en raison de ses implications non seulement sanitaires mais aussi sociales, politiques ou économiques, et toute politique d'aménagement du territoire doit comporter un volet sanitaire. Comment en effet parler d'aménagement du territoire sans évoquer l'accessibilité aux services de soins ou en ignorant la présence de ces acteurs majeurs d'un point de vue sanitaire, économique et social que sont les établissements de santé ? Car ce sont eux qui parfois « *font vivre* » une population dans tous les sens du terme : ils sauvent la vie de nombreux patients et « *font vivre* » toute une région par leur importance économique et sociale. Pourvoyeurs d'emplois, ils participent également au maintien de la cohésion et du tissu social en mettant de nombreux acteurs en réseau autour d'eux et en garantissant le principe républicain d'égalité devant l'accès aux soins.

L'imbrication des questions d'aménagement du territoire et d'organisation des établissements de santé n'a fait l'objet d'une réelle prise de conscience que récemment. Cependant, celle-ci semble désormais acquise, si l'on en juge notamment par l'article 17 de la loi du 4 février 1995 modifié par la loi du 25 juin 1999 relatif aux schémas de services collectifs sanitaires :

« Le schéma de services collectifs sanitaires a pour but d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité. Il vise à corriger les inégalités intra et interrégionales en matière d'offre de soins et à promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins et des exigences de sécurité et d'efficacité. Il veille au maintien des établissements et des services de proximité.

Il favorise la mise en réseau des établissements de santé, assurant le service public hospitalier et le développement de la coopération entre les établissements publics et privés. Il vise également à améliorer la coordination

² Organisation mondiale de la santé ; *Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant* ; . juin 2000.

des soins en développant la complémentarité entre la médecine préventive, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale.

Il favorise l'usage des nouvelles technologies de l'information dans les structures hospitalières de façon à permettre le développement de la télémédecine et à assurer un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. »

Ces dispositions témoignent d'une évolution significative dans la politique hospitalière. Certes, le Code de la santé publique donne une définition large des missions des quelque 3 052 établissements de santé recensés en 2001 (parmi lesquels on compte 1 010 établissements du secteur public et 573 établissements privés participant au service public hospitalier). Selon l'article L. 6111-1 de ce Code, « *les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient* ». Ils ont aussi vocation à participer « *à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention* ». Toutefois, aucun rôle ne leur était spécifiquement reconnu en matière d'aménagement du territoire. C'est pourquoi la création des schémas de service collectifs doit inciter les établissements de santé à participer à l'aménagement du territoire et, par conséquent, à s'insérer au mieux dans leur environnement.

Cette nouvelle responsabilité suppose que l'hôpital se départisse de son image de « *forteresse soignante* ». Conséquence directe de cette évolution, l'établissement de santé doit devenir un maillon parmi d'autres d'une chaîne de soins ancrée dans un territoire. Sa participation à l'aménagement territorial ne peut être efficace qu'à la condition de prendre en considération l'ensemble des acteurs du système de santé, au premier rang desquels se trouve la médecine de ville. Tel est le sens du deuxième alinéa de l'article précité. Or, la médecine de ville étant aujourd'hui peu régulée, la question des moyens à mettre en oeuvre pour la faire contribuer à l'aménagement du territoire doit être posée.

De manière connexe, il convient alors de définir quels acteurs seront susceptibles d'assurer la liaison entre santé et aménagement du territoire et, par là, de réduire les inégalités géographiques actuelles. Ainsi, le pilotage du système de santé doit-il être régionalisé et, dans cette hypothèse, sous quelle forme ?

Face à de nouveaux enjeux, il convient donc de trouver de nouveaux acteurs, une nouvelle organisation, mais aussi de nouveaux outils. Le Conseil économique et social est conscient des contraintes qui risquent de peser sur les choix en matière de santé. Il n'ignore ni les réorganisations qui seront imposées dans le cadre d'« *Hôpital 2007* », ni la réforme de l'assurance maladie dont les effets sont encore difficiles à appréhender à ce jour. Mais il estime que, dans ce contexte et plus que jamais, la géographie et l'épidémiologie doivent faire partie intégrante de l'élaboration des politiques de santé. Elles sont un atout essentiel pour parvenir à un maillage territorial des soins satisfaisant tant en termes d'offre que de qualité et de résultats.

LES ACTEURS DE SANTÉ

Le secteur hospitalier

Le système hospitalier est composé des établissements publics de santé et des établissements privés participant ou non au service public hospitalier. En 2001, on recense 3 042 établissements sanitaires en France métropolitaine et 60 dans les DOM.

1 - Les établissements publics de santé (EPS)

Ce sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Ils assurent une mission de service public. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat (ministère de la santé, agence régionale d'hospitalisation, préfet), mais restent rattachés en général à une commune (le maire est président du conseil d'administration dans la plupart des cas, parfois il s'agit d'un autre élu local) ou à un département (hôpitaux psychiatriques), et jouissent d'une certaine autonomie de gestion. Leur régime financier d'allocation budgétaire repose sur l'attribution d'une dotation globale.

En 2001, les établissements publics de santé sont au nombre de 1 010 totalisant 309 000 lits, 670 000 agents hospitaliers non médicaux et 80 000 praticiens hospitaliers. Ils dispensent des soins à 8 millions de patients par an.

Il existe différents types d'hôpitaux publics, selon leur localisation et leur fonction :

- les centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils ont une vocation régionale liée à une haute spécialisation. La quasi-totalité de cet établissement a passé une convention avec une faculté et sont, à ce titre, des centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- les centres hospitaliers (CH). Ils dispensent toute la gamme des soins dits « *aigus* » en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée. Ils comprennent les ex-centres hospitaliers spécialisés (CHS) qui assurent l'hospitalisation des patients en psychiatrie ;
- les hôpitaux locaux (HL). Ils ont une faible médicalisation et recourent de façon habituelle aux services de médecins généralistes qui y exercent à titre libéral. Ils doivent être liés par convention avec un ou plusieurs hôpitaux, notamment pour l'accès au plateau technique.

2 - Les hôpitaux privés

- Les hôpitaux privés à but non lucratif

Ce sont des associations loi 1901, éventuellement reconnues d'utilité publique ou des établissements gérés par une personne privée ou une institution (mutuelles, organismes de sécurité sociale ou fondations). Ils étaient 891 en 2001 et accueilleraient environ un million de patients par an.

La plupart de ces établissements ont signé une convention de participation au service public hospitalier, sont soumis au même régime financier que les établissements publics de santé (dotation globale) et sont, de ce fait, soumis à certaines obligations de service public. Une centaine est soumise au même régime financier que les établissements à but lucratif (tarification à la journée).

En 2001, on dénombre 573 établissements participant au service public hospitalier (PSPH) qui totalisent 52 600 lits et 318 établissements ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH) qui totalisent 16 300 lits.

- Les hôpitaux privés à but lucratif (également appelés « *cliniques* »)

Ils ont le statut de sociétés civiles ou commerciales ou, de plus en plus souvent, de groupement d'intérêt économique (GIE). Ils peuvent aussi appartenir à des personnes physiques. Leur fonctionnement est assuré par le biais de contrats d'exercice avec des médecins exerçant à titre libéral, leur régime financier repose principalement sur une tarification à la journée, dans le cadre d'un système de régulation, l'objectif national quantifié (OQN).

En 2001, on dénombre 1 151 établissements privés à but lucratif qui gèrent 93 500 lits.

ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS (ET) OU ENTITÉS JURIDIQUES (EJ)			
3 052 ET/EJ 471 521 lits 47 025 places			
SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVÉ		
1 010 EJ 309 047 lits 29 348 places	2 042 ET 162 474 lits 17 677 places		
SECTEUR PRIVÉ			
	NON LUCRATIF PSPH	NON LUCRATIF NON PSPH	LUCRATIF
	573 ET 52 637 lits 7 173 places	318 ET 16 326 lits 2 175 places	1 151 Et 93 511 lits 8 329 places
SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVÉ		
	SOUS DOTATION GLOBALE	SOUS OQN	
1 010 EJ 309 047 lits 29 348 places	796 ET 62 991 lits 62 991 lits	1 246 ET 99 483 lits 8 995 places	
Total secteur sous dotation globale			

Champ : France métropolitaine

Source : SAE 2001, DREES

Les soins dits ambulatoires

Il s'agit de soins ne comportant pas d'hébergement. Ils peuvent être dispensés à l'hôpital (« hôpital de jour » et consultations) mais le sont principalement dans le cadre de la médecine de ville.

La médecine de ville désigne un mode d'exercice de la médecine pratiqué par des travailleurs indépendants ; qu'ils soient médecins proprement dits (généralistes et spécialistes) ou qu'ils appartiennent à quelques professions apparentées comme les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, etc.... Les principes qui caractérisent la médecine libérale sont notamment le libre choix du lieu d'installation et le libre choix par le malade de son médecin. On comptabilise environ 120 000 médecins libéraux.

Les professionnels de santé

Considérées dans leur ensemble, les professions de santé représentent début 2000 plus de 1 650 000 emplois en France métropolitaine. Les membres des professions de santé ambulatoire, médicaux et paramédicaux, constituent un peu plus de la moitié des effectifs employés dans le secteur de la santé.

LES PROFESSIONS DE SANTÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2000						
	Nombre d'inscrits	% femmes	Part – 35 ans en %	Part + 55 ans en %	Activité libérale en %	Salariés hôpital en %
Médecins	194 000	35,9	8,6	14,8	60,3	28,6
Dentistes	40 500	32,2	16,6	17,5	93,4	0,6
Pharmaciens	58 400	61,9	16,2	14,1	56,2	6,5
Sages-femmes	14 400	99,4	33,1	9,0	13,5	79,0
Infirmières	382 900	87,3	29,1	9,6	14,9	72,7
Masseurs-kinésithérapeutes	52 100	42,3	30,6	13,1	77,9	17,7
Orthophonistes	13 500	95,5	32,9	6,7	79,1	6,8
Orthoptistes	2 100	93,8	41,3	6,9	80,3	8,0
Psychosomaticiennes	4 600	84	38	3,1	6,7	32,6
Pédicures-Podologues	8 800	70,4	37	11,9	97,8	0,8
Ergothérapeutes	3 900	84	48,7	4,5	1,4	65,6
Audioprothésistes	1 300	38,6	33,3	23,1	42,6	0,3
Opticiens	10 000	41,1	44,1	18,0	36,5	0,1
Manipulateurs	21 600	72,9	31,8	11,7	0,3	73,5
Ensemble						
Professions réglementées par le Code la santé publique	808 100	66,6	23,4	11,7	37,0	
Aides sanitaires	377 000	91,3	32,3	4,2		
Agents des services hospitaliers	247 400	84,9	32,3	11,0		
Autres	217 500					
Total	1 650 000					

Sources : DRESS - INSEE, enquête Emploi-Synthèse de tableaux n° 9, janvier 2001

CHAPITRE I

LE BILAN DE LA MODERNISATION DES OUTILS DE PLANIFICATION ET DE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'introduction d'outils de planification sanitaire et la modernisation du pilotage des politiques de santé à l'échelon régional ont progressivement modifié l'organisation territoriale des établissements de santé.

I - LA PLANIFICATION SANITAIRE, INTRODUITE EN 1970, S'EST PROGRESSIVEMENT MODERNISÉE

La planification sanitaire constitue le principal moyen dont disposent les pouvoirs publics pour distribuer de manière optimale sur le territoire l'activité des établissements de santé en fonction des besoins de la population. La dimension d'aménagement du territoire est au cœur de l'idée de planification sanitaire.

Comme le rappelle Annie Podeur³, les objectifs de la planification sont fondamentaux pour l'organisation du système de santé. Elle vise en effet à garantir sur le territoire :

- l'égalité d'accès aux soins ;
- la qualité et la sécurité des soins ;
- la continuité des prises en charge, qui nécessite une articulation entre l'hôpital et les soins de ville d'une part, et entre l'hôpital et le secteur médico-social d'autre part.

Cet impératif a conduit à la création, dès les années soixante-dix, d'instruments de prévision et de contrôle de l'implantation des activités de soins, qui à l'époque ne concernaient que les établissements de santé. La carte sanitaire visait ainsi à dresser l'inventaire des installations et activités de soins en fonction de leur nature et de leur importance. L'objectif recherché à l'époque s'inscrivait aussi dans la recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Les instruments de planification ont ensuite été modernisés par des réformes introduites par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. L'objectif était de rationaliser l'offre de soins et d'améliorer la complémentarité entre établissements publics et privés. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) fixe par région sanitaire la répartition géographique des installations et activités de soins permettant d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.

³ Audition du 26 novembre 2003 au Conseil économique et social.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit de nouveaux mécanismes qui tendent à redynamiser le dispositif de planification en favorisant la déclinaison opérationnelle de ses objectifs grâce notamment à la mise en œuvre de la contractualisation entre les établissements de santé et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Le champ de la planification sanitaire est désormais vaste. Sont ainsi soumis aujourd'hui à planification (article R. 712-2 du Code de la santé publique) :

- les installations correspondant aux disciplines de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique (MCO), de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR), de soins de longue durée et de réanimation ;
- certains équipements matériels lourds visés à l'article R. 712-2-II du Code de la santé publique tels que les appareils de circulation sanguine extra-corporelle ou les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique par exemple ;
- les activités de soins « *d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique* » énumérées à l'article R. 712-2-III du Code de la santé publique (transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse, traitement des grands brûlés, chirurgie cardiaque et neurochirurgie par exemple).

Les limites rencontrées dans l'application de ces dispositifs, notamment dans la détermination des besoins de santé et la restructuration du tissu hospitalier, ont été prises en compte dans le cadre de l'élaboration des SROS de troisième génération. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé allège enfin le régime juridique de la planification sanitaire par la suppression de la carte sanitaire et la modernisation du régime des autorisations.

A - LA CRÉATION DES INSTRUMENTS DE PLANIFICATION

1. La carte sanitaire : une description quantitative du paysage hospitalier

L'article 5 de la loi du 31 décembre 1970 crée la carte sanitaire « *déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques* ». Cette carte se fonde sur une mesure des besoins de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales.

La carte sanitaire détermine :

- les limites des régions sanitaires et des secteurs sanitaires et psychiatriques ;

- la nature, l'importance et l'implantation des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation qui sont nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population ainsi que celles d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

La carte sanitaire est donc une description quantitative du paysage hospitalier. Cet inventaire constituait encore tout récemment la référence pour l'instruction des demandes d'autorisation.

Le découpage administratif du territoire repose sur des indices populationnels. Pour un secteur et une pathologie considérés, un nombre de lits d'hospitalisation cible est déterminé en fonction du nombre d'habitants. Les progrès dans la prise en charge du patient permettant de soigner le même type de pathologie sur des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes, la carte sanitaire et ses indices populationnels ont régulièrement été révisés, faisant progressivement apparaître au niveau des statistiques certains excédents en termes d'équipements sanitaires.

A titre d'illustration, le tableau suivant présente les indices en lits ou places pour 1 000 habitants⁴:

Disciplines	Secteur non siège d'un CHR	Secteur siège d'un CHR
Médecine	1 à 2,2	1 à 2,5
Chirurgie	1 à 2,2	1 à 2,5
Obstétrique	0,2 à 0,5	0,2 à 0,5

2. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : une dimension prospective et qualitative

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a introduit un nouvel instrument de planification sanitaire basé sur la notion d'aménagement du territoire : le schéma régional d'organisation sanitaire. A la différence de la carte sanitaire, le SROS, conçu pour une durée de cinq ans, présente une dimension prospective. Il détermine en effet la répartition et l'organisation des moyens hospitaliers souhaitables en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire, compte tenu de données humaines, géographiques et économiques. Il permet d'adjoindre à la carte sanitaire une dimension « qualitative » de la planification de l'offre sanitaire.

Le SROS détermine la répartition géographique des installations et des activités de soins définies par la carte sanitaire ainsi que la nature et l'importance des moyens d'hospitalisation et des équipements qui doivent permettre d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Prenant pour base la carte sanitaire, il dessine par conséquent la situation idéale de répartition de l'offre de soins.

⁴ Arrêté du 5 mai 1992.

Pour certaines activités médicales le justifiant, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis. Sont ainsi prévus des schémas nationaux pour les équipements qui nécessitent une autorisation ministérielle. Ces schémas nationaux concernent des services ou des technologies rares tels que la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la greffe de tissus d'organes ou la prise en charge de grands brûlés.

Pour chaque schéma, une annexe indique les créations, regroupements, transformations ou suppressions d'installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation. Cette annexe, qui permet de préciser et de décliner les objectifs du SROS au niveau local, établissement par établissement, n'avait qu'un caractère indicatif jusqu'à l'ordonnance du 24 avril 1996 qui l'a rendue opposable.

Le SROS est obligatoirement révisé tous les cinq ans, mais il peut l'être à tout moment en cas de besoin.

3. Le régime des autorisations : un instrument de régulation administrative

L'approche quantitative et qualitative des besoins de la population que constituent la carte sanitaire et les SROS doit être traduite de manière opérationnelle par l'instrument de régulation administrative qu'est le régime des autorisations.

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, sont soumis à autorisation du ministre chargé de la santé ou du directeur de l'ARH, les projets relatifs à :

- la création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé, public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ;
- la création, l'extension, la transformation des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- la mise en oeuvre ou l'extension des activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Pour accorder ou renouveler son autorisation, l'ARH, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), s'assure que le projet :

- répond, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population définis par la carte sanitaire ;
- est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire et avec son annexe ;

- satisfait à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

Le renouvellement de ces autorisations intervient à échéances variables : cinq ans pour les activités de soins d'un coût élevé, sept ans pour les équipements lourds et dix ans pour les disciplines courantes. Il est notamment subordonné au respect des conditions techniques de fonctionnement et à la compatibilité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

Adossé aux instruments de planification que sont la carte sanitaire et le SROS, le régime des autorisations devait ainsi constituer un levier important de régulation de l'offre hospitalière et permettre une traduction concrète satisfaisante des objectifs de la planification.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a créé le groupement de coopération sanitaire (CGS) qui permet de rapprocher les secteurs hospitaliers publics et privés et ainsi de mieux planifier. Ce dispositif, qui autorise la mutualisation des équipements lourds et des activités de soins, n'a pas reçu à ce jour un franc succès. Il vient d'être actualisé par l'ordonnance de simplification sanitaire, en s'ouvrant aux personnes physiques et donc aux réseaux de santé.

B - LA MISE EN ŒUVRE DES INSTRUMENTS DE PLANIFICATION SANITAIRE ET LEUR ÉVOLUTION

1. Les insuffisances de la carte sanitaire

La carte sanitaire, élaborée à partir d'indices populationnels, est avant tout basée sur l'existant et ne permet pas une bonne adaptation de l'offre de santé à des besoins de santé par nature évolutifs. La Cour des comptes⁵ souligne ainsi que la carte sanitaire, « *instrument purement quantitatif et souvent frustré, si elle permet d'empêcher la création d'installations nouvelles dans les zones saturées, se révèle impropre à recomposer l'existant* ». Elle a ainsi davantage été utilisée comme outil de limitation des structures hospitalières que comme outil d'aménagement territorial de l'offre de soins.

Ces limites ont justifié la suppression de ce dispositif par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

2. L'évolution des schémas régionaux d'organisation sanitaire

- *SROS de première génération*

Les SROS dits de première génération, ont été appliqués entre 1992 et 1996. Dans les faits, cette première mise en œuvre des SROS s'est le plus souvent limitée à une simple photographie de l'offre hospitalière existante à laquelle étaient adjointes quelques suggestions d'évolution et de structuration de l'équipement sanitaire. Les indices retenus pour l'élaboration des schémas

⁵ Rapport relatif à l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

reposaient le plus souvent sur des données relatives à la population, les données à caractère épidémiologique n'étant pas suffisamment fines pour pouvoir être utilisées dans le cadre de la planification.

M. Edouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, souligne ainsi que « *les schémas de première génération ont été assez frustrés et peu évolutifs par rapport à la situation antérieure* »⁶.

Enfin, les schémas de première génération n'avaient pas valeur contraignante à l'égard des établissements de santé. La Cour des comptes note ainsi qu'« *ils avaient identifié les dysfonctionnements majeurs mais n'étaient pas porteurs de solutions permettant d'y remédier* ».

- *SROS de deuxième génération*

Les SROS de deuxième génération ont été élaborés par les ARH, nouvellement créés par les ordonnances de 1996, qui ont permis d'affiner et de moderniser cet instrument de planification sanitaire et ses modalités d'élaboration.

En premier lieu, les SROS de deuxième génération ont fait l'objet d'une approche concertée. Les conseils économiques et sociaux régionaux, les conseils généraux, les conseils régionaux et les organismes de sécurité sociale ont été associés à leur élaboration. Ces SROS ont par ailleurs été construits à la suite de la réunion des Etats généraux de la santé et des conférences régionales de santé en 1998 et 1999. La communauté médicale des établissements a également pu être associée à la préparation des schémas, ce qui a permis d'apprécier la qualité des prises en charge.

Les SROS de deuxième génération ont ensuite intégré certains critères davantage qualitatifs tels que les temps de transport, la topographie ou la pertinence des équipements existants, alors que les SROS de première génération s'étaient le plus souvent cantonnés à des indices quantitatifs de type populationnel.

Une approche plus globale de l'offre de soins a par ailleurs été recherchée en incluant dans la démarche de planification, aux côtés des établissements de santé, les professionnels libéraux exerçant en secteur ambulatoire. Le schéma englobe en pratique depuis 1999 l'ensemble des moyens susceptibles de concourir à la réalisation des objectifs qu'il fixe, au-delà des installations et activités visées par la carte sanitaire.

Cette recherche de complémentarité entre l'hôpital et le secteur ambulatoire notamment, est contemporaine de l'émergence de la notion de réseaux de soins, institutionnalisés par l'ordonnance du 24 avril 1996. Certes, les réseaux de soins ville-hôpital n'étaient alors pas inconnus dans le système sanitaire. Beaucoup se sont créés de manière informelle en privilégiant la prise en charge d'une pathologie particulière (VIH, hépatite C, dépendance des

⁶ Audition du 5 novembre 2003 au Conseil économique et social.

personnes âgées, ...). L'ordonnance de 1996 a permis de leur donner une existence juridique en les insérant dans le dispositif de la planification hospitalière. Les réseaux de soins peuvent ainsi être constitués par la passation d'une convention constitutive entre établissements de santé, médecins libéraux et autres professionnels de santé et organismes à vocation sanitaire et sociale. L'objectif est d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins et de promouvoir la délivrance de soins de proximité et de qualité. Cette convention est soumise à l'agrément du directeur de l'ARH.

Pour autant, la mise en œuvre des SROS souffre encore d'une approche des soins trop segmentée. L'insuffisante prise en compte des activités de prévention dans le domaine sanitaire et social demeure une limite majeure des SROS de deuxième génération. L'articulation avec le secteur ambulatoire mériterait d'être renforcée, notamment pour l'organisation du service des urgences et de la permanence de soins, mais également pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques et la couverture de zones géographiques défavorisées. La même observation peut être faite pour le secteur médico-social. Les SROS ne portent pas sur la planification de ce type de structures. Une des raisons en est que les compétences des ARH se limitent au seul champ sanitaire. Or, de nombreux volets abordés dans les SROS mériteraient, de par leur spécificité, une plus forte complémentarité avec la sphère médico-sociale. Il en est ainsi par exemple de la santé mentale pour laquelle l'articulation avec la prise en charge du handicap est cruciale, ou de la filière gériatrique, dont l'efficacité est subordonnée à une réelle continuité de prise en charge entre les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social.

Par ailleurs, la mise en œuvre des SROS de deuxième génération devait s'appuyer sur les contrats d'objectifs et de moyens (COM), nouvellement créés par les ordonnances de 1996. Ces contrats, conclus entre chaque établissement et l'ARH dont il relève, permettent de traduire les objectifs du SROS au sein de chaque établissement, avec l'attribution de moyens correspondants. Par exemple, l'ARH de Bretagne s'est fortement appuyée sur cette démarche pour mettre en œuvre les préconisations contenues dans le SROS. Ainsi, pour l'exercice 2003, environ 90 % de l'enveloppe régionale d'hospitalisation faisaient l'objet de contrats d'objectifs et de moyens. Toutefois, dans les faits, la démarche de contractualisation a connu une application variable d'une région à l'autre.

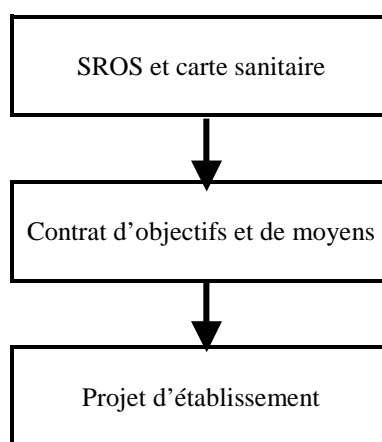
Les objectifs du SROS sont également diffusés au sein des établissements par le projet d'établissement. En adéquation avec ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, le projet d'établissement « *définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion du système d'information* »⁷. En fonction de ces objectifs, sont ensuite déterminés les moyens de l'hospitalisation, en personnel et

⁷ Loi du 31 juillet 1991.

en équipements de toutes natures. Le projet d'établissement est établi pour une durée de cinq ans. Élaboré par l'établissement, soumis pour avis à la commission médicale d'établissement (CME) et au comité technique d'établissement (CTE) ainsi qu'à l'approbation du conseil d'administration (CA), il doit ensuite être approuvé par l'ARH qui apprécie sa compatibilité avec les objectifs du SROS et avec le contrat d'objectifs et de moyens. Le projet d'établissement constitue un instrument de diffusion des outils de planification sanitaire sur le terrain.

Pour mettre en œuvre les objectifs contenus dans les schémas de deuxième génération, les ARH disposent ainsi de moyens incitatifs et négociés. Le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens permettent un renouvellement de la planification sanitaire et autorisent la participation des acteurs hospitaliers à côté de l'utilisation des instruments davantage dirigistes et administratifs que sont le SROS et la carte sanitaire.

Diffusion des objectifs de la planification sanitaire au sein des établissements :



L'annexe au SROS, qui indique les créations, regroupements, transformations ou suppressions d'installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation, a été rendue opposable par l'ordonnance du 24 avril 1996 alors qu'elle n'avait jusque-là qu'un caractère indicatif. Comme l'a souligné la Cour des comptes, cette évolution législative n'a toutefois pas été traduite dans les faits, compte tenu de la réticence de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et des ARH⁸.

⁸ Cour des comptes ; *Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001* ; septembre 2002.

Les travaux menés dans le cadre des schémas de deuxième génération ont ainsi permis de dresser un bilan très fin de l'offre de soins, notamment grâce aux données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) exploitées dans une perspective de planification et d'élaboration de stratégies des établissements. Ils comprenaient également de nombreux objectifs de qualité, de sécurité et de proximité des soins et s'efforçaient de les articuler.

Pour autant, l'absence de chiffrage financier des objectifs contenus dans les SROS a conduit à inscrire en leur sein des objectifs souvent difficiles à atteindre en cinq ans, compte tenu de leur multiplicité et de leur variété.

C - LES PERSPECTIVES ACTUELLES DE MODERNISATION DES DISPOSITIFS DE PLANIFICATION SANITAIRE

1. Suppression de la carte sanitaire et modernisation du régime des autorisations

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé allège le régime juridique de la planification sanitaire par la suppression de la carte sanitaire et la modernisation du régime des autorisations.

Ces évolutions attestent que les pouvoirs publics ont pris acte de la relative inefficacité de ces instruments. La Cour des comptes souligne ainsi que les autorisations ont certes permis de contenir efficacement les créations d'équipements nouveaux en cas d'excédents mais n'ont pas permis de restructurer le secteur hospitalier. La mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité à compter de l'exercice 2004, qui doit constituer un puissant levier de restructuration des services au sein des établissements de santé, a probablement favorisé la disparition du régime des autorisations⁹.

2. Les SROS de troisième génération

Le principal enjeu des SROS de troisième génération, actuellement en cours d'élaboration, est de les bâtir selon une approche englobant les soins préventifs, curatifs et palliatifs. Cet objectif est lié à la difficulté du système sanitaire français de coordonner l'action des différents intervenants autour de la prise en charge des patients. Une plus grande synergie entre opérateurs doit être recherchée non seulement pour tous les acteurs des secteurs hospitalier et ambulatoire, pour la prévention mais également pour le sanitaire et le médico-social.

Une conception plus souple du territoire est par ailleurs développée dans le cadre des SROS de troisième génération. Le « *territoire* » ne dépend plus des secteurs sanitaires liés à la carte sanitaire, supprimés par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Les indicateurs épidémiologiques et de cohortes de malades

⁹ Voir au chapitre III, le point II - A relatif à la distribution territoriale de l'offre de soins.

par pathologie devront être pris en compte dans leur élaboration. Cette nouvelle approche a pour ambition d'apprécier les besoins de santé publique bien plus finement que lorsque ceux-ci étaient traduits grossièrement en nombre de lits et d'équipements par habitant, au sein de secteurs administratifs prédécoupés.

Désormais, le seul outil de planification demeure le SROS, institué en 1991. En trente ans, le droit français de la planification sanitaire est progressivement passé d'une conception dirigiste, sous-tendue par le régime de la carte sanitaire et des autorisations, à une démarche plus participative des établissements : le projet d'établissement et la contractualisation avec les ARH, conformément aux objectifs du SROS modernisé, constituent désormais le principal support de l'aménagement de l'offre de soins hospitaliers sur le territoire.

A l'évolution des instruments de planification a correspondu celle des instances de pilotage. Un mouvement de déconcentration s'est amorcé dans les années soixante-dix et s'est poursuivi avec la création des ARH.

II - LES INSTANCES DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Si les grandes orientations de la politique de santé sont définies au niveau national, la région constitue aujourd'hui l'échelon de référence de sa mise en œuvre. Depuis une dizaine d'années, a en effet été amorcé un mouvement de régionalisation du pilotage de la santé portant essentiellement sur la régulation de l'offre de soins, en particulier sur celle du secteur hospitalier.

Ce mouvement de régionalisation s'est fait par « *sédimentation* » de différents acteurs, source de complexité dans la mise en œuvre de la politique de santé.

A - UN MOUVEMENT DE DÉCONCENTRATION AMORCÉ DEPUIS UNE DIZAINE D'ANNÉES

1. Les grandes orientations de la politique de santé demeurent définies au niveau national

Le Parlement définit les grandes orientations de la politique de santé depuis le plan de 1996 dit « *plan Juppé* ». Ce plan, constitué par les ordonnances adoptées le 24 avril 1996 et par la réforme constitutionnelle du 22 février 1996, comporte en effet deux grands objectifs : un objectif de maîtrise des dépenses dans un contexte de creusement du déficit de l'assurance maladie et un objectif de plus long terme de transformation structurelle du système de soins dans une logique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé¹⁰.

¹⁰ Patrick Hassenteufel ; *Le premier septennat du plan Juppé : un non-changement décisif* ; in Carnet de santé de la France 2003.

C'est dans cette perspective qu'a été élaborée une nouvelle architecture autour du renforcement du rôle du Parlement et de la création des ARH¹¹. L'implication du Parlement passe par le vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Un projet de loi de financement de la sécurité sociale est présenté devant l'Assemblée et le Sénat. Pour orienter ces décisions, le Parlement s'appuie sur les réflexions du Haut comité de la santé publique et de la conférence nationale de santé. La conférence nationale de santé est composée de représentants des professions de santé et des établissements des secteurs privé et public, de représentants des conférences régionales de santé et de personnalités qualifiées.

La loi de financement de la sécurité sociale comporte plusieurs volets. Elle fixe un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), réparti entre la médecine de ville, le secteur médico-social, l'hospitalisation publique et privée. Fixer un objectif *a priori* devait permettre de mieux maîtriser l'évolution du solde de l'assurance maladie. En fait, l'ONDAM n'a été respecté qu'en 1997 et au fil des années l'écart avec le taux d'évolution réel tend à se creuser, ce qui s'explique par le fait que depuis 1997, le taux d'évolution de l'ONDAM est fixé par référence à l'objectif voté pour l'année précédente et non par rapport aux dépenses effectives de l'année en cours.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ONDAM	1,66	2,39	1,01	2,85	2,85	4,17
Évolution constatée	1,54	4,02	2,64	5,56	5,12	7

Source : Carnet de santé de la France 2003.

Les raisons de ces écarts sont multiples : le déficit de l'assurance maladie étant un solde, il dépend à la fois de l'évolution des dépenses et des recettes. Or les recettes, qui sont liées à la conjoncture économique, ont diminué. De plus, les dépenses n'ont pu être maîtrisées du fait de l'inadaptation des dispositifs de régulation de l'offre libérale, qui en réalité ne portaient que sur la valeur des actes des professions de santé libérales (lettres clés flottantes), et non sur la pertinence des soins pris en charge.

La mise en œuvre de la politique de santé au niveau local est assurée par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale et, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales ainsi que par les ARH.

2. Les DDASS et les DRASS : l'amorce de la déconcentration sanitaire

Les décrets du 14 mars 1964 créent les directions départementales de l'action sanitaire et sociale qui sont des administrations déconcentrées sous l'égide du préfet chargées de la mise en œuvre de la politique de santé publique. La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière amorce le mouvement

¹¹ Cf. infra.

de régionalisation. L'instauration de la carte sanitaire s'accompagne de la création de commissions régionales de l'hospitalisation et de comités régionaux d'équipements sanitaires. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), créées par les décrets du 22 avril 1977, voient leurs attributions redéfinies dans le cadre de la décentralisation. Entre 1982 et 1983 s'opèrent en effet des transferts de compétences aux départements en matière d'action sociale. A la suite du mouvement de décentralisation, il était nécessaire de clarifier les missions des DDASS et des DRASS. C'est ce que fait le décret du 6 décembre 1994 qui régit encore actuellement leurs attributions respectives. Elles interviennent notamment dans le champ de la santé publique, de la sécurité sanitaire, de l'aide sociale et de la protection sociale.

Parallèlement, le processus de valorisation de l'échelon régional est engagé avec la création en 1985 des observatoires régionaux de santé (ORS) chargés d'élaborer des indicateurs de suivi épidémiologique et des enquêtes au niveau régional. En 1993 sont également créées des unions régionales des médecins libéraux (URML) auxquelles sont attribuées des missions d'expertise en matière de pratiques médicales (évaluation, recueil de données, formation). Mais il n'existe rien pour les autres professions de santé.

B - LES ARH : DES ADMINISTRATIONS DE MISSION CHARGÉES DE METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SOINS HOSPITALIERS

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renforce la régionalisation du système de santé en instaurant des agences régionales de l'hospitalisation. Ces ARH ont été mises en place de manière opérationnelle en février 1997, modifiant le système sanitaire régional. En application de l'article L. 6115-1 du Code de la santé publique, elles ont pour mission « *de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources* », tâche qui incombait auparavant au préfet et à l'assurance maladie. La mise en place des ARH s'inscrit pleinement dans le contexte de la rationalisation des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, l'objectif principal de ces nouvelles structures de pilotage du système de santé au niveau régional est celui de la modernisation des méthodes et des outils de contrôle du système hospitalier. Les ARH sont des administrations originales à plusieurs titres.

1. Les ARH, une structure administrative innovante

En premier lieu, les ARH sont des personnes morales de droit public qui ont le statut juridique de groupement d'intérêt public (GIP) entre l'État et l'assurance maladie. Ce statut permet d'associer juridiquement des personnes de droit public et de droit privé. Ainsi, la convention constitutive de l'ARH définit les rôles des services de l'État, DDASS et DRASS, et ceux de l'assurance maladie, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), caisses régionales

d'assurance maladie (CRAM), les associations régionales des organismes de la mutualité agricole (AROMSA) et unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Le statut de GIP leur garantit également une grande souplesse de fonctionnement. Les décisions sont prises soit par la commission exécutive de l'ARH (Comex) soit par le directeur de l'ARH. La Comex, composée à la fois des services extérieurs de l'État et des services de la sécurité sociale, est présidée par le directeur de l'ARH, qui dispose d'une voix prépondérante. Le directeur de l'ARH, nommé en Conseil des ministres, bénéficie en principe d'une large autonomie et dispose d'un réel pouvoir discrétionnaire quant au recrutement de ses collaborateurs. Le statut du personnel des ARH est également particulier. La majorité du personnel est en effet détachée ou mise à disposition de l'agence, provenant soit des services déconcentrés de l'État soit de l'assurance maladie. En 2003, les ARH emploient directement 260 agents et font appel à 1 030 équivalents temps plein en provenance de l'État et 1 080 équivalents temps plein en provenance de l'assurance maladie.

En second lieu, conséquence directe de leur statut juridique, les ARH sont de véritables administrations de mission. Aux administrations de mission, qui se sont multipliées au cours des années 1990¹², on oppose les administrations de gestion issues d'un modèle plus traditionnel. Alors que les premières sont uniquement chargées du contrôle et du suivi de projets, les secondes sont chargées de l'ensemble de la gestion dans un secteur donné. Par définition, les administrations de mission s'appuient sur des structures légères¹³. A titre d'exemple, l'ARH de Bretagne, région d'environ trois millions d'habitants, est constituée d'un directeur, d'un directeur adjoint, de sept chargés de mission, de trois secrétaires et d'un gestionnaire de réseau. Le réseau est quant à lui constitué d'une centaine de personnes, par exemple des inspecteurs principaux des DDASS. La souplesse de leur statut juridique permet aux ARH de fonctionner selon différents modes d'organisation. Deux grands modèles de fonctionnement peuvent ainsi être distingués¹⁴ :

- un modèle « *jacobin* » où l'équipe rapprochée centralise toutes les actions ;
- un modèle « *girondin* » où l'ARH fonctionne en réseau, l'équipe rapprochée de l'ARH étant un relais avec les cadres de référence qui sont sur le terrain.

Les ARH fonctionnent généralement sous forme de chefferies de projets opérationnelles. Les chefs de projet, généralement extérieurs à l'équipe rapprochée, ont pour missions l'accompagnement des établissements pour le

¹² Citons à titre d'exemple l'Agence française du sang, l'Agence de sécurité sanitaire, l'Agence du médicament.

¹³ En 2001, les crédits de fonctionnement des ARH ont été de 22 millions d'euros, provenant à hauteur de 80 % de l'État et de 20 % de l'assurance maladie.

¹⁴ Revue française des affaires sociales ; *L'agence régionale de l'hospitalisation : un espace de négociation pour les restructurations hospitalières* ; n° 3 - 2003.

projet d'établissement, la négociation du contrat d'objectifs et de moyens et le suivi de projets spécifiques.

En créant les ARH, les ordonnances de 1996 ont privilégié une régulation du secteur hospitalier de type administratif par rapport à une régulation « *politique* ». L'originalité des ARH consiste à faire participer à la fois les organismes « *gestionnaires* », les administrations déconcentrées de l'État et les organismes « *payeurs* » de l'assurance maladie.

Les ARH sont donc des structures innovantes tant dans leur organisation que dans leur fonctionnement. Toutefois, au terme de sept ans d'expérience, une clarification de leur statut et de leurs missions paraît nécessaire.

2. Les ARH n'ont que partiellement rempli leurs objectifs

Tout d'abord, leur organisation interne présente des limites. En effet, si le statut juridique de groupement d'intérêt public leur donne une certaine souplesse de fonctionnement, il repose uniquement sur une bonne volonté de travailler ensemble. Or, la mise à disposition des personnels est parfois problématique. On constate ainsi une grande disparité dans l'effort contributif des partenaires du groupement d'intérêt public. Les services de l'État ont en effet des difficultés à maintenir à niveau les effectifs prévus par la convention en raison des vacances chroniques de postes des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et des médecins inspecteurs de santé publique. Les organismes d'assurance maladie, qui bénéficient d'effectifs plus nombreux, respectent davantage leurs engagements.

Ensuite, l'élan créé par la mise en place des ARH connaît aujourd'hui un certain essoufflement. Tout d'abord, les politiques des ARH ne sont pas suffisamment coordonnées entre elles et leur impact n'est pas évalué. Afin de répondre à ces insuffisances, une politique de contractualisation avec les ARH est impulsée depuis peu par l'administration centrale. Elle vise à harmoniser leurs pratiques et à instaurer un système de retour d'informations sur la mise en œuvre de la politique nationale au niveau régional. Enfin, le bilan de leur action apparaît contrasté.

En effet, si l'encadrement de l'évolution des dépenses hospitalières était le principal objectif de la réforme menée en 1996, la mise en place des ARH n'a pas amélioré significativement la régulation des dépenses. En premier lieu, la mise en place des ARH ne s'est pas accompagnée d'un rééquilibrage des dotations entre régions. La Cour des comptes¹⁵ souligne ainsi que l'écart entre les valeurs régionales extrêmes du point ISA¹⁶, à savoir l'Assistance publique des hôpitaux de Paris et la région Poitou-Charentes, est resté stable entre 2000 et 2002. De plus, la marge d'autonomie des ARH en matière de régulation des

¹⁵ Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, septembre 2003, page 36.

¹⁶ Indice synthétique d'activité : il permet de mesurer l'activité hospitalière par groupe homogène de malades (GHM). Par convention, l'accouchement simple correspond à mille points.

dépenses au niveau régional s'avère faible. Les « enveloppes fléchées » définies au plan national se sont en effet multipliées¹⁷. Elles ont perturbé la régulation opérée par les ARH¹⁸, pouvant rentrer en contradiction avec les priorités définies au niveau régional et remettant en cause le rôle central du PMSI¹⁹ dans l'allocation des moyens. Afin de mieux adapter la répartition des crédits à la réalité locale, les financements supplémentaires accordés au niveau régional pour l'exercice 2003 sont désormais globalisés et fongibles. En second lieu, l'apport des ARH en matière de régulation financière des dépenses hospitalières apparaît limité. La Cour des comptes souligne ainsi que « *le mode de régulation reste fondé sur la fixation annuelle de la dotation globale et demeure donc, pour l'essentiel, inchangé par rapport à la situation antérieure à 1997*²⁰ ».

La création des ARH a également été motivée par le souhait de faciliter la réorganisation du système hospitalier. Malgré les résistances constatées sur le terrain, les ARH sont parvenues à mener à bien des recompositions. La réduction des excédents de lits et de places constitue un indicateur partiel de l'évolution de l'offre hospitalière. Entre 1994 et 2001, le nombre de lits excédentaires en médecine, chirurgie et obstétrique a été réduit de moitié. Toutefois, la Cour des comptes²¹ souligne fin 2002 que les ARH « *se heurtent à de réelles difficultés de mise en œuvre* » et qu'« *aucun bilan chiffré de leur impact n'a été établi* ».

Les obstacles étaient d'abord d'ordre juridique. Dans la mesure où le régime des autorisations était établi pour dix ans, ce délai était trop long pour permettre à l'ARH d'ajuster de façon conjoncturelle l'offre de soins de tel ou tel établissement. La suppression de la carte sanitaire par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que la modernisation des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation devraient permettre une plus grande efficacité dans l'organisation du système sanitaire au plan régional.

Ensuite, l'architecture institutionnelle des ARH devait garantir, via l'indépendance du directeur de l'ARH par rapport aux élus locaux, l'objectivation des besoins de santé publique, la déconcentration des décisions et la « *dépolitisation*²² » des décisions prises en matière d'organisation et de répartition des structures hospitalières. Cependant, les restructurations hospitalières demeurent un fort enjeu politique, ce qui contribue à freiner l'action des ARH.

¹⁷ En 2002, 37 lignes de crédits correspondant à des enveloppes fléchées étaient dénombrées pour un montant total de 390 millions d'euros.

¹⁸ Cf. article de Dominique Coudreau.

¹⁹ PMSI : programme de médicalisation du système d'information.

²⁰ Rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, septembre 2003, page 239.

²¹ Rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, septembre 2002.

²² Monique Kerleau ; *L'agence régionale de l'hospitalisation pour les restructurations hospitalières ?* ; Revue française des affaires sociales ; n° 3 - 2003, page 30.

3. Le chevauchement des compétences et la complexité de la répartition des tâches nuisent à l'efficacité du pilotage au niveau régional

Un certain manque de lisibilité caractérise le pilotage actuel du système de santé, l'enchevêtrement des compétences entre les institutions étant source de confusion. Avant la mise en place des ARH, la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales était de la compétence des préfets, les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales étant chargées, sous l'autorité des préfets, de leur application.

L'instauration des ARH a complexifié le système de décision, chacune de ces institutions assistant à une redéfinition de ses compétences. Les préfets préservent leur autorité hiérarchique sur les services déconcentrés de l'État en matière de santé et ont également la responsabilité de suivre les éventuels problèmes hospitaliers qui pourraient survenir dans leur circonscription. Par ailleurs, les contrats de plan État-région négociés par le préfet de région ont régulièrement des volets sanitaires. Enfin, le contrôle de légalité des délibérations des Comex atteste des prérogatives régaliennes laissées aux préfets en matière sanitaire. L'article L. 6115-5 du Code de la santé publique précise ainsi que « *les délibérations mentionnées à l'article L. 6115-4 sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'État dans la région, auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'État défère les délibérations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 6115-4 qu'il estime contraires à la légalité, devant le juge administratif, dans les deux mois suivant leur réception* ». Enfin, le préfet demeure compétent en matière de gestion du personnel puisqu'il recrute et nomme certains personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé et qu'il est chargé par délégation aux DDASS de la notation des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé cherche à clarifier la répartition des compétences entre le préfet et le directeur de l'ARH. Elle transfère au directeur de l'ARH (DARH) des compétences résiduelles en matière de santé détenues par le préfet telle que la suspension du droit d'exercer des médecins dans les établissements de santé en cas d'urgence et de danger grave. Le préfet et le directeur de l'ARH ont une compétence partagée en matière de contrôle des établissements de santé. Les contrôles dans les établissements de santé sont exercés « *à l'initiative du directeur de l'agence régionale ou du représentant de l'État dans le département. Celle de ces deux autorités qui prend l'initiative d'un contrôle en informe sans délai l'autre autorité* » (art. L. 6116-2 Code de la santé publique). Quant au contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux, il demeure à l'initiative du représentant de l'État dans le département. L'ordonnance du 4 septembre 2003 opère également une déconcentration du régime d'autorisations.

Au chevauchement des compétences s'ajoute le problème de l'éclatement du pilotage du système de santé. La conférence des Directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales²³ a ainsi fait état de la « *constellation des domaines de santé* ». L'offre de soins ambulatoires concerne à la fois l'État et l'assurance maladie. L'offre de soins hospitaliers concerne l'assurance maladie, l'État et l'ARH. La politique en faveur des personnes âgées relève de l'assurance maladie, de l'État et du conseil général. La politique en faveur des personnes handicapées est de la compétence de l'État et du conseil général. Quant à l'observation en matière de santé, elle relève, entre autres, de l'État, des observatoires régionaux de santé, de l'assurance maladie, des URCAM et du conseil général. Ces instances seront coordonnées au sein des futurs groupements régionaux de santé publique dont la création est prévue par le projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Une des difficultés liées à la création des ARH a été la partition du secteur hospitalier et de l'ambulatoire. En effet, auparavant, l'hospitalisation publique et la médecine de ville relevaient de la compétence des services déconcentrés de l'État. Depuis 1996, l'hospitalisation publique et privée est du ressort des ARH et la médecine de ville est du ressort des caisses d'assurance maladie et des unions régionales des caisses d'assurance maladie. Malgré des avancées certaines en matière de collaboration, il est évident que la distinction de trois enveloppes non fongibles couvrant les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et le secteur médico-social a conduit à complexifier la gestion du système de santé et d'assurance maladie (exemple : les budgets ternaires des établissements hébergeant des personnes âgées²⁴). L'ARH intervient dans une optique de régulation de l'offre hospitalière en fonction des besoins tandis que l'URCAM gère l'organisation de la médecine de ville et de l'offre de soins ambulatoires dans une optique différente (vision comptable de limitation des dépenses).

Les instances de pilotage utilisent également des outils différents : des conventions négociées au niveau national pour l'assurance maladie et mises en œuvre par les URCAM dans chacune des régions ; des contrats d'objectifs et de moyens pluriannuels négociés entre les établissements et l'ARH sur la base de SROS élaborés au niveau régional. Par ailleurs, aucune articulation n'existe entre les programmes développés par les acteurs régionaux. Ainsi, l'URCAM adopte son programme régional d'assurance maladie, la DRASS élabore son programme régional de santé tandis que l'ARH met en œuvre son programme régional d'hospitalisation²⁵. Le seul point de convergence potentiel semble être les réseaux. Or, comment organiser les rapports entre l'hôpital et la médecine de ville de manière optimale dans ce contexte ? Dans le cadre des réseaux et filières de soins, la gestion commune des URCAM et des ARH parvient rarement à des résultats concrets. L'une des causes réside sans doute dans la poursuite

²³ Conférence des DRASS, *Éléments de réflexion sur l'organisation du pilotage des politiques de santé*.

²⁴ J-L Prével ; *Lettre de l'ARH des Pays de la Loire* ; n° 13, page 4, juin 2002.

²⁵ C. Ravaudet ; *Revue IASS* ; n° 36, juin 2002, page 48.

d'objectifs distincts par les deux tutelles. Il semble délicat de restructurer correctement le tissu hospitalier et sanitaire sans une vision et une gestion globales des problématiques de santé publique au niveau régional.

Les pouvoirs publics ont fortement recherché à mieux réguler la répartition des établissements de santé sur le territoire par l'introduction de dispositifs de planification sanitaire et par la création de nouvelles structures de pilotage au niveau régional. Pour autant, la mise en place des ARH notamment n'a pas permis de gommer les inégalités relatives à la répartition de l'offre de soins sur le territoire - mais il faut reconnaître que ce n'était pas l'objectif qui leur était fixé. Or, la résorption des inégalités géographiques en matière de santé constitue le premier enjeu d'un meilleur aménagement sanitaire du territoire.

CHAPITRE II

LES ENJEUX DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'enjeu principal d'une meilleure répartition des établissements de santé réside dans les moyens à mettre au service de l'amélioration de l'état de santé des populations. Toutefois, l'implantation des établissements de santé renvoie aussi à des enjeux politiques et économiques locaux. Dans ce cadre, les mouvements de régionalisation et de démocratisation des politiques de santé devraient permettre de mieux associer le citoyen aux décisions.

I - SANTÉ ET TERRITOIRES : CLOISONNEMENT DE L'OFFRE DE SOINS ET INÉGALITÉS DEVANT LA SANTÉ

Le système de santé français se veut égalitaire. En alliant couverture sociale universelle et liberté de choix du médecin par les patients, ce système doit rendre effectif le principe républicain d'égalité des citoyens devant l'accès aux soins et, plus largement, devant la santé. De ce point de vue, la création d'une couverture maladie universelle (CMU) est une avancée primordiale. L'Etat, en jouant son rôle de législateur et de planificateur au service de la Nation, doit se porter garant de ce principe d'égalité en s'efforçant de réduire les disparités qui peuvent exister, ou au moins d'enrayer leur développement, et de prévenir l'apparition de nouvelles inégalités.

Malgré les intentions des différentes politiques de soins mises en place, de nombreuses disparités n'ont pas manqué de se faire jour. Surtout, elles tendent à s'accroître et remettent ainsi en cause l'égalité des chances devant la santé alors même que la santé est un des piliers fondamentaux du « *service public* ». Une des causes de cette situation est sans doute la liberté totale dont jouissent certains acteurs du système de santé. Les professionnels de santé bénéficient d'une grande liberté de prescription et, surtout, d'une totale liberté d'installation. Dès lors, leur localisation sur le territoire national est bien moins guidée par les impératifs de santé, les données épidémiologiques et les besoins de santé réels que par des aspirations individuelles déconnectées de ces besoins. Ainsi, cette spécificité du système de soins français, loin de corriger les inégalités sociales et géographiques, peut contribuer au contraire à les renforcer.

Aujourd'hui, force est dès lors de constater que le principe d'égalité devant l'accès aux soins et à la santé en général est parfois mis à mal. Il devient évident que l'égalité « *formelle* » ne garantit pas toujours l'égalité « *réelle* » devant la santé. Cette absence de coïncidence s'explique certes par des facteurs institutionnels (liberté d'installation des médecins, planification parfois

inadéquate, analyse perfectible des besoins de santé de la population...) mais elle soulève aussi, directement ou non, le problème de la géographie. L'accessibilité géographique au système de santé doit être améliorée.

Parce que la géographie de la santé a su adopter tout à la fois une démarche scientifique (monographies régionales, indicateurs précis...) et un langage statistique compris de tous et que les citoyens et les pouvoirs politiques sont devenus sensibles à la problématique sanitaire, les inégalités géographiques de santé sont désormais connues et reconnues. C'est la condition *sine qua non* de leur réduction, puisque seule cette reconnaissance donnera aux solutions proposées la chance d'être appliquées.

Il convient ici de rappeler brièvement, à travers quelques exemples, combien les disparités géographiques de santé sont fortes.

A - DES DIFFÉRENCES RÉGIONALES SOUVENT RÉVÉLATRICES DE FORTES INÉGALITÉS DE SANTÉ

1. Des différences géographiques d'espérance de vie en augmentation

L'indicateur d'espérance de vie traduit bien l'inégalité existante, d'autant plus que si l'espérance de vie moyenne augmente, les différences géographiques d'espérance de vie ont elles aussi tendance à s'accroître.

L'échelle régionale reflète bien l'importance de ces inégalités : par exemple, l'écart d'espérance de vie entre un homme du Nord-Pas-de-Calais et un homme du Midi-Pyrénées atteint cinq années, soit un retard cumulé de vingt ans si l'on prend en considération le fait que le gain moyen d'espérance de vie est de une année tous les quatre ans !

Qui plus est, les écarts les plus importants ne se trouvent pas au niveau interrégional mais à l'échelon intra-régional, entre zones urbaines et zones rurales, centres-ville et périphéries, zones d'emploi tertiaire et zones à activité primaire et secondaire dominante... Ainsi, à l'échelle cantonale, l'écart d'espérance de vie masculine à la naissance entre la zone la plus favorisée et la zone la moins favorisée était de 6,6 années pour la période 1973-1977. Cet écart est passé à 10,1 années pour la période 1988-1992. Pour les femmes, les écarts sont respectivement de 3,6 et 6,9 années.

Au niveau des villes elles-mêmes, les inégalités sont importantes et ne cessent de s'accroître. En effet, les centres-ville connaissent une situation globalement plus favorable que les banlieues. Etant donné les différences socio-économiques qui existent généralement entre ces zones, les inégalités géographiques sont indéniablement aggravées par les inégalités sociales et elles en sont indissociables.

Si la mortalité générale a évidemment diminué pour toutes les catégories sociales au cours du vingtième siècle, les écarts de mortalité entre les plus riches et les plus pauvres ne cessent d'augmenter depuis les années soixante et sont aujourd'hui relativement plus importants que dans les années vingt.

Non seulement l'espérance de vie varie entre les régions au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle mais en plus, la différence d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres/professions indépendantes et les ouvriers atteint 6,5 années. De même, pour un type de cancer donné - par exemple le cancer des voies aérodigestives -, le nombre d'années de survie après le cancer est fortement lié à la catégorie sociale d'appartenance du malade. Le nombre d'années restant à vivre est corrélé positivement au niveau de vie et/ou d'études. Comme les disparités spatiales de santé, ces inégalités sociales sont en augmentation. En outre, elles affectent non seulement le versant curatif de notre système de santé mais aussi son volet préventif. Que l'on considère la consommation d'alcool, de tabac ou l'obésité par exemple, force est de constater que les inégalités géographiques en matière d'accès à la prévention sont au moins aussi graves et importantes que les inégalités d'accès aux soins.

Dès lors, quand on sait que les personnes défavorisées vivent le plus souvent dans des zones elles aussi défavorisées du point de vue de la prise en charge des soins, la France apparaît comme un pays où les inégalités « *sociospatiales* » devant la santé sont importantes.

2. La mortalité : de fortes inégalités territoriales

L'indicateur de mortalité permet également de faire ressortir les inégalités géographiques en santé. On peut grâce à lui identifier des zones à forte mortalité qui s'étendent du nord de la Manche au Rhin et des Ardennes à l'Auvergne. A un niveau d'analyse plus fin, deux zones principales de surmortalité peuvent être mises en exergue : il s'agit de la bande allant du littoral Nord-Pas-de-Calais à l'Alsace, et d'une zone située à l'ouest de la ligne reliant Saint-Nazaire à Saint-Brieuc. A l'inverse, les zones à faible mortalité relative vont quant à elles de la basse vallée de la Seine aux Pyrénées et de la Méditerranée à la Côte d'Or. Là encore, les Pays de la Loire ainsi qu'une zone allant de l'ouest de la région Centre au cœur du Sud-Ouest sont les deux principales zones identifiables de sous-mortalité. En termes d'indices comparatifs de mortalité (ICM)²⁶ les écarts entre régions extrêmes sont de 40 % et ils ont tendance à augmenter.

La France souffre d'un fort taux de mortalité prématurée. En effet, 80 000 personnes âgées de 15 à 59 ans meurent chaque année, ce qui représente 15 % du nombre total de décès. Si les conduites individuelles telles que suicide, alcoolisme, tabagisme ou accidents de la circulation constituent le principal facteur explicatif de cette surmortalité, une analyse géographique de la mortalité prématurée fait apparaître de fortes disparités.

²⁶ L'indice comparatif de mortalité se calcule de la façon suivante : (Nombre de décès réels d'une zone)/(Nombre de décès qui seraient attendus dans cette zone si les risques de décès aux différents âges étaient identiques à ceux observés au niveau national). L'indice comparatif de mortalité permet ainsi d'évaluer le niveau d'importance du risque (supplémentaire ou inférieur) de décès par rapport à la moyenne nationale indépendamment de l'effet de la structure d'âge.

Selon la typologie établie par le Haut comité à la santé publique, on peut distinguer géographiquement six types de zones à l'échelle des zones d'emploi²⁷ :

- le *type 1*, caractérisé par une sous-mortalité à tous les âges se retrouve dans les grands centres urbains du sud de la France (Bordeaux, Toulouse, Lyon, Grenoble...), en Franche-Comté ainsi que sur une bande allant de Caen à Nantes ;
- le *type 2* se différencie du type 1 par une surmortalité entre 15 et 24 ans et se retrouve essentiellement dans les zones d'emploi rurales situées en bordure des zones de type 1 ;
- le *type 3*, caractéristique de la Côte d'Azur, de la Corse et de la région parisienne, se définit par une surmortalité entre 15 et 35 ans et une sous mortalité entre 40 et 59 ans ;
- le *type 4*, pour lequel la surmortalité après 45 ans tranche avec la sous mortalité observée en deçà de cet âge, concerne les zones en voie de désertification qui s'étendent de la Champagne à l'Auvergne ;
- le *type 5*, qui place à 35 ans l'âge d'inversion de la courbe de taux de mortalité par âge, se retrouve dans les zones urbaines du Nord, en Haute-Normandie ainsi que dans le nord-est de l'Ile-de-France ;
- enfin, le *type 6* connaît une surmortalité à tous les âges. On le trouve dans les zones rurales de Bretagne, dans celles quasi désertes de la « diagonale » Champagne-Auvergne et dans les foyers industriels de l'Est et du Nord de la France.

Ces différences se retrouvent pour l'espérance de vie à 65 ans. L'écart entre les régions les mieux placées et les plus défavorisées atteint en effet presque cinq années pour les femmes et 6,3 années pour les hommes. Les zones qui bénéficient de la situation la plus favorable sont celles situées autour des villes d'Auch et Castres, de Tour, de Dijon et d'Aix-en-Provence. Au contraire, l'espérance de vie à 65 ans est inférieure à quinze années sur le littoral breton et normand ainsi qu'au nord d'une ligne allant de la ville du Havre au territoire de Belfort.

Ainsi que cela a été signalé, un découpage géographique affiné permet de faire ressortir des différences au sein des différentes zones. Par exemple, la région Ile-de-France est séparée en deux entre, d'une part, une zone nord-est dont les caractéristiques en termes de mortalité et d'espérance de vie

²⁷ Selon l'INSEE, « une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent. [...] Le découpage en zones d'emploi constitue une partition du territoire adaptée aux études locales sur l'emploi et son environnement. Les déplacements entre le domicile et le travail constituent la variable de base pour la détermination de ce zonage. Le découpage respecte nécessairement les limites régionales, et le plus souvent les limites cantonales (et donc a fortiori départementales). Il était recommandé de ne pas créer de zones réunissant moins de 25 000 actifs. Défini pour la France métropolitaine, il comporte actuellement 348 zones. »

s'apparentent à celles de la Champagne et de la Picardie et, d'autre part, une zone sud-ouest qui connaît une situation plus favorable.

A un niveau plus fin, des différences fortes en termes de mortalité apparaissent entre les zones urbaines et rurales, les premières bénéficiant d'une situation globalement plus favorable. Par exemple, la situation est fortement contrastée entre les agglomérations de Rennes et Limoges et leur périphérie. A l'exception d'une zone Nord (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Lorraine, Alsace) dont la surmortalité est « *homogène* » et se retrouve tant dans les agglomérations qu'en périphérie rurale, plus on s'éloigne du centre urbain plus le niveau de mortalité augmente. En revanche, l'urbanisation augmente les inégalités de mortalité entre classes sociales. Par exemple, les écarts d'espérance de vie dans la première couronne de l'Ile-de-France sont aussi importants que pour l'ensemble de la France.

3. Des spécificités régionales et locales par pathologie très marquées

De fortes disparités régionales en termes d'espérance de vie et de mortalité existent donc. Ces indicateurs sont les plus utilisés mais ils sont aussi les plus généraux. Or, si l'on décompose l'état de santé d'une population selon le type de pathologie, on s'aperçoit que les configurations spatiales peuvent différer. Deux exemples permettent d'illustrer ce fait.

Les inégalités géographiques sont très marquées pour les maladies cardio-vasculaires (du simple au triple) et opposent le nord de la France et le pôle Auvergne-Limousin au reste de la France. Cela est globalement conforme à ce que l'on observe avec les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité. Toutefois, Bordeaux et sa périphérie ont un taux de mortalité comparatif par maladies cardio-vasculaires parmi les plus élevés, alors même que leurs indicateurs d'espérance de vie et de mortalité (toutes causes confondues) sont très bons. Deuxième exemple, Aix-en-Provence et sa région sont aussi dans une situation favorable au niveau global mais connaissent un taux comparatif de mortalité par cancers élevé.

Cela montre d'ores et déjà qu'une politique de santé définie au niveau national peut difficilement prendre en compte ces géographies spécifiques. Chaque zone géographique doit faire face à des problèmes de santé particuliers et seule une analyse préalable et précise des besoins (au niveau infra-régional) semble rendre possible une réduction significative des inégalités constatées.

4. L'importance des facteurs socio-économiques

L'état de santé de la population ne repose pas uniquement sur l'accès aux soins et les structures y afférentes. Le renforcement constant au cours des dernières années des possibilités d'accès aux soins et de l'offre dans ce domaine n'a pas abouti à une réduction sensible des écarts observés.

En effet, en parallèle du système de soins, d'autres déterminants influent profondément sur l'état de santé des populations :

- environnement « *physique* » et travail ;
- déterminants sociaux (liens sociaux de proximité (dont famille) et solidarités informelles, organisation communautaire et territoriale, protection sociale).

De nombreuses inégalités persistent en lien direct avec les conditions de vie et de travail fortement corrélées avec l'appartenance à des catégories socioprofessionnelles. Ainsi la différence d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre âgé de 35 ans atteint au moins 6,5 années. Un ouvrier sur quatre, âgé actuellement de 35 ans, décèdera avant 65 ans, pour un décès de cadre sur dix. Le risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quant celui du cadre supérieur est de 89 (pour une base moyenne française de 100). Le taux de prématurité varie du simple au triple en fonction du niveau scolaire de la mère.

Les causes de décès sont également marquées par de fortes inégalités sociales. Au fur et à mesure que progresse la recherche sur les inégalités sociales de santé, il apparaît clairement que ces inégalités ne concernent pas seulement la mortalité ou la morbidité mais aussi d'autres domaines comme le handicap et la perte d'autonomie et leur prise en charge sociale et sanitaire.

Ainsi, la persistance d'inégalités de santé pose la question de l'environnement quotidien des personnes du point de vue de leurs conditions de vie sociale et professionnelle. Ce constat plaide pour une approche globale des inégalités de santé et de leurs déterminants. Il souligne par ailleurs l'importance des missions dévolues à la médecine scolaire et à la médecine du travail du point de vue de la prévention notamment²⁸.

5. Les spécificités des DOM

Les départements d'Outre-mer connaissent également une situation préoccupante avec des taux de mortalité et de morbidité plus importants que la moyenne métropolitaine ainsi qu'une espérance de vie moins élevée à la naissance comme après 65 ans.

B - UNE OFFRE DE SOINS INÉGALEMENT RÉPARTIE

Les inégalités géographiques en matière épidémiologique sont indéniables. Cependant elles ne sauraient être analysées *in abstracto*, indépendamment de la répartition géographique de l'offre de soins. Or cette dernière est tout aussi inégalitaire. Elle est à la fois une cause des inégalités géographiques de santé et un facteur de renforcement de ces inégalités.

²⁸ Guy Robert ; *La prévention en matière de santé* ; Conseil économique et social - décembre 2003.

Certes, le domaine de la santé est irréductible à toute relation causale simple et intuitive. Ainsi, une offre de soins supérieure n'implique pas forcément un meilleur état de santé moyen. C'est d'ailleurs une des raisons qui expliquent que la politique de santé française se réoriente actuellement vers la prévention, l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles ainsi que vers une meilleure prise en considération de déterminants sociaux et environnementaux.

Toutefois, les inégalités en la matière sont aujourd'hui trop criantes pour n'avoir aucune conséquence sur les inégalités de santé observées. Le problème est non seulement quantitatif, avec des régions qui connaissent des pénuries de médecins quand d'autres apparaissent plutôt en excédent, mais il est aussi qualitatif, avec de nombreuses inadéquations entre le type d'offre de soins sur un territoire et les pathologies observées. En d'autres termes, certaines spécialités médicales font face à une pénurie relative au niveau national et, de plus, les médecins appartenant à ces spécialités ne sont pas là où il faudrait, compte tenu des données épidémiologiques et des besoins de santé réels des populations. A noter que la pénurie de certains spécialistes actuellement est due au risque de judiciarisation avec les droits des malades (obstétrique, anesthésie).

D'une manière générale, les inégalités interrégionales d'offre de soins opposent assez nettement un Sud fortement médicalisé et un Nord qui l'est nettement moins. Ainsi, la répartition de l'offre est globalement inverse à l'état de santé des populations : plus le besoin est grand, moins l'offre est importante.

La densité de médecins généralistes libéraux varie ainsi de 1 à 1,7 selon les régions, celle des spécialistes va de 1 à 2,5. Par contre, les taux d'équipement en lits d'hospitalisation de court séjour (médecine - chirurgie - obstétrique) ne varient « *que* » de 1 à 1,3. La planification, lorsqu'elle est bien conduite, pourrait donc s'avérer une aide non négligeable pour la réduction des inégalités de santé. En effet, seul le secteur hospitalier y est aujourd'hui soumis, le secteur libéral y échappant pour sa part presque totalement.

1. Une faible prise en compte des besoins de santé dans la planification de l'offre de soins

a) Les principes actuels de l'évaluation des besoins de soins

La médecine libérale ne constitue qu'un volet de l'offre de soins, l'autre étant représenté par le système hospitalier. Celui-ci est d'ailleurs soumis à une planification et à une régulation budgétaire plus contraignantes. On pourrait dès lors penser qu'il a été utilisé dans un but d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités. Or la réalité est nettement plus mitigée.

Globalement, la France se caractérise par l'absence de relation directe entre l'offre et les besoins de soins. L'offre libérale se répartit davantage en fonction de facteurs socio-économiques (la localisation géographique des spécialistes est fortement liée au poids de la population des cadres et d'employés du secteur

tertiaire) que des besoins sanitaires. Cette insuffisance de prise en compte des besoins de santé réels de la population se retrouve également au niveau hospitalier.

Le système hospitalier a pour mission de soigner les personnes là où elles en ont besoin, ce qui a justifié l'introduction de la planification. Toutefois, deux approches de la planification peuvent être distinguées, l'une « *populationnelle* » et l'autre « *institutionnelle* ». La logique sanitaire voudrait que la première, qui relève d'une logique de demande et qui cherche à adapter l'offre de soins aux besoins de santé, prévale sur la seconde qui, pour sa part, relève d'une logique d'offre et se fonde sur l'offre de soins existante.

Toutefois, la mesure de tels besoins est délicate. Il convient de distinguer le besoin ressenti du besoin exprimé : tout besoin ressenti n'est pas forcément exprimé et lorsqu'il l'est sous la forme d'une demande d'hospitalisation, cette dernière émane souvent du médecin, ce qui montre que le système de soins induit la demande de soins en transformant un besoin ressenti en demande explicite. Il faut aussi distinguer le besoin ressenti et exprimé mais pas « *médicalement justifié* » du besoin réel. Ce dernier peut d'ailleurs tout à fait être ni ressenti ni exprimé. Il n'en demeure pas moins que c'est autour de lui que devraient être fondées la politique de santé et, partant, l'organisation du système de santé.

Idéalement donc, le pilotage du système de santé devrait découler d'une analyse précise, épidémiologique et scientifique, des besoins réels de la population, que ces besoins soient exprimés ou non. Or, jusqu'à présent, ce pilotage et l'allocation des ressources ont privilégié l'approche institutionnelle. En d'autres termes, afin d'estimer les besoins d'une population, on s'est essentiellement fondé sur l'offre existante. Or, l'une des caractéristiques de l'économie de santé (même si ce n'est pas la seule) est que l'offre crée la demande, donc le besoin : plus l'offre de soins sera importante et plus la population aura recours au système de soins, sans que cela soit forcément justifié d'un point de vue épidémiologique. Inversement, là où l'offre est faible, le recours au système de soins est moindre alors même que les besoins réels sont importants et qu'ils justifieraient un accroissement de cette offre.

Jusqu'à aujourd'hui, la planification hospitalière et les différents outils de régulation de l'offre de soins ont imparfaitement pris en compte ces besoins au demeurant insuffisamment évalués.

Selon l'article L. 6122-1 du Code de la santé publique, les installations et activités de soins inscrites sur la carte sanitaire sont soumises à autorisation. Afin d'obtenir un agrément, les projets de création doivent notamment répondre aux besoins de la population tels que définis par la carte sanitaire. Cette dernière détermine en effet le niveau souhaitable d'installations et d'activités de soins en fonction d'indices de besoins de la population. Ces indices permettent de déterminer pour chaque secteur, région ou pour l'ensemble du territoire, un nombre de lits et de places pour les disciplines de médecine - chirurgie -

obstétrique, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation, un nombre d'appareils pour les équipements lourds et un nombre de structures pour la plus grande partie des activités de soins.

Il est explicitement prévu que ces indices de besoins sont appréciés « *en fonction a) de l'évolution des techniques médicales et des données épidémiologiques ; b) des caractéristiques géographiques et des moyens de communication de la zone sanitaire considérée* ».

En théorie donc, le volume et la localisation géographique de l'offre de soins soumise à planification devraient être conformes aux besoins réels de la population.

En pratique cependant, la situation est très différente :

- l'évaluation des besoins est imparfaite ;
- la coopération entre acteurs de soins peine à prendre son essor ;
- la géographie est très peu prise en compte.

b) Une évaluation imparfaite des besoins

Pour les disciplines de médecine - chirurgie - obstétrique, le nombre de lits souhaitable par zone sanitaire est calculé en divisant le nombre total de journées des principales disciplines par le nombre de jours dans l'année multiplié par un taux d'occupation cible fixé forfaitairement. Ainsi, les « *besoins réels de la population* » sont la simple traduction de l'offre existante et de son utilisation moyenne ! Cette façon de déterminer les besoins est donc très insatisfaisante, et elle peut conduire à des contradictions. Par exemple, des secteurs dont le taux d'occupation est faible et les durées de séjour courtes pourront être pénalisés, quand bien même l'apparente « *sous-utilisation* » de leurs capacités résulterait non d'une baisse des besoins (donc de leur satisfaction) mais d'un manque de moyens pour les utiliser.

En outre, le recours au seul nombre de lits par discipline comme unité de mesure amène à mélanger des activités de nature et de coûts peu comparables, à figer les situations au sein des disciplines et à freiner les redéploiements de moyens entre les structures et en leur sein.

Le caractère trop rigide de la planification telle qu'elle a été appliquée peut être également déploré pour les équipements lourds. Dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, la Cour des comptes prend l'exemple du traitement de l'insuffisance rénale chronique, pour lequel l'application des indices encadrant l'utilisation d'appareils par les centres de dialyse a provoqué une pénurie d'équipements dans ces centres. Or là encore, les besoins étaient bien réels et ne justifiaient pas une telle réduction de moyens.

Trop frustrés, les outils de la planification auraient néanmoins pu être affinés et rendus plus à même de répondre aux besoins de la population s'ils avaient été rapprochés des travaux effectués par certains acteurs.

En effet, parallèlement à l'émergence d'une vision du système de soins plus favorable à l'approche santé publique, des outils d'évaluation des besoins ont été créés. Toutefois, leur utilisation s'est révélée insatisfaisante.

Cette nouvelle conception vise à formaliser les priorités de santé définies au niveau régional. Cela passe par une analyse des problèmes de santé et des moyens d'y répondre de façon globale et transversale, en impliquant l'ensemble des acteurs du système de soins, ainsi que par une hiérarchisation des problèmes à traiter.

Les « *programmations stratégiques d'actions de santé* », expérimentées en 1994, ont été étendues à l'ensemble des régions en 1996. Par la création de conférences régionales de santé (CRS) et de programmes régionaux de santé (PRS), parallèlement à celle des ARH, non seulement l'échelon régional devient l'échelon de référence pour la mise en oeuvre des politiques de santé mais en plus, il devient le niveau pertinent de détermination des besoins. Dès lors, des besoins bien évalués auraient pu être transcrits dans les politiques de recomposition de l'offre de soins, via notamment leur prise en compte pleine et entière par les SROS de deuxième génération.

Dans ce nouveau schéma, la conférence régionale de santé comprend cinquante à trois cents membres divisés en quatre groupes : y siègent des représentants de l'Etat, des établissements de santé, des professionnels hospitaliers et libéraux, et des associations d'usagers. La conférence régionale de santé se réunit une journée par an sur convocation du préfet de région. Elle est chargée d'établir des priorités de santé régionales, en s'appuyant notamment sur les travaux des observatoires régionaux de santé. La détermination de ces priorités donne lieu à la rédaction d'un programme régional de santé. Puis il revient au préfet de région, avec l'aide du comité régional des politiques de santé composé de représentants des DDASS, de la DRASS, de l'ARH, de l'URCAM et des collectivités départementales et régionales, de sélectionner les priorités qui devront faire l'objet de politiques et de financements particuliers.

Idéalement, les conférences régionales de santé doivent influencer la politique de santé tant au niveau national qu'à l'échelon régional. A partir des travaux des conférences régionales de santé en effet, une Conférence nationale de santé (CNS) de soixante-douze membres prépare le débat parlementaire sur la loi de finance de la sécurité sociale.

Or il s'avère que la première conférence nationale de santé n'a pas étudié les rapports des conférences régionales de santé, par manque de moyens humains et financiers notamment. En 1999, lors du renouvellement des programmes régionaux de santé, l'articulation entre les priorités dégagées par les conférences régionales de santé et celles définies par la conférence nationale de santé s'est révélée très faible, voire inexistante. L'absence d'écho des priorités régionales au niveau national est problématique puisque la « *régionalisation* » impulsée en 1996 est en fait une déconcentration. L'échelon national reste donc très important : pour preuve le lobbying qu'exercent certains hommes politiques

locaux au niveau national et qui permet à certains établissements de santé d'obtenir des autorisations d'équipements, d'installations ou d'activités sans que cela soit forcément justifié par les besoins de la population.

A l'échelon régional ensuite, le travail des conférences régionales de santé trouve rarement une traduction concrète et effective. Par exemple, la persistance d'une forte mortalité prématurée évitable n'a toujours pas suscité de réorientation des ressources, fût-elle marginale, du domaine du soin vers celui de la prévention. La formulation de priorités régionales dépasse rarement le stade de la déclaration d'intention. Seule une part marginale de la dotation régionale hospitalière publique est octroyée pour financer l'action des programmes régionaux de santé. En outre, le niveau régional est souvent « *court-circuité* » par les priorités définies à l'échelon national : une circulaire de 1998 impose par exemple aux ARH de tenir compte des priorités gouvernementales nationales, sans que ces priorités prennent forcément en considération les politiques régionales engagées ou en cours. Par ailleurs, les thèmes liés aux préoccupations sanitaires (légiionellose, bactéries multirésistantes...) bénéficient de financements conséquents, sans commune mesure avec ceux alloués aux programmes régionaux de santé. Enfin, le préfet de région, chargé de sélectionner les priorités de santé qui doivent faire l'objet d'une action particulière, ne dispose d'aucune autorité administrative sur le directeur de l'ARH. Cela confirme que les ARH sont le relais d'une politique hospitalière dictée par l'Etat, brouillant parfois la bonne appréhension des problèmes posés au monde hospitalier. Les suppressions de lits se sont par exemple élevées à 4 000 par an entre 1998 et 2001, contre 3 000 à 3 500 en moyenne sur les trente années précédentes, mettant de nombreux hôpitaux en grandes difficultés. Cela ne signifie pas que l'Etat ne devrait plus gérer la politique hospitalière. Il doit en demeurer responsable. En revanche, il semblerait souhaitable que d'autres acteurs (la région notamment) soient associés à l'élaboration de cette politique. Une fois cette politique établie en concertation, l'Etat pourrait légitimement recourir aux organes déconcentrés pour la mettre en oeuvre.

In fine, l'action des conférences régionales de santé n'est donc que très peu relayée, à quelque niveau que ce soit. Si ce constat est regrettable, il ne doit toutefois pas faire perdre de vue que le travail des conférences régionales de santé est critiquable, sans qu'elles puissent en être rendues totalement responsables. En effet, comment déterminer de façon scientifique et légitime les besoins réels d'une population à l'issue d'une seule journée de réunion ! Cela est impossible. En outre, les observatoires régionaux de santé sont des administrations de mission qui fonctionnent comme prestataires de services. Dans certaines régions, leur financement repose sur le paiement ponctuel des commandes passées²⁹. Malheureusement, ils ne sont pas systématiquement

²⁹ En 1999, leur budget global est de dix millions d'euros et les observatoires régionaux de santé emploient environ 170 équivalents temps plein.

associés aux travaux des conférences régionales de santé, pas plus d'ailleurs qu'à ceux des ARH et des autres administrations régionales.

Dès lors, même si les SROS de deuxième génération devaient inclure une dimension plus qualitative et ont associé l'ensemble des acteurs de la politique hospitalière, des usagers, des experts ainsi que des membres de la communauté médicale, le bilan de cette réorientation est mitigé. Par exemple, alors que les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information pouvaient être exploitées à des fins d'analyse en termes d'activités (types de pathologies, lourdeur des cas, aire de recrutement des patients...), seules quelques régions ont développé des outils appropriés.

Il en résulte que, d'une manière générale, la carte sanitaire et les différents outils de la planification ont en fait été utilisés comme instruments de réduction de l'offre hospitalière et de redéploiement des lits entre secteurs d'activité. Ils n'ont pas été articulés avec les outils théoriquement qualitatifs d'organisation de l'offre que sont les SROS de deuxième génération - qui prennent insuffisamment en compte les besoins réels de santé - et se sont finalement révélés impropres à recomposer l'existant. Globalement, les changements intervenus dans le secteur hospitalier restent modestes, et les recompositions attendues n'ont pas eu lieu.

Cela n'est pas conforme aux deux principaux objectifs de l'évolution de l'offre de soins hospitaliers que sont la réduction des inégalités dans l'offre de soins et l'adaptation de cette offre aux besoins de la population.

Ce relatif échec est d'autant plus inquiétant que si rien n'est fait, la démographie médicale constituera le facteur principal de la recomposition hospitalière, sans rapport avec les besoins de la population.

c) La géographie, dimension trop peu présente dans la planification

- *Le temps d'accès aux structures de soins*

La carte sanitaire devait explicitement prendre en compte les caractéristiques géographiques et les moyens de communication. Mais ces paramètres n'ont pratiquement pas été intégrés à la planification. Les indicateurs de distance notamment n'ont pas été utilisés pour définir les aires d'attraction hospitalière, c'est-à-dire les périmètres de recrutement des établissements.

Or, la distance est un élément fondamental dans le cadre de l'aménagement territorial. Elle est en premier lieu un indicateur géographique qui mesure les difficultés ou facilités d'accès à un service. Intuitivement, la logique voudrait que le trajet le plus court soit le meilleur, et que les patients se rendent dans l'établissement de soins le plus proche. Toutefois, la réalité est plus complexe.

Il faut d'abord séparer la présence d'un service de soins, l'accès effectif à ce service et l'accès efficace ou utilisation du service approprié. Dès lors, trois notions peuvent être distinguées : la distance réellement parcourue par les malades (accès effectif), la distance d'implantation (éloignement par rapport à l'établissement approprié le plus proche, qui est un indicateur d'accessibilité), et

la distance de clientèle. Cette dernière est la moyenne des distances séparant les lieux de résidence des patients ayant bénéficié d'un type de soins du producteur de cette catégorie de soins le plus proche.

Une enquête du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) montre que, en utilisant un indicateur de distance en kilomètres, le choix du lieu d'hospitalisation n'est pas le plus proche. Pour les hospitalisations programmées, la distance moyenne d'accès est de 29,5 kilomètres, alors qu'elle devrait être de 19 kilomètres si les patients choisissaient l'équipement le plus proche. Les facteurs sociétaux sont ici importants, dans la mesure où la distance parcourue varie de 50 % selon que le niveau d'instruction des patients est inférieur ou supérieur au bac (de 22 kilomètres à 33 kilomètres), cette valeur atteignant même 100 % pour les villes moyennes et les grandes villes. Paris connaît à ce titre un « *effet tunnel* » qui court-circuite les communes périurbaines : les habitants des communes lointaines évitent souvent les hôpitaux des communes périurbaines et se rendent directement dans Paris « *intra-muros* ». Dès lors, l'aire d'attraction des hôpitaux périurbains n'est pas celle que l'on pourrait imaginer *a priori*.

Or l'attraction hospitalière devrait être l'un des indicateurs principaux de la planification. Elle permet de savoir si une population hospitalisée fréquente l'établissement le plus proche ou si elle va se faire soigner plus loin. Cette attraction peut être appréhendée à travers le coefficient d'attraction, qui est le rapport entre la distance réellement parcourue et la distance d'implantation de l'équipement le plus proche. Si le coefficient est proche de 1, la clientèle est une clientèle de proximité ; plus il est élevé, plus l'attractivité de la structure de soins est forte. Ce faisant, on observe par exemple que pour la chirurgie générale et la gynécologie obstétrique, les distances d'implantation sont du même ordre alors que les distances parcourues varient du simple au double (de 10 pour la gynécologie obstétrique à 19 pour la chirurgie générale). D'une manière générale, il ressort que la médecine interne, la gynécologie obstétrique, la chirurgie orthopédique et la pneumologie sont des disciplines de proximité, leurs coefficients d'attractivité allant de 1,3 à 1,7. A l'inverse, la chirurgie générale, la pédiatrie et la médecine cardio-vasculaire ont des coefficients beaucoup plus élevés, de 2,7 à 3,1.

De tels résultats ne manquent pas d'interpeller, et ils devraient être pris en compte dans toute démarche de planification, d'autant plus qu'ils peuvent être affinés par le recours à d'autres indicateurs. Ainsi, bien plus encore que la distance kilométrique (actuellement utilisée pour la planification mais sans intégrer les coefficients d'attractivité), c'est la distance-temps qui devrait être davantage prise en considération.

- *Une « régionalisation » critiquable*

Globalement donc, la planification n'a pas permis de réduire les inégalités de santé et d'offre de soins. Corrélativement, les modalités d'allocation des ressources ne l'ont pas davantage permis. Tout comme la planification s'est

révélée trop « *quantitative* », la régulation financière instaurée par les ordonnances de 1996 a été essentiellement « *comptable* », sans référence aux besoins. Malgré la « *régionalisation* » des enveloppes³⁰, le problème du décalage entre financement et caractéristiques épidémiologiques n'a pas été résolu.

Toutefois, la « *régionalisation* » des enveloppes est venue se greffer dans un second temps sur la logique sectorielle. Elle n'a donc pas permis un réel décloisonnement des secteurs de soins et de leurs financements. Elle s'est par contre accompagnée d'un mécanisme de péréquation régionale dont le but est de réduire les inégalités de ressources entre régions. Or, cette péréquation est critiquable. En effet, le mécanisme qu'elle met en place tend à faire converger toutes les régions vers la dépense nationale moyenne de soins par personne. L'objectif implicite à long terme est que chaque région ait, à structure d'âge identique :

- la même dépense moyenne d'hospitalisation ;
- la même dépense moyenne de généraliste ;
- la même dépense moyenne de spécialiste.

Ce qui est donc recherché est l'homogénéisation non seulement des dépenses globales mais aussi la structure de ces dépenses selon les différents types de soins (hôpital, médecines générale et spécialisée). Or un tel objectif repose sur le jugement de valeur contestable selon lequel le modèle d'organisation des soins représenté par la structure moyenne nationale est optimal et doit être transposé à toutes les régions. Rien ne garantit une telle « *optimalité* ».

L'application de ce modèle serait neutre si les structures de soins actuelles étaient similaires entre les régions. Tel n'est pas le cas. Par exemple, en 1997, la région parisienne, excédentaire de 11 % tous secteurs confondus par rapport à sa situation cible, devrait pour atteindre cette cible, réduire ses dépenses d'hospitalisation publique de 25 %, celles d'hospitalisation privée de 11 %, celles de spécialistes de 13 %, et augmenter ses dépenses de généralistes de 22 %. Inversement, le Nord-Pas-de-Calais devrait diminuer ses dépenses de généralistes de 20 %, augmenter celles de spécialistes de 26 % et celles d'hospitalisation de 13 %. Le Nord-Pas-de-Calais est en effet considéré comme

³⁰ La « *régionalisation des ressources* » dans le cadre de l'ONDAM : l'enveloppe nationale se décompose en quatre sous-enveloppes : soins de ville, secteur hospitalier public sous dotation globale, secteur hospitalier privé hors dotation globale et secteur médico-social. En ce qui concerne le secteur public, le gouvernement ventile les ressources au niveau régional, afin de traduire à l'échelon régional certains objectifs de sa politique de santé (réduction des inégalités régionales de santé et d'offre de soins, prévention...). Parallèlement à la dotation cible calculée pour les établissements de chaque région en fonction de la valeur du point ISA, des besoins en médecine - chirurgie - obstétrique ou encore des flux de patients interrégionaux, un objectif de convergence est poursuivi. Il s'agit de mieux doter les régions qui sont sous-dotées. En outre, les ARH peuvent librement affecter leur dotation régionale en fonction des priorités définies à leur niveau. C'est donc à ce titre que l'on parle de « *régionalisation* », dans une vision qui relève de la déconcentration et non de la décentralisation.

une région certes globalement défavorisée mais excédentaire pour la médecine générale. Cet « excédent » est en réalité dû à la pénurie de spécialistes et il n'y a aucun moyen d'assurer parallèlement l'augmentation du nombre de spécialistes qui viendrait contrebalancer la restriction au niveau des généralistes.

De nombreuses régions connaissent de telles distorsions, mais leur correction *in abstracto*, sans référence à des besoins précisément déterminés, est discutable.

Qui plus est, la méthode utilisée pour faire converger les structures sectorielles repose sur l'indicateur d'âge, qui fait office d'« indicateur de besoins ». Or si l'on prend un indicateur plus révélateur des besoins tels que l'indice comparatif de mortalité³¹, certains résultats s'en trouvent modifiés. Ainsi, pour les généralistes, la Bretagne et la Lorraine passent d'un « excédent » à un déficit. Et « l'excédent » de dépenses des régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie disparaît pratiquement. De tels résultats semblent plus conformes aux situations épidémiologiques observées.

Il est donc clair que la politique de redistribution se fonde sur le principe d'équité « à besoins égaux, dépenses égales ». D'autres principes pourraient être envisagés. Mais le plus problématique ici est que l'on se contente d'une approximation du besoin par des critères simples voire simplistes, en l'occurrence le critère d'âge pour les dispositifs de péréquation.

Au final, les dispositifs d'allocation de ressources et de péréquation interrégionale ne sont pas satisfaisants. Ainsi que le souligne le Haut comité à la santé publique, on ne peut aujourd'hui établir de lien direct entre l'augmentation des ressources affectées à une région et l'amélioration de l'état de santé de sa population. La méthode de péréquation en est une des causes, au même titre que l'absence de fongibilité des enveloppes, la multiplicité des intervenants et des financements, et la prise en compte de la demande de soins exprimée (et donc, en fait, de l'offre existante) plutôt que celle de besoins réels par ailleurs très mal évalués.

Cela est d'autant plus problématique que, comme nous l'avons vu, les inégalités intra-régionales (de santé et d'offre de soins) sont plus importantes que les inégalités entre régions. Dès lors, peut-être faudrait-il envisager une modulation plus fine, induite par une évaluation pertinente des besoins au niveau local.

³¹ Pour mémoire, l'indice comparatif de mortalité se calcule de la façon suivante : (Nombre de décès réels d'une zone)/(Nombre de décès qui seraient attendus dans cette zone si les risques de décès aux différents âges étaient identiques à ceux observés au niveau national).

2. Une mauvaise répartition géographique des médecins

a) L'inégalité de répartition du corps médical³²

Les inégalités observées dans la répartition géographique de l'offre de soins libérale, tout comme l'émergence d'une « pénurie » de médecins, ne sont pas étrangères à l'existence de disparités de santé. Si elles ne sauraient être considérées comme la seule et unique cause de telles disparités, elles contribuent néanmoins à les pérenniser voire à les renforcer.

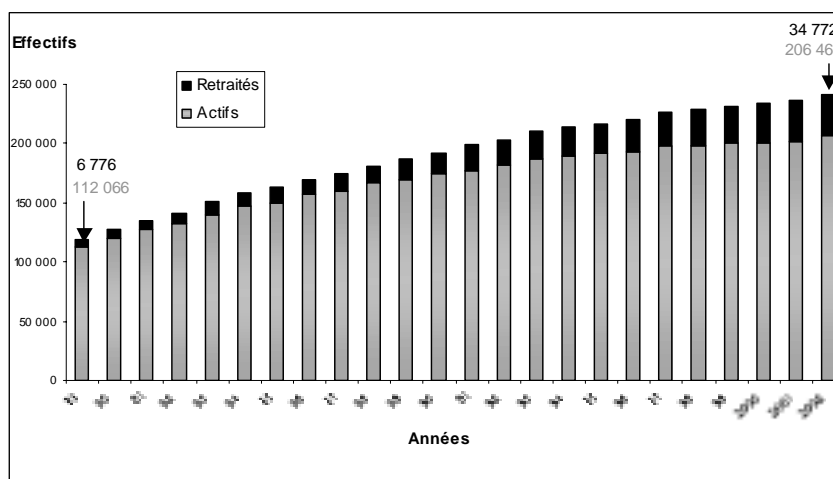
L'offre de soins libérale est une variable clef de l'aménagement du territoire en termes d'accès à la santé. En effet, il convient de relativiser le constat souvent fait, et déploré, d'une pénurie de médecins. Si pénurie il y a, elle touche essentiellement certaines spécialités et, surtout, elle n'affecte pas toutes les régions de manière identique. Certaines régions connaissent même des situations d'excédents.

Avec 335 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne. Certains pays qui ont une densité identique ne connaissent pas de réel problème de pénurie. On ne saurait donc dire qu'il y a aujourd'hui une pénurie absolue de médecins en France. Par contre, il peut exister des pénuries relatives, c'est-à-dire des situations où l'offre de soins est insuffisante compte tenu des besoins réels de la population, ainsi que des pénuries réelles localisées. Ces dernières affectent certaines zones géographiques et ne concernent pour l'instant que certaines spécialités.

Toutefois, puisque les trente années de croissance du corps médical que la France a connues n'ont pas permis de résorber de manière significative les inégalités territoriales de santé, il est indéniable que la fin de cette croissance, et l'amorce d'une décroissance, pose avec une acuité redoublée le problème de la répartition géographique du corps médical.

³² Henri Picheral a démontré que la localisation et la répartition des professions médicales obéissent souvent à la quête de satisfaction d'intérêt personnels (climatiques, culturels, sociaux...): Henri Picheral ; *Médecine libérale et espace médical en France, Spécialisation et besoins* ; in A. Bailly et M. Périat, *Médecimétrie régionale*, Paris Anthropos - 1984. Henri Picheral ; *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé* ; Université Montpellier III - 2001.

Graphique 1 : Évolution du nombre de médecins de 1979 à 2002



Source : Conseil national de l'ordre des médecins - 01/01/2003.

Sur l'ensemble du vingtième siècle, la répartition spatiale du corps médical n'a pas fondamentalement changée. Les régions ont globalement conservé leur position relative. En d'autres termes, les régions qui étaient les mieux dotées le sont restées, tout comme celles qui étaient les moins bien pourvues. Toutefois, la croissance forte du nombre de médecins au cours des trente dernières années (le corps médical a triplé entre 1968 et 1998 et presque doublé sur les vingt dernières années) a fait passer la densité médicale de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 335 aujourd'hui et elle a tout de même permis de réduire les écarts interrégionaux. Ainsi que nous l'avons vu, au niveau global, la densité médicale moyenne varie entre 225 médecins pour 100 000 habitants (Picardie) et 380 (Paris), soit un rapport de 1 à 1,7. En 1968, ce rapport était de 1 à 2,4. De même, le coefficient de variation³³ est passé de 0,27 à 0,15.

Ce constat plutôt encourageant doit malheureusement être tempéré à son tour puisque l'analyse plus fine de cette évolution fait apparaître des différences entre médecine générale et médecine spécialisée.

Ainsi, parallèlement à l'augmentation des effectifs globaux, la répartition des généralistes sur le territoire s'est améliorée. Entre 1980 et 1998, la proportion de communes possédant un généraliste est passée de 24 % à 28 % (soit aujourd'hui 84 % de la population), cette croissance ayant surtout bénéficié aux banlieues et aux espaces périurbains. Mais 10 % des 8 000 communes qui possèdent au moins un médecin sur leur territoire n'ont qu'un seul généraliste de

³³ = écart-type / moyenne. C'est un indicateur de dispersion d'une distribution autour de sa moyenne. Plus il est faible, plus la distribution est resserrée.

plus de 50 ans. La question de la succession de ces médecins va se poser à brève échéance.

Par contre, l'amplitude des densités de spécialistes entre régions extrêmes est restée à peu près identique, soit un rapport de 1 à 2,1. Elle va de 110 spécialistes pour 100 000 habitants en Picardie à 225 en Ile-de-France, pour une moyenne nationale de 162. Et ce *statu quo* masque les évolutions défavorables qu'ont connues certaines zones au sein des régions : la situation de certains départements et surtout des banlieues par rapport aux centres-ville s'est dégradée.

Ainsi, malgré une hausse globale des effectifs médicaux, les inégalités d'offre de soins ne se sont guère davantage réduites que les inégalités de santé, avec une France toujours fortement coupée en deux, entre le Nord et le Sud, exception faite de l'Ile-de-France.

L'analyse des écarts de densité médicale pour certaines spécialités permet de mieux cerner le problème de la répartition géographique des médecins. A titre d'exemples particulièrement éclairants, ces écarts régionaux (taux pour 100 000 habitants) vont :

- de 10,78 à 21,26 pour l'anesthésie réanimation (moyenne France = 15,38) ;
- de 6 à 17,7 pour la pédiatrie (France = 10,1) ;
- de 9,56 à 29,67 pour la psychiatrie (France = 17,66) ;
- de 5,8 à 13,5 pour l'ophtalmologie ;
- de 2,98 à 7,51 pour l'ORL ;
- de 6,08 à 14,4 pour la cardiologie (France = 9,28) ;
- de 2,3 à 6,33 pour la gynécologie obstétrique (France = 4,05) ;
- de 6,23 à 10,83 pour la chirurgie générale (France = 8,3) ;
- de 2,5 à 4,28 pour la chirurgie orthopédique (France = 3,34).

Une telle énumération pourrait être poursuivie, mais ces exemples illustrent assez bien l'acuité du problème. Surtout, l'exemple de quatre régions - deux bien dotées et deux défavorisées - permet de prendre l'exacte mesure des inégalités de répartition entre régions.

	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Nord-Pas-de-Calais	Ile-de-France	Pays de la Loire
Anesthésie réanimation	21,26	12,00	18,50	13,35
Chirurgie générale	10,83	6,23	10,32	6,77
Chirurgie orthopédique	3,97	2,70	4,28	3,13
Pédiatrie	-	-	17,7	6,00
Gynécologie obstétrique	-	-	6,33	2,30
Cardiologie	14,4	6,08	-	-
Psychiatrie	-	-	29,67	9,56

Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Ainsi, si pénurie il y a, celle-ci n'est pas répartie « *équitablement* » entre les régions. En d'autres termes, des régions favorisées le sont pour l'ensemble des spécialités ou presque et, inversement, les régions défavorisées le sont pour de nombreuses spécialités. Dans notre exemple, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France se situent systématiquement dans le haut du tableau alors que le Nord-Pas-de-Calais et les Pays de la Loire se retrouvent toujours parmi les régions les plus défavorisées.

Évidemment, ces pénuries affectent tant le secteur public que le secteur privé. Certains établissements publics de santé sont aujourd'hui confrontés à des difficultés de recrutement. Cette situation nuit tout à la fois à la continuité des soins (fermeture de certains services faute d'effectifs suffisants, suivi post-hospitalier difficile, délais d'obtention d'un rendez-vous très longs...) et à la sécurité des patients (certains services fonctionnent sans disposer des effectifs minimum requis réglementairement, notamment en anesthésie réanimation). Or, dans la plupart des cas, les secteurs privé et public d'une même région connaissent des situations identiques : une pénurie localisée les affecte tous les deux alors que, inversement, là où le secteur public est fortement implanté, le secteur privé l'est aussi. Donc, généralement, une zone bien dotée en médecins l'est autant pour le secteur public que pour le secteur privé, ce qui peut conduire à des doublons sources d'inefficience.

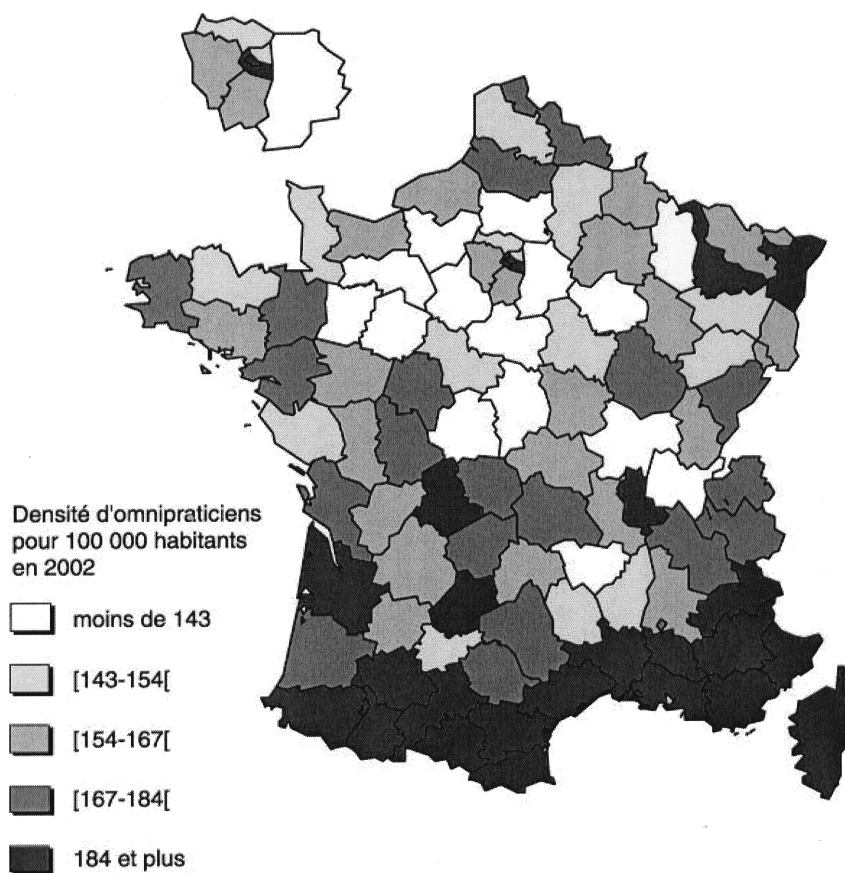
b) Des inégalités infra-régionales encore plus prononcées

S'il est important de décrire la situation au niveau interrégional, il faut également rendre compte des disparités qui existent à une échelle géographique plus fine, au sein même des différentes régions. En effet, une région « *bien dotée* » peut souffrir de fortes inégalités entre ses territoires.

- *Au niveau départemental*

Les inégalités régionales sont accentuées au niveau départemental. En effet, alors que la densité médicale évolue dans un rapport de 1 à 1,7 entre régions extrêmes, elle varie de 1 à 4 entre le département le moins bien doté (Mayenne) et le département le mieux doté (Paris).

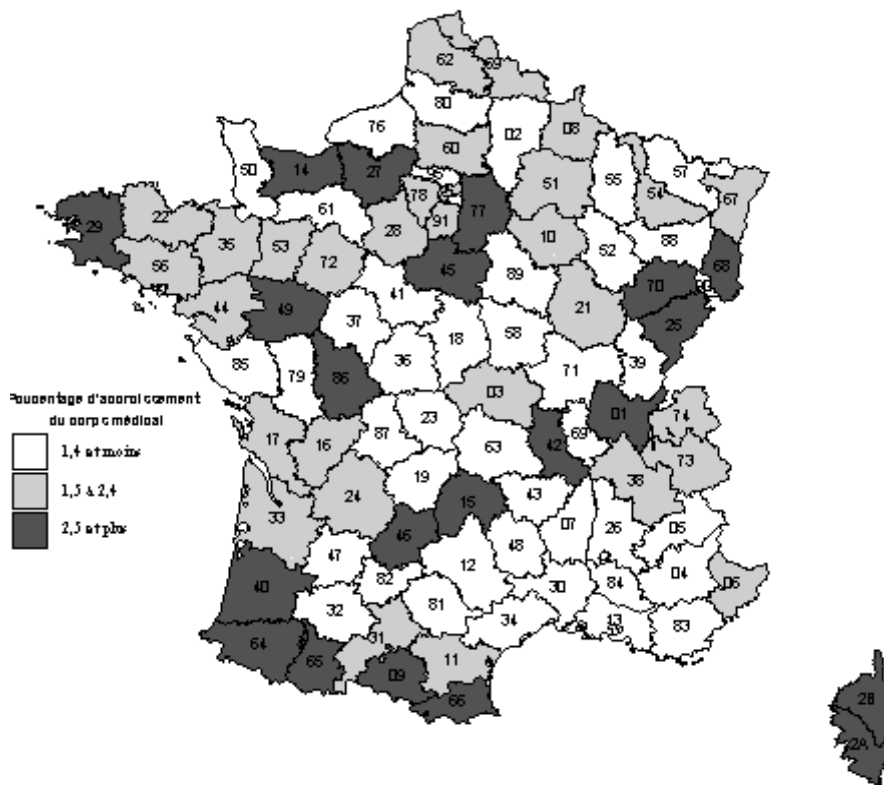
Carte 1 : Densité départementale d'omnipraticiens en 2000 pour 100 000 habitants (données au 01/01/2003)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Or, en observant les comportements d'installation des omnipraticiens, on s'aperçoit que, sauf exceptions (Aisne ou Seine-et-Marne par exemple), ces nouvelles installations sont fortement corrélées aux densités existantes, contribuant ainsi au renforcement des inégalités.

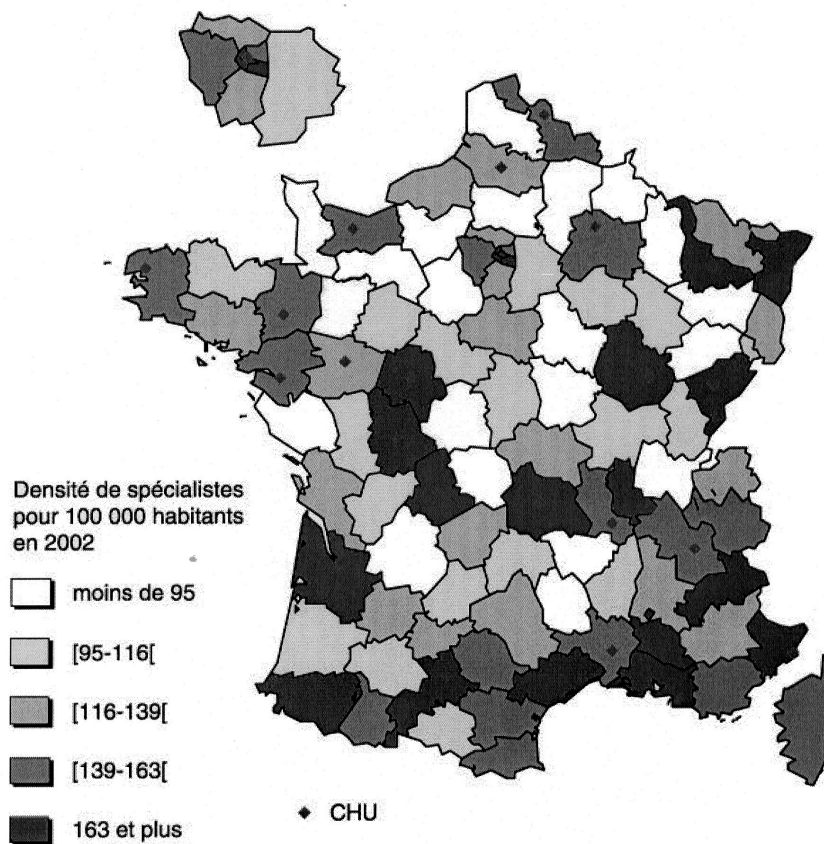
Carte 2 : Variation en % des effectifs départementaux de médecins actifs entre 1997 et 1998



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Qui plus est, l'hétérogénéité entre les départements est encore plus forte pour les spécialistes que pour les omnipraticiens. Ainsi le taux de nouveaux spécialistes varie de 1 à 18 entre les deux départements extrêmes (le Cantal étant le moins attractif et la Somme le plus attractif). Et au sein d'une même région, les spécialistes choisissent majoritairement de s'installer dans le département siège du centre hospitalier universitaire (CHU).

Carte 3 : Densité départementale de spécialistes en 2000 pour 100 000 habitants
(données au 01/01/2003)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

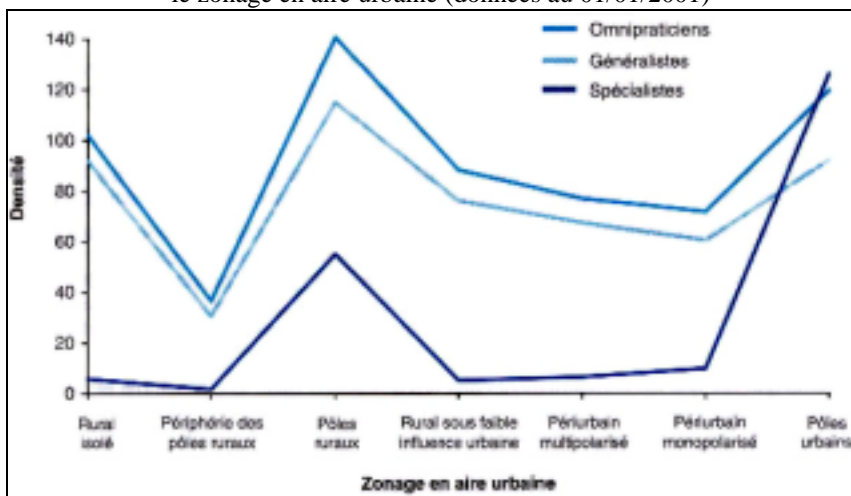
- *A un niveau plus fin*

De fortes disparités se retrouvent entre les zones rurales et les zones urbaines, ainsi qu'entre les centres-ville et les banlieues.

Ainsi, les densités de généralistes et de spécialistes dans les communes rurales³⁴ sont respectivement de 66,5 et 2,5 pour 100 000 habitants. Pour les communes de plus de 5 000 habitants, les densités d'omnipraticiens sont, en moyenne, de 120-130 et de 102,5 pour l'agglomération parisienne qui connaît une relative désaffection. A l'exception des communes rurales donc, les densités de généralistes sont relativement homogènes.

³⁴ Les communes rurales comptent moins de 2 000 habitants. Elles représentent plus du quart de la population française et couvrent 85 % du territoire.

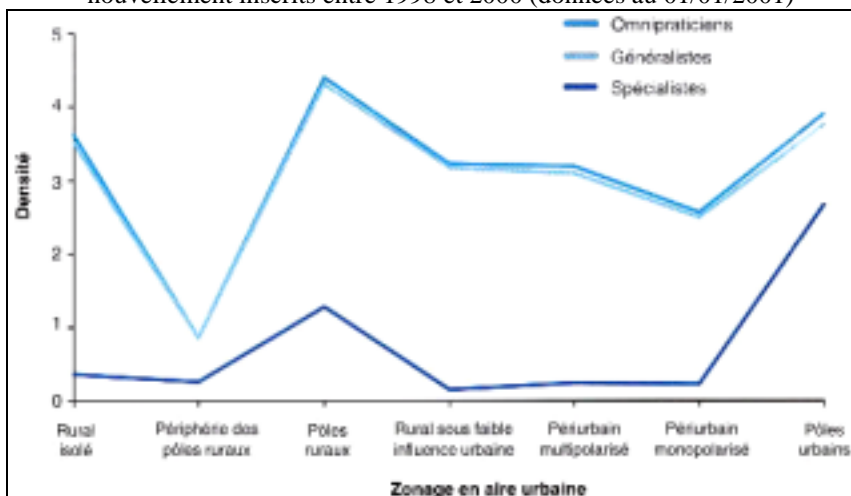
Graphique 2 : densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants en 2000 selon le zonage en aire urbaine (données au 01/01/2001)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Toutefois, la répartition géographique des nouvelles installations de médecins montre que l'inégalité constatée entre les communes rurales (et dans une moindre mesure l'agglomération parisienne) et les autres communes continue à s'accroître.

Graphique 3 : densité de médecins libéraux nouvellement inscrits pour 100 000 habitants en 2000 selon le zonage en aire urbaine : médecins nouvellement inscrits entre 1998 et 2000 (données au 01/01/2001)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

L'autre phénomène marquant est que les omnipraticiens présents dans les agglomérations privilégient les centres-ville au détriment des périphéries, qu'il s'agisse des grandes agglomérations (pôles urbains³⁵) ou des petits bourgs (pôles ruraux³⁶). Ainsi, les zones rurales isolées³⁷ sont parfois mieux dotées que certaines périphéries de grandes villes. En moyenne, les couronnes périurbaines (communes de banlieues et de grandes banlieues) ont des densités inférieures à celles des communes rurales.

Toutefois, la situation du rural isolé doit être évaluée en prenant en compte la question de l'accessibilité. En effet, un médecin pour 1 000 habitants par exemple ne recouvre pas la même réalité selon la zone où l'on se trouve, et le fait de devoir parcourir dix kilomètres pour aller consulter son généraliste ne signifie pas la même chose partout. Pour des populations peu mobiles, notamment les personnes âgées en zone rurale isolée, la distance d'accès peut constituer un obstacle dès le premier kilomètre à parcourir. L'accessibilité doit donc être mesurée moins en termes d'offre de soins que de flux, ces flux étant les déplacements effectués réellement par les patients. Ainsi, en zone rurale, le recours au système de soins est inférieur à celui observé en ville.

Cette question est liée à la problématique de l'aménagement du territoire. En effet, cela montre d'ores et déjà que dans certains cas, ni l'augmentation du nombre absolu de médecins ni même l'amélioration de leur répartition géographique ne peuvent suffire pour autoriser une accessibilité optimale au système de soins. Parfois, cette accessibilité doit être améliorée *via* d'autres politiques, telles que la politique des transports (amélioration des infrastructures routières, création de services de transports collectifs...).

En outre, des grandes disparités existent également entre les banlieues et les centres-ville. A cet égard, l'exemple parisien est sans aucun doute le plus probant et, s'il n'est pas strictement représentatif de la situation de l'ensemble des grandes agglomérations, il montre combien les inégalités peuvent être fortes à un niveau géographique très fin. La région parisienne est une des mieux dotée en France, que ce soit pour les omnipraticiens et les spécialistes ou pour les équipements hospitaliers. Néanmoins, les taux de desserte hospitalière varient d'un lit pour 64 habitants (9^{ème} et 10^{ème} arrondissements de Paris) à un lit pour 504 habitants (Mantes-la-Jolie), soit un rapport de 1 à 9. Les écarts vont de 1 à 10 pour les interventions chirurgicales, de 1 à 14 pour la gynécologie obstétrique, et atteignent 1 à 30 pour la médecine !

En outre, l'activité moyenne par généraliste est plus forte en banlieue qu'en centre-ville et, dans les banlieues, elle augmente avec la proportion d'ouvriers.

³⁵ Dans le cadre du plus récent découpage territorial proposé par l'INSEE, le « *zonage en aires urbaines - ZAU* », un pôle urbain est une unité urbaine qui offre au moins 5 000 emplois.

³⁶ Un pôle rural est une unité urbaine hors pôle urbain d'au moins 2 000 emplois.

³⁷ Le « *rural isolé* » est constitué des communes qui ne sont pas des pôles ruraux et dont moins de 20 % des actifs travaillent dans un pôle rural. Il représente 9 % de la population pour 37,2 % du territoire. Les communes dont plus de 20 % des actifs travaillent dans un pôle rural forment la « *périphérie des pôles ruraux* ».

Cela tend à montrer qu'il y a un manque de généralistes dans les banlieues, notamment ouvrières.

Si, comme nous l'avons vu, les densités d'omnipraticiens sont relativement homogènes à un niveau agrégé - communes rurales mises à part - les différences sont par contre nettement plus marquées pour les spécialistes. En effet, leur densité est de 10 pour les communes de 2 500 à 5 000 habitants, 42 entre 5 000 et 10 000 habitants, 80 entre 10 000 et 20 000 habitants, et environ 125 au-delà. Comme les omnipraticiens, les spécialistes préfèrent les centres-ville aux périphéries, mais ils évitent également les zones rurales isolées. Ainsi les inégalités décrites pour les omnipraticiens sont transposables aux spécialistes. Elles sont même encore plus fortes et de surcroît, elles touchent aussi le rural isolé.

In fine, le constat fait par Jean-Marc Macé³⁸ selon lequel « *en aucune façon, la répartition des cardiologues et des généralistes ne suit une quelconque réponse à une demande et encore moins aux fameux "besoins de santé"* » reflète tout à fait la situation française en matière de répartition du corps médical.

c) Des projections démographiques peu rassurantes

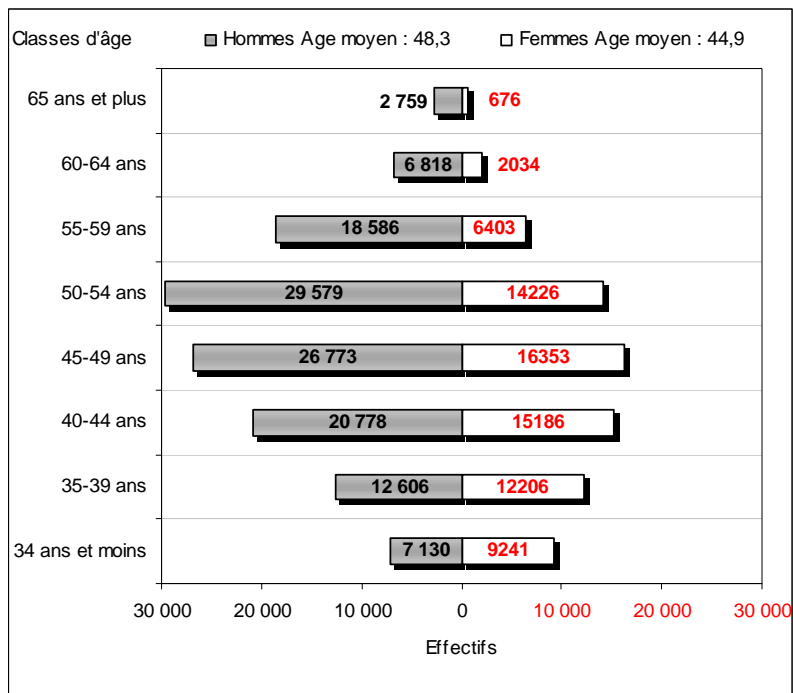
Dès lors que nous entrons dans une phase de stabilisation et même de décroissance des effectifs médicaux à partir de 2010 en dépit du relèvement du *numerus clausus*, la question de leur distribution territoriale se pose avec une acuité redoublée. Nous risquons d'assister à un effet ciseau particulièrement défavorable.

D'un côté, l'offre de soins se raréfie : à la baisse des effectifs liée notamment au vieillissement du corps médical, qui va entraîner de nombreux départs à la retraite, s'ajoute la diminution du niveau d'activité moyen due à la féminisation des professions médicales.

En effet, la proportion de femmes médecins est d'autant plus forte que la classe d'âge considérée est jeune. Si les femmes représentent 37 % des médecins en activité, cette proportion atteint 50 % pour les moins de 40 ans et 56 % pour les moins de 34 ans.

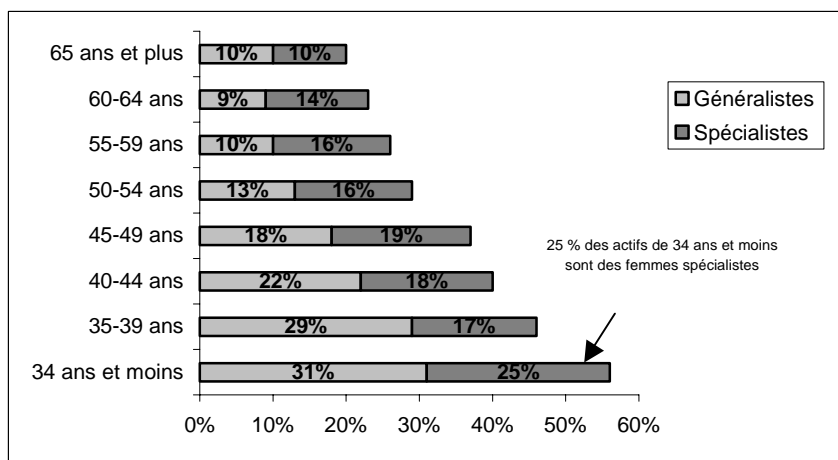
³⁸ J-M Macé ; *Les cardiologues sont-ils là où se trouvent les cardiaques ?* ; in Carnet de santé 2003, J. Kervasdoué (dir), Editions Dunod, 2003.

Graphique 4 : Pyramide des âges des médecins en activité (métropole, chiffres au 01/01/2003)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Graphique 5 : Proportion de femmes selon l'âge, répartition généralistes-spécialistes (chiffres au 01/01/2001)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Or les femmes ont davantage recours au temps partiel que les hommes. Globalement, une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) montre que - quelle que soit la classe d'âge - l'activité des femmes est inférieure de 30 % à celle des hommes. Alors que les femmes représentent aujourd'hui 37 % des médecins actifs (taux identique chez les spécialistes et les omnipraticiens), elles constitueront 45 % de la population médicale en 2020. Par conséquent, en 2020, le temps moyen de travail hebdomadaire des médecins diminuera de deux heures, et le temps partiel concernera plus de 30 % des praticiens.

De l'autre côté, les besoins vont augmenter à cause de la médicalisation, de la croissance naturelle de la population et surtout de son vieillissement. Or, à comportements médicaux constants, ce dernier phénomène va à lui seul entraîner une hausse mécanique de la demande de soins de 15 % environ.

Là encore, la baisse des effectifs sera différente entre médecine générale et médecine spécialisée d'une part, et entre les spécialités d'autre part. Elle pourrait être de 15 % pour les généralistes et de 27 % pour les spécialistes, avec des pointes à près de 50 % pour les ophtalmologistes, à plus de 40 % pour les psychiatres ou encore à plus de 30 % pour les anesthésistes. La féminisation croissante du corps médical renforce cette tendance, puisque les femmes s'orientent proportionnellement davantage vers la médecine générale que vers la médecine spécialisée depuis une dizaine d'années. Cette évolution pourrait sembler rassurante, dans la mesure où la France va avoir besoin de médecins généralistes. Mais il faut savoir qu'actuellement, seuls 60 % des médecins généralistes sont des « vrais » généralistes. Les 40 % restants ont un exercice complémentaire et certains d'entre eux ne pratiquent pas du tout la médecine générale polyvalente : ils exercent exclusivement des « spécialités non reconnues » telles que l'acupuncture, l'homéopathie ou l'angiologie.

Alors que 60 % des femmes de plus de 55 ans sont des spécialistes, elles ne sont que 43 % chez les moins de 40 ans. Or la situation actuelle de ces spécialités est d'ores et déjà préoccupante.

Dès lors, le risque est fort que les inégalités territoriales constatées se trouvent renforcées et que des pénuries réelles, qui affectent déjà certaines zones, apparaissent dans de nombreux territoires.

3. Une mauvaise coopération entre acteurs de soins.

a) Un certain cloisonnement entre hôpital et médecine de ville

L'inadéquation entre les besoins de la population et les réponses apportées par le système de santé résulte du cloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville. Or dans ce domaine, les changements n'ont pas non plus été à la hauteur des espérances et des enjeux. En effet, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète doit autoriser une meilleure répartition géographique

de l'offre de soins. Toutefois, cela suppose d'organiser le relais par la médecine de ville, donc de mieux articuler soins hospitaliers et soins de ville.

Actuellement, la psychiatrie représente 50 % des hospitalisations partielles et 60 % des places. Ces chiffres sont respectivement de seulement 20 % et 16 % pour la médecine, et de 19 % et 16 % pour l'anesthésie et la chirurgie.

Surtout, le secteur privé regroupe 86 % des places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires, et l'hospitalisation partielle ne s'est que peu développée dans le secteur public. Une des raisons majeures en est certainement le régime de création et d'autorisation de places. En effet, jusqu'à aujourd'hui, la création de places alternatives à l'hospitalisation complète était subordonnée à la suppression de lits.

Enfin, l'hospitalisation à domicile (HAD), alors qu'elle est une des variables-clé de l'aménagement du territoire en matière de santé en permettant aux patients de zones isolées notamment de bénéficier plus facilement des services hospitaliers, reste très peu développée et très inégalement répartie sur le territoire : en 2000, il existait 68 structures d'hospitalisation à domicile pour 3 900 places, et seuls 52 départements en étaient pourvus, la région parisienne concentrant à elle seule près de 60 % des capacités. Sur les 68 structures en activité, 23 appartenaient à des associations, les 45 autres étant gérées par des établissements publics ou privés PSHP³⁹.

Au final, le potentiel de développement des alternatives à l'hospitalisation complète est important, notamment l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire pour le secteur public, qui accuse dans ce domaine un très net retard.

b) Une mauvaise articulation entre sanitaire et médico-social

Le manque d'articulation entre hôpital et médecine de ville se retrouve entre le sanitaire et le médico-social, ce qui est une limite forte à une organisation des soins efficace. En effet, alors que les ARH sont chargées de réguler le secteur hospitalier, elles n'ont pas compétence sur le secteur médico-social. Alors que la cohérence entre l'offre de services de soins et l'offre de services médico-sociaux nécessiterait une réelle coordination des instruments de planification (SROS et schémas départementaux des établissements sociaux et médico-sociaux), cette coordination est en fait partielle et aléatoire. Par exemple, dans deux régions où existe un volet gériatrique du SROS (Alsace et Aquitaine), aucun lien n'a été fait entre les deux outils de planification. Les comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) sont trop peu associés au processus d'élaboration des SROS et leur avis n'a pas le poids qu'il devrait avoir. Cette insuffisance se retrouve également dans le domaine de la santé mentale. Le secteur médico-social fait en outre intervenir de multiples acteurs, aussi bien l'Etat et ses services déconcentrés (DDASS, DRASS) que les ARH, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales (départements et communes surtout). Or, malgré la volonté affichée de développer des politiques

³⁹ Etablissements de santé privés participant au service public hospitalier.

transversales, force est de constater que cette transversalité reste très théorique. De ce point de vue, la commission exécutive de l'ARH est rarement le lieu d'échange et d'élaboration d'une politique régionale transversale qu'elle devrait être. Instance collégiale, la pluralité des points de vue y cède le pas devant la recherche de l'unanimité.

En outre, la régulation budgétaire de l'offre médico-sociale est effectuée par les préfets et les présidents de conseils généraux, là encore souvent sans lien avec la régulation opérée par les ARH à l'égard des établissements de soins. L'éclatement du financement se retrouve au sein même du secteur médico-social, entre les départements et l'assurance maladie. Ainsi, « *le problème des départements est d'expliquer que les vieux sont malades, et le problème de l'assurance maladie est d'expliquer que les malades sont vieux. Selon l'un ou l'autre, c'est de la compétence des départements ou de l'assurance maladie* »⁴⁰. Cela engendre de fortes inégalités entre départements, le nombre de lits pour personnes âgées de plus de 65 ans variant de 60 à 350 sans que cela soit proportionné au nombre de personnes à prendre en charge.

Enfin, concernant les priorités régionales de santé, on trouve des programmes régionaux de santé à l'initiative des échelons déconcentrés de l'Etat, des programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM) à l'initiative des caisses d'assurance maladie et, parfois, des programmes élaborés par les départements. Or ces programmes ne sont pas suffisamment bien articulés et font apparaître des priorités différentes. Il en résulte là encore un émiettement des financements source d'inefficience.

La recherche d'une meilleure répartition de l'offre de soins doit avant tout concourir à la réduction des inégalités géographiques de santé. Cependant, d'autres enjeux, politiques, économiques ou sociaux sont liés à la localisation des établissements de santé.

c) Une mauvaise coordination entre les différents professionnels de santé de ville

Il n'existe pas une véritable organisation des soins de ville, chaque professionnel privilégiant le « *colloque singulier* » avec les patients et, dans le cadre conventionnel, contractant avec l'assurance maladie des accords mono-professionnels.

Il n'existe toujours pas d'accords inter-professionnels d'incitation au regroupement de différents professionnels sur un même site, de répartition des tâches ou encore d'échanges d'information systématisés par un dossier médical partagé. De même, seuls les médecins de ville sont concernés par les unions régionales de médecins libéraux qui ont comme mission le recueil des informations médicalisées, l'évaluation des pratiques ou encore les actions de formation continue.

⁴⁰ Jean de Kervasdoué, audition du 26 novembre 2003 au Conseil économique et social.

d) Une mauvaise articulation entre hôpital public et cliniques privées

Il est souvent affirmé que les établissements de santé privés offrent des services complémentaires à l'hospitalisation publique.

Or les disparités inter ou infra-régionales observées dans la localisation des établissements publics de santé ou de ceux participant au service public se retrouvent en ce qui concerne les cliniques privées. Les régions bien dotées en structures publiques sont généralement bien dotées en structures privées, ce qui conduit plus à des doubles emplois qu'à une véritable complémentarité.

Par ailleurs, dans quelques régions, le Sud-Ouest par exemple, le secteur privé à but lucratif dépasse, en nombre d'établissements et de lits, le secteur public. Cette situation peut être source d'inégalités dans l'accès aux soins puisque ces établissements privés sont généralement coûteux et que toute une partie de la population ne peut y accéder, notamment les populations les moins favorisées.

Une telle prééminence du secteur privé lucratif dans certaines zones conduit à poser la question de la « *marchandisation* » de la santé. Elle pose aussi le problème des conditions dans lesquelles la puissance publique peut réguler l'offre privée de telle sorte que le citoyen ait réellement le choix entre hospitalisation publique ou privée. L'engagement de l'Etat dans la santé doit demeurer fort. Il doit veiller à l'égalité de la répartition géographique de l'offre de soins mais également à l'équilibre entre structures publiques et privées.

II - L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EST AU CŒUR DE MULTIPLES ENJEUX LOCAUX

Au nom d'impératifs sanitaires se pose la question de la suppression de petits établissements de santé. Or, la question du maintien de structures de proximité soulève d'autres enjeux, notamment politiques.

A - L'HÔPITAL EST UN ÉLÉMENT DE SÉCURITÉ SANITAIRE

1. Au dilemme proximité/sécurité...

Les liens entre établissements de santé et aménagement du territoire devraient permettre de garantir tant l'accessibilité au système de santé que l'assurance de la qualité des soins. Aussi les responsables de la planification ont pour mission fondamentale d'assurer une réponse optimale de l'offre aux besoins en termes d'accessibilité d'une part, de sécurité des soins d'autre part. Dans cette tâche, ils se heurtent à des acteurs privilégiant plutôt l'un ou l'autre de ces termes, pourtant étroitement liés.

Ainsi, c'est notamment au nom de la sécurité qu'une population revendique la proximité d'un hôpital. La distance géographique constitue en effet un frein important pour l'accès aux soins. Or, c'est, entre autres critères, au nom de la sécurité des soins que les hôpitaux se regroupent, entraînant la fermeture de

certain services, voire de certains établissements dits de proximité. Plus le geste médical va exiger, pour être exercé en toute sécurité, de moyens techniques, de qualification et de pratiques régulières, moins en effet il pourra être réalisé à proximité immédiate d'une population donnée. La technologie médicale impose une hiérarchie territoriale définie en niveaux de complexité. Et en matière de sécurité des soins hospitaliers, en particulier pour les disciplines exigeant un plateau technique, la proximité n'est ni une condition, ni une garantie. Le maintien de la qualité demande un niveau de fonctionnement minimum des structures et se révèle difficilement compatible avec une trop grande dispersion spatiale.

Certains considèrent que la majorité des établissements situés dans des agglomérations supérieures à 50 000 habitants, ayant une aire d'attraction de 150 000 à 200 000 habitants, sont en mesure d'exercer dans de bonnes conditions une activité chirurgicale. Le problème est alors de savoir où se situe le point d'équilibre entre deux exigences difficilement conciliables⁴¹ : le maintien de ces disciplines dans les villes de 10 000 à 30 000 habitants et le respect des conditions de sécurité. Or, deux conditions sont incontournables : le médecin, notamment les chirurgiens et obstétriciens, doit avoir une pratique régulière et importante d'une part, et l'hôpital doit garantir une permanence médicale qualifiée d'autre part. Comment des établissements dits de proximité disposant d'un ou deux anesthésistes seulement, manquant de chirurgiens, de gynécologues obstétriciens ou de pédiatres, peuvent-ils assurer cette permanence ? Beaucoup de ces établissements ont une faible activité chirurgicale alors que l'insuffisance de pratique entraîne une perte de compétence et par là même un risque. Il existe d'ailleurs des seuils fixés au niveau national, tels que le nombre minimum de 300 accouchements pratiqués par an, en deçà duquel il est considéré comme dangereux de maintenir l'activité.

2. ... répond le souci de concilier accessibilité et qualité

D'autres éléments sont aussi à prendre en considération et ce point de vue est nuancé par certains experts et acteurs. Est-on en effet certain du risque réel associé aux petits établissements ? Alain Corvez et Emmanuel Vigneron⁴² estiment que, sur ce point, nous manquons d'études irréfutables. Martin Malvy observe également que, en se plaçant du point de vue de la sécurité des usagers, *« toutes les études dont nous disposons prouvent que cette sécurité est aussi bien assurée et réalisée dans les petits établissements que dans les grands. (...) On n'a pas prouvé, ni sur les maladies nosocomiales, ni sur les actes médicaux, qu'il y avait défaillance des petits établissements. Et puis, il faut se mettre dans la tête que le ou les chirurgiens d'un établissement d'une ville de 10 000 habitants, ou l'anesthésiste, sont sous le regard permanent de la population,*

⁴¹ Bernard Marrot ; *Territoire de l'hôpital, territoire de la santé* ; in Projet, été 1998, n° 254, pages 49-57.

⁴² Alain Corvez et Emmanuel Vigneron ; *Pistes de réflexion pour l'action* ; in Actualités et dossiers de santé publique n° 29, décembre 1999, page 22.

alors que la population d'une grande ville ne sait pas ce qui se passe au centre hospitalier universitaire (CHU). (...) Autrement dit, les problèmes de sécurité méritent d'être posés, mais ils ne peuvent pas justifier la volonté, parfois, de supprimer ces établissements »⁴³.

De plus, a-t-on pesé le risque comparé de la distance à l'établissement le plus proche, questionnent également Alain Corvez et Emmanuel Vigneron⁴⁴ ? La distance en termes de temps de parcours jusqu'au lieu de soins est en effet le principal facteur discriminant. Ce sont les temps d'accès réels aux services de santé qui conditionnent leur potentiel d'utilisation. La distance n'est pas que géographique mais également sociale et culturelle. Elle est un facteur de discrimination entre les groupes socio-économiques. Comme l'analyse E. Vigneron⁴⁵, les distances physiques sont différemment ressenties selon le statut économique et culturel des populations. La distance sociale se conjugue avec la distance physique et la distance réellement parcourue pour accéder aux soins est plus élevée pour les catégories sociales supérieures, car la distance compte moins pour elles. Ainsi, les cadres et les jeunes parcourent des distances élevées et arbitrent entre distance et rapidité des rendez-vous par exemple. Les milieux modestes et les personnes âgées en revanche, vont le plus souvent dans les établissements les plus proches. Ceux qui vont au plus proche sont les plus démunis, souligne E. Vigneron. Fermer les établissements de santé de proximité reviendrait donc à pénaliser les catégories de population les plus fragilisées. Mais, précise l'auteur, si la connaissance des distances les plus proches séparant l'offre de soins est essentielle à la résorption des inégalités de santé, ce qu'il faut rechercher est davantage l'accessibilité que la proximité. L'accessibilité a été définie par Martine Aubry comme « *l'assurance de la sécurité et la certitude de pouvoir accéder à une structure de soins adaptée à son état* ». La proximité ne peut concerner les services rares qui supposent une population suffisante pour atteindre une certaine qualité et être économiquement supportable.

« Il n'y a pas de qualité sans une part de proximité et sans organisation de l'accessibilité. L'organisation du système de santé est subordonnée à des préoccupations non médicales mais citoyennes et politiques d'aménagement du territoire » conclut Emmanuel Vigneron⁴⁶.

Le problème de l'accès aux soins en termes d'accessibilité ne touche toutefois pas seulement le monde rural. La question ne se limite pas au seul problème de la fermeture du petit hôpital d'une petite ville de campagne. Les inégalités concernent également les centres-ville et les banlieues, l'offre de santé, et en particulier les généralistes, se concentrant dans les centres-ville au détriment des couronnes périurbaines. Grandes villes, centres-ville et banlieues, Nord et Sud du pays, plaines littorales et arrière-pays montagneux, les problèmes

⁴³ Martin Malvy ; Audition au Conseil économique et social.

⁴⁴ *ibid.*

⁴⁵ Emmanuel Vigneron ; *Distance et santé* ; PUF, 2001.

⁴⁶ Emmanuel Vigneron, *ibid.*

se posent en réalité partout, même si c'est avec une acuité variable, et à toutes les échelles.

3. Des études empiriques pour éclairer le débat

Les gestionnaires hospitaliers attendent des concentrations de meilleurs résultats en termes médicaux, ce qui conduit au débat sur les seuils minimaux d'activité. Le CREDES, à partir d'études empiriques⁴⁷, essaie d'éclairer cette question.

Contrairement aux idées reçues, observent les auteurs de l'enquête, les consommateurs ne se rendent pas au service 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. Cela confirme l'analyse d'Emmanuel Vigneron selon laquelle la distance n'est pas tant géographique que sociale et culturelle. Mais il n'est pas prouvé, poursuivent les économistes du CREDES, que l'éloignement des services entraîne des conséquences dommageables pour la santé, ni même une consommation de soins insuffisante. Ainsi, la preuve directe de la relation entre distance et morbidité ou mortalité est rare, hormis les cas d'urgence vitale. Les études montrent que l'effet de l'accessibilité géographique est davantage marqué sur le plan de la prévention que sur le plan curatif.

Quant à la question du lien entre la qualité et le volume d'activité, certaines études, notamment anglo-saxonnes, surestimeraient le rôle du volume comme déterminant de la qualité et négligeraient un certain nombre de facteurs, comme les facteurs dits de « *confusion* » (sévérité de la maladie). Une étude de 1999 montre en outre qu'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. Les recherches concluent de façon contradictoire aux vertus de la concentration, puis à son absence d'influence sur l'accroissement de la qualité des soins.

La validité des seuils est mise en question par les auteurs qui identifient plusieurs difficultés dans la détermination de ces seuils, dont la prise en compte de la survenue d'événements rares liés au hasard, la difficulté de trouver des indicateurs de résultats pertinents ou encore la difficulté de définir ce que sont des volumes faibles ou importants de pratiques. Le volume d'activité doit-il être défini par établissement ou par praticien ? Quelle durée prendre comme référence ? Beaucoup de causes autres que l'augmentation de la pratique des intervenants interviennent dans la qualité, comme les bonnes pratiques, le management, l'hygiène, ou la formation initiale et continue. De plus, ces seuils sont très variables selon les pays. Ainsi, le seuil d'activité pour le maintien d'une maternité est de 300 accouchements en France, mais de 100 accouchements dans certains États peu denses des Etats-Unis.

⁴⁷ Véronique Lucas-Gabrielli, N. Nabet, F. Tonnelier ; *Les soins de proximité : une exception française ?* ; CREDES, juillet 2001.

B - LOIN D'ÊTRE SEULEMENT UN ENJEU SANITAIRE, L'HÔPITAL EST UN ACTEUR MAJEUR DE LA VIE LOCALE**1. L'hôpital est source de richesses pour l'économie nationale et locale***a) Le poids économique du secteur sanitaire*

Le secteur de la santé n'est souvent regardé que sous l'angle de la dépense qu'il engendre, alors qu'il constitue aussi une source de richesses dans l'économie, tant au niveau national que local. La part des dépenses hospitalières est importante, l'hospitalisation publique et privée consommant en France plus de 50 % des dépenses de santé et plus de 4 % de la richesse nationale. Toutefois, le secteur de la santé contribue également à la production de la richesse nationale. Une étude du CREDES a ainsi montré que son apport à la formation du produit intérieur brut (PIB) était croissant depuis 1984.

b) Maintien de l'emploi

Le secteur de la santé est aussi générateur de nombreux emplois, directs et indirects. L'hôpital, avec la fin de la société industrielle, est souvent le premier employeur des villes françaises, notamment de petite et moyenne tailles. Cette situation concerne toutes les villes. Les petites d'abord, où la fermeture d'un hôpital prive la ville, voire le « pays », d'un certain dynamisme. Dans le monde rural, maintenir un service de santé est une des conditions à la limitation de l'exode de la population. Mais pour les grandes villes également, la fermeture de l'un de ses établissements n'est pas sans conséquences économiques et sociales. Les répercussions touchent souvent l'ensemble de la région. En 2000, dans quatorze des vingt-deux régions, c'était en effet un hôpital qui arrivait en tête des plus grands établissements de la région. L'hôpital irrigue par ailleurs l'économie locale par ses besoins en diverses et nombreuses fournitures notamment. Il fait ainsi travailler les fournisseurs locaux pour s'approvisionner en denrées alimentaires ou en matériels en tout genre. Et s'il externalise un certain nombre de ses activités, il fait également appel aux entreprises situées à proximité (restauration et blanchisserie par exemple).

Actuellement, avec un total de 3 042 établissements de santé, publics et privés, c'est plus d'un million de personnes, toutes catégories professionnelles confondues, qui y travaillent. La fonction publique hospitalière, hors personnels médicaux, représente quant à elle 720 000 personnes.

Pour illustration, dans le Limousin, le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Limoges, avec ses 4 500 emplois, est, de loin, le premier employeur de la région et les centres hospitaliers de Brive et de Tulle, de même, sont les plus gros employeurs de leur département. A ces emplois directs s'ajoute le nombre d'emplois induits par les hôpitaux : le CHRU de Limoges

travaille ainsi avec 3 328 fournisseurs dont 34 % sont Limousins, ce qui représente par ailleurs 23 % des dépenses extérieures du CHRU⁴⁸.

2. L'hôpital joue un rôle social de premier plan

a) L'hôpital occupe une place centrale dans la prise en charge des personnes fragilisées

Nous avons vu à l'aide des analyses d'Emmanuel Vigneron que la distance était un facteur discriminant pour les catégories sociales les plus modestes et les personnes âgées. D'autant que l'hôpital remplit un certain nombre de missions sociales et occupe une place centrale dans la prise en charge des personnes démunies. Aussi bien dans sa période d'expansion que dans la phase actuelle, l'hôpital a tenu et tient un rôle de refuge. C'est une des fonctions du service public et des établissements de santé qui y concourent, que de garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent⁴⁹.

Prenons l'exemple de la prise en charge des urgences. Leur nature même impose une prise en charge rapide et un haut niveau de technicité. Ici l'aménagement sanitaire du territoire ne saurait être perverti par des préoccupations d'autre nature. Il consiste en la répartition des services et unités d'accueil en fonction de la répartition de la population. Mais il se trouve que ce que l'on nomme « *urgences* », car traité dans les services d'urgence, recouvre aussi un besoin social et économique qui ne trouve pas de satisfaction ailleurs. Une forte concentration de cette demande se trouve précisément dans les villes et particulièrement dans celles en proie à des difficultés économiques. L'urgence hospitalière est le mode d'accès aux soins spécifiques des populations défavorisées. Ces personnes ne s'adressent pas aux urgences par défaut, mais parce qu'elles trouvent des réponses adaptées à leurs besoins. Non qu'elles souffrent de pathologies spécifiques au point que cette différence d'état sanitaire expliquerait le recours massif à l'urgence hospitalière, mais elles connaissent un ensemble de problèmes qui, cumulés, les empêchent de disposer des ressources économiques, psychologiques, identitaires, nécessaires pour mettre en œuvre une démarche de santé précoce, continue et active. L'urgence hospitalière de proximité répond alors à des besoins qui leur sont sans doute particuliers mais qui sont surtout multiples. Ils se traduisent sous la forme d'une demande de soins parce que l'hôpital possède des ressources pour faire face à cette diversité. C'est là un défi pour les établissements de santé qui contribuent ainsi directement à la politique de la ville. C'est pourquoi le Haut comité de la santé publique recommandait dans son ouvrage « *La santé des Français* » de renouer avec la consultation de médecins à la porte des établissements.

⁴⁸ Bernard Chenaie ; *Les infrastructures sanitaires hospitalières, un élément de l'aménagement régional : quelle réponse des établissements publics et privés aux enjeux de la santé en Limousin ?* ; Conseil économique et social du Limousin, octobre 2001.

⁴⁹ Philippe Mossé ; *Le lit de Procuste : l'hôpital, impératifs économiques et missions sociales* ; Pratiques du champ social, 1997.

b) Santé et personnes âgées, l'enjeu du XXI^e siècle

Le vieillissement de la population française est une évolution à prendre en compte dans l'organisation du système de santé. Les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront près de 30 % de la population en 2010. Or, l'hôpital, dans son organisation et son fonctionnement, est au centre de ces préoccupations, en particulier dans certaines régions davantage exposées à ce défi démographique, comme le Limousin par exemple. Le Conseil économique et social régional du Limousin constate en effet que le vieillissement de la population, la moyenne d'âge élevée dans la région et les politiques de maintien à domicile sont trois facteurs qui convergent vers l'accueil par les établissements de patients aux pathologies de plus en plus lourdes⁵⁰.

L'enjeu sociétal du XXI^e siècle sera d'apporter des réponses concrètes en terme d'accompagnement médical et social des personnes âgées dépendantes ainsi que des aidants naturels, de structures d'hébergement et d'accueil.

Un juste équilibre devra être recherché dans les réponses à apporter entre les dispositifs de maintien à domicile et l'entrée des personnes en établissement.

Toutes les expérimentations conduites dans le cadre des réseaux et filières de soins sont autant d'initiatives intéressantes et leur pérennité doit être assurée. A titre d'exemple, le réseau gérontologique développé par la MSA est un réseau sanitaire destiné à maintenir à domicile les personnes âgées dépendantes dans des conditions sanitaires et sociales optimales.

Le dispositif de maintien à domicile repose sur la coordination par le médecin généraliste de l'ensemble des acteurs, tous volontaires, autour de la personne âgée, la recherche d'une utilisation optimale des structures existantes et le respect du libre choix de la personne âgée.

Trois points forts caractérisent l'organisation :

- le rôle pivot du médecin généraliste coordonnateur du réseau pour ses patients et avec les professionnels ;
- la coopération ville/hôpital pour favoriser le maintien à domicile, symbolisée par l'ouverture de l'hôpital au médecin généraliste ;
- l'articulation entre le sanitaire et le social pour une prise en charge globale de la personne âgée.

c) Éviter le cumul d'inégalités et l'exode pour les zones « *rurales isolées* »

Le risque des communes appartenant à des zones « *rurales isolées* » est de cumuler les inégalités : déclin de la population, pourcentage important de personnes âgées, éloignement des services de premier recours. L'espérance de vie dans les communes de moins de 2 000 habitants est légèrement inférieure à la moyenne. La crainte est d'aboutir à une spirale de désertification.

⁵⁰ CESR du Limousin, *ibid.*, page 46.

La dépopulation conduit à la suppression des services, ce qui renforce l'exode rural. A cela s'ajoutent les perspectives de démographie médicale et les restructurations hospitalières. La diminution du nombre de médecins, généralistes et spécialistes, pourrait se traduire par une moindre couverture médicale du territoire et une diminution du nombre de communes pourvues de généralistes.

3. L'hôpital, fruit d'une histoire et symbole de prestige, est au cœur des stratégies politiques locales

a) Un enjeu de politique locale

Loin d'être uniquement économiques et sociales, les répercussions sont aussi politiques et le maintien d'un établissement de santé peut être un enjeu crucial pour les élus locaux. L'établissement de santé constitue parfois une pièce maîtresse de la stratégie politique locale des élus. Le soutien et l'engagement des élus dans les opérations de restructuration s'avèrent déterminants et leur opposition peut se révéler fatale au projet. Il convient à cet égard de rappeler que le maire est juridiquement le président du conseil d'administration de l'établissement de santé situé sur sa commune.

La présence d'un établissement de santé est un facteur d'attraction pour la population, au même titre que celle d'une école ou d'un lycée. C'est en effet l'un des éléments pris en compte pour s'installer dans une ville. L'établissement de santé est un élément symbolique de l'importance ou du prestige de la commune et des environs.

b) Une illustration des enjeux locaux : l'exemple de Millau et Saint-Affrique

Saint-Affrique et Millau constituent une bonne illustration des crispations qu'une réorganisation hospitalière peut provoquer au niveau local. Dans le sud de l'Aveyron, où vivent 80 000 personnes, l'hôpital de Saint-Affrique a été fusionné avec celui de Millau, distant d'une trentaine de kilomètres, il y a trois ans, sur décision de l'ARH de Midi-Pyrénées. C'est un protocole présenté le 20 août 2003 qui a provoqué la vive réaction des populations. Ce texte prévoyait une spécialisation des hôpitaux, la chirurgie et la réanimation revenant à Millau, et Saint-Affrique développant la cardiologie et la rééducation fonctionnelle. Les habitants de Saint-Affrique n'ont pas accepté la fermeture programmée, à partir du 1^{er} novembre, des trente-cinq lits de chirurgie et des cinq lits du service de réanimation de leur hôpital. La suite a été largement détaillée dans les médias. Manifestation, hôpital de Saint-Affrique recouvert de bâches noires, référendum local révélant une majorité écrasante de « non » au protocole de l'ARH, journée « *ville morte* » dans la commune aveyronnaise, grève de la faim, occupation du site du chantier du viaduc de Millau, ont été les principaux épisodes de la résistance de la population locale, provoquant la suspension du protocole de l'ARH par Jean-François Mattei. La situation a été désamorcée avec le courrier que l'ARH envoie au préfet de l'Aveyron le 29 octobre : « *les cinq lits de*

réanimation resteront opérationnels (...), les lits de chirurgie restent inscrits au programme de l'établissement jusqu'aux conclusions de la mission d'inspection (...), l'activité de radiologie est maintenue sur les deux sites avec une astreinte assurant la pérennité des activités de maternité et d'urgence 24h /24 ». « *Les gens ont compris que l'objectif n'était pas la fermeture du site de Saint-Affrique, mais l'adaptation de l'offre de soins en fonction des besoins et de la démographie médicale* », a expliqué Pierre Gauthier, le directeur de l'ARH. La réorganisation que propose l'ARH constitue à ses yeux le seul moyen d'assurer un avenir à Saint-Affrique, en déficit de 5 millions d'euros. Le député maire de Millau, Jacques Godfrain, partage cet avis lorsqu'il affirme que le regroupement des moyens des deux hôpitaux est indispensable pour faire face à de gros centres comme Albi, Rodez ou Béziers.

Cette question a localement pris une dimension politique avec la perspective des élections régionales. De nombreux enjeux étaient imbriqués : contexte électoral d'une part, climat social difficile d'autre part.

Cette situation témoigne en réalité d'une rivalité bien plus ancienne, reposant sur l'histoire des deux villes. Derrière cette affaire en effet se révèle en profondeur l'histoire de deux cultures très différentes. L'opposition est bien antérieure à la fusion des deux hôpitaux entre Millau, ancienne ville ouvrière, fière de son hôpital neuf qui attire les praticiens de tous côtés, et Saint-Affrique, agricole et bourgeoise, située au cœur du plus petit bassin de vie français, dont l'hôpital décline depuis vingt ans. L'état d'esprit de la population de Saint-Affrique est ainsi exprimée par son maire : « *l'affaire va bien au-delà d'un problème de santé publique. C'est une agression inadmissible de supprimer cinq lits de soins intensifs sur un territoire enclavé. Ces lits ont sauvé des centaines de vies (...). Les gens se sentent abandonnés, c'est ça qui est insupportable* ».

Cet exemple démontre bien que les enjeux, sur le plan local, sont complexes et étroitement imbriqués. Derrière la défense de l'emploi ou les arguments économiques, se dissimulent parfois, en réalité, des raisons plus confuses, moins rationnelles que passionnelles, révélant l'attachement profond d'une population à son établissement de santé. Ces raisons sont ancrées dans l'histoire locale et touchent à l'identité même d'un territoire. La condition de réussite d'une politique de planification est de prendre en considération, également, toutes ces dimensions humaines afin de ne pas heurter les susceptibilités locales. Le cas de Saint-Affrique et Millau montre que sans le soutien des acteurs locaux, élus, médecins et population locale et sans une bonne politique de communication auprès des habitants, les projets de l'ARH risquent d'être voués à l'échec.

Les établissements de santé participent donc à la cohésion territoriale et sont un acteur essentiel des économies locales et de la vie politique locale. Sources d'emplois et d'activité économique, éléments de sécurité sanitaire ou de confort, acteurs sociaux incontournables, symboles de l'importance et du prestige de la ville, témoins de l'histoire de la ville et de son identité, autant

d'éléments qui font que l'attachement d'une population à son établissement de santé est réel et fort. Toutes ces dimensions, à prendre en compte lors des opérations de restructuration de l'offre de soins, rendent ces dernières délicates et complexes.

c) Les restructurations de l'offre de soins dans le paysage sanitaire français

Les recompositions hospitalières, si elles soulèvent des crispations au sein de la population locale qui assiste à la fermeture de son hôpital ou de sa maternité par exemple, n'en sont pas moins une réalité dans le paysage hospitalier français. Elles sont devenues une constante de la politique sanitaire. Pourtant, conduites au niveau régional par les ARH, ces opérations sont animées par la volonté d'offrir à la population un accès aux soins garantissant la sécurité maximum dans la qualité des soins dispensés, tout en tenant compte des particularités propres au territoire concerné qui nécessitent une réponse adaptée à la situation. Les recompositions hospitalières n'en sont pas moins très diverses dans leurs contenus et objectifs.

Les opérations de recomposition de l'offre de soins sont constituées par toutes les actions qui conduisent à une modification de la structure de l'offre de soins institutionnelle assurée par des établissements de santé publics et privés. Ces actions sont très diverses et englobent les fermetures d'établissements, nécessitant la gestion des conséquences qui en découlent sur l'offre de soins, les fusions d'établissements de santé, les réductions de capacités dans une discipline, les regroupements d'activités de plusieurs structures publiques ou privées sur un site unique, les transferts d'activité et aussi des actions de coopération entre les établissements de santé. Les opérations de recomposition répondent principalement à des objectifs d'accroissement de la sécurité et de la qualité dans la dispensation des soins, de rationalisation de l'offre de soins par rapport au territoire à desservir et d'adéquation des soins offerts aux besoins à satisfaire dans le territoire concerné.

La mise à jour de l'Atlas de la recomposition hospitalière du ministère de la santé opérée par les ARH en mai-juin 2002 montre une évolution modérée du nombre des opérations de recompositions qui passe de 372 opérations en juin 2000 à 429 en juin 2002, soit 15 % d'augmentation avec près de 57 opérations nouvelles⁵¹. Les opérations retracées dans l'Atlas des recompositions sont toutefois à divers stades d'avancement, encore en projet, en cours ou abouties. Ces opérations nouvelles concernent pour l'essentiel la Lorraine (quinze opérations nouvelles), le Languedoc-Roussillon (onze opérations nouvelles), Rhône-Alpes (six), Basse-Normandie (six), Champagne-Ardenne (trois), Provence-Alpes-Côte d'Azur (trois) ainsi que la Guadeloupe (trois) et la Martinique (deux). Cette évolution peut signifier que les autres régions ont déjà

⁵¹ *Les restructurations hospitalières 1994-2002*, rapport résultant d'un questionnaire adressé aux ARH à la fin du 1^{er} semestre 2002, disponible sur www.sante.gouv.fr

atteint le maximum des recompositions possibles et on pourrait assister lors des prochaines années à une stagnation du nombre des opérations données, analyse le rapport précité. Mais ce constat peut être aussi le reflet de la non-exhaustivité des informations recueillies.

La complexité des opérations conduites est traduite par le fait que les 429 opérations de recomposition de l'offre de soins donnent lieu à 662 actions comportant des regroupements d'activité (dans 20 % des opérations de recomposition), des fusions (dans 23 % des opérations), des actions de coopérations, des transferts d'activités, des fermetures de lits voire d'établissements, des conversions d'activités⁵².

Les opérations de recomposition tiennent également compte, dans les objectifs de structuration de l'offre de soins dans sa nature et sa localisation, des données démographiques de la population. Ainsi un certain nombre d'actions tend à des restructurations de l'offre en faveur des personnes âgées et se traduit par des conversions de structures de soins de suite en structures pour personnes âgées, ou par des transformations d'hôpitaux locaux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le rapport de la Cour des comptes de 2002 n'en a pas moins jugé la politique de restructuration « *très modeste* ». L'ARH d'Ile-de-France a porté une appréciation similaire : l'absence de réorganisations internes suffisamment rapides a entraîné une dégradation financière des hôpitaux publics et une multiplication des reports de charges⁵³.

Face à ces divers enjeux, l'idée a émergé que certains problèmes relatifs à la santé, notamment en termes d'aménagement du territoire, pourraient trouver de meilleures solutions en étant délégués à des acteurs périphériques et que rapprocher la décision du terrain permettrait des réponses mieux adaptées aux besoins locaux, plus pertinentes et plus consensuelles. Cette motivation est sous-jacente à la question de la régionalisation et de la démocratisation des politiques de santé.

⁵² *ibid.*

⁵³ ARH-IDF ; 1997-2002, *Un bilan pour rendre compte. Des propositions pour avancer* ; document interne, 2002.

III - LES POLITIQUES DE SANTÉ : VERS UNE RÉGIONALISATION ET UNE DÉMOCRATISATION ACCRUES

La régionalisation des politiques de la santé est une évolution aujourd'hui bien amorcée. Elle est de nature à favoriser la démocratie sanitaire en rapprochant le citoyen du niveau de décision.

A - LA RÉGION COMME CADRE TERRITORIAL DES POLITIQUES DE SANTÉ

La santé, selon le préambule de la Constitution de 1946, est une obligation de la Nation. La protection de la santé est constitutionnellement garantie, l'Etat étant le garant de ce droit.

Toutefois, l'idée d'une définition des besoins de santé au niveau régional s'impose progressivement. Les politiques de santé régionalisées sont conçues et mises en œuvre en fonction de la spécificité et de la diversité des espaces géographiques. Elles sont ainsi plus adaptées aux besoins des populations dans les territoires ou « *bassins de santé* » et davantage en mesure de répondre aux enjeux économiques, politiques et sociaux de l'aménagement du territoire. Rapprocher la politique de santé des citoyens, mieux prendre en compte les besoins d'une population, favoriser la pérennité d'une prise en charge de qualité mais aussi de proximité, sont autant de motifs pour faire de la région le cadre des politiques de santé. Mais la voie suivie jusqu'à aujourd'hui pour la régionalisation de la santé a été celle d'une déconcentration des compétences de l'Etat, dont l'objectif principal a été la rationalisation des dépenses de santé.

Le renforcement du niveau régional comme échelon de pilotage et de gestion du système de santé est un processus qui, bien que récent, apparaît déjà très structurant.

1. La régionalisation : un mouvement entamé, reposant principalement sur la déconcentration...

Depuis la fin des années soixante-dix, la plupart des avancées législatives ont pour pivot la circonscription régionale⁵⁴. Ces évolutions oscillent entre déconcentration et décentralisation.

En droit public, on oppose décentralisation et déconcentration :

- la déconcentration est une délégation de pouvoirs de l'administration centrale de l'Etat vers ses services implantés sur le territoire. Le pouvoir central décide toujours pour les affaires locales, mais décide sur place et non plus de la capitale.
- la décentralisation consiste à confier des compétences, et les moyens financiers, fiscaux et administratifs correspondants, à des collectivités autonomes, dotées comme l'Etat de la personnalité morale et pourvues de leurs propres organes de décision. L'Etat n'a plus de pouvoir hiérarchique, même s'il garde un pouvoir de tutelle pour contrôler la légalité des actes de la collectivité territoriale.

⁵⁴ D. Tabuteau ; *La régionalisation du système de santé en question* ; Droit social, juillet-août 2002.

Le processus de régionalisation débute en 1977 avec la création des DRASS, échelon déconcentré du ministère.

Mais la logique régionale commence à prendre une place significative dans le paysage sanitaire français avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991, qui renouvelle les procédures de planification hospitalière, la création des SROS et l'instauration des comités régionaux d'organisation sanitaire. Ainsi est exprimée et mise en place la volonté de faire de la région le cadre territorial de l'organisation de la santé.

En 1993, un groupe de travail réuni dans le cadre du Commissariat général du Plan envisage, de manière novatrice à l'époque, un scénario de régionalisation faisant intervenir une « *agence régionale de santé* », inspirée du modèle québécois des régies régionales.

Les développements du début des années quatre-vingt-dix sont significatifs d'une recherche de cohérence et de meilleure articulation des acteurs, afin de remédier aux dysfonctionnements liés à l'éclatement des responsabilités : clarification des compétences entre les DRASS et les DDASS, mise en place de systèmes informels de « *co-gestion* » entre DRASS et caisses régionales d'assurance maladie. Face à une administration régionale qui se renforce, le paysage s'enrichit alors de nouveaux acteurs amenés à jouer un rôle sur la scène régionale : les unions régionales de médecins libéraux d'une part, créées par la loi du 4 janvier 1993 et installées l'année suivante. Les unions régionales de médecins libéraux sont investies de missions d'analyse et d'étude du fonctionnement du système de santé, d'évaluation des besoins, de formation et d'information des médecins et des usagers. Les conférences régionales de santé d'autre part, sont mises en place à titre expérimental en 1995.

Les ordonnances de 1996 font franchir au processus de régionalisation de la gestion du système de soins une étape très significative par la création des ARH, des URCAM et l'officialisation des conférences régionales de santé. Le mouvement vers les régions est ainsi amplifié. La gestion du dispositif de régulation repose dorénavant sur les ARH, en mesure de manier efficacement les outils de pilotage créés ou renforcés par l'ordonnance du 24 avril 1996. La planification hospitalière est désormais confiée à l'ARH et non plus aux préfets de région.

L'idée qui sous-tend ce mouvement est qu'en donnant davantage de responsabilités aux acteurs régionaux, la capacité d'innovation, l'expérimentation ainsi que l'émergence de nouvelles formes d'organisation s'en trouveront stimulées. L'approche régionale apparaît comme la bonne échelle de maîtrise des risques et de contrôle des dépenses. Mais surtout, les régions semblent mieux placées que le niveau central pour adapter des solutions aux contextes locaux et traiter la dimension territoriale des politiques de santé publique.

2. ... qui est insuffisamment évalué

Comme le remarque Dominique Polton du CREDES⁵⁵, le bilan de la régionalisation n'est pas facile à faire. L'évaluation en effet est insuffisante. La directrice du CREDES déplore que des transformations aussi profondes dans la gouvernance du système de soins n'aient pas été accompagnées d'un programme structuré d'évaluation mené par des chercheurs indépendants. Si quelques travaux de recherche ont été menés, c'est de manière ponctuelle, sans coordination ni volonté de construction d'une évaluation d'ensemble. La remontée d'information qui devrait accompagner une délégation de responsabilités à des échelons administratifs territoriaux, afin de suivre et d'évaluer l'action menée au regard des politiques nationales, n'a été que très partiellement mise en place. La visibilité de ce qui se passe dans les régions n'est par conséquent pas évidente. L'information disponible sur les politiques régionales est disparate. Aussi est-il très difficile pour un observateur extérieur d'avoir une idée globale des résultats des contrats d'objectifs et de moyens, outils à la disposition des ARH. La visibilité n'est pas non plus acquise pour l'administration centrale, ce qui est encore plus gênant car c'est elle qui est censée piloter l'ensemble du dispositif. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins demande un grand nombre d'informations aux ARH mais manque d'éléments nécessaires à l'évaluation de l'action régionale et de la mise en œuvre des dispositifs gérés à ce niveau (SROS, COM...). Quant aux bilans des ARH, ils sont souvent faits par les directeurs eux-mêmes et on peut déplorer la faiblesse de l'évaluation externe.

3. Les enseignements de la régionalisation de la santé en Europe

Alors que la France n'intègre que depuis peu l'échelon régional dans la gestion du système de santé, la plupart des gouvernements européens ont procédé, depuis une vingtaine d'années, à un réexamen de leur niveau de décision des systèmes de santé. La décentralisation a été dans de nombreux pays un élément fondamental des réformes. Dans un certain nombre d'entre eux, la tendance est à la délégation de la gestion du système de santé et, progressivement, de son financement, à des collectivités locales. Dans d'autres, il ne s'agit pas de décentralisation politique au sens strict, mais de délégation de responsabilités à des acteurs locaux.

La notion de régionalisation recouvre, en Europe, plusieurs approches, de la décentralisation à la délégation de compétences, en passant par la déconcentration et la dévolution de responsabilités.

⁵⁵ Dominique Polton ; *Quelle régionalisation du système de santé ?* ; in Les Cahiers hospitaliers, juillet-août 2003, n° 192.

a) Les pays nordiques illustrent un modèle décentralisé en matière de santé

En Suède et au Danemark, les comtés jouissent d'une très large autonomie dans l'organisation et dans la gestion du système de santé. Ils sont responsables de la fourniture des soins à la population. Le rôle du gouvernement central réside dans la définition des priorités qui sont ensuite appliquées assez librement et à leur rythme par les différentes régions. Un pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillance des régions est dévolu au niveau national.

La réforme du service national de santé suédois de 1993 a donné aux municipalités la responsabilité de certains services sociaux comme les soins aux personnes âgées, handicapées et, depuis 1995, les soins de longue durée aux malades mentaux.

Tant au Danemark qu'en Suède, les comtés sont gouvernés par des conseils élus, ce qui leur donne une légitimité aux yeux des usagers. En Suède, ils lèvent directement les impôts affectés à la santé, le gouvernement central versant seulement des subventions. Les comtés sont responsables de la fourniture des soins primaires et secondaires pour leur population, de la politique de santé publique et de la prévention. Ils dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation de praticiens privés. Les comtés danois consacrent près de 70 % de leur budget à la gestion des services de santé. Ils possèdent et gèrent les hôpitaux et les centres de soins primaires, rémunèrent les professionnels de la santé qui sont salariés ou sous contrat. Le financement est assuré à 87 % par des impôts locaux et le reste par des dotations du gouvernement central.

Le modèle finlandais⁵⁶

Avec un taux élevé de satisfaction de la population (75 % contre 66 % pour la France) et un faible poids des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut (7 %), le système santé finlandais s'avère efficient. L'un des principaux enjeux de la Finlande en matière de santé est toutefois d'assurer un égal accès aux soins, tant en qualité et sécurité qu'en quantité, principalement dans les régions les plus isolées.

La caractéristique du système de santé tient à son extrême décentralisation et à la prépondérance du secteur public dans la fourniture du service public de santé.

- *Un système public très décentralisé, dont le pivot est la municipalité.*

Le système de santé finlandais est l'un des plus décentralisés d'Europe. L'Etat y intervient essentiellement par le biais de recommandations et d'objectifs à atteindre ainsi que par l'octroi de subventions, en réduction constante. Sa part dans les dépenses de santé est passée de 35,6 % à 18 % entre 1990 et 2000.

Les 444 municipalités, à la taille très variable, sont responsables de la fourniture des services sociaux et des services de santé à leurs résidents. Pour ce faire, elles ont la possibilité depuis 1993 de lever un impôt spécifique. Elles financent les deux tiers des dépenses de santé. Ces dernières représentent en moyenne 45-50 % de leur budget global et l'impôt qu'elles collectent s'élève à 18 % du revenu imposable des ménages en moyenne.

Dans ce système de santé, le secteur privé n'a que peu d'importance et demeure encore peu développé. Si un tiers des spécialistes exerçant à l'hôpital ont parallèlement une activité privée en ville, seuls 4 % des médecins finlandais, généralistes et spécialistes confondus, ont une activité exclusivement privée. Globalement, le secteur privé représente 20 % des soins ambulatoires et les hôpitaux privés seulement 5 % des journées d'hospitalisation.

En vertu du « *Primary Health Care Act* » de 1972, les municipalités doivent organiser les services sociaux et les services de soins primaires et secondaires. Bénéficiant d'une grande marge de liberté, elles peuvent se regrouper afin d'offrir des services communs, organiser et financer directement ces services ou les acheter auprès de fournisseurs privés, choisir d'aller au-delà du minimum législatif de services qu'elles doivent proposer. Par conséquent, la façon dont les services sont délivrés ainsi que leur contenu peuvent varier d'une municipalité à une autre. Les soins primaires sont organisés autour des centres de santé.

La très grande majorité des municipalités organisent elles-mêmes la fourniture de soins primaires à leurs résidents, à travers le ou les centres de soins qu'elles gèrent. Ces centres de soins, au nombre de 270, peuvent être communs à plusieurs municipalités. Chaque citoyen est rattaché à un centre et, de plus en plus fréquemment, à un médecin au sein de ce centre (« *personal doctor system* », ou « *population responsibility* »). Le recours au secteur privé est la seule alternative offerte à ce système. L'équipe des centres de soins est pluridisciplinaire et composée de médecins généralistes, de spécialistes (dentistes surtout), d'infirmières, de sages-femmes, de travailleurs sociaux, de psychologues et de personnels administratifs, tous recrutés et rémunérés par les municipalités. En moyenne, un centre emploie de cinq à douze médecins et un médecin suit environ 1 500 à 2 000 patients. Ces centres sont bien équipés et disposent de trente à soixante lits en moyenne. Les infirmières, au nombre de 21,7 pour 1 000 habitants contre 5 pour la France et l'Angleterre, y jouent un rôle-clé.

Les municipalités, devant également offrir un certain nombre de services sociaux à leur population, services de soins et services sociaux relèvent du même échelon administratif. Une bonne articulation est ainsi garantie entre les deux domaines. Les responsabilités sont bien identifiées, et l'acteur principal est aussi le financeur.

⁵⁶ Extrait du rapport de mission du voyage d'étude effectué en Finlande par le Conseil économique et social, cf. le texte intégral en annexe.

Hors les cas d'urgence, le recours aux services de l'hôpital n'est possible que sur autorisation d'un médecin du centre de santé (ou du secteur privé). L'hôpital ne délivre que des soins spécialisés. En moyenne, 5 % des visites dans un centre de santé donnent lieu à l'octroi d'une autorisation pour l'hôpital.

- Les soins secondaires et tertiaires.

Ces soins sont fournis par les hôpitaux et financés par les municipalités. La Finlande compte cinq hôpitaux universitaires, quinze hôpitaux centraux et quarante hôpitaux plus petits, n'offrant que certains services (« *district hospitals* »). Ils sont détenus par les « *district hospitaliers* », qui sont en fait des regroupements de municipalités. Chaque municipalité a l'obligation législative d'appartenir à l'un de ces districts. Chacun des vingt-et-un districts négocie annuellement avec le ou les hôpitaux du district la nature et le volume des soins qu'il veut voir fournis à ses résidents. De cette négociation découlera le budget alloué par les municipalités.

Comme pour les centres de santé, le citoyen finlandais n'a pas le choix de son hôpital.

- Un souci constant d'intégration et de coordination.

La diversité des acteurs du monde sanitaire et social et la forte décentralisation pourraient faire craindre une mauvaise continuité des soins. Or, par l'existence des centres de santé et la quasi-obligation (à moins de recourir au secteur privé) de passer par les médecins de ces centres avant de pouvoir accéder à l'hôpital, cette continuité est mieux assurée qu'en France.

La Finlande met son avance dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) au service de la santé. Les dossiers des patients sont généralement informatisés et accessibles tant par les spécialistes des hôpitaux que par les généralistes depuis leur centre de santé. Ils renferment, outre l'historique médical de chaque patient, les radios numérisées et les résultats des examens de laboratoire. D'une manière générale, la télémédecine est bien plus développée qu'en France.

- Les problèmes actuels de la Finlande : renforcement des inégalités et délais d'attente.

Les inégalités socio-économiques, principalement induites par la structure de l'offre ambulatoire, ont pour conséquence un accès plus aisé des groupes favorisés aux services spécialisés. Les inégalités entre habitants de différentes communes résultent, quant à elles, de la mauvaise répartition géographique des médecins, du système de financement décentralisé mais aussi de la taille des communes. Si le volume de soins offerts est jugé suffisant, le problème est celui de leur répartition inégale sur le territoire.

L'allongement préoccupant des listes d'attente, et par conséquent des délais d'accès aux soins, est également lié à la pénurie relative de médecins. Ces derniers en effet sont mal répartis tant sur le territoire qu'entre le secteur public et le secteur privé.

Un programme d'actions du ministère des affaires sociales (Health 2015), doublé d'un ambitieux projet informatique, devraient toutefois contribuer à limiter ces problèmes.

b) L'Allemagne a opté pour un partage de compétences entre Länder et fédération

Chaque Land possède un gouvernement et un ministre de la santé. Mais la marge d'autonomie en matière de politique économique est susceptible d'engendrer de forts antagonismes avec les instances fédérales. Les Länder ont tout pouvoir en matière d'investissements hospitaliers et tiennent jalousement à leurs prérogatives.

Même si l'Allemagne est un Etat fédéral, la décentralisation à l'œuvre dans le secteur de la santé ne passe pas tant par les pouvoirs des gouvernements des Länder que par le principe de négociation locale entre les acteurs : les

associations de caisses d'une part, les associations de médecins d'autre part. Les mécanismes de régulation de la médecine ambulatoire notamment ont été définis dans le cadre de cette autonomie de gestion concertée. Le principe de la négociation collective décentralisée est cependant confronté, depuis une quinzaine d'années, à la fois à une reprise en main étatique du secteur et aux tentatives de mettre en place une régulation plus concurrentielle.

c) Le Royaume-Uni est passé d'une forte bureaucratie centralisée à une excessive déconcentration

La réforme de 1989 pousse la déconcentration loin en matière de santé. Tandis qu'elle transforme les hôpitaux en fondations autonomes obligées de rechercher leurs budgets en passant des contrats, elle déleste les régions d'une partie de leurs pouvoirs au profit des districts et des médecins de premier recours. Des médecins généralistes volontaires ont reçu des enveloppes budgétaires pour financer les soins de spécialistes et les soins hospitaliers de leurs patients. Ce mouvement s'est donc traduit par une responsabilisation accrue et des marges d'autonomie et de négociation plus grandes des acteurs locaux, notamment des hôpitaux.

La réforme de 1999 confie l'achat de soins à une nouvelle structure, les *primary care groups* (PCG). Ces « *primary care groups* » associent des généralistes, des infirmières, des représentants des services sociaux et de l'administration sanitaire ainsi que des patients. Les responsabilités et les budgets en matière sanitaire sont éclatés entre 481 « *primary care groups* » qui couvrent en moyenne 100 000 personnes. Mais les districts et les régions conservent certaines tâches essentielles : évaluation des besoins de santé de la population locale avec l'aide des « *primary care groups* », définition d'une stratégie pour y répondre, définition de la carte sanitaire mais aussi d'objectifs et de critères de références locales en fonction des priorités et des normes arrêtées au niveau national pour les districts. Les autorités régionales conservent la coordination de certains soins très spécialisés.

Il s'agit ici d'une délégation de gestion à des réseaux de professionnels, le pari étant que « *cette gestion par des cliniciens* » est la plus apte à faire des choix efficaces et de nature à améliorer la qualité des soins.

d) L'Espagne : un système national de santé en voie de décentralisation rapide⁵⁷

Le système de santé espagnol se caractérise par un accès universel aux soins, quasi gratuit et, depuis 1999, entièrement financé par l'impôt. Si le système de santé est public, la compétence de sa gestion n'appartient plus, pour toutes les communautés autonomes, à l'Etat central.

⁵⁷ Jean Delaneau ; *Etude du système de soins et l'évolution des dépenses de santé en Espagne* ; Rapport d'information 247 (1999-2000) de la commission des affaires sociales du Sénat.

L'autonomie régionale est en effet un concept clé de l'administration espagnole. La gestion du système de santé par l'INSALUD (la sécurité sociale espagnole) est progressivement confiée aux communautés autonomes. Entre 1981 et 1994, sept communautés autonomes sur dix-sept ont bénéficié ainsi d'un transfert complet des compétences en matière de santé. Pour les dix autres, les services de santé sont restés gérés de manière centralisée par l'INSALUD, jusqu'en 2002, date à laquelle le processus de dévolution a été étendu. Si le rôle de l'Etat devient résiduel pour la gestion du système, il demeure toutefois majeur pour son financement.

Les communautés autonomes ont leur parlement et leurs conseils sanitaires. Le conseil inter-territorial du système de santé, présidé par le ministre de la Santé, coordonne les deux niveaux, central et régional. Le conseil a notamment préconisé la rédaction d'un catalogue des services minimum. Le décret du 20 janvier 1995 précise le niveau des services que le système de santé doit proposer et financer. Certaines régions, usant de leur autonomie budgétaire, offrent à leurs résidents un éventail de services plus large.

Le Parlement espagnol approuve un plan national de santé. A ce plan se superposent des plans régionaux approuvés par les parlements de chaque communauté autonome.

Le principe de dévolution incite les communautés autonomes à promouvoir des expérimentations fondées sur l'indépendance des structures sanitaires dans la gestion. En Catalogne, la gestion de certains hôpitaux a été confiée à des consortiums semi-publics et même à des entreprises privées.

Mais l'évolution des systèmes de santé de chacune des communautés à pleine compétence sanitaire a été très différente.

Concernant les hôpitaux publics gérés directement par l'INSALUD, la lourdeur du système sanitaire se révèle toutefois importante. Cette lourdeur affecte les conditions dans lesquelles les patients sont soignés, avec l'existence de listes d'attente longues entraînant une insatisfaction croissante des usagers, et engendre une insuffisante motivation des personnels. Il est à noter que les deux nouveaux hôpitaux créés par l'INSALUD ont un statut juridique de « *fondation* » et que le personnel relève du droit privé.

Cette combinaison d'un financement centralisé et d'une délégation de responsabilité pour la gestion du système correspond à des schémas évoqués en France. Il est donc intéressant d'analyser les difficultés rencontrées par le processus de régionalisation espagnol :

- la difficulté de trouver un consensus sur des règles de péréquation financière entre les communautés autonomes ;
- la coordination entre les régions pour garantir un égal accès à des services de même qualité sur l'ensemble du territoire national et permettre la circulation des patients entre régions ;

- le découplage entre responsabilité de la gestion du système et responsabilité du financement a été à l'origine de conflits entre le centre et les régions qui ont, face à leurs déficits, argué qu'elles étaient insuffisamment financées. Les déficits chroniques de l'INSALUD, toujours comblés *a posteriori* par le gouvernement, n'ont guère favorisé la responsabilisation financière des communautés autonomes qui ont obtenu en conséquence les mêmes compensations budgétaires.

e) L'Italie a renforcé l'indépendance des régions en matière de santé

Dès l'origine, en 1978, année de la création du service national de santé (SSN), l'essentiel de la gestion du service national de santé a été confié à des *unità sanitarie locale* (USL - unités sanitaires locales), gouvernées par des conseils d'administration dominés par les représentants élus des partis politiques. Les budgets étaient récoltés au niveau d'un organisme central qui les redistribuait aux régions qui étaient ensuite chargées de financer les unités sanitaires locales de leur zone de compétence. Les élus locaux géraient les unités sanitaires locales et avaient donc la responsabilité de la fourniture des services sanitaires.

Mais cette gestion, justifiée par l'argument de la « *participation démocratique* » des citoyens au service national de santé, a vite révélé des points faibles : politisation de la gestion, corruption, dotations jugées insuffisantes par les élus régionaux et locaux, incitation au déficit régional systématiquement couvert par le niveau national, d'où des déficits accumulés. Des difficultés étaient également liées au partage des pouvoirs. Les unités sanitaires locales relevaient d'une double tutelle, Etat et gouvernements locaux, qui s'est avérée conflictuelle. Le financement du service national de santé était centralisé et les cotisations de santé obligatoires reversées à la région de résidence des patients contributeurs. Les régions avaient la possibilité d'augmenter les taux de cotisation et le ticket modérateur dans les limites fixées au niveau national. La séparation entre la responsabilité financière centralisée et le pouvoir de dépense régional et local a été analysée comme le principal facteur de dérive des coûts.

Les années 1990, alors que le système mis en place en 1978 souffrait d'un déficit chronique, ont ancré la santé dans une véritable régionalisation.

La réforme de 1992 a renforcé très fortement l'indépendance des régions en matière de système de santé. Des pouvoirs ont été transférés aux régions à partir du niveau national, mais aussi du niveau local : les élus locaux ont perdu leurs compétences de gestion des unités sanitaires locales au profit des régions, à qui revenait la responsabilité de la délivrance des soins à la population. Le corollaire a été le principe d'autonomie des ressources. Associant à l'affectation des ressources nationales une fiscalité propre, les régions ont été incitées à développer leurs propres stratégies d'organisation de l'offre de soins. Le point important a été la responsabilité directe de la région pour le financement de toute dépense au-delà du budget central, c'est-à-dire qu'elles devaient combler leurs

éventuels déficits par des recettes fiscales ou des hausses de ticket modérateur. Cette réforme s'analyse donc à la fois comme une décentralisation du pouvoir central vers les régions, mais aussi comme une recentralisation au niveau régional de compétences antérieurement dévolues aux élus locaux. La réforme a en outre fait émerger une forte hétérogénéité sociale.

La réforme de 1999 a tenté de corriger cette trop grande hétérogénéité en réintroduisant un peu de planification centralisatrice. Elle a par ailleurs franchi une nouvelle étape dans la régionalisation en introduisant un panier de soins régional. Seuls les soins « *nécessaires* », « *efficaces* », « *appropriés* » et « *efficaces* » sont garantis par le service national de santé. La référence nationale ne s'exerce plus que par l'invocation d'une notion de « *soins uniformes essentiels* » pour tout. Au plan local, des plans d'assurance complémentaire de type mutualiste peuvent être négociés pour des soins non pris en charge. Il est ainsi mis fin au principe d'un budget national redistribué entre les régions par le gouvernement central, pour aller vers un transfert de la responsabilité financière aux régions. Le mode de financement des dépenses de santé est réformé : il est désormais assuré par les impôts régionaux, mais un fonds de solidarité a été mis en place pour les régions dont les recettes fiscales sont insuffisantes. Le problème est que, les régions devant trouver elles-mêmes les ressources pour financer leurs éventuels déficits ou pour accroître la couverture maladie au-delà des standards nationaux, les régions pauvres auront à relever les taux d'imposition davantage que les régions riches, avec le risque d'une désincitation à l'installation pour les entreprises. La menace de cette nouvelle étape dans le processus de régionalisation est celui d'une inéquité accrue entre régions.

La santé en Italie est d'ores et déjà marquée par de fortes disparités régionales, le système étant comparé, par un journal italien, à « *une tour de Babel avec 21 langues locales* ». On peut parler de vingt-et-un modèles d'organisation de santé, autant que de régions italiennes.

Les expériences nordique, espagnole ou italienne, renvoient à une définition stricte de dévolution de compétence⁵⁸ à des élus territoriaux. Les expériences allemande et anglaise partagent avec les précédentes un objectif commun qui est de faire en sorte que toutes les décisions ne soient pas prises par le niveau national, en aménageant des espaces de responsabilité à des acteurs locaux.

f) Les limites des systèmes de santé décrits

De ces expériences européennes en matière de décentralisation des systèmes de santé, on peut noter quelques phénomènes essentiels :

- *La répartition des pouvoirs n'est jamais simple*

Le schéma italien et espagnol est *a priori* séduisant pour concilier décentralisation et solidarité. La gestion des ressources est décentralisée pour

⁵⁸ La dévolution consiste à confier des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes.

rapprocher la décision du citoyen et mieux répondre aux besoins locaux. Le niveau national pour sa part centralise les financements et redistribue les budgets en fonction des besoins, afin d'éviter que l'accès aux soins ne soit lié aux capacités contributives de chaque territoire. Pourtant, des tensions résultent du découplage des responsabilités entre un gouvernement national, seul responsable de l'équilibre des comptes publics, et des gouvernements régionaux, jugés par la population uniquement sur la qualité de fonctionnement des services de santé. Le fait que ce type de partage soit structurellement conflictuel semble illustré par le fait que, pour l'Espagne et l'Italie, les vingt dernières années sont considérées comme autant d'années de conflit entre le niveau national et les régions⁵⁹. De plus, comme le montrent toujours l'Espagne et l'Italie, un tel système a toutes les chances de conduire à des déficits dont les parties, le centre et les régions, se rejettent réciproquement la responsabilité : le gouvernement central estime que les régions ne font pas assez d'efforts pour maîtriser les dépenses, tandis que les régions arguent que les budgets alloués sont insuffisants pour couvrir les besoins. Vouloir s'appuyer sur la légitimité des élus territoriaux pour piloter le système tout en maintenant une responsabilité de financement centralisé apparaît intrinsèquement problématique⁶⁰.

Mais aucun équilibre des pouvoirs n'est exempt de discordances. Au Royaume-Uni se révèle une tension entre la délégation financière vers les groupes de soins primaires et, dans le même temps, une accentuation des normes nationales. L'Allemagne fournit un autre exemple de tensions réitérées entre le gouvernement fédéral et les acteurs locaux de la négociation. Ainsi, dans le domaine du médicament, depuis une dizaine d'années alternent des modalités décentralisées et centralisées de fixation des enveloppes de dépenses.

- *Les inégalités sont-elles le prix à payer pour la décentralisation ?*

La question de la décentralisation est souvent posée en termes d'arbitrage entre efficacité de gestion et accentuation des inégalités.

Concernant l'équité du financement, la décentralisation se solde par des variations territoriales : au Danemark, le taux d'imposition (comté + municipalité) varie de 29 % à 34 %. En Suède, le ticket modérateur pour une consultation médicale peut varier de 11 à 15 € selon les comtés. En Italie, en 2002, six régions sur vingt ont augmenté la fiscalité locale pour combler leur déficit et dix ont introduit un ticket modérateur.

Dans le même temps, la décentralisation révèle clairement les inégalités territoriales de financement et oblige à des péréquations, ce qui pose la question des critères d'équité. Cependant, même si des péréquations compensent à court terme les inégalités de richesse, il existe un risque de creusement des inégalités à long terme lorsque le financement est décentralisé. Ainsi, en Italie, les régions

⁵⁹ CREDES ; *Questions d'économie de la santé* ; Bulletin d'information en économie de la santé ; n° 72 - octobre 2003.

⁶⁰ CREDES *ibid.*

les plus pauvres sont financées à 40 % par le fonds de péréquation national mais peuvent plus difficilement lever des ressources additionnelles.

Concernant les inégalités territoriales d'offre et de recours aux soins, le Danemark montre qu'un pays peut être décentralisé et avoir de très faibles inégalités de densité de généralistes entre comtés. Cette répartition égalitaire résulte en réalité du fait que l'installation des généralistes est contrôlée par les comtés et que cette répartition uniforme fait l'objet d'un accord général au niveau du pays. Mais on ne retrouve pas cette équité de distribution pour les soins plus spécialisés et les délais d'attente pour intervention chirurgicale varient de 63 à 161 jours. Relativement aux variations régionales de densité médicale, elles sont de même ordre en Italie et en France.

Ainsi, si les pays décentralisés sont inégaux dans leur distribution de l'offre, la gestion centralisée pour sa part n'empêche pas de fortes inégalités géographiques d'offre, comme l'illustre le cas de la France.

Comme le souligne le CREDES⁶¹, le déplacement de compétences d'un niveau à un autre ne résout pas miraculeusement les problèmes complexes que pose la gestion des systèmes de santé. Il laisse entière les questions du type de régulation de l'offre, plus ou moins planifiée ou contractuelle, des modes de rémunération des professionnels et des structures de soins, des instruments de répartition de l'offre et de péréquation financière.

En France, on peut dire aujourd'hui que le territoire régional est considéré comme le niveau adéquat pour apprécier les besoins locaux, organiser les réseaux de soins et conduire l'adaptation de l'offre aux spécificités locales.

La régionalisation de la santé vise à rapprocher l'organisation du système de santé et les politiques de santé des besoins réels de la population. En rapprochant la décision des citoyens, permet-elle à ceux-ci d'exprimer leurs préférences et favorise-t-elle l'exercice de la démocratie ? Le mouvement enclenché en France en effet est celui de l'émergence d'une démocratie sanitaire. Ce mouvement serait animé par le besoin de compenser la distance qui se crée entre la société civile et le pouvoir central, distance née du développement de l'Etat expert. La démocratie sanitaire s'inscrit alors dans le processus d'invention de relais politique de l'action étatique dans le domaine de la santé. Le choix du cadre territorial est alors important. Plusieurs spécialistes pensent que la région constitue l'échelle territoriale la plus performante pour renouveler le traitement « *politico-juridico-institutionnel* » des questions de santé. La région émerge donc comme le cadre d'expression d'une démocratie locale qui se veut participative.

⁶¹ CREDES *ibid.*

B - LA RECHERCHE D'UNE DÉMOCRATISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ

1. De la démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire désigne la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé. Il s'agit de décliner, à côté d'une démocratie représentative parfaitement établie, une démocratie participative qui rende les usagers et les organisations dont ils se dotent à même de débattre et de décider avec d'autres des orientations à prendre en matière de santé publique. L'organisation du débat doit se faire au niveau où le citoyen s'approprie le mieux les enjeux de santé et d'environnement, à savoir au niveau local.

a) La loi du 4 mars 2002 place la démocratie sanitaire au cœur de ses dispositions

Inscrite au titre II de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la démocratie sanitaire se traduit par la volonté :

- de reconnaître et de préciser les droits des personnes malades et de toute personne dans ses relations avec le système de santé (Chapitre 1 : droits de la personne) ;
- de rééquilibrer les relations entre le professionnel de santé et le malade en faisant de ce dernier un véritable acteur de santé (Chapitre 2 : droits des usagers) ;
- de mettre en place les bases de l'expression et de la participation des usagers au système de santé (chapitre 3 : participation des usagers au fonctionnement du système de santé) ;
- de clarifier les responsabilités des professionnels et des institutions sanitaires (chapitre 4 : responsabilités des professionnels de santé) ;
- de renforcer la démocratie sanitaire en redéfinissant les conditions d'élaboration et de concertation des politiques de santé tant au niveau national (chapitre 5 : orientation de la politique de santé) qu'au niveau régional (chapitre 6 : organisation régionale de la santé) avec un débat annuel spécifique sur les perspectives du gouvernement en matière de politique de santé et la création des conseils régionaux de santé.

b) La démocratie sanitaire n'en soulève pas moins encore des interrogations

La démocratie sanitaire n'échappe pas aux interrogations suscitées par la démocratie en général :

- Démocratie représentative ou participative ? Quel rôle pour le Parlement, les associations, les professions de santé et le paritarisme ?

La démocratie sanitaire laisse encore peu de place à une réelle participation des usagers de la santé.

- Démocratie nationale ou locale ? Quand bien même une organisation et une gestion du système de santé au niveau régional permettraient d'impliquer davantage les usagers, comment seraient-elles effectives alors que le financement de la sécurité sociale reste de la responsabilité des élus nationaux ?

Il convient toutefois de rappeler que les régimes sociaux des non salariés agricoles et salariés agricoles organisent tous les cinq ans l'élection des membres des conseils d'administration des caisses de MSA. A ce titre, une représentation démocratique renouvelée des assurés sociaux agricoles, « *usagers de la santé* » est assurée au travers des administrateurs de la MSA. Le projet de loi de simplification du droit en cours de discussion devant le Parlement devrait également permettre au régime social des travailleurs indépendants de procéder à l'élection des membres de leurs conseils d'administration.

2. La région, laboratoire de la démocratie sanitaire⁶² ?

« *Régionalisation du système de santé* » d'un côté, « *démocratisation* » de ce même système de l'autre, les deux mouvements s'entrecroisent comme en a témoigné l'organisation des « *conférences régionales de santé* » et des « *forums citoyens* » antérieurs à la loi de 2002.

Aussi, la réflexion sur les rapports entre la région et la démocratie sanitaire n'est pas totalement nouvelle mais trouve avec la loi du 4 mars 2002 une justification immédiate. La loi fait en effet de « *l'organisation régionale de la santé* » (art. 35 à 44) un pilier de la mise en œuvre de la « *démocratie sanitaire* ». Il s'agit de développer une démocratie sanitaire impliquant les collectivités territoriales.

a) Les premières expérimentations régionales de la démocratie sanitaire

- *Des conférences régionales de santé...*

Les ordonnances de 1996 ont institutionnalisé les conférences de santé, nationale et régionales, (art. L. 1411-1 et L. 1411-3) en les dotant d'un statut juridique renforcé.

Les conférences régionales de santé sont composées de 50 à 300 membres⁶³, selon l'importance de la région, et investies de quatre fonctions essentielles dans l'élaboration de la politique régionale de santé : une fonction de diagnostic à l'échelle de la population de la région les conduisant à l'analyse de l'évolution des besoins de santé ; une fonction d'alerte leur permettant d'établir des priorités de la politique de santé publique ; une fonction de proposition et

⁶² E Cadeau ; in Problèmes politiques et sociaux, n° 885, février 2003 ou Revue générale de droit médical, n° 9, 2003.

⁶³ Parmi ces membres se trouve un collègue de représentants des usagers.

une fonction d'évaluation. Les conférences régionales de santé ont été conçues comme un lieu de réflexion, d'analyse et de dialogue afin de concevoir une idée commune de la santé dans la région, des besoins et des réponses à apporter.

La prise en compte des priorités de santé définies dans le cadre des conférences régionales et des propositions formulées a été juridiquement prévue par diverses dispositions : Code de la santé publique, circulaire du 20 novembre 1997 établissant un lien entre les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé, ces derniers devenant alors une traduction concrète et structurée de la mise en œuvre des priorités définies par la conférence régionale. Le rapport des conférences régionales de santé est par ailleurs transmis à un certain nombre d'institutions, dont l'ARH et l'union régionale des caisses d'assurance maladie. De plus, lorsque les ARH concluent avec les établissements de santé des contrats d'objectifs et de moyens, l'élaboration de ces derniers doit tenir compte des orientations adoptées par la conférence régionale de santé. Les travaux des conférences régionales de santé participent également à la détermination des politiques de santé élaborées, au plan national, par le gouvernement. Le rapport de la conférence régionale de santé est en effet transmis à la Conférence nationale de santé.

Ainsi, malgré les imperfections dans leurs modalités de fonctionnement et une organisation non satisfaisante (convocation par le préfet, débats trop rapides, ...), les conférences régionales de santé ont pu être une source d'enrichissement des débats de la Conférence nationale de santé, mais surtout, elles ont aidé à amorcer la démocratie sanitaire en institutionnalisant, au niveau régional, la participation des corps intermédiaires dans le processus de la planification sanitaire.

- ... *aux forums citoyens.*

C'est dans le cadre de la région qu'a été expérimentée la participation directe des citoyens, lors des Etats généraux de la santé d'octobre 1998 à mars 1999. Il s'agissait de permettre à un jury de citoyens d'interpeller un collège d'experts à l'occasion de débats publics organisés dans les grandes villes de province. A l'issue de l'échange avec les experts, le jury de citoyens rédigeait un avis puis des recommandations transmises au gouvernement. L'ensemble de ces séances publiques, dont le but était de revaloriser la parole d'expérience face à la parole d'expertise, a donné lieu à la rédaction de synthèses qui ont pu inspirer les travaux d'élaboration du projet de loi de modernisation du système de santé.

La formule ainsi retenue s'inscrit dans une démarche plus globale de renouvellement des outils de la démocratie sanitaire, marquée en France par la transposition d'expériences étrangères de démocratie participative directe, dont la conférence de consensus, organisée au printemps 1998 sur les organismes génétiquement modifiés, constitue une première tentative. Les conférences de consensus (ou conférences citoyennes) ont d'abord été développées au Danemark à la fin des années 1980, puis expérimentées aux Pays-Bas et en

Grande-Bretagne sous la forme de « *jury citoyen* ». L'originalité est d'introduire un panel de citoyens qui donne son avis à côté de celui des experts.

Conférences régionales de santé et forums citoyens, ces deux expériences ne mobilisent pas les mêmes acteurs et n'ont pas la même portée. Elles n'en ont pas moins en commun d'avoir été mises en œuvre dans le cadre régional et de décliner la démocratie sur le mode participatif.

- *Le rôle des conseils économiques et sociaux régionaux*

Dans certaines régions, le conseil économique et social régional (CESR) consacre une part importante de ses travaux aux questions de santé. Tel est le cas du CESR du Limousin dont nous avons mentionné la récente étude sur les infrastructures sanitaires hospitalières, ou du CESR d'Aquitaine qui a décidé, en juin 2000, de lancer une étude sur la situation de l'Aquitaine et sur les impacts du sida dans la région. Le CESR du Nord-Pas-de-Calais a pour sa part rendu un avis en novembre 1998 sur la protection de la santé des enfants de six à onze ans dans cette région. Le CESR d'Auvergne a, quant à lui, mené de nombreux travaux en matière de santé et a publié ses études sur « *La santé en Auvergne* » en 1998.

b) Les apports de la loi du 4 mars 2002 en matière de démocratie sanitaire régionale

En France, la démocratie sanitaire directe « *territorialisée* » est en marche. Elle correspond à une exigence politique incontournable. La revendication d'une démocratie sanitaire répond au sentiment qu'ont les usagers du système d'en subir passivement le fonctionnement et les dysfonctionnements. C'est en effet dans le prolongement des crises sanitaires que la France connaît depuis les années 1990 que naît et se développe la notion de démocratie sanitaire.

La loi du 4 mars 2002 cherche à répondre aux attentes des malades et de la population en s'efforçant de définir, en termes de responsabilité, les conditions d'un équilibre entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat. Il s'agit dès lors de développer une démocratie sanitaire impliquant les collectivités territoriales. Les dispositions concernant ces dernières se situent au chapitre IV du titre II intitulé « *organisation régionale de la santé* ».

- *Les conseils régionaux de santé*

L'article 35 de la loi du 4 mars 2002 crée de nouvelles instances compétentes en matière de santé au niveau régional : les conseils régionaux de santé qui remplacent les conférences régionales de santé. Sont ainsi regroupées en un seul conseil régional de santé des instances consultatives rattachées soit aux préfets, soit aux ARH, chargées d'établir les priorités régionales de santé publique, de se prononcer sur les projets d'organisation et de planification des soins ainsi que sur les programmes régionaux de santé et d'accès à la prévention et aux soins des personnes en état de précarité. Une mission nouvelle leur est confiée : donner un avis sur les projets d'expérimentation de réseaux financés par l'assurance maladie dans le cadre d'une déconcentration de la procédure.

La création de cette nouvelle instance doit permettre de débattre en un lieu unique des divers aspects de la politique régionale de santé et contribuer à définir les priorités régionales. Les conseils établissent un bilan annuel de l'application de la politique de santé de la région et un bilan spécifique sur les conditions dans lesquelles sont respectés les droits des personnes malades et des usagers. C'est la section compétente du conseil régional de santé qui est désormais consultée pour l'établissement du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRPAS).

Le législateur a ainsi cherché à renforcer la cohérence de l'élaboration de la politique de santé au plan régional. Les conseils régionaux de santé doivent contribuer à définir plus efficacement les priorités régionales.

La loi du 4 mars 2002 confirme ainsi le choix de l'espace régional pour le renforcement de la démocratie sanitaire.

Mais, comme l'observe Benoît Péricard, directeur de l'ARH des Pays de la Loire, « consacrer le fait régional ne signifie pas que la gestion hospitalière doive être l'apanage de la région. Il s'agit de réguler au niveau régional une offre qui se gère, s'organise et s'identifie au plan infrarégional »⁶⁴. D'où l'intérêt de la réflexion sur les territoires de santé.

*
* *

Ainsi, malgré les outils de planification sanitaire introduits à compter de 1970 et la modernisation des modalités de pilotage des politiques de santé au niveau régional, l'offre de soins, notamment hospitalière, s'avère inégalement répartie sur le territoire.

La recherche d'une meilleure répartition sur le territoire des établissements de santé doit avant tout permettre de réduire les inégalités de santé. Elle doit par ailleurs tenir compte des incidences politiques, économiques et sociales des établissements de santé ainsi que favoriser une plus grande régionalisation et démocratisation des politiques de santé.

Les défis à relever, développés ci après, ont pour objectif de mettre en meilleure adéquation demande et offre de soins grâce à un pilotage plus efficace du système de santé.

⁶⁴ Benoît Péricard ; *déconcentration, décentralisation, régionalisation du système de santé* ; in Emmanuel Vigneron ; *Pour une approche territoriale de la santé* ; Editions de l'Aube, DATAR, 2002.

CHAPITRE III

L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LES DÉFIS À RELEVER

Il est souhaitable d'adapter l'offre de soins à des besoins de santé mieux définis. Pour cela, l'utilisation d'outils géographiques et épidémiologiques doit être généralisée et optimisée. En outre, une meilleure adaptation des établissements de santé aux besoins de la population suppose de renforcer leur rôle de pivot de l'offre de soins. Enfin, la constitution d'agences régionales de santé (ARS) devrait favoriser l'atteinte de ces objectifs par un pilotage plus efficace et plus démocratique des politiques de santé.

I - DES OUTILS GÉOGRAPHIQUES AU SERVICE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ.

Tant les inégalités régionales de santé que le découpage territorial sur lequel s'appuie la planification témoignent de l'importance de la notion de « *territoire* » en matière de santé.

Les liens entre santé et territoire sont multiples. En effet, les besoins, l'offre ou la consommation de soins sont ancrés dans un territoire donné. Dès lors une approche géographique de la santé⁶⁵ possède un double intérêt : elle permet d'analyser la distribution dans l'espace des équipements existants et de mettre en évidence les déséquilibres territoriaux mais elle peut également avoir une dimension prospective, permettant de déterminer quelle serait la localisation optimale de l'offre par rapport aux besoins et aux comportements de la population.

A - LA DÉFINITION DES TERRITOIRES ET LES OUTILS GÉOGRAPHIQUES D'AIDE À LA DÉCISION

La notion de territoire de santé est citée dans l'ordonnance du 4 septembre 2003 sans être pour autant définie. Plusieurs questions se posent lorsque l'on cherche à définir un territoire de santé : quel doit en être le périmètre ? Quel est l'objectif que l'on recherche en définissant ce territoire ? En effet, suivant l'objectif poursuivi, tant le périmètre retenu que la méthode de définition du territoire de santé sont différents. On peut distinguer deux grandes catégories d'objectifs⁶⁶:

- l'observation : la description, l'évaluation des équipements sanitaires existants, des comportements de la population ;

⁶⁵ La définition d'Henri Picheral (1984) de la géographie de la santé est la suivante : « *L'analyse spatiale des disparités de niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux qui concourent à expliquer ces disparités* ».

⁶⁶ D. Polton, H. Mauss ; *Territoires et accès aux soins* ; La Documentation française, 2003.

- la décision : la planification, la prévision de nouveaux équipements.

1. Le territoire de santé : définition

La réflexion sur les territoires s'est diversifiée et renouvelée depuis une dizaine d'années. La démarche de planification hospitalière a pour but d'assurer une répartition géographique des structures et des services permettant de répondre aux besoins des populations résidentes. Elle est donc nécessairement ancrée sur des territoires. Aussi la planification hospitalière a ses territoires officiels, le secteur sanitaire étant l'unité de base du découpage géographique depuis 1970.

La notion de bassin de santé a été développée en même temps que celle des bassins de vie par la DATAR afin d'aider à l'organisation et à l'aménagement du territoire. Aujourd'hui, de nouvelles préoccupations de répartition de l'offre, comme la question de l'installation des médecins généralistes, suscitent des approches territorialisées. Les politiques de santé publique intègrent de plus en plus cette dimension territoriale, notamment au travers des programmes régionaux de santé. Parmi les différents outils géographiques, le bassin de santé est celui qui est le plus utilisé par les régions.

- a) Le bassin de santé est l'outil géographique le plus utilisé par les régions

La loi a introduit en France la notion de bassin de santé : « *les zones sanitaires (...) sont définies par voie réglementaire en tenant compte des bassins de santé* » (art. L. 712-2 du Code de la santé publique). Pour autant, il n'y a pas de décret d'application définissant la notion de bassin de santé. En s'appuyant sur la définition donnée par Emmanuel Vigneron⁶⁷, un bassin de santé peut être considéré comme « *une partie du territoire, drainée par des flux de patients aux caractéristiques et aux comportements homogènes hiérarchisés et orientés principalement vers un centre* ». C'est donc l'utilisation réelle par une population donnée d'équipements de santé existants qui est étudiée au travers de la notion de bassin de santé.

- b) La définition du bassin de santé

La définition d'un bassin de santé implique de déterminer un périmètre et une méthode d'analyse pertinents. Les bassins de santé peuvent être définis au niveau d'un établissement. On emploiera alors la notion de bassin de recrutement d'un hôpital. Le bassin de recrutement est déterminé de la manière suivante : il est formé des entités géographiques (cantons ou communes) dont proviennent la grande majorité, 80 % par exemple, des patients hospitalisés dans l'établissement.

⁶⁷ Emmanuel Vigneron ; *Santé publique et aménagement du territoire* ; Actualité et dossier en santé publique ; n° 29, décembre 1999.

Un bassin de santé peut être également défini autour d'une association d'établissements. En Rhône-Alpes, les bassins de santé sont par exemple définis autour de « *pôles sanitaires* » constitués par un établissement suffisamment important ou par une association d'établissements. S'il n'existe pas de règle précise de détermination du périmètre pertinent, il semble qu'il y ait cependant une contrainte de taille. Selon Emmanuel Vigneron⁶⁸, « *la population doit être assez nombreuse et un bassin de santé comportera au moins un pôle de niveau II*⁶⁹ *comprenant au moins 150 à 200 lits de médecine - chirurgie - obstétrique* ».

Il existe plusieurs méthodes de détermination des bassins de santé. La plus simple consiste à rattacher des unités géographiques de base, le canton par exemple, aux différentes zones d'attraction sur la base des flux observés. Les données du PMSI sont alors utilisées pour analyser les flux « *domicile/hôpital* » au niveau de la commune ou du canton. Des techniques statistiques plus sophistiquées de type classification ascendante hiérarchique (CAH) ou analyse de composantes principales (ACP) permettent de pratiquer une analyse multidimensionnelle en croisant des facteurs sociologiques, économiques et épidémiologiques.

L'utilisation du bassin de santé est multiple. Un hôpital peut déterminer son bassin de recrutement dans les différentes spécialités. Les bassins de santé peuvent être également comparés avec d'autres découpages s'appuyant sur des données socio-économiques comme les villes et bourgs attractifs de l'INSEE ou les bassins d'emploi. L'INSEE, par cette approche en termes de villes et de bourgs attractifs, a cherché à recenser les différents types de services présents dans les communes. Cette approche peut être croisée avec celle des bassins de santé. Elle a même été utilisée pour définir les secteurs sanitaires de Rhône-Alpes et d'Alsace en 1994. Les zones d'emploi déterminées par l'INSEE permettent également des comparaisons intéressantes puisqu'elles analysent le fonctionnement du marché du travail au niveau local. La taille des zones d'emploi, au nombre de 348, varie en fonction de l'aire d'influence des pôles d'emploi autour desquels elles s'organisent. Elles permettent par exemple de comparer les déplacements liés à l'emploi et aux soins. Le zonage IRIS 2000 qui pratique un découpage en aires urbaines apporte également des éléments de comparaison intéressants concernant les flux journaliers de population.

c) Cet outil comporte néanmoins des limites

Si le bassin de santé est un outil géographique utilisé par de nombreuses régions afin de déterminer l'utilisation réelle de leurs équipements et d'analyser les flux de patients, il comporte néanmoins plusieurs limites.

⁶⁸ Emmanuel Vigneron, *ibid.*

⁶⁹ Il s'agit d'un des trois niveaux d'hospitalisation définis au IIA-2-d.

Tout d'abord, les bassins de santé sont en général des bassins *médecine - chirurgie - obstétrique* dans la mesure où les comportements sont considérés comme plutôt homogènes entre disciplines de court séjour. Plusieurs auteurs soulignent cependant que ces comportements varient suivant les spécialités. M. Macé, dans une étude portant sur l'Ile-de-France réalisée en 2001, démontre que les discordances entre bassins d'hospitalisation et secteurs sanitaires sont plus faibles pour la médecine que pour la chirurgie et l'obstétrique. Il suggère donc de procéder à des découpages en bassins spécifiques suivant les spécialités. Plusieurs études confirment que la population n'adopte pas les mêmes comportements pour tous les types de services⁷⁰.

Ensuite, l'outil lui-même est perfectible : il se fonde en effet sur l'analyse de l'offre existante mais il ne permet pas de remettre en cause la distribution de cette offre. Ainsi, même si une structure est difficile d'accès pour une population donnée, cette dernière sera toujours rattachée par construction à la zone d'attraction de cette structure. Lorsque l'on utilise les bassins de santé pour améliorer l'adéquation entre l'offre et les besoins, on suppose donc que l'implantation de l'offre existante correspond parfaitement aux besoins de la population et à ses caractéristiques socio-démographiques.

2. L'utilisation des bassins de santé doit donc être couplée avec celle d'autres outils géographiques

Compte tenu de ces limites, il est nécessaire de coupler l'utilisation des bassins de santé avec celle d'autres outils géographiques permettant de définir l'utilisation théorique d'un équipement de santé existant mais également de définir des zones à risque.

Plusieurs outils visent à définir des zones de recrutement théoriques autour des structures d'offre de soins existantes⁷¹. Ils viennent donc en complément des bassins de santé qui analysent l'utilisation réelle de ces équipements.

Par exemple, les polygones de Thiessen sont une méthode géométrique simple définissant des surfaces fondées sur la distance à vol d'oiseau et le maillage d'un semis de points. La méthode consiste à calculer le milieu de chaque segment formé par deux points.

⁷⁰ Lacoste, Spinos ; in Etude sur le Nord-Pas-de-Calais ; 2002 et Tardiff ; in Etude sur la Bretagne soulignent la diversité des pratiques spatiales suivant le type de service.

⁷¹ D. Polton, H. Mauss ; *Territoires et accès aux soins* ; La Documentation française - 2003.

La loi de Newton étudie la relation entre la distance et la fréquentation. Généralement on observe une diminution de la fréquentation d'un service en fonction de la distance⁷².

Les aires de Reilly, dérivées des modèles gravitaires fondés sur la loi de Newton, prennent en considération, en plus de la distance à vol d'oiseau, la masse de chaque point : elle pourra représenter une population de patients, un nombre de lits ou d'autres données quantitatives⁷³.

Cette méthode permet de définir des bassins théoriques de recrutement dimensionnant des services en fonction de la population (le recrutement potentiel peut par exemple être calculé) en confrontant cette aire de recrutement théorique à la zone d'attraction réelle de l'équipement. C'est la méthode Macé appliquée en Ile-de-France (2001, 2002). Des écarts importants sont notés par l'auteur dans le domaine de l'obstétrique par exemple.

Le modèle de Thiessen est d'application limitée dans la mesure où la distance n'est pas le seul facteur. Le modèle de Reilly est plus complexe mais plus proche du terrain. Toutefois ces deux modèles ne sont pas efficaces quand le maillage des points est trop serré, les résultats étant alors aberrants. D'autres outils permettent de déterminer les aires théoriques de recrutement.

Les courbes isochrones sont mesurées à partir de la distance réelle qui sépare le producteur de soins des communes des patients. La distance peut être exprimée en kilomètres ou en minutes (temps de parcours). Elles permettent de déterminer des zones plus ou moins proches d'un centre correspondant dans notre cas à l'offre de soins. Elle est notamment utilisée dans le cadre des SROS de deuxième génération et à la suite « *des décrets urgences* » afin de répartir les urgences et les maternités. Elle traduit en effet un principe d'équité, tout point du territoire devant pouvoir accéder à une catégorie de soins et d'équipements en un temps donné. Les courbes ont donc de multiples applications : elles permettent de délimiter des zones blanches ayant des problèmes spécifiques d'accessibilité mais également à partir de la localisation d'un équipement de quantifier la population concernée et de mieux dimensionner les services. Si elles se sont

⁷² D'après la loi de Newton, la relation entre la fréquentation d'un service et la distance peut être formalisée de la manière suivante : Fréquence = Dx (où x , comme dans la loi classique de Newton, peut être interprété comme la mesure de l'attraction).

Plusieurs cas existent :

- si x est élevé, la fréquentation diminue rapidement avec la distance, c'est le cas d'un équipement à service ou attraction faible ;
- si x est faible, l'effet de barrière est réduit ;
- si x est nul, la distance ne joue aucun rôle dissuasif. C'est le cas d'équipements très spécialisés et de maladies sévères.

L'intérêt de ce coefficient est qu'il permet de comparer l'attraction de plusieurs services.

Com-Ruelle, Faure, Tonnellier, *L'attraction de l'APHP*, CREDES, 1989.

⁷³ Prenons par exemple le cas de deux communes x et y séparées par une distance Dxy . L'hôpital de la commune x , ayant Z lits, attire des patients d'une commune y . Le nombre de patients N de la commune y théoriquement attirés par l'hôpital x peut être calculé de la manière suivante : $Nx = Z/Dxy^2$.

avérées utiles pour avoir une idée plus précise de l'accessibilité des équipements, elles comportent cependant un certain nombre de limites : tout d'abord, elles ne tiennent pas compte du comportement réel des usagers supposés avoir des comportements identiques en matière de transports, la seconde limite tient dans la difficulté à déterminer des seuils tolérables.

Les aires d'attraction théoriques effectuent une partition dans l'espace en tenant compte de l'attraction simultanée d'un ensemble d'équipements. Leur utilisation peut être couplée avec la mesure de l'attraction d'un équipement existant.

La mesure de l'attraction compare la distance potentielle d'accès avec la distance réellement parcourue par la population. C'est donc un indicateur des pratiques réelles de la population⁷⁴.

Cet indicateur varie fortement suivant les spécialités observées. La chirurgie générale a par exemple une attraction forte puisque le consommateur parcourt une distance trois fois plus élevée que s'il se rendait au service le plus proche⁷⁵.

B - LES RÉGIONS ONT CRÉÉ DES TERRITOIRES SPÉCIFIQUES POUR RÉPONDRE À LEURS BESOINS PARTICULIERS

Plusieurs régions ont cherché à privilégier lors de l'élaboration de leur SROS une approche centrée sur les besoins de la consommation et non plus uniquement sur les structures.

1. Six régions ont utilisé les bassins de santé

Le découpage en bassin de santé a été utilisé par les ARH de six régions : Auvergne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes. Ces régions utilisent les bassins de santé afin de procéder à un découpage plus fin que celui du secteur sanitaire. Du fait de l'absence de définition formelle, il existe une grande hétérogénéité tant dans le contenu des bassins de santé que dans leur rôle dans l'organisation des soins.

L'Auvergne, la Franche-Comté, le Limousin, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes⁷⁶ ont adopté un découpage en bassins de santé qui correspond le plus souvent à la zone d'attraction d'un ou plusieurs pôles sanitaires. La région Languedoc-Roussillon fait cependant exception puisque deux de ses bassins correspondent à des zones dépourvues d'établissement de santé.

⁷⁴ L'indice IA = distance réellement parcourue / distance potentielle d'accès permet de mesurer l'attraction (Mizrahi, Rösch, 1966).

Si l'indicateur est élevé, cela signifie que l'attraction est très forte. En revanche, si l'indicateur est proche de l'unité, cela signifie que la clientèle est une clientèle de proximité.

⁷⁵ Véronique Lucas-Gabrielli, François Tonnelier ; *Distances réelles d'accès et attraction hospitalière* ; Santé, solidarité, études statistiques n° 4, 1996.

⁷⁶ Rhône-Alpes compte trente-quatre bassins pour onze secteurs sanitaires.

Si les méthodologies de construction varient suivant les régions, l'objectif demeure le même : créer un outil d'observation infra-sectoriel. Cet objectif prend des traductions concrètes différentes : la validation du découpage des secteurs sanitaires, la coopération entre les établissements, la déclinaison du SROS, l'animation des réseaux de soins, la concertation avec les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, l'observation des comportements sanitaires de la population ou l'étude et la négociation des contrats d'objectifs et de moyens et des projets d'établissement.

Les activités médecine - chirurgie - obstétrique constituent le champ principal d'observation même si certaines ARH étudient des thèmes particuliers. Les pays de la Loire travaillent par exemple sur la coordination gérontologique.

2. Les zonages infra-sectoriels et supra-sectoriels permettent d'avoir une approche territoriale originale

Le secteur sanitaire n'étant pas toujours un échelon d'observation et de décision adéquat, les SROS de première et deuxième générations ont été l'occasion pour les autorités hospitalières en charge de la planification d'avoir des approches territoriales originales adaptées à la configuration géographique et sanitaire de leur région.

Les textes⁷⁷ laissent des marges de manœuvre importantes aux DRASS et aux ARH pour définir des zonages infra-sectoriels. La définition des zonages infra sectoriels peut être fondée sur une logique proche de celle des bassins de santé mais circonscrite à une partie de l'activité hospitalière. C'est le cas des bassins de proximité hospitaliers en Bretagne qui cherchent à définir les besoins de proximité des patients à partir de leur recours aux hôpitaux. Les zonages infra-sectoriels peuvent également avoir pour but le développement de réseaux. C'est le cas de la Bourgogne qui, en créant des pôles de coopération sanitaire au nombre de neuf pour trois secteurs, a pour objectif de favoriser les coopérations. Les bassins de vie créés en Ile-de-France au nombre de deux pour un secteur sanitaire ont également pour but de favoriser la concertation des acteurs couvrant les besoins hospitaliers dans une zone donnée (Echardour G, décembre 2000).

Deux régions ont quant à elles adopté des découpages supra sectoriels. La région Nord-Pas-de-Calais a opté pour un découpage en quatre bassins de vie regroupant les sept secteurs sanitaires traitant du médecine - chirurgie - obstétrique et des soins de suite et de réadaptation afin d'obtenir une plus grande cohérence en terme d'aménagement du territoire et de circulation.

⁷⁷ Ordonnances de 1996 et décrets d'application.

L'échelle interrégionale est également utilisée afin de traiter de certains thèmes. Les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur ont par exemple organisé un dispositif commun pour la prise en charge des urgences dans le Sud Drôme et le Nord Vaucluse⁷⁸.

En dehors de la planification hospitalière, on peut mentionner d'autres territoires d'organisation des soins. Les URCAM procèdent par exemple à un nouveau zonage pour déterminer les territoires sensibles en termes de démographie médicale. Un maillage exhaustif de la région peut être réalisé : 268 zones de recours aux généralistes ont été définies en Basse-Normandie, ce qui a permis après un dialogue avec l'union régionale des médecins libéraux de retenir cinq territoires prioritaires.

Deux régions ont adopté un découpage supra-sectoriel intermédiaire entre la région et le secteur sanitaire. Ce découpage est jugé plus cohérent en termes d'aménagement du territoire. Il peut être généraliste (dans la région Nord-Pas-de-Calais, les zonages regroupent les activités médecine - chirurgie - obstétrique et soins de suite et de réadaptation), ou spécialisé dans le cas d'activités rares et coûteuses (cancérologie, néonatalogie, cardiologie).

C - VERS UNE MEILLEURE UTILISATION DE CES OUTILS

La principale limite à l'utilisation des outils d'aide à la décision en matière de santé réside dans l'organisation du système de pilotage au niveau régional. Alors que l'observatoire régional de santé est compétente en matière d'observation, l'ARH, elle, s'occupe uniquement de la planification et de la répartition de l'offre de soins hospitaliers. A la multiplicité des décideurs, s'ajoute la multiplicité des sources d'informations. L'INSEE, les DRASS, les ARH, les observatoires régionaux de santé constituent les différentes sources auprès desquelles peuvent être recueillies les données. La multiplicité de ces sources rend le travail de collecte malaisé d'autant qu'il n'existe pas de définition homogène des notions et des bases de données. La notion de bassin de santé recouvre ainsi des réalités fort différentes suivant les régions. Par ailleurs, les bases de données régionales en matière de santé ne possèdent pas forcément le même contenu.

S'il convient d'aller vers une plus grande homogénéité des informations et des concepts, en revanche, la démarche de définition des territoires doit être la plus souple possible. L'approche proposée par le CREDES⁷⁹ est la suivante. Afin d'arriver à une définition optimale d'un territoire de santé, il convient de faire correspondre à chaque niveau de territoire un niveau de services qui doit être

⁷⁸ Il existe d'autres exemples concernant les urgences (Aquitaine et Midi-Pyrénées), la psychiatrie (Bretagne et Pays de la Loire), la cancérologie (Champagne-Ardenne et Picardie, Poitou-Charentes et Aquitaine, Bretagne et Pays de la Loire), l'IRM et la radiothérapie (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes), l'insuffisance rénale chronique, la radiothérapie.

⁷⁹ D. Polton, H. Mauss ; *Territoires et accès aux soins* ; CREDES, La Documentation française, 2003.

disponible et accessible à la population résidente. Cette démarche a déjà été initiée dans le cadre des SROS de deuxième génération, dans la région Rhône-Alpes et en Aquitaine dans lesquelles il existe des niveaux différents de pôles sanitaires⁸⁰.

Les observatoires régionaux de santé ont contribué à une meilleure détermination des besoins de santé au niveau régional. Toutefois le statut d'association et les moyens humains et financiers qui leur ont été octroyés ne leur ont pas permis de développer davantage leur capacité d'expertise. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique⁸¹ cherche à améliorer le dispositif existant. L'article 5 de ce projet prévoit en effet la création de groupements régionaux de santé publique pour coordonner les compétences locales en matière de santé afin « *d'assurer la surveillance épidémiologique, l'observation de la santé et les investigations épidémiologiques et de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique* ». Ces groupements prendront la forme de groupements d'intérêt public présidés par les préfets de région associant les organismes de droit privé que constituent les organismes locaux d'assurance maladie et les administrations d'État.

Ils posséderont un rôle important en matière d'expertise et d'analyse épidémiologique puisqu'ils devront notamment contribuer à analyser la performance du système de santé, à réaliser les enquêtes nécessaires au développement des programmes de santé. Leur composition permet de croiser diverses compétences : outre l'État, l'ARH, l'URCAM et les collectivités locales, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé et l'Institut de veille sanitaire en font également partie. Une telle structure devrait favoriser la mutualisation des moyens et permettre de renforcer les capacités d'expertise au niveau régional.

II - VERS UNE MEILLEURE ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS AUX BESOINS DE SANTÉ

A - AMÉLIORER LA DISTRIBUTION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

L'ordonnance du 4 septembre 2003 représente une avancée dans le domaine de la planification sanitaire, tout comme les SROS dits de « *troisième génération* ». En effet, ces nouveaux SROS devront être davantage qualitatifs et prospectifs. Surtout, ils incluront ces deux éléments fondamentaux du point de vue de l'aménagement du territoire que sont l'offre de soins libérale et les réseaux de santé.

⁸⁰ Cf. point IIA-2 relatif à la gradation des soins et à la réhabilitation de l'hôpital local.

⁸¹ Projet de loi relatif à la santé publique adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 septembre 2003 et par le Sénat le 19 janvier 2004.

1. Une planification en cours de rénovation

Le droit sanitaire est très complexe et n'autorise pas la réactivité nécessaire à la prise en compte de besoins de santé, par nature évolutifs dans le temps. Aussi, l'ordonnance de simplification sanitaire a entrepris de le réformer. Un droit sanitaire renouvelé doit permettre davantage de souplesse et d'évolutivité, grâce notamment à une régionalisation accrue.

Dans cette optique, le seul outil de planification conservé sera le SROS, dont le contenu se trouve modifié et enrichi.

Réforme fondamentale, la carte sanitaire est supprimée. Les indices nationaux qui contingentaient parfois trop rigoureusement les capacités d'offre de soins, comme le montrent les équipements de dialyse, sont également supprimés. Surtout, les indices utilisés se traduiront par des objectifs quantifiés, pour chaque discipline, et seront déterminés au niveau régional. Est donc pleinement admise l'idée que la région est un échelon nettement plus pertinent que le territoire national pour évaluer les besoins de santé d'une population.

Cette régionalisation accrue se vérifie également au niveau des autorisations sanitaires. En effet, l'ordonnance transfère aux ARH les compétences résiduelles aujourd'hui encore exercées par le ministre. Il s'agit de l'établissement de la liste des établissements dotés d'un SAMU, de l'admission à participer au service public hospitalier et de l'autorisation des centres de lutte contre le cancer (CLC). En matière d'équipements, on peut citer la délivrance des autorisations relatives aux appareils de circulation sanguine extracorporelle, aux accélérateurs de particules, cyclotrons et IRM.

Les autorisations d'installations (lits et places) sont également supprimées, ce qui permettra aux structures de soins de mieux adapter leur offre à leur environnement.

En outre, en vue d'améliorer la flexibilité de notre système de soins et d'ouvrir la voie à un développement réel des alternatives à l'hospitalisation complète, l'obligation d'échanger des lits d'hospitalisation complète contre des places d'alternatives est supprimée. Les taux de change disparaissent pour l'ensemble des alternatives, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel et surtout hospitalisation à domicile. Cette dernière est en effet une alternative à privilégier pour maintenir et même améliorer l'accès aux services de santé dans certaines zones géographiques, rurales notamment. Elle est un moyen essentiel pour remédier tant au problème du manque de médecins qu'aux difficultés que peuvent éprouver certaines catégories de personnes pour se déplacer. C'est pourquoi le gouvernement s'est fixé l'objectif cible de 8 000 places d'hospitalisation à domicile en 2005, soit un doublement du nombre actuel.

Enfin, pour les regroupements ou transformations d'activités, le montant de la réduction globale de la capacité à appliquer sera désormais négocié entre l'ARH et l'établissement et non plus imposé au regard d'un taux d'abattement appliqué automatiquement sans référence aux besoins de santé.

2. Gradation des soins et réhabilitation de l'hôpital local

Le concept de bassins de santé doit intégrer les habitudes de vie et de déplacement des populations. Ces nouveaux types de découpage territoriaux doivent donc être opérés à partir des réalités et non plus *in abstracto*. En outre, afin d'opérer une véritable territorialisation des besoins de santé, il est essentiel de définir le contenu de ces territoires, en termes de services rendus. L'aménagement sanitaire du territoire national doit s'accompagner d'une nouvelle organisation des soins.

a) Cette organisation des soins doit être graduée et coordonnée

En effet, une gradation effective des niveaux de soins et correctement organisée doit permettre de pallier le problème de manque de spécialistes dans certaines zones. En effet, un aménagement optimal du territoire au plan sanitaire ne signifie pas que chaque zone doit disposer en son sein de l'ensemble des spécialités existantes ni de tous les équipements techniques. Par contre, il faut que chaque citoyen de chaque zone ait facilement accès à un plateau technique performant ou à des spécialistes lorsque cela est nécessaire. Cela doit être l'objectif principal, afin que la concentration des plateaux techniques et l'accentuation des spécialisations ne se traduisent pas par des inégalités géographiques encore accrues. Entre 1992 et 2000, le nombre de salles d'opération chirurgicales a diminué de 165 dans les établissements publics pour 53 plateaux techniques supprimés. Secteurs public et privé confondus, 18 % des plateaux techniques de chirurgie ont disparu sur cette période, alors que l'activité chirurgicale augmentait.

Ainsi, la chaîne sanitaire qui va des soins de premier recours aux soins les plus pointus en termes de technicité et de spécialisation doit non seulement être assurée mais aussi être constitutive d'un nouveau maillage territorial.

L'approche qu'il convient de développer est celle de territoires à géométrie variable, emboîtés les uns dans les autres. A chaque niveau de territoire doit correspondre un niveau de services.

De telles démarches ont d'ores et déjà été initiées par certaines régions, et il conviendrait de les généraliser. A titre d'illustration, la région Rhône-Alpes a défini quatre niveaux de pôles sanitaires, la notion de pôle sanitaire s'entendant soit comme un établissement isolé soit comme un ensemble d'établissements formant une entité sanitaire cohérente :

- le niveau de proximité (médecine et chirurgie générales, imagerie conventionnelle, UPATOU) desservant neuf bassins de vie ;
- le niveau de proximité renforcé (comprend notamment quelques spécialités médicales et chirurgicales) qui dessert quinze bassins de santé ;
- le niveau de référence doté d'un plateau renforcé et desservant cinq bassins de santé ;

- enfin le niveau de référence universitaire qui dessert trois bassins de santé.

D'autres expériences ont été menées, avec des définitions différentes des niveaux de soins et des zones auxquels ces niveaux doivent correspondre. Ainsi, alors que la cartographie utilisée en Rhône-Alpes recoupe en fait trois types de territoires (bassins de santé, secteurs sanitaires, région), la région Aquitaine a préféré raisonner en termes de temps d'accès aux différents niveaux : 45 minutes pour le niveau 1, une heure pour le niveau 2 et deux heures pour le niveau 3.

Ces initiatives devraient être généralisées et leur contenu approfondi. Ainsi, étant donné l'importance du secteur libéral, il est indispensable de faire le lien avec l'approche territoriale qui doit prévaloir pour les professionnels de santé, les médecins généralistes notamment. Car les territoires de soins de proximité (« *niveau 1* ») correspondent en fait aux types de soins procurés par les généralistes, complétés éventuellement par l'hôpital local.

Un nouveau découpage territorial doit éviter les écueils du passé et ne pas renouer avec les défauts d'un outil tel que la carte sanitaire. Il doit être basé sur une évaluation des besoins de santé réels, à géométrie variable (selon les besoins pré-identifiés), flexible, évolutif et réactif. C'est pourquoi le territoire ne doit plus être vu uniquement comme le simple réceptacle, le lieu de mise en oeuvre passif et administratif d'une politique définie abstraitement. Certes il doit rester le lieu de l'application et de la mise en oeuvre, mais il faut aussi qu'il participe pleinement à l'élaboration de ces politiques. A côté du traditionnel « *territoire d'action* », il faudra susciter l'émergence du « *territoire de projet* » émanant de l'initiative d'acteurs locaux. Cela passe notamment par le développement des réseaux de santé et par la collaboration accrue entre les différents acteurs.

Toutefois, en guise de « *trame générale* », le groupe de travail du CREDES propose un maillage territorial en quatre niveaux : un niveau de proximité et trois niveaux d'hospitalisation. A chaque niveau correspond un panel de services de santé.

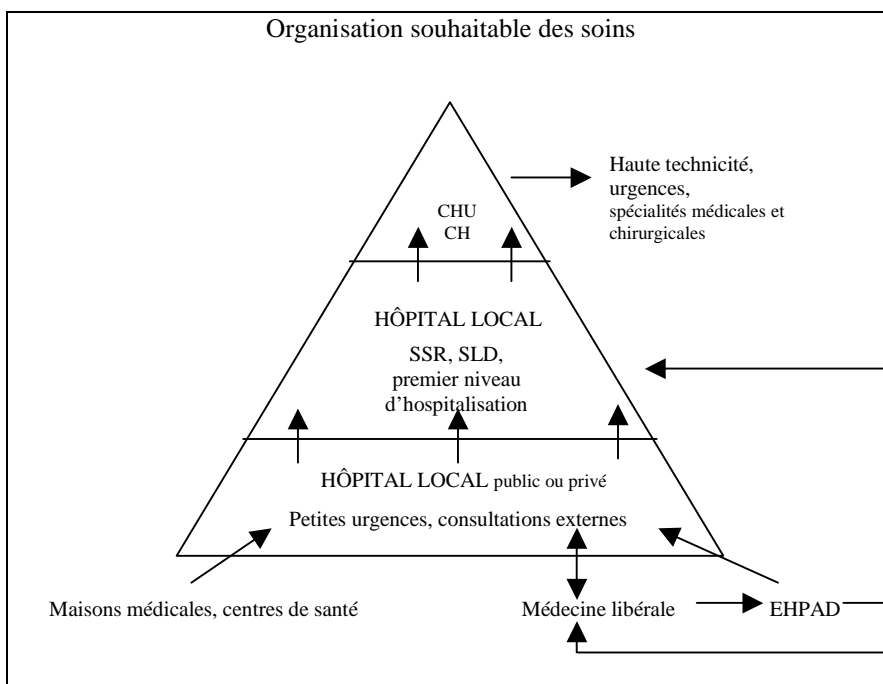
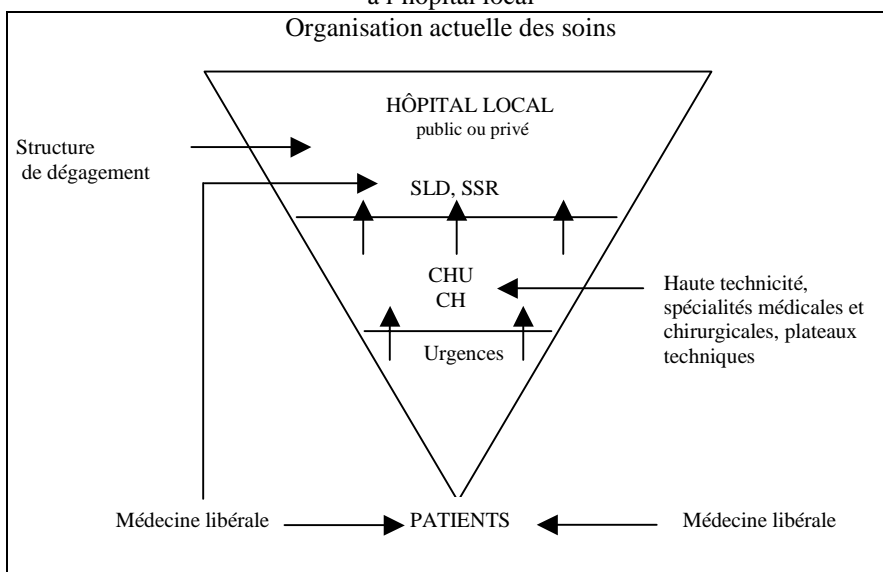
b) Le niveau de proximité

Niveau des soins de premier recours, il implique le médecin généraliste, l'infirmier et le pharmacien. Il est un niveau « *pré-hospitalier* » et « *post-hospitalier* ». En ce sens, la permanence des soins et la prise en charge de l'urgence ambulatoire ainsi que du retour à domicile après une hospitalisation doivent y être assurées. Ce dernier point concerne essentiellement les personnes âgées. C'est pourquoi ce niveau de proximité devrait être capable d'assurer un premier niveau d'hospitalisation en soins de suite et en soins de longue durée. C'est particulièrement important en zones rurales, où la proportion de personnes âgées est généralement forte. Par conséquent, une prise en charge coordonnée sanitaire, médico-sociale et sociale doit y être développée, et les services de prise en charge à domicile tels que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) doivent y être disponibles.

Enfin, il est aussi le niveau le plus approprié pour développer la prévention. En effet, il a déjà été mentionné que les populations les plus défavorisées socialement et les plus éloignées des services de santé étaient les moins bien atteintes par les politiques de prévention, alors même que ce sont souvent elles qui en auraient le plus besoin.

Du fait de son rôle en matière de permanence des soins, de prise en charge des urgences et des personnes âgées, ce niveau de proximité est fondamental. Il est le lieu de la transversalité, de la coopération entre acteurs de secteurs différents. Surtout, il doit permettre à l'hôpital local de retrouver un rôle fort et, par là, d'attirer à nouveau les médecins généralistes. En fait, la gradation des soins est un moyen d'assurer des soins de proximité et en même temps d'attirer les praticiens nécessaires pour cela. Un cercle vertueux doit s'ensuivre, qui repose notamment sur le duo médecin généraliste - hôpital local. La réhabilitation de l'hôpital local doit permettre à la fois un renversement de l'organisation traditionnelle des soins et un maillage territorial des services de santé plus satisfaisant. De structure de dégagement qu'il est actuellement, c'est-à-dire structure d'accueil des patients que les centres hospitaliers (CH) et centres hospitaliers universitaires ne veulent plus prendre en charge, il doit devenir une porte d'accès au système de soins, en liaison étroite avec les autres acteurs sanitaires et sociaux, établissements ou professionnels libéraux. Ces derniers devront modifier leur pratique des soins ambulatoires, en évoluant vers un exercice davantage collectif et interprofessionnel, en lien avec le secteur social. C'est d'ailleurs ce qu'ils recherchent, et cette aspiration est un levier d'action dont il faut se saisir au plus vite.

Schéma 1 : Pour une gradation des soins qui fait une place plus large à l'hôpital local



Source : Conseil économique et social.

c) L'hôpital local, acteur fondamental du niveau de proximité

Le territoire national compte 350 hôpitaux locaux dont le nombre de lits varie de 25 à 450 environ. Ils emploient 3 300 praticiens, médecins généralistes surtout, 26 000 agents des services de soins et 8 500 personnels administratifs. Depuis les années 1980, la politique suivie a consisté à supprimer les lits de médecine des hôpitaux locaux, et certains d'entre eux ont été transformés en structures gériatriques. Ainsi, aujourd'hui, leur principale activité est l'hébergement (35 %) alors que le court séjour ne représente que 2 % de leurs lits. Outre l'hébergement, les hôpitaux locaux ont une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD). La gériatrie au sens large est donc, de très loin, leur activité principale. Ce poids pris par la gériatrie a été facilité par la loi de 1994 qui autorise les hôpitaux à créer et à gérer des établissements sociaux (pour handicapés et personnes âgées), opérant ainsi un retournement par rapport à la loi de 1975 qui entendait séparer strictement le sanitaire du social.

Les hôpitaux locaux ne sont pas autorisés à pratiquer la chirurgie ni la gynécologie obstétrique. Le médecin généraliste participe généralement à leur fonctionnement, même si certains spécialistes peuvent y exercer une partie de leur activité. Enfin, un hôpital local peut pratiquer des activités de médecine (soins de courte durée) sous réserve de la passation d'un accord avec un centre hospitalier (notamment pour déterminer les conditions d'utilisation du plateau technique de celui-ci). En outre, l'hôpital local est chargé de prendre en charge des personnes à domicile, qu'il s'agisse d'hospitalisation, de soins ou d'aide à domicile (HAD, SSIAD...).

La première grande spécificité de l'hôpital local est donc d'avoir une double vocation de dispensation de soins en son sein ou à domicile, et d'accueil de personnes âgées dépendantes.

La seconde spécificité est que son fonctionnement médical repose sur la collaboration volontaire des médecins libéraux. Il s'agit d'un point fondamental puisque cette collaboration fait aujourd'hui défaut dans de nombreux hôpitaux locaux. L'enjeu principal en termes d'aménagement territorial sanitaire est donc de réussir à attirer les professionnels de santé à l'hôpital local, ce qui, dans le même temps, apportera une réponse au problème de démographie médicale dans les zones rurales. En effet, même si la couverture géographique des hôpitaux est assez hétérogène, ils sont souvent implantés en zone rurale.

Carte 4 : Localisation des 350 hôpitaux locaux en métropole



Source : SAE 99 - DHOS/03 - Eric Faure.

Les grandes évolutions que l'on observe actuellement, à savoir la démographie médicale, l'explosion de la demande de soins en gériatrie, la prise de conscience croissante des limites du « *tout technique* » et la volonté affirmée de maintenir une couverture sanitaire de proximité, rendent trois évolutions nécessaires :

- la territorialisation de l'offre de soins ;
- une meilleure articulation entre sanitaire et social ;
- une coopération renforcée entre médecine libérale et médecine hospitalière.

Or, sur ces trois points, les hôpitaux locaux sont bien placés et ont un potentiel à développer. C'est d'ailleurs un des objectifs principaux actuellement poursuivis, ainsi qu'en témoignent les récents - et nombreux - textes relatifs à l'hôpital local : circulaire n° 195 /DHOS/01/03 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, circulaire n° 2003-857 du 28 mai 2003 relative aux

missions de l'hôpital local, ordonnance du n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et plan urgences du 7 septembre 2003.

De ces textes, six points essentiels ressortent :

- 1. Il convient de promouvoir les courts séjours en médecine. De nombreux hôpitaux locaux n'ayant plus de service de médecine de court séjour, alors même que de plus en plus de patients âgés requièrent des soins médicaux, la création ou la réintroduction de lits de médecine polyvalente dans ces hôpitaux doit être envisagée. La suppression de la carte sanitaire autorise ce renversement de politique. Du fait de cette nouvelle possibilité, les établissements ne disposant plus actuellement de lits de médecine ne doivent pas être automatiquement transformés en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Leur statut d'établissements de santé ayant vocation à gérer des lits de médecine doit être préservé. Notons également qu'à l'inverse, l'analyse des besoins de santé doit pouvoir aboutir à la transformation d'un centre hospitalier en hôpital local.
- 2. Alors que l'accueil des urgences n'est pas une mission des hôpitaux locaux, ces derniers ont désormais la possibilité d'assurer un « *accueil inopiné* », donc de prendre en charge des « *petites urgences* ». Une telle disposition était largement souhaitable quand on sait que 20 % seulement des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation.
- 3. Un rôle accru dans la permanence des soins : le directeur de l'hôpital local peut dorénavant autoriser un médecin généraliste libéral non autorisé à exercer en hôpital local, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement, dans le cadre de sa permanence des soins de ville.
- 4. L'hôpital local au cœur de la problématique de la couverture médicale territorialisée et de la complémentarité : il doit promouvoir des réseaux spécifiques, mettre des moyens à disposition des maisons médicales ou de garde (locaux, personnels, équipements, soutien logistique...), initier des projets de santé dans son bassin de vie.
- 5. Il doit utiliser pleinement les possibilités de développement des alternatives à l'hospitalisation (accueil à temps partiel, hospitalisation à domicile...) offertes par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Ainsi certaines activités telles que la dialyse pour insuffisance rénale pourraient tout à fait être exercées sous l'égide de l'hôpital local.
- 6. L'organisation médicale interne est rénovée : il s'agit de développer les consultations externes avancées de spécialistes, ouvertes aux patients hospitalisés au sein de l'établissement sur sollicitation du médecin généraliste ou du praticien hospitalier, mais aussi à tous les patients non hospitalisés au sein de l'établissement.

La volonté de s'appuyer davantage sur l'hôpital local pour permettre une meilleure gradation des soins et améliorer la couverture sanitaire territoriale est donc clairement établie. Il faut toutefois se garder de faire de l'hôpital local « la » solution miracle en matière de proximité des soins, ne serait-ce que parce que la répartition géographique de ces hôpitaux est inégale. Alors que certaines zones concentrent nombre d'entre eux (sud de l'Alsace, région lyonnaise...), d'autres en sont quasiment dépourvues (Aquitaine, Picardie, Puy-de-Dôme, Corse...). Il est évident que l'hôpital local doit jouer un rôle nouveau. Surtout, il faut qu'il devienne acteur de projet de son bassin d'activité. Il apparaît en effet qu'un des principaux apports potentiels des hôpitaux locaux réside dans l'animation en santé de leur zone de desserte (prévention, diversification des modalités de prise en charge, facilitation du travail en groupes...).

d) Les trois niveaux d'hospitalisation

Tout comme les hôpitaux locaux, les hôpitaux de référence doivent se mettre au service des réseaux de santé et adopter une approche territorialisée de leur fonctionnement. Si l'on se base sur la cartographie hospitalière actuelle, ces trois niveaux correspondent globalement, en termes de couverture territoriale, aux bassins de santé, aux secteurs sanitaires et aux régions. Le contenu en services de ces niveaux pourrait être décliné comme suit :

- 1. L'hospitalisation de premier niveau. Elle est structurée autour de la médecine polyvalente, des urgences, de la chirurgie viscérale et orthopédique, de l'imagerie conventionnelle, du centre périnatal de proximité voire de la maternité de niveau I. Toutefois, il faut veiller à ce que les services proposés s'articulent correctement avec le niveau de proximité qu'est l'hôpital local. En effet, des doublons sont possibles au niveau de la médecine polyvalente et du centre périnatal de proximité notamment. Ce dernier pourrait tout à fait être intégré au sein de l'hôpital local. En effet, la mission périnatalité⁸² préconise de faire de la sage-femme l'acteur central de la prise en charge du suivi prénatal et même de l'accouchement à « *bas risques* » au sein de « *maisons de naissance* » ouvertes sous la responsabilité de sages-femmes. L'hôpital local pourrait dans ce cadre accueillir de telles maisons, notamment pour le suivi prénatal. Les parturientes n'auraient à se rendre à la maternité que pour l'accouchement, ce qui résoudrait largement le problème de l'isolement croissant de certaines zones par rapport à la maternité la plus proche, et rendrait par là même les jeunes couples moins réticents à s'installer en zone rurale. En effet, la proximité de la maternité est aujourd'hui un critère d'emménagement important.

⁸² G. Bréart, F. Puech, J.C. Rozé ; *Mission Périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale.*

- 2. Les soins hospitaliers spécialisés dans des hôpitaux de référence. Niveau de recours, il est organisé autour de l'hôpital pivot du secteur. Il assure les urgences, dispose de la maternité de niveau I ou II, d'un plateau technique 24h/24 pour la majorité des spécialités chirurgicales, pour les disciplines interventionnelles et pour l'imagerie.
- 3. Les soins hospitaliers très spécialisés dans des hôpitaux de niveau régional. Ce niveau assure les prestations très spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux. Mais il doit aussi pouvoir assurer la prise en charge des urgences.

Les auteurs du rapport⁸³ insistent sur deux points à propos de cette chaîne des soins. Tout d'abord, la coordination entre les différents acteurs et niveaux est essentielle. On ne peut que partager une telle opinion. Par contre, l'affirmation selon laquelle chaque niveau doit offrir aussi l'ensemble des services de proximité paraît plus discutable. En effet, un des enjeux de cette chaîne des soins est de permettre une meilleure couverture sanitaire dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale et de spécialisation technique. Or le fait que chaque niveau propose tous les services de proximité risque de créer des doublons et semble par conséquent difficilement compatible avec l'objectif affiché.

Évidemment, la territorialisation de ce chaînage est essentielle et elle ne saurait s'incarner dans un modèle standard transposable *in extenso* à chaque endroit du territoire national. Les territoires doivent être conçus au niveau régional notamment, en fonction de certains principes. Ils seront définis en fonction des services à rendre à la population, et non en référence à l'offre existante (présence d'institutions et de professionnels). Ils devront faire l'objet d'une réelle appropriation par les différents acteurs dans le cadre de projets. Enfin, rejoignant ce qui a été signalé sur la nécessité pour les collectivités locales d'intégrer la dimension « *santé* » dans l'ensemble de leurs politiques, d'autres approches spatiales devront y être mêlées, qui renvoient à d'autres aspects de la vie quotidienne (zones d'emplois, bassins d'attraction des pôles de services...). Dans le Nord-Pas-de-Calais par exemple, la délimitation des bassins de vie servant à l'élaboration des bassins de santé s'est affranchie de la seule logique de bassin d'attraction hospitalier, pour prendre en compte un éventail large de critères d'aménagement du territoire (voies de circulation), culturels (sentiment d'appartenance à un « *pays* »), économiques, politiques... La santé doit donc avoir des territoires spécifiques qui ne soient pas des territoires exclusifs ni « *autarciques* ».

Enfin, il faudra veiller à ce que cette gradation des soins et le meilleur maillage territorial qu'elle doit rendre possible ne soient pas compromis par la réforme du financement des établissements publics de santé. La tarification à l'activité (T2A) vise en effet à baser le budget alloué pour telle ou telle activité

⁸³ CREDES, *ibid.*

sur des tarifs pré-établis. Par exemple, si le tarif fixé pour l'accouchement par voie basse est 1 000, les autres structures dans lesquels le coût de l'accouchement est supérieur devront soit parvenir à s'aligner, soit compenser leurs pertes en étant plus rentables dans d'autres activités, soit fermer l'unité non rentable. Il est donc clair qu'appliqué strictement, sans garde-fous, un tel mode de financement pourrait être préjudiciable à bon nombre d'activités et de structures de soins. Les établissements situés en zones défavorisées risquent en effet d'être parmi les moins rentables. Il faudra donc prévoir des modalités de financement différentes, forfaitaires notamment, qui permettront de conserver une activité s'il existe une population à desservir et si les besoins de cette population sont reconnus et légitimes, sans pouvoir être satisfaits par une autre structure. Par ailleurs, comme le suggère la Fédération hospitalière de France (FHF), si la fixation des tarifs par pathologie relève du niveau national, il serait bon d'associer ces tarifs à des coefficients différents selon les régions en fonction de leur situation sanitaire. L'échelon national déterminerait la fourchette de ces coefficients et vérifierait le bien-fondé de leur utilisation.

La réforme de la tarification à l'activité devant démarrer en 2004 et sa mise en œuvre s'étaler sur près de dix ans, ses conséquences sont difficiles à prévoir. En ce qui concerne les hôpitaux locaux, la réforme devait s'appliquer à partir de 2005. L'Association nationale des hôpitaux locaux a toutefois demandé une modulation spécifique (non alignement sur les centres hospitaliers et les établissements privés) et il est même possible que cette tarification ne leur soit pas appliquée du tout. De toute évidence, si elle devait l'être, cela ne se ferait certainement pas avant un certain nombre d'années, étant donné que la T2A s'appuie sur le programme médicalisé d'informatisation des systèmes d'information et que celui-ci n'est pas en vigueur dans les hôpitaux locaux.

Enfin, si toute idée de rationalisation et d'efficacité ne doit pas être rejetée du domaine sanitaire, il conviendra de rester attentif à la façon dont elle est mise en œuvre. Elle n'est néanmoins pas intrinsèquement incompatible avec une meilleure couverture territoriale et un meilleur service rendu. Bien au contraire, elle doit permettre une réallocation géographique des ressources existantes, donc une meilleure équité. Utilisée de façon adéquate et dans une optique de santé publique, un tel instrument peut être un levier d'action primordial.

Ainsi, lorsqu'il existe, l'hôpital de proximité devrait être une véritable plate-forme pour les médecins généralistes. Dès lors, la participation des établissements de santé à l'aménagement du territoire suppose une meilleure organisation de l'offre de soins libérale.

3. Mettre l'offre de soins libérale au service de l'aménagement du territoire

Dans ce chapitre, le cas de la médecine de ville est étudié. Cependant, ces observations doivent être étendues à l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

Le caractère fortement inégalitaire de la distribution territoriale de l'offre de soins libérale a été rappelé. Aujourd'hui, nombreux sont les acteurs tant du champ sanitaire que du champ politique local à avoir pris conscience de la nécessité de mesures correctrices. En effet, l'évolution de la démographie des professionnels de santé rend le problème encore plus inquiétant. Certaines zones géographiques pourraient être confrontées à un réel problème d'accès aux services de santé dispensés par les médecins. Or les professionnels de santé libéraux constituent un des principaux piliers de notre système de santé. Ainsi en France, contrairement à d'autres pays européens, l'éventail des tâches médicales que les infirmières par exemple sont autorisées à accomplir de façon autonome est restreint. Cela rend souvent le recours au médecin obligatoire.

En outre, les comportements d'installations des jeunes médecins ne sont pour l'instant pas favorables à un retournement de la situation, si bien que deux types de zones sont particulièrement exposés au risque de désertification sanitaire : les zones rurales en voie de dépeuplement et les quartiers périurbains défavorisés ou « *banlieues* ».

Le fait que les pénuries potentielles soient autant localisées confirme que la régulation nécessaire peut difficilement s'opérer à partir du niveau central, étatique. Il revient aux régions, voire à des groupes de travail *ad hoc* formés au niveau intercommunal qui transmettront leurs conclusions à la région, de développer des analyses précises des risques. Ces analyses devront mêler les aspects quantitatifs de la démographie et les questions d'organisation des pratiques médicales (développement des collaborations, partage des tâches plus efficient entre les différents niveaux de prise en charge...).

Des instruments d'action existent, mais ils ont été peu utilisés. Des mesures incitatives visant à agir sur l'installation des médecins ont été édictées. Mais elles n'ont pas encore été réellement appliquées, et devraient être élargies à l'ensemble des professionnels de santé. Si ces mesures s'avéraient insuffisantes, la question de l'introduction de modes de gestion plus coercitifs pourrait être posée.

a) Action en amont, sur la formation

Avant cela, il faut rappeler que le gouvernement peut agir sur les capacités de formation via le *numerus clausus*. Il vient d'ailleurs d'en décider l'augmentation progressive. De 4 700 en 2002, il a été relevé à 5 100 en 2003 et va continuer à augmenter. Il est aussi théoriquement possible de structurer l'offre médicale au niveau régional en agissant sur le nombre de postes mis au concours de l'internat.

Toutefois, l'efficacité de ces mécanismes est relative. Pour ce qui est du *numerus clausus*, c'est moins l'effectif global des médecins qui pose problème que leur implantation géographique ainsi que leur répartition entre médecine générale et médecine de spécialité d'une part et entre les différentes spécialités d'autre part. Concernant ce dernier problème, pour les spécialités médicales et chirurgicales, le nombre de places ouvertes au concours d'internat est fixé au

niveau de neuf disciplines, ce qui ne permet pas une régulation précise des effectifs. Plus de cinquante spécialités sont reconnues par le Conseil de l'ordre des médecins. Surtout, les spécialités médicales et chirurgicales, qui représentent plus de la moitié des places offertes au concours, correspondent respectivement à seize et treize spécialités différentes. La réforme de 1999 qui a érigé en discipline trois nouvelles spécialités (anesthésie réanimation, pédiatrie et gynécologie obstétrique) ne saurait à elle seule résoudre ce problème.

Or en vingt ans, la part des spécialistes est passée de 36 à 51 % des effectifs de médecins, sans que cela n'enraye la croissance des inégalités géographiques d'offre de soins. Au contraire, la désertification médicale dont souffrent certaines zones est avant tout liée à l'absence de spécialistes sur leur territoire.

En outre, à *numerus clausus* constant, donc dans le cadre d'une « enveloppe » globale de postes, l'augmentation du nombre d'internes dans une spécialité se fait au détriment d'une autre spécialité, et l'augmentation du nombre d'internes toutes spécialités confondues pénalise la médecine générale.

Si le *numerus clausus* est inapte à influencer la démographie médicale au niveau régional, l'action sur le nombre de postes mis au concours de l'internat devrait autoriser une certaine régulation régionale. Toutefois, deux facteurs rendent caduque ce levier d'action : l'organisation du concours et la mobilité à l'installation. En effet, le nombre d'étudiants formés dans une région est très différent du nombre d'étudiants de cette même région entrant en deuxième cycle de médecine, notamment parce que cet effectif d'étudiants formés dépend aussi du taux de réussite au concours national de l'internat des étudiants de la région.

Par ailleurs, il existe une assez forte mobilité à l'installation. Globalement, 25 % des étudiants s'installent dans une région différente de leur région de diplôme. Pour les spécialistes, cette proportion est de 35 %, contre 20 % en 1980. Le taux de fuite varie entre les régions : il va de 45 % pour les spécialistes du Nord à 15 % dans la région Provence-Alpes-Côtes d'Azur.

Or il est inutile d'augmenter le nombre d'ophtalmologistes si les nouveaux formés s'installent dans les régions favorisées dont les besoins en ophtalmologie sont satisfaits (par exemple Paris ou la région Provence-Alpes-Côtes d'Azur). Plus encore, ainsi que l'a souligné la direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DREES) à plusieurs reprises, quand bien même le *numerus clausus* et le nombre de postes d'internes aideraient à modifier les équilibres interrégionaux, ils ne seraient d'aucune aide pour assurer une régulation régionale et locale. Or les inégalités intra-régionales sont les plus fortes. Donc, au sein d'une région défavorisée, ces nouveaux spécialistes pourront s'installer dans des centres-ville, sans que les zones qui souffrent d'une pénurie réelle ne voient leur situation s'améliorer.

Il en va de même pour la répartition des postes d'internes entre les établissements de santé, cette répartition s'effectuant en fonction d'une part des besoins exprimés par les services et non des besoins de santé de la population et,

d'autre part, au gré des luttes d'influence. En effet, les services formateurs des hôpitaux agréés pour accueillir des internes reçoivent leur autorisation d'une commission régionale d'agrément. Toutefois, aucun texte ne mentionne les critères à remplir pour l'agrément des services formateurs, si bien qu'en pratique les jeux de pouvoir font office de « critères » et qu'un agrément délivré n'est jamais retiré. Aucun rapprochement n'est fait entre délivrance/retrait des agréments et besoins locaux en termes de nombre de spécialistes à former dans chaque région, alors même que cet outil pourrait s'avérer très utile s'il était bien utilisé.

Ainsi, nonobstant les phénomènes de migrations interrégionales ultérieurs, si l'on veut faire du *numerus clausus* régional et du nombre de postes d'internes deux moyens de maintenir les jeunes médecins dans leur lieu de formation, quatre solutions peuvent être avancées :

- réformer le mode de fonctionnement des commissions d'agrément afin que les agréments cessent d'être considérés comme des droits acquis, et fixer des critères objectifs ;
- mettre en place un concours de l'internat régional ouvert aux étudiants avec un nombre de postes réservés aux candidats régionaux déterminés selon la démographie médicale régionale et les besoins de la population ;
- ou instaurer un examen classant national accompagné de la fixation d'une répartition régionale des postes en diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- une solution radicale serait d'obliger les étudiants d'une région à passer le concours dans leur région de formation ou être classés dans cette région. Ce système aurait le mérite de limiter fortement les soldes migratoires si défavorables à certaines régions mais il serait très coercitif et risquerait de limiter les échanges entre régions.

L'idée de délégation régionale de la planification des formations sanitaires initiale et continue est de plus en plus souvent avancée. Elle fait notamment partie des propositions émises par le rapport rendu par le groupe de travail composé d'élus et de professionnels de santé alsaciens et présidé par le Dr. Jean-Louis Lorrain, sénateur du Haut-Rhin.

b) L'installation des médecins : incitations versus coercition ?

A l'heure actuelle, les gouvernements successifs ont préféré envisager le recours à des mesures incitatives plutôt que de prendre le risque d'instaurer un mécanisme réellement coercitif. Le rapport relatif à la démographie médicale rendu par le sénateur Charles Descours va également dans ce sens. Conscient du problème mais restant sur le terrain des mesures incitatives, le gouvernement actuel a pris plusieurs mesures.

- *Incitations financières et fiscales : une efficacité douteuse*

Il a notamment proposé l'attribution de bourses spécifiques aux étudiants qui s'engageront à exercer par la suite en milieu rural, l'octroi d'une prime à l'installation ainsi qu'un abattement spécifique de taxe professionnelle pour les médecins s'installant dans les zones de rénovation rurale (ZRR).

L'efficacité des mesures actuellement envisagées par le gouvernement laisse les acteurs du monde sanitaire perplexes.

En effet, d'une manière générale, les expériences passées et étrangères montrent que les incitations financières sont relativement inefficaces. Et étant donné la gravité de la situation dans certaines zones, elles ne sont de toute évidence pas à la hauteur des enjeux.

Un exemple éloquent de cette inefficacité est celui du Québec, qui a mis en place plusieurs types de mesures pour améliorer la répartition géographique des médecins. Depuis 1981, ont été principalement expérimentés :

- des tarifs différents pour les nouveaux médecins pendant leurs trois premières années d'activité, selon leur lieu d'implantation (de 70 % du tarif national dans les zones urbaines bien dotées à 120 % de ce tarif dans certaines zones isolées) ;
- des quotas de places par spécialité réservées à ceux qui s'engagent à aller travailler en zone isolée ;
- l'octroi de bourses de formation aux étudiants en contrepartie de la reddition de services en zones défavorisées ;
- le versement de primes à l'installation.

L'ensemble de ces mesures a fait l'objet d'une évaluation en 1999 dans le rapport Barer et Stoddart. Ce rapport souligne l'inefficacité de ces mécanismes, qui n'ont guère suscité que des effets d'aubaine. Vingt ans après, le problème de la répartition géographique des médecins reste non résolu.

En outre, les sondages menés au niveau national parmi les étudiants en médecine et les jeunes médecins montrent clairement que les mécanismes financiers, notamment celui de prime à l'installation, ne constituent pas à leurs yeux une incitation réelle. Le président de la Fédération française des médecins généralistes (MG France), Pierre Costes, déclare d'ailleurs que « *la technique des primes est une mauvaise méthode ; ce qu'il faut, c'est une rémunération stable et pérenne, fondée sur un socle conventionnel. On doit aller vers une rémunération forfaitaire, avec des moyens en termes économiques, en termes de personnels et en termes de locaux. Le prix de l'acte resterait le même pour tout le monde, mais s'y ajouterait un forfait qui pourrait être payé par les collectivités locales, l'Etat ou l'assurance maladie* ».

Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), abonde dans ce sens : « *Ces mesures [...] ne correspondent pas aux raisons qui poussent les médecins à désertier certaines zones rurales, qui sont la pénibilité et les mauvaises conditions de travail et de vie familiale* ».

A cela s'ajoute le fait que si les ZRR sont effectivement globalement défavorisées en termes de démographie médicale, cela n'est pas forcément le cas de toutes et toutes n'ont pas les mêmes besoins. L'octroi de tels avantages fiscaux mériterait donc d'être subordonné à une analyse préalable plus fine de chaque situation locale : une zone globalement défavorisée peut souffrir essentiellement d'une pénurie de tels et tels spécialistes seulement, ou de spécialistes mais pas de généralistes. Ce rôle d'analyse doit être rempli par les échelons régionaux et locaux.

Qui plus est, les ZRR couvrent un tiers du territoire national et comptent 4,5 millions d'habitants, mais le zonage est obsolète. Notamment parce qu'il ne prend pas en compte l'intercommunalité, alors que celle-ci devra constituer un pilier essentiel de la future politique de santé si l'on veut cerner au plus près les besoins des populations et être capables d'y répondre. Une redéfinition de ce zonage s'impose donc. Elle doit être opérée sous l'autorité de l'État, sur la base de critères nationaux, et en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, à l'échelon régional, départemental et intercommunal.

En outre, les zones les plus défavorisées en termes de santé sont non seulement les zones rurales mais aussi les périphéries urbaines. Ainsi que le souligne Pierre Costes, « *ces aides ne devraient pas se limiter à la ruralité car [...] dans certaines zones périurbaines, l'exercice est fastidieux voire dangereux* ».

Enfin, si l'utilisation des incitations/désincitations financières persistait, elle pourrait émaner utilement du niveau régional, et servir le développement d'une régionalisation réelle. Le rapport Lorrain évoque ainsi la possibilité d'une modulation territoriale des honoraires des professionnels libéraux. Toutefois, une telle mesure suppose l'accord de l'assurance maladie et surtout des syndicats de médecins. Elle ne saurait être envisagée sans négociation préalable puisque la région n'a pas de pouvoir sur la rémunération des praticiens. Par contre, les régions pourraient trouver dans le développement des réseaux et de nouvelles formes d'organisation des soins un levier d'action financier important. Elles pourraient par exemple financer davantage les réseaux, créer des « *forfaits* » pour les médecins qui accepteraient de développer des projets locaux ou de desservir certaines zones, à l'image de ce qui existe pour les cabinets de montagne.

- *Incitations non financières*

Les incitations financières ne sont pas nécessairement les plus adaptées pour des professionnels libéraux exerçant dans les zones défavorisées. En effet, ces professionnels doivent faire face à un surcroît de demandes. Rémunérés à l'acte, leurs revenus sont donc généralement supérieurs à ceux de leurs confrères.

Par contre, comme le montre l'enquête réalisée par le Conseil de l'ordre auprès des jeunes médecins, les professionnels expriment une exigence de qualité de vie qui ne correspond pas à un exercice hyperactif (de surcroît pas toujours compatible avec une distribution de soins de qualité).

Dans certains quartiers défavorisés, notamment pour des raisons de sécurité, des mesures doivent donc être envisagées permettant le regroupement des professionnels sur un même site. Cette formule est par contre d'application difficile dans les zones rurales.

Pour les zones rurales, il conviendrait d'envisager le développement de structures interdisciplinaires faisant intervenir plusieurs catégories de professionnels rassemblés autour de l'hôpital local. Cela est notamment intéressant pour les réseaux gérontologiques, afin d'éviter la prise en charge morcelée.

D'autres aides peuvent être envisagées. Citons notamment le développement de la télé-médecine, la mise en place de pôles de secrétariats, où encore l'aide à l'emploi pour les conjoints...

- *Vers des politiques coercitives ?*

Plutôt que des incitations financières inefficaces, des mesures plus contraignantes pourraient être envisagées. Une des pistes évoquées concerne le nombre de postes de l'internat, mais d'autres réformes instaurant des contraintes à l'installation peuvent être discutées.

Tout d'abord, le rapport Lorrain évoque l'instauration d'un conventionnement sélectif des professionnels de santé libéraux, en fonction du choix de l'implantation géographique. Cette idée a également été avancée par l'assurance maladie.

Ensuite, il pourrait être envisagé de créer une obligation de service en début de carrière dans les zones les plus défavorisées. Cette obligation inclurait l'installation transitoire pour les libéraux et l'activité dans des postes hospitaliers déficitaires pour les médecins du secteur hospitalier. Ce système existe en Espagne et en Allemagne et il est envisagé par certains, notamment par un rapport remis par Dominique Polton. Il semble toutefois que ce type de discrimination positive est peu à même de revaloriser les zones concernées et fait davantage figure d'expédient que de solution structurelle. Surtout, cette mesure semble trop inégalitaire entre les jeunes médecins. En effet, les zones « favorisées » ont tout de même un besoin minimum en nouveaux médecins, qu'elles doivent satisfaire. Certains médecins seront donc autorisés à s'y installer dès le début de leur carrière. Comment déterminera-t-on alors ceux d'entre eux

qui devront s'installer temporairement en zone défavorisée et ceux qui n'y seront pas obligés ? N'y a-t-il pas un risque que les zones défavorisées n'accueillent que des jeunes médecins qui, une fois leur obligation terminée, émigreront vers des régions attractives ? Auquel cas se poserait le problème de l'inégalité de la qualité de prise en charge entre zones (les jeunes médecins ayant moins d'expérience) et surtout de la continuité des soins pour les patients de ces zones.

Il serait possible d'aller encore plus loin, et de remettre en cause la liberté totale d'installation dont jouissent actuellement les médecins libéraux. Dans ce schéma, les installations seraient limitées par la création d'une autorisation administrative d'installation basée sur une analyse fine de l'offre existante et des besoins de santé actuels et futurs.

Plusieurs raisons plaident en ce sens. Tout d'abord, cela ne serait pas totalement contradictoire avec leur statut libéral, puisque les praticiens libéraux sont entièrement solvabilisés par l'assurance maladie.

Par contre, afin d'éviter qu'une telle réforme n'aboutisse à l'effet inverse de celui recherché (amélioration de l'équité territoriale dans l'accès à la santé), il semble que la délivrance de ces autorisations ne doit pas être laissée à l'appréciation et à la discrétion des régions. En effet, cela risquerait d'engendrer de fortes inégalités et les régions n'auraient pas d'intérêt à refuser une installation, même si celle-ci s'effectuait en zone favorisée.

Dans ce cadre, il faut un pouvoir central qui arbitre au niveau national et qui vérifie que les besoins régionaux et locaux exprimés sont bien réels. La voie de la déconcentration est ici bien plus souhaitable que celle de la décentralisation.

Une réforme plus fondamentale pourrait être envisagée, qui modifierait la conception que nous avons de notre système de soins. Même si elle n'est pas à l'ordre du jour, elle mérite d'être mentionnée.

Il s'agirait de s'inspirer de ce qui existe dans d'autres pays, notamment la Grande-Bretagne et la Finlande, en incitant les communes, les groupements de communes voire les régions à recruter et donc à salarier des médecins. Cela serait d'autant plus acceptable pour les médecins que le corps médical connaît actuellement un changement de mentalité assez profond. En effet, la féminisation croissante, la volonté d'avoir davantage de loisirs et de temps libre, la recherche d'un emploi stable avec des horaires réguliers, sont autant d'éléments qui font que les jeunes médecins sont nettement moins réticents à l'idée de salariat que leurs aînés.

Pour fonctionner, ce système suppose que les collectivités puissent proposer des rémunérations suffisamment attractives. En outre, les municipalités finlandaises les plus excentrées ont aujourd'hui de plus en plus de difficultés à recruter des médecins, si bien que la question de la répartition territoriale de ces derniers commence à se poser également. Mais dans le contexte français, où le secteur privé est prédominant, cela pourrait être une possibilité, un instrument

utile auquel une commune pourrait avoir recours. Sous réserve, bien entendu, des modifications législatives éventuellement nécessaires.

- *Quels outils privilégier ?*

Sans aller jusque là, étant donné la manière dont notre système de soins est organisé (grande liberté des praticiens libéraux) et l'inefficacité des incitations financières, il faut maintenant identifier les leviers d'action les plus pertinents en termes d'efficacité et de faisabilité - hors mesures contraignantes - pour améliorer l'accessibilité géographique à la santé.

Préalablement à l'élaboration de toute politique efficace, il semble judicieux d'identifier les facteurs auxquels les intéressés eux-mêmes, c'est-à-dire les jeunes médecins, se déclarent les plus sensibles. A cet effet, des études sociologiques récentes ont été conduites et leurs résultats repris par le Conseil national de l'ordre des médecins notamment. Qu'apprennent ces sondages ?

Globalement, les jeunes médecins sont plus attirés que leurs aînés par la médecine salariée et ont un intérêt prononcé pour la médecine de groupe. Ils recherchent ainsi avant tout la stabilité. Quatre étudiants sur cinq déclarent vouloir exercer leur activité libérale en groupe et nombre d'entre eux recherchent la formule de l'assistantat, qui permet de concilier travail libéral et temps libre. Surtout, la majorité d'entre eux privilégie des facteurs extra-professionnels pour choisir leur futur lieu d'installation. D'une manière générale, ils acceptent l'idée de travailler en milieu rural, mais à certaines conditions : ne pas être isolés, intégrer un groupe (80 % d'entre eux), avoir une activité régulière, et obtenir une aide financière. Sur ce dernier point, notons, tout de suite, que les critères d'installation sont par ordre de priorité :

- la vie privée et les loisirs (activité professionnelle du conjoint, scolarisation des enfants, environnement culturel, sportif et associatif). 70 % des jeunes médecins de Basse-Normandie accordent une importance prioritaire à leur cadre de vie. La difficulté pour le conjoint d'exercer sa profession (critère déterminant pour 30 % d'entre eux) apparaît comme l'un des principaux freins à l'installation en milieu rural ;
- la qualité des relations avec les patients ainsi que la proximité de plateaux techniques et l'accès aux établissements de santé. Ce dernier critère est jugé déterminant par 50 % des jeunes médecins. On mesure ici l'importance du rôle que les hôpitaux locaux, publics ou privés, pourraient être amenés à jouer (cf. supra) ;
- le travail au sein d'une organisation professionnelle structurée, en groupe ou en réseau (pour 35 % d'entre eux) ;
- et, en quatrième position seulement, le revenu. Cela explique largement le constat d'inefficacité des incitations financières.

La question des revenus apparaît secondaire pour attirer les jeunes médecins en zone rurale. En effet, un médecin généraliste gagne autant sinon plus que son confrère exerçant en zone urbaine. Selon la DREES, les omnipraticiens ont un revenu supérieur d'environ 10 % à la moyenne dans les espaces à dominante rurale. (Mais il est vrai que les spécialistes y ont des revenus inférieurs).

Par contre, ces mêmes étudiants redoutent :

- les difficultés de remplacement, que 70 % d'entre eux considèrent comme un frein essentiel à l'installation ;
- le nombre de gardes à assurer, dont 40 % des médecins ruraux se plaignent ;
- et l'isolement, tant professionnel (auquel une nouvelle organisation des soins, le travail en groupes et en réseaux peuvent répondre) que personnel ;
- dans les zones urbaines périphériques, le principal obstacle à l'installation est le sentiment d'insécurité. Là aussi, les exercices collectifs, cabinets de groupes ou centres de santé, bénéficient d'une organisation et d'un effet de nombre qui permet d'amoindrir ces difficultés.

En fait, plus que des incitations financières plus ou moins ponctuelles qui ne suscitent guère que des effets d'aubaine, c'est par l'amélioration générale de la qualité de vie et de travail dans ces zones que les médecins devraient être attirés. Une étude conduite en Finlande, mais tout à fait transposable à la France, va dans ce sens. La Finlande commence en effet à souffrir du même problème de répartition des médecins, et 70 % des étudiants en médecine sont des femmes. Comme en France, même si le phénomène y est encore plus marqué, la profession se féminise et les femmes médecins ont davantage recours au travail à temps partiel que les hommes. Or, l'étude montre que pour pouvoir attirer ces médecins, les municipalités devraient idéalement avoir des emplois à proposer à leurs conjoints car c'est là une condition essentielle à leur installation. Plus globalement, les territoires doivent pouvoir offrir aux jeunes médecins tous les services et activités dont ils ont besoin en tant que citoyens. Ainsi, la politique sanitaire ne saurait être totalement isolée de la politique plus globale d'aménagement et de développement territorial. C'est pourquoi les collectivités locales doivent jouer un plus grand rôle et intégrer la dimension « *santé* » dans l'ensemble des politiques qu'elles mettent en œuvre. En fait, la santé devrait plus être une politique transversale qu'une politique spécifique. Plus que de santé, il s'agit de « *bien-être* » (*welfare*) et les collectivités devront « *prendre soin* » (« *care* ») de leurs citoyens davantage que les « *guérir* » (« *cure* »).

Mais si les zones défavorisées peuvent difficilement modifier à court terme leur environnement économique et social, la possibilité d'action sur les conditions de travail des médecins est plus large. Il s'agit de permettre aux

médecins d'avoir une charge de travail raisonnable et de pouvoir s'adosser à d'autres structures et acteurs de santé. Cela passe notamment par une réhabilitation de l'hôpital local en tant que structure de soins de premier niveau et par la facilitation du travail en réseau des professionnels de la santé.

B - LE DÉVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION ENTRE LES ACTEURS DE SANTÉ

1. Une redéfinition souhaitable du partage des tâches

En aucun cas, les nouveaux modes d'exercice ou les nouvelles répartitions de tâches ne doivent paraître imposés par la démographie, sinon ils seront perçus comme une « *médecine au rabais* ».

- *Le besoin de médecins dépend de l'organisation du système de soins*

La France connaît actuellement un « *besoin* » de médecins, surtout dans certaines disciplines et ce besoin va s'accroître, créant, dans certaines zones et dans certaines spécialités, des véritables « *pénuries* » inacceptables du point de vue de la santé publique et de l'égalité dans l'accès à la santé. Néanmoins, il peut y avoir plusieurs solutions pour résoudre un problème.

Le « *besoin* » de médecins n'a pas grand sens dans l'absolu. En effet, un tel besoin est contingent d'une part à l'organisation globale des soins (et une réorganisation peut apporter quelques éléments de solutions) et d'autre part au contenu du métier médical ainsi qu'à la répartition des tâches entre professionnels de santé. De fait, à effectifs identiques, une action adéquate sur ces deux leviers pourrait faire diminuer le « *besoin* » exprimé. Il s'agit en fait de rationaliser l'activité soignante, de la rendre plus efficiente.

Quelques exemples internationaux permettent d'illustrer ce fait. Un généraliste néerlandais suit en moyenne 2 500 patients, un généraliste anglais 2 000, alors qu'en Belgique ou en France ce ratio ne dépasse pas 1 000. Concernant les spécialistes, la densité d'ophtalmologistes est de trois pour 100 000 habitants au Royaume-Uni, de quatre au Québec ou au Pays-Bas, de six aux Etats-Unis, et de neuf en Belgique et en France. Et pourtant, l'ophtalmologie fait partie, en France, des spécialités les plus affectées par le problème de « *pénurie* ». Certes la diminution de l'offre dans cette spécialité est préoccupante (baisse prévue de 50 % des effectifs en vingt ans, soit une réduction de 60 % en densité si la tendance actuelle se poursuit), mais elle amènerait la France au niveau d'autres pays.

Le nombre de médecins requis est donc étroitement lié à l'organisation du système de soins, et les systèmes dans lesquels les patients suivent des filières de soins très structurées et graduées sont plus économes en ressources médicales. D'où la nécessité de renforcer la gradation des soins et de favoriser les réseaux.

- *Une redéfinition du contenu des métiers peut réduire le nombre de praticiens nécessaire*

Le second facteur déterminant est le contenu des métiers, c'est-à-dire le partage des tâches entre les différentes professions, indépendamment de l'organisation en réseaux. Si l'on prend l'exemple de la profession d'infirmière, les responsabilités et les champs de compétence varient fortement d'un pays à l'autre. Le Royaume-Uni et la Suède ont instauré une autorisation de prescription de certains médicaments pour les infirmières ayant suivi une formation spécifique. En Finlande, médecins et infirmières forment de véritables « *binômes* » et travaillent en étroite collaboration. Dans les services d'urgences hospitaliers par exemple, les patients sont d'abord vus par une infirmière. Celle-ci peut soit leur procurer les soins nécessaires (délivrance de certains médicaments, injections...), soit prescrire des examens supplémentaires (radiographie, tests de laboratoire notamment), soit les laisser être vus par un médecin. Afin de les aider à prendre cette décision, infirmières et médecins élaborent ensemble des protocoles, des guides d'action.

En outre, en Finlande, infirmières et sages-femmes jouent un rôle nettement plus important qu'en France. Elles organisent l'essentiel du suivi prénatal dans des structures de médecine générale (centres de santé) ou spécifiques (maisons de naissance), voient une parturiente sept à huit fois pendant la période de grossesse, et les sages-femmes assurent les accouchements sans complications. Ainsi, les gynécologues obstétriciens sont présents uniquement à l'hôpital et les parturientes n'y ont recours que pour d'éventuels examens complémentaires au cours de la grossesse si des risques se présentent ou pour accoucher en cas de complications prévisibles. En outre, même dans ce dernier cas, l'accouchement dans le bloc obstétrical peut tout à fait être assuré par une sage-femme. Il se peut même qu'un étudiant (futur gynécologue obstétricien ou futur sage-femme) s'en charge. Et pourtant, les taux de mortalité périnatale, maternelle et infantile y sont parmi les plus bas dans le monde, et meilleurs qu'en France. Enfin, les infirmières sont également chargées du suivi post-natal de la femme et de l'enfant.

Cela n'est qu'un exemple parmi d'autres. On observe d'ailleurs une tendance générale à l'élargissement des compétences des infirmières et à la spécialisation de cette profession. De ce point de vue, la France apparaît en retard. Repenser le partage traditionnel des tâches entre plusieurs professions est un facteur de rationalisation que l'on ne saurait laisser inexploité.

C'est d'ailleurs une orientation privilégiée préconisée par les plus récents rapports relatifs au système de santé, qu'il s'agisse de la mission périnatalité, du rapport Nicolas sur la démographie médicale⁸⁴, du rapport de Charles Descours⁸⁵ ou encore du rapport Berland⁸⁶.

Toute redéfinition des contours de certains métiers devra s'accompagner de réels transferts de compétence. En effet, on observe actuellement que les infirmières libérales par exemple, parce qu'elles ne peuvent effectuer qu'un certain nombre d'actes qui plus est obligatoirement prescrits par un médecin, s'installent à proximité des cabinets de médecins. Leur clientèle est donc la même que celle de ces praticiens. Or si l'on souhaite faire jouer aux cabinets infirmiers un rôle dans l'amélioration de la couverture territoriale (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile...), il faut desserrer le lien qui les rattache aux cabinets de médecins et accroître réellement leur autonomie. Les cabinets infirmiers doivent pouvoir offrir des services de santé là où précisément la présence d'un médecin généraliste fait défaut. Seule une réelle substitution des tâches peut permettre un meilleur maillage territorial sans augmentation globale de l'offre de soins. C'est d'ailleurs une des recommandations essentielles du rapport Barer et Stoddart, qui propose le déploiement accru de personnels intermédiaires (infirmières cliniciennes spécialement formées) dans les régions isolées.

La faisabilité et l'efficacité d'un transfert de certains actes de médecins vers des infirmières à compétence étendue a fait l'objet de nombreuses études depuis les années 1970, principalement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni où de tels transferts ont été mis en oeuvre. Ainsi les *practice nurses* sont des infirmières qualifiées, salariées par les cabinets de soins et chargées essentiellement de la promotion de la santé, du suivi de pathologies chroniques stabilisées et des consultations de première ligne (bilan clinique initial, prise en charge autonome du patient, si la pathologie ne nécessite pas le recours au médecin). Dans les cabinets où ces infirmières sont présentes, le taux de consultations sans recours au médecin varie de 70 à 95 % selon l'organisation du cabinet. Le temps médical qu'il est potentiellement possible de gagner est donc important, et il peut être utilisé par le médecin, ne serait-ce que partiellement, pour augmenter son volume horaire dans un hôpital par exemple. Ainsi, une telle réforme mériterait, pour être pleinement efficace, d'être accompagnée d'une révision des modes de collaboration des médecins libéraux au secteur hospitalier, afin de les rendre plus attractifs. Ces considérations ne doivent cependant pas faire oublier l'intérêt du développement de structures interdisciplinaires faisant

⁸⁴ Guy Nicolas, Michèle Duret ; *Proposition sur les options à prendre en matière de démographie médicale* ; ministère de l'emploi et de la solidarité - juin 2001.

⁸⁵ Charles Descours ; *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professions de santé sur le territoire* ; ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - 2003.

⁸⁶ Y. Berland, Th. Gausseron ; *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ; ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - 2003.

intervenir plusieurs catégories de professionnels et évitant la prise en charge morcelée entre de multiples intervenants sanitaires (et aussi sociaux).

Les *nurses practitioners* travaillent quant à elles de manière autonome et peuvent proposer des prescriptions. D'après les études menées, les consultations assurées par des infirmières, à compétences élargies, garantissent une qualité de soins équivalente aux consultations auparavant assurées par les médecins, et une satisfaction supérieure des patients.

Outre les infirmiers libéraux, les spécialités les plus susceptibles d'être concernées sont les opticiens et surtout les orthoptistes en ophtalmologie, les infirmiers aides anesthésistes en anesthésie, les infirmiers de bloc opératoire pour l'activité chirurgicale, les manipulateurs radiologues pour la radiologie, les psychologues cliniciens en psychiatrie, les techniciens en cardiologie, les techniciens de dialyse en néphrologie ou encore les aides soignantes en soins infirmiers. Concernant ce dernier domaine, le « *glissement de tâches* » est déjà largement répandu ; il mériterait d'être reconnu, organisé et clarifié. Sa clarification est surtout nécessaire pour la coordination entre les infirmiers libéraux et les services d'aide au maintien à domicile. En effet, alors que les besoins de soins infirmiers à domicile augmentent du fait du vieillissement de la population, du progrès technologique qui rend la prise en charge à domicile plus aisée, et d'une politique volontariste de développement des alternatives à l'hospitalisation, les infirmiers libéraux correspondent essentiellement avec la famille et le médecin traitant de la personne prise en charge mais collaborent très peu avec les services de soins infirmiers à domicile et ont une connaissance imprécise des autres acteurs sociaux qui interviennent (aide ménagère, auxiliaire de vie...) ⁸⁷. Cela empêche un partage des tâches efficace entre ces acteurs.

Plus généralement, il serait souhaitable d'élargir à ces professions la répartition des rôles qui existe actuellement entre obstétriciens et sages-femmes, tout en étendant les compétences de ces dernières (cf. maisons de naissances, suivi à domicile...). Il conviendrait de garantir aux sages-femmes en secteur libéral la possibilité de prendre en charge les grossesses et les accouchements. Pour cela, il faut rendre effective l'ouverture des plateaux techniques des établissements privés aux sages-femmes libérales.

Citons aussi les kinésithérapeutes qui pourraient jouer un rôle plus actif dans la prévention et l'éducation à la santé (écoles du dos, écoles du souffle...).

2. Favoriser la collaboration au sein du secteur libéral

a) Les principaux critères d'installation

Les différentes études mentionnées relatives aux critères d'installation des jeunes médecins montrent clairement que les considérations financières sont désormais loin d'être déterminantes. Sans détailler à nouveau les motivations des nouveaux médecins, rappelons que les principales sont :

⁸⁷ CREDES, *Questions d'économie de la santé*, août 2002.

- la possibilité d'exercer en groupe et en réseaux, afin d'éviter tout isolement, de faciliter les gardes et de réduire la charge de travail individuelle en rendant notamment plus facile le recours au temps partiel ;
- l'accès à un plateau technique performant ;
- un environnement socio-économique qui doit offrir un emploi au conjoint ;
- enfin des services publics ainsi que la plupart des commodités culturelles, sociales, économiques.

Le troisième point renvoie à la politique globale de développement des collectivités territoriales. Il est donc difficile d'agir dessus à court terme voire à moyen terme. Néanmoins, les responsables locaux doivent garder cette considération à l'esprit et intégrer la politique de santé dans toute réflexion sur l'aménagement et le développement du territoire.

Il faut surtout insister sur les deux premiers éléments, qui doivent guider la réorientation de notre système de santé vers une plus grande équité territoriale.

b) L'exercice collectif du métier

Tout d'abord, il semble aujourd'hui nécessaire de permettre aux praticiens libéraux d'exercer leur métier collectivement. Cette possibilité fait partie des mesures envisagées par le gouvernement pour attirer les médecins dans les zones sous-médicalisées. L'exercice en cabinet de groupe et en cabinet secondaire va être encouragé, ainsi que la constitution de pôles de soins. L'exercice en cabinet secondaire doit permettre à un praticien de travailler dans un deuxième cabinet situé dans une zone défavorisée mais qui n'est pas suffisamment rentable pour être transformé en cabinet principal.

La possibilité d'exercer en cabinet de groupe devrait être ouverte prochainement, puisqu'elle a reçu l'aval du Conseil national de l'ordre des médecins et que celui-ci est en train de réécrire l'article 87 du Code de déontologie médicale afin de l'autoriser. Le futur statut de collaborateur libéral négocié à l'initiative de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) (déjà en vigueur chez les dentistes, les kinésithérapeutes et les avocats) répond à une très forte attente des professionnels de santé⁸⁸. D'autant que comme nous l'avons vu, une des causes récurrentes de refus d'installation en zone défavorisée est l'absence de possibilité de remplacement. Ce projet de statut a d'ailleurs retenu l'intérêt des jeunes praticiens de l'Intersyndicale nationale autonome des résidents (ISNAR) et du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG). Il permettra d'alléger la charge de travail des médecins, de rendre les remplacements temporaires plus aisés et de mieux partager les tâches, et pourra à terme déboucher sur un contrat d'association ou de succession, facilitant ainsi la transmission du cabinet. Cette réforme pourra, en effet, être accompagnée de

⁸⁸ Il a été négocié à l'initiative de l'UNAPL.

mesures fiscales rendant la transmission plus avantageuse : il s'agirait de considérer la cession comme un transfert d'entreprise et non plus comme une cession de clientèle. Cette modification sauvegarderait les intérêts de l'ensemble des partenaires.

Enfin, la possibilité d'exercer au sein d'un cabinet au titre de salarié doit être ouverte à titre expérimental. L'exercice salarié correspond en effet à une attente de certains praticiens, notamment féminins, et l'on observe aujourd'hui, dans les centres urbains, une « *professionnalisation* » du remplacement (l'âge moyen d'installation est de 41 ans à Paris contre 37,5 ans en moyenne). Cela peut certes signifier que ces médecins ont plus de mal à s'installer (constitution de clientèle rendue difficile par l'abondance de praticiens, coût élevé de l'immobilier...) mais peut aussi traduire une attraction plus forte pour ce type d'activité et une plus grande réticence à s'installer et à devoir gérer un cabinet.

c) Le développement de maisons de santé

D'autres modalités d'organisation du travail permettant une meilleure collaboration des praticiens entre eux existent et doivent être encouragées. Parmi elles, les maisons de santé doivent être privilégiées. Il en existe aujourd'hui de trois types :

- 1. Les premières, qui nous intéressent au premier chef, structurent la médecine libérale en limitant l'isolement des médecins généralistes.

Assez autonomes par rapport aux structures hospitalières, elles sont tout à fait adaptées aux situations de désertification médicale. Ces maisons médicales regroupent généralement plusieurs généralistes, mais pourraient tout à fait s'ouvrir à d'autres acteurs du monde sanitaire tels que les spécialistes, les infirmières libérales, les professions de rééducation, les officines pharmaceutiques, les associations (pour les soins à domicile notamment) mais aussi les travailleurs sociaux et les assistantes sociales. De plus en plus de médecins se plaignent en effet de devoir assurer une prise en charge davantage « *sociale* » que « *médicale* » de certains patients et aimeraient être déchargés de cette tâche. Des expériences ont déjà été menées dans certaines régions. Le conseil général de la Manche a par exemple aidé au financement de cabinets pluridisciplinaires. On voit ici le rôle que peuvent jouer les collectivités territoriales en complément de l'intervention du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Leur action doit être encouragée, quelle que soit la forme de leur aide : financement, mise à disposition de locaux, d'équipements...

Toutefois, l'implication croissante des collectivités dans le domaine de la santé ne doit pas se traduire par une concurrence entre territoires, auquel cas la concurrence territoriale prendrait le relais de la concurrence entre structures et l'objectif d'aménagement du territoire serait manqué. C'est pourquoi l'intercommunalité semble être le support le plus approprié pour développer de telles initiatives.

En outre, l'autonomie de ces structures ne doit pas forcément être un objectif prioritaire. En effet, si leur niveau d'équipement et de technicité leur permet de se poser en structure sanitaire de proximité, et donc de premier maillon du réseau de prise en charge, elles doivent travailler en partenariat avec une structure hospitalière référente. En zone rurale, l'hôpital local semble souvent le plus approprié pour assumer cette position. En fait, plus la proximité de l'hôpital est grande et meilleure est la coopération, moins la maison médicale a besoin de disposer d'un haut niveau d'équipement. Cela est encore plus vrai pour les zones périurbaines généralement peu éloignées d'un hôpital, local ou général (même si la distance temps y est parfois plus longue qu'en zone rurale alors que la distance kilométrique y est moindre, ce à quoi il faut prendre garde).

- 2. Les deuxièmes visent une meilleure organisation des urgences et s'inscrivent à ce titre dans la politique de coopération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier. Elles se traduisent par l'établissement de protocoles entre les médecins et les services d'urgences et stabilisent le nombre de passage aux urgences.
- 3. Enfin les troisièmes sont en fait des consultations externes sans rendez-vous au sein même des établissements.

Il existe actuellement environ trente-cinq maisons médicales. L'objectif gouvernemental est de voir émerger au moins quatre-vingts nouveaux projets d'ici 2005.

3. Décloisonner les secteurs

a) Rapprocher l'hospitalier et le médico-social

Les problèmes d'articulation avec le médico-social sont aujourd'hui une limite essentielle à une organisation des soins efficace.

L'amélioration des relations entre ces deux secteurs, donc entre les acteurs qui sont chargés de les gérer, est absolument nécessaire. Surtout, le manque de souplesse dans la gestion des enveloppes financières - qui rend par exemple difficile la reconversion de lits d'hospitalisation de long séjour en places dans les institutions médico-sociales d'accueil des personnes âgées - pose la question de leur fongibilité et même de leur gestion par un acteur unique aux compétences élargies.

b) Mieux articuler l'hospitalier, public et privé, et l'ambulatoire

Les différentes tentatives, notamment juridiques, pour réduire la concurrence entre les secteurs public et privé d'une part, et hospitalier et ambulatoire d'autre part, ont eu des résultats insatisfaisants. Or, afin d'obtenir un maillage médical efficient et équitable du territoire, il est essentiel de favoriser la collaboration entre ces différents secteurs.

Cette coopération accrue doit concerner tant l'hospitalisation publique et privée que le secteur ambulatoire. Au moins, à défaut de coopération pleine et entière, il faut améliorer leur complémentarité afin d'éviter toute redondance en

matière de prise en charge et d'équipements. Une meilleure couverture territoriale doit être garantie à moyens quasiment constants.

La complémentarité public-privé des établissements de santé suppose que les établissements des deux secteurs situés dans une aire géographique commune présentent des activités différentes et non concurrentielles. La complémentarité ne se décrète pas, elle est le fruit d'une réflexion stratégique entre les décideurs qui doivent y trouver leurs comptes respectifs. La faisabilité d'un rapprochement entre hôpital et clinique n'est pas évidente. Nonobstant ces difficultés, le rapprochement public-privé est souvent le seul moyen d'éviter une fermeture des deux structures qui situées dans le même secteur, assurent la proximité des soins leur permettant d'accéder à une technicité en rapport avec l'évolution des techniques médicales.

Or les différents instruments juridiques élaborés en vue de permettre une plus grande collaboration entre le public et le privé, une rationalisation de l'utilisation et de l'implantation géographique des équipements lourds, ont été assez peu utilisés. Surtout, lorsqu'ils l'ont été, les résultats obtenus se sont généralement avérés décevants. Le gouvernement a pris acte de cet échec et a simplifié les modalités de coopération, au point de n'en retenir qu'une seule et de la modifier. Pour mémoire, les outils juridiques mis à la disposition des établissements jusqu'à l'ordonnance de simplification sanitaire étaient les suivants :

- le syndicat inter-hospitalier (SIH) qui peut comprendre tant des établissements publics que privés PSPH et des institutions médico-sociales. Financé par dotation globale, il peut gérer directement des installations transférées par les membres ;
- le groupement d'intérêt économique (GIE) : il regroupe des personnes physiques ou morales, publiques ou privées, y compris à but lucratif. Personne morale de droit privé financée par les apports des membres, il n'est pas autorisé à exercer les missions de soins, de diagnostic et de surveillance. Ses activités se cantonnent à la logistique et à la gestion d'équipements ;
- le groupement d'intérêt public (GIP) : aucune personne physique ne peut y participer, les médecins libéraux en sont donc exclus. Personne morale de droit public financièrement autonome et financée par les membres au prorata des services dont ils bénéficient, le GIP ne peut exercer des missions de soins. Gestionnaire de biens, ses activités se limitent à la gestion de biens meubles ou immeubles (équipement, blanchisserie, radiologie, cuisine) ;
- l'association : personne morale de droit privé pouvant regrouper toutes les personnes morales ou physiques de droit privé et public, elle ne peut exercer les missions de soins des établissements de santé ;

- l'établissement public de santé inter-hospitalier (EPSI) : il ne peut être créé que par des établissements publics de santé, qui lui transfèrent une partie de leurs activités de soins. Le transfert inclut les personnels, qui ne sont pas simplement mis à disposition de l'établissement, comme c'est le cas dans les autres types de coopération. L'EPSI devient en effet employeur pour des personnels exerçant dans les structures transférées des établissements membres. Il est financé par dotation globale comme tout établissement de santé et devient propriétaire des biens meubles ou immeubles qui lui sont transférés par les membres. Enfin, il ne peut être créé que pour exercer des activités de soins ;
- le groupement de coopération sanitaire (GCS) : avant l'ordonnance de simplification sanitaire, une personne physique ne pouvait en devenir membre. Personne morale de droit privé ou public selon sa composition, il peut détenir des autorisations d'installations d'équipements lourds et d'activités de soins mais n'a pas de personnels en propre.

Huit ans après la mise en oeuvre des ordonnances de 1996, le bilan que l'on peut faire de la reconstitution hospitalière et de la coopération inter-établissements est globalement mitigé. Ce relatif échec tient pour partie au foisonnement et à la complexité des formules juridiques proposées. Or, malgré leur nombre, aucune d'entre elles n'est suffisamment large pour englober d'une part tous les acteurs de santé potentiels (établissements publics et privés à but lucratif ou non, de santé et médico-sociaux, personnes physiques) et d'autre part l'ensemble des activités (activités de soins, gestion d'équipements et d'installations, logistique). Les médecins libéraux ne pouvaient pas devenir membres d'un GIP en tant que personnes physiques et y étaient réticents en tant que personnes morales à cause de son caractère public. Inversement, les établissements publics de santé étaient défavorables à la constitution en association en raison du risque de gestion de fait.

Généralement, les expériences de collaboration entre les secteurs public et privé émanent de petits établissements contraints de s'associer pour maintenir une activité médicale suffisante. Or ces « mariages forcés » buttent rapidement sur des problèmes humains, juridiques et matériels liés aux différences de statuts entre médecins, aux problèmes de responsabilité, aux questions d'organisation et aux modalités pratiques de mise à disposition des personnels et des équipements.

C'est pourquoi l'ordonnance du 4 septembre 2003 a opéré des simplifications bienvenues : les possibilités de création d'un syndicat inter-hospitalier et d'un EPSI sont supprimées à compter du 1^{er} janvier 2005 pour le premier et dès aujourd'hui pour le second. Surtout, le groupement de coopération sanitaire est désormais ouvert aux médecins libéraux et il peut constituer le cadre juridique d'un réseau de santé. A ce titre, la possibilité d'être employeur lui est donnée et il peut assurer l'ensemble des missions d'un établissement de santé.

La possibilité offerte aux groupements de coopération sanitaire de constituer un réseau de santé et l'élargissement juridique des membres potentiels doivent favoriser l'essor des réseaux de santé. Cela est tout à fait bienvenu et souhaitable, dans la mesure où les réseaux sont un des moyens privilégiés d'amélioration de la couverture territoriale en matière de santé.

Avant d'évoquer la question des réseaux, il faut insister sur le fait que la collaboration des professionnels de santé libéraux à l'hôpital est indispensable. Le rapprochement tant souhaité entre la ville et l'hôpital est une voie incontournable dans les zones déficitaires, pour plusieurs raisons :

- des raisons techniques, puisque de plus en plus de patients peuvent aujourd'hui être pris en charge par le secteur ambulatoire là où une hospitalisation s'imposait hier ;
- des raisons de démographie, car le vieillissement de la population implique de favoriser le maintien à domicile et d'établir des relations formalisées entre l'amont et l'aval du séjour hospitalier afin d'éviter toute rupture de prise en charge ;
- des raisons de démographie médicale et de pénuries localisées : les zones défavorisées cumulent les difficultés de recrutement à l'hôpital et le manque de praticiens libéraux, ce qui impose une mutualisation des ressources. En outre, nous avons vu qu'un des critères d'installation essentiels aux yeux des jeunes médecins était l'accès à un plateau technique. Cette mise en commun des ressources médicales et techniques passe donc notamment par la réaffirmation du rôle des hôpitaux locaux (cf. supra). Ces derniers doivent pouvoir proposer un cadre technique attractif.

Par ailleurs, il convient de favoriser la venue de médecins libéraux dans l'ensemble des établissements de santé. Aujourd'hui, un praticien libéral peut intervenir à l'hôpital soit comme « *contractuel* », soit comme praticien hospitalier à temps partiel, soit encore en tant que vacataire.

La vacation n'était pas suffisamment attractive d'un point de vue financier. Elle a été revalorisée par un décret en date du 1^{er} août 2003. Il faut espérer que cette revalorisation aura quelque effet.

Il faut ensuite promouvoir la présence de praticiens à temps partiel dans les hôpitaux, dans la mesure où cela correspond aussi à une attente des nouveaux médecins. Cette promotion passe notamment par le rapprochement des statuts de praticiens à temps plein et à temps partiel.

En outre, la coopération entre hôpitaux et libéraux ne devrait pas être unilatérale. En effet, la participation de praticiens hospitaliers à des maisons médicales ou à des maisons de gardes en ville par exemple est juridiquement envisageable mais très rarement utilisée. Cette « *coopération en sens inverse* » mériterait d'être développée afin que le décloisonnement soit total et réel.

4. Les réseaux : un rôle essentiel dans le cadre d'une nouvelle organisation des soins réticulée et graduée.

Le concept de « *réseaux de soins* » n'a trouvé de véritable traduction juridique en France qu'en 1996. Les ordonnances de 1996 ont en effet créé deux types de réseaux : les premiers, dits « *réseaux expérimentaux* » à dérogation tarifaire (surnommés « *réseaux Soubie* »), relèvent des articles L. 162-31 et L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale et concernent les acteurs libéraux de santé. Ils sont agréés par les ministres de la sécurité sociale et de la Santé ou par la commission exécutive de l'ARH compétente. A leur côté sont créés les « *réseaux de soins inter-hospitaliers* » régis par l'article L. 6121-5 du Code de la santé publique, agréés par les ARH et inscrits dans le cadre de la planification sanitaire, et qui ne peuvent être créés que par des établissements publics de santé. Pas moins de sept financeurs différents peuvent être impliqués dans le financement des réseaux : l'assurance maladie, les ARH, les établissements hospitaliers, le fonds national de prévention et d'information et d'éducation à la santé, les collectivités territoriales (communes et départements), des organismes privés (laboratoires pharmaceutiques notamment).

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) insiste dans un document de 1999 sur les enjeux majeurs dont sont porteurs les réseaux de santé. Ils doivent non seulement permettre une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, mais ils peuvent aussi impulser une nouvelle dynamique d'organisation de notre système de santé. Les réseaux peuvent permettre :

- une meilleure adaptation du système de soins aux besoins des patients ;
- un décloisonnement entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière, entre spécialistes et généralistes, entre secteurs public et privé ainsi qu'entre les champs hospitalier et médico-social ;
- un accroissement de la compétence collective des praticiens par une mise en commun de leurs savoir et savoir-faire, ainsi que par une meilleure répartition des tâches et des responsabilités ;
- une prise en charge coordonnée sur un territoire donné, qui romprait avec la segmentation horizontale et verticale des métiers. La notion de trajectoire de soins (parcours des patients dans le système de santé) est au cœur de la notion de réseau. Elle doit être conçue non seulement comme trajectoire « *médicale* » mais aussi comme trajectoire « *géographique* ».

En d'autres termes, le réseau peut et doit devenir un des piliers de la nouvelle organisation réticulée (maillage territorial) et graduée (gradation des soins, des plus simples aux plus complexes) des soins. Un objectif essentiel doit être d'allier, dans son mode de fonctionnement, décloisonnement entre les différents segments et acteurs du monde sanitaire et social, et complémentarité afin d'empêcher que ce décloisonnement ne dégénère en concurrence.

La création de réseaux de santé repose aujourd'hui sur certaines possibilités juridiques et financières. Ainsi, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a doté les réseaux de santé d'une définition législative inscrite dans le Code de la santé publique (article L. 6321-1). Les réseaux de santé ont ainsi pour objet de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire (...) tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins* ». La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 crée la dotation nationale de développement des réseaux. Ainsi, le montant national fixé pour l'année 2004 s'élève à 125 millions d'euros.

Le contexte actuel est particulièrement propice au développement des réseaux de santé. En effet, ils sont au cœur de la politique de santé et différentes mesures ont été prises pour renforcer leur efficacité.

Mais la possibilité juridique et financière de créer des réseaux ne serait d'aucun effet si la volonté des acteurs manquait. Or, ainsi que cela a été évoqué, le changement de mentalité que l'on observe chez les jeunes médecins est largement favorable aux réseaux. Cette évolution est heureuse, dans la mesure où ces mêmes médecins sont de plus en plus enclins à exercer la médecine de groupe. Or, le danger de la médecine de groupe est de se trouver en contradiction avec la recherche de proximité, notamment en zones défavorisées et rurales où un groupe peut reposer sur un bassin de population important et desservir un territoire large. La mise en place de réseaux de santé multiprofessionnels et à thématique géographique doit permettre d'éviter cet écueil.

Les réseaux sont particulièrement adaptés aux zones « *fragiles* » - où des problèmes d'accès et de desserte existent ou vont se faire jour prochainement - que sont les zones rurales, les zones périurbaines et les zones très enclavées.

Etant donné l'importance que peuvent avoir les réseaux dans la modification de notre organisation des soins, la dichotomie établie par les textes de 1996 entre les réseaux de ville et les réseaux inter-hospitaliers ainsi que l'éclatement et l'insuffisance de leur financement sont vite apparus comme deux freins à leur développement qu'il fallait lever au plus vite.

C'est pourquoi la loi du 4 mars 2002 a rénové leur cadre juridique et la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 leurs modalités de financement. Ainsi les réseaux de santé peuvent recevoir des subventions de l'Etat, de l'assurance maladie (URCAM notamment) ou des collectivités locales. Une cinquième enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) leur est dédiée ainsi qu'une dotation spécifique (dotation nationale de développement des réseaux) et le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) peut les soutenir. Malgré cette rénovation du cadre financier, le système français se démarque toujours des pays qui ont mis en oeuvre de tels réseaux, où une seule structure administrative assure la gestion des projets et leur financement (comtés au Danemark par exemple). Une telle unification semble

souhaitable car le fractionnement actuel du financement est un frein au plein essor des réseaux.

La loi du 4 mars 2002 introduit l'article 6321-1 dans le Code de la santé publique qui établit la base juridique des « réseaux de santé ». Les réseaux reçoivent ainsi une définition unique, quel que soit leur promoteur (ville ou hôpital). Selon l'article précité, les réseaux de santé ont pour objet « *de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires* ». En outre, la loi du 4 mars 2002 ajoute qu'ils « *assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* ». Surtout, « *ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales et médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire et sociale* ». Les établissements publics de santé peuvent désormais participer aux réseaux de ville, ce qui devrait à la fois renforcer l'efficacité et l'envergure des réseaux (accès des professionnels membres du réseau au plateau technique et aux équipements lourds d'un établissement) et favoriser le décloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire. Cette nouvelle opportunité doit être saisie par les hôpitaux locaux notamment, puisque l'accès à des équipements techniques et à des lits de médecine peut constituer un atout potentiellement déterminant dans le choix par les médecins d'un site d'installation.

Qui plus est, la France accuse un retard certain en matière de taux de prises en charge en hospitalisation de jour. Trois exemples illustrent ce fait :

- pour les cures de hernies unguinale ou crurale, la prise en charge ambulatoire est actuellement de 1 % pour les adultes. Elle pourrait potentiellement atteindre 70 % et elle est déjà de près de 90 % aux États-Unis et 50 % au Canada ;
- pour la cataracte, le taux potentiel est de 70 % contre moins de 20 % aujourd'hui (98 % aux États-Unis et 100 % au Canada) ;
- pour le canal carpien, le taux potentiel est de 90-95 % contre moins de 70 % actuellement (98 % aux États-Unis et 97 % au Canada).

Même si ces taux potentiels peuvent être délicats à atteindre et si tous les types de pathologies ne se prêtent pas aussi aisément à la prise en charge ambulatoire, celle-ci mériterait d'être bien plus développée. En effet, en moyenne, l'hospitalisation de jour représente 10 % de l'activité des hôpitaux et 30 % de celle des cliniques, alors que le taux moyen est de 60 % aux États-Unis. Globalement, les cliniques privées françaises représentent près de 80 % des capacités en chirurgie ambulatoire. L'hôpital public doit s'efforcer de rattraper son retard. Or le développement de l'hospitalisation de jour suppose, tout comme l'hospitalisation à domicile que 83 % des Français souhaiteraient voir se

développer davantage⁸⁹, une bonne coordination entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, ainsi qu'entre les secteurs sanitaire et social. L'ensemble des hôpitaux doit donc s'impliquer pleinement dans la constitution de réseaux de santé. Ces derniers sont un vecteur privilégié d'ouverture de l'hôpital sur son environnement sociétal.

A l'heure actuelle, la notion de réseau évoque davantage la prise en charge coordonnée d'un type de « *pathologie* » que d'une aire géographique. Les réseaux les plus développés ont en effet trait à la dialyse, à la périnatalité, à la cancérologie ainsi qu'aux soins palliatifs. Néanmoins, ces deux aspects ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, et l'objectif affiché est aujourd'hui de favoriser l'émergence de réseaux « *généraux* », interdisciplinaires et inter-institutionnels, à dominante géographique. D'ailleurs, l'article D. 766-1-2 alinéa 1 du Code de la santé publique encadre la création et le fonctionnement de ces réseaux en introduisant un critère de pertinence géo-épidémiologique. Ainsi les réseaux de santé « *doivent répondre à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social* ». De son côté, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) impose la justification de l'« *opportunité* » du réseau dont la « *vocation a priori interstitielle implique qu'il s'appuie sur l'offre de soins existante dont il doit combler le déficit en termes d'offre proprement dite ou d'organisation* ».

Il faut donc à tout prix éviter que les réseaux se surajoutent à une offre existante. Le but est bien de parvenir à une meilleure organisation à partir de l'existant, donc à moyens constants voire décroissants dans les zones en voie de désertification médicale. Rationalisation et efficience doivent guider la création des réseaux en plus de l'impératif de qualité. En outre, la CNAMTS ajoute le critère de participation du réseau au décloisonnement de l'offre de soins entre ville et hôpital, sanitaire et médico-social, médecins et infirmières.

Les « *maisons de santé* » incluant non seulement des médecins mais aussi d'autres professionnels se développent. Il s'agit là d'intégration (réunion des professionnels dans un même lieu) alors que les réseaux ressortent davantage d'une logique de coordination, chaque professionnel gardant son lieu de travail propre. D'autres pays, anglo-saxons notamment, ont privilégié la voie de l'intégration, et c'est ce que font aujourd'hui certaines régions françaises en finançant de telles maisons de santé. Toutefois ces deux logiques, loin de se contredire, se complètent et se renforcent mutuellement si elles sont bien mises en œuvre. Chaque type de zone devra analyser ses besoins afin de mettre l'accent soit sur l'intégration soit sur la coordination, sans jamais abandonner l'une de ces deux logiques.

⁸⁹ Source : Enquête l'Expansion/CSA parue au début du mois de février 2004.

5. La télémédecine : une voie à développer ?⁹⁰

Même s'il convient de rester prudent quant aux avantages dont elles sont potentiellement porteuses, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont un moyen d'amélioration de la couverture médicale des zones rurales et enclavées que l'on ne peut plus ignorer. Certaines expériences menées en France montrent que, sans avoir pour objectif principal de résorber le choc démographique à venir, les NTIC permettent d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels et donc de rendre les zones qui en sont équipées plus attractives. Et elles sont indéniablement un outil d'amélioration de la continuité des soins. Des pays occidentaux peu densément peuplés y ont recours depuis une dizaine, voire une quinzaine d'années. En Finlande par exemple, où les problèmes de distance et de dissémination géographique de la population se posent avec une acuité particulière et mettent en question la continuité des soins, les nouveaux outils de communication sont largement mis à profit. On y trouve notamment, outre des demandes d'avis entre médecins via internet (éventuellement associées à l'envoi de radiographies numérisées et de résultats de tests de laboratoire), des téléconsultations en temps réel effectuées depuis un centre de santé en liaison avec un spécialiste de l'hôpital et des diagnostics à distance. Par exemple, des radiologues peuvent recevoir des radiographies sur leur assistant digital personnel (ADP), les interpréter et transmettre directement leur diagnostic. Dans tous les cas, la télémédecine permet au médecin et au patient d'éviter tout déplacement inutile.

Même si les distances sont bien plus réduites en France et si la densité y est nettement plus élevée, une politique volontariste de dotation des zones enclavées en outils de communication et d'information modernes semble tout à fait souhaitable. De tels outils permettent en effet non seulement d'atténuer la sensation d'isolement que ressentent les praticiens et qui les dissuade de s'installer dans ces zones mais aussi d'améliorer la prise en charge des patients par une circulation plus efficace des dossiers entre les différents acteurs (médecins, hôpitaux, paramédicaux, travailleurs sociaux...).

L'utilisation de l'imagerie médicale numérisée et de l'expertise à distance suppose des investissements non négligeables. Elle pourrait donc ne constituer qu'une seconde étape dans le développement de la télémédecine. Par contre, il faut dès aujourd'hui utiliser les NTIC pour améliorer les conditions d'exercice des professionnels. Cela passe par la mise en réseau de recommandations médicales (des « *guidelines* » ont été élaborées en Finlande ; elles dispensent de l'information médicale régulièrement mise à jour et renseignent les généralistes sur l'attitude à adopter face à tel type de pathologie et sur les critères qui permettent de juger que l'état d'un patient nécessite vraiment qu'il soit vu par un spécialiste, ceci afin d'éviter les consultations inutiles), par le partage de dossiers médicaux informatisés ou encore par la création de maisons médicales virtuelles

⁹⁰ Jeannette Gros ; *Santé et nouvelles technologies de l'information* ; Avis du Conseil économique et social - 9 et 10 avril 2002.

(regroupement de cabinets par la mise en commun de dossiers médicaux et d'une permanence téléphonique).

Cette première étape est d'autant plus souhaitable qu'elle favorise grandement la constitution de réseaux de santé. Réseaux et communication fluide sont indissociables.

La seconde étape (téléconsultations, interprétation à distance) pourra être mise en œuvre ultérieurement. En effet, même si elle est un progrès du point de vue de l'accès géographique à un médecin (spécialiste notamment), il ne faut pas perdre de vue qu'elle ne résout pas le problème du temps médical : pour les consultations en temps réel, le généraliste et le spécialiste doivent être disponibles simultanément.

III - UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DU SYSTÈME DE SANTÉ

A - UNE PLUS GRANDE RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ VIA LA CONSTITUTION D'AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

L'échelon régional apparaît comme le niveau pertinent pour conduire les politiques de santé en donnant plus de responsabilités aux acteurs locaux, en stimulant les capacités d'innovation, d'expérimentation, et en favorisant l'émergence de nouvelles formes d'organisation et de régulation des soins. Cette dynamique de régionalisation est un levier pour faire progresser le système de santé et mieux répondre aux besoins des usagers en favorisant des démarches contractuelles s'appuyant sur des échelons infra-régionaux et permettant ainsi un débat démocratique. L'objectif est de passer d'une « *logique de murs* » à une logique de services de santé.

1. L'attrait d'une plus grande régionalisation du système de santé

a) La région s'est progressivement imposée comme l'échelon pertinent en matière de santé

En France, la régionalisation du système de santé est en œuvre depuis plusieurs années non sous la forme d'une décentralisation politique mais principalement au moyen de la déconcentration de certaines compétences de l'Etat.

Par ailleurs, l'actuel projet de loi relatif aux responsabilités locales⁹¹ comporte des dispositions renforçant le rôle de la Région dans le domaine de la santé. Le financement et la gestion des écoles paramédicales devraient ainsi lui être confiés. Certaines mesures concernent par ailleurs directement l'organisation des ARH. Il est prévu que des élus régionaux siègent à la commission exécutive de l'ARH avec voix consultative afin de favoriser les liens entre l'agence et les élus. De plus, à titre expérimental, les élus des régions auront la faculté de

⁹¹ Projet de loi relatif aux responsabilités locales adopté en première lecture par le Sénat le 15 novembre 2003.

participer au financement d'équipements hospitaliers. Ils siègeront alors au sein de la commission exécutive de l'ARH avec pouvoir délibérant. L'ARH posséderait dès lors trois collèges : représentants de l'État, assurance maladie et enfin Région.

Cette orientation pourrait constituer un premier pas vers une décentralisation du système de santé, de par une représentation plus grande des collectivités territoriales au sein des administrations de pilotage du secteur hospitalier. Toutefois, une décentralisation du système de santé ne semble pas être l'orientation clairement retenue. En effet, dans le même temps, le projet de loi relatif à la santé publique⁹² prévoit de renforcer les compétences des DRASS en matière de santé publique. L'article 5 de ce projet de loi prévoit la création de groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour coordonner les compétences locales en matière de santé afin « *d'assurer la surveillance épidémiologique, l'observation de la santé et les investigations épidémiologiques et mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique* ». Certains parlementaires soulignent ainsi que ces dispositions du projet de loi sur la santé publique tendent vers une plus grande « *étatisation* » du système de santé.

Les orientations retenues actuellement oscillent ainsi entre déconcentration et décentralisation. En tout état de cause, elles retiennent toujours le cadre régional comme échelon territorial pertinent du pilotage du système de santé.

b) Les effets attendus d'une plus grande régionalisation du pilotage du système de santé

Indépendamment des modalités juridiques choisies, décentralisation ou déconcentration, trois grands objectifs sont traditionnellement assignés au renforcement de la régionalisation du système de santé :

- la démocratisation des décisions relatives à la santé ;
 - une meilleure prise en compte des spécificités locales et des besoins de santé ;
 - une meilleure synergie des acteurs de terrain œuvrant dans le champ de la santé.
- *La démocratisation des décisions relatives à la santé*

L'ARH, principal maître d'œuvre de l'hospitalisation au niveau local, a parfois été considérée comme un organe trop technocratique placé sous la responsabilité de « *préfets sanitaires* » que seraient les directeurs d'agences. Il est vrai que les ARH, qui ont certes le statut de groupement d'intérêt public entre l'Etat et l'assurance maladie, constituent *de facto* des administrations déconcentrées de l'Etat placées sous la tutelle étroite du ministre chargé de la santé. Il peut en résulter un relatif éloignement des ARH des priorités de terrain.

⁹² Projet de loi relatif à la santé publique adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 septembre 2003 et par le Sénat le 19 janvier 2004.

Tel est le constat de Jean-Luc Prével, député de Vendée, pour qui les ARH « *ne prennent pas du tout en compte les besoins réels de la population* ».

- *Une meilleure prise en compte des spécificités locales et des besoins de santé exprimés par les populations*

La création d'un interlocuteur unique pour toutes les questions relatives au champ de la santé au niveau régional permettrait une réponse mieux adaptée aux besoins de la population par une meilleure adéquation de l'offre de soins. Les besoins de santé sont en effet susceptibles de varier d'un territoire à l'autre comme le démontrent les travaux en géographie de la santé qui identifient des bassins de santé.

Ainsi, la recherche d'une meilleure politique de prévention et d'éducation à la santé, d'une meilleure définition des besoins de la population en fonction d'un territoire donné et d'une politique de santé de proximité pourraient s'appuyer sur une décentralisation de la politique de la santé.

- *Enfin, rapprocher les partenaires entre eux*

La multiplication du nombre d'acteurs et l'enchevêtrement de leurs domaines de compétences rendent aujourd'hui le pilotage régional du système de santé délicat. Cette multiplicité des organismes et des enveloppes de financement aboutit par ailleurs à créer des frontières parfois artificielles dans le traitement des questions de santé.

Ainsi, la délimitation du champ de compétences des ARH au seul secteur de l'hospitalisation publique et privée ne permet pas de coordonner l'action des différents intervenants autour de la prise en charge des patients. Une plus grande synergie entre opérateurs serait indiquée s'agissant :

- d'une part, du secteur hospitalier, de la médecine de ville et de la prévention ;
- d'autre part, du sanitaire et du médico-social.

2. Une décentralisation complète de la politique de la santé difficile à mettre en œuvre

Le renforcement de l'échelon régional peut s'effectuer selon deux grandes modalités : une déconcentration ou une décentralisation accrues des décisions.

Le modèle d'une décentralisation achevée de la politique de santé au profit de la région, telle qu'elle existe dans certains pays européens, serait difficile à mettre en œuvre. La recherche d'une démocratisation des décisions de santé et de nouvelles synergies entre les partenaires régionaux de santé publique sont des préalables souhaitables. Elle pourrait aboutir à la constitution d'agences régionales de santé.

a) Des réticences politiques à la décentralisation de la santé

Cette perspective de décentralisation accrue au niveau régional semble paradoxalement recueillir un accueil plutôt mitigé au sein des conseils régionaux.

Alors que la loi constitutionnelle du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République accorde un droit à l'expérimentation aux collectivités territoriales, notamment dans le domaine de la santé, de nombreuses régions sont réticentes à la décentralisation de la santé. La conférence des conseils régionaux se borne ainsi à revendiquer un co-pilotage de l'organisation sanitaire et sociale, dans le cadre par exemple d'agences régionales de santé, et la formation des personnels paramédicaux en tant que compétence propre. Elle ne milite en aucun cas pour un système intégralement décentralisé. Le groupe de travail présidé par Jean-Louis Lorrain qui a publié un rapport en faveur d'une expérimentation d'une régionalisation de la santé et de l'assurance maladie en Alsace ne va pas non plus jusqu'à revendiquer « *le pouvoir pour la région dans le domaine de la santé* ». Ce groupe préconise lui aussi d'autres pistes plus modérées telles que la création d'une autorité régionale de santé dont les contours restent à préciser.

En effet, le système actuel est d'ores et déjà fondé sur une gestion décentralisée au niveau des établissements hospitaliers dans lesquels les élus locaux jouent un rôle important via la présidence des conseils d'administration. Un transfert total de compétences en matière de santé au conseil régional aurait pour conséquence de faire des élus locaux les seuls responsables de la politique de santé à cet échelon. Une inflation de l'offre de soins serait à redouter, indépendamment des besoins de santé publique, à moins d'une décentralisation parallèle du financement.

Jean-Luc Prél⁹³ préconise dans cette perspective une régionalisation de l'objectif national des dépenses de santé voté par le Parlement. L'ONDAM serait abondé par la région sur ses ressources propres. Or, force est de constater que le point de crispation d'une décentralisation de la santé porte précisément sur la question de la prise en charge des dépenses. Ainsi, le groupe de travail présidé par Jean-Louis Lorrain revendiquait d'autant moins le financement de la santé par la région que les dépenses liées à l'hospitalisation, à la médecine libérale et aux médicaments représentent en Alsace « *trois milliards d'euros par an, soit plus du double des budgets réunis de la région Alsace et des deux départements alsaciens* ».

Au-delà de l'importance des montants en jeu, une réflexion sur la décentralisation du financement de la santé ne peut faire l'économie du débat actuel sur l'assurance maladie et la question du paritarisme. En effet, la perspective d'une compétence accrue des collectivités régionales serait susceptible de remettre en cause les modalités mêmes d'organisation de

⁹³ Proposition de loi présentée en juillet 2002 par Jean-Luc Prél, député de Vendée, tendant à instaurer une régionalisation de la santé.

l'assurance maladie. Quelle place réserver alors aux partenaires sociaux dans le cadre d'une décentralisation du financement du système de santé ? L'universalité des prestations d'assurance maladie, notamment suite à la mise en place de la couverture maladie universelle qui permet de couvrir cinq à six millions de personnes et la réforme de son financement, par la substitution progressive de la CSG aux cotisations salariales, justifient-elles une remise en cause du paritarisme pour la branche maladie ? Sans trancher ces délicates questions, force est de constater que le débat relatif à la gouvernance de l'assurance maladie constitue un préalable à toute réflexion sur la décentralisation de la gestion de la santé.

Une autre réserve à la décentralisation du pilotage de la santé au profit de la région provient du rôle des conseils généraux dans le champ médico-social. En effet, l'un des objectifs de la régionalisation est de confier à un même opérateur les questions sanitaires et médico-sociales. Or, les lois de décentralisation ont confié aux conseils généraux les compétences en matière sociale et médico-sociale, favorisant l'échelon de proximité. Aujourd'hui, les conseils généraux ont acquis une expérience forte dans le domaine social et médico-social que l'on peut difficilement remettre en cause. Ils sont les interlocuteurs privilégiés des multiples associations qui ont en charge une large part de ce secteur. C'est donc davantage l'articulation entre les deux collectivités territoriales qu'un transfert de compétence au niveau de la région qu'il convient de rechercher. En parallèle, dans l'hypothèse de la création d'une agence régionale de santé aux compétences étendues, la coordination des directeurs d'ARH n'est pas favorable à une intégration du secteur social et médico-social dans leur champ de compétences, compte tenu de ses spécificités, notamment l'atomisation des structures médico-sociales.

b) Des obstacles techniques à la décentralisation de la santé

Parallèlement aux obstacles politiques, la décentralisation de la gestion des questions de santé se heurterait à certaines difficultés techniques.

En premier lieu, la nécessaire péréquation financière entre régions serait difficile à mettre en œuvre.

L'objectif de l'attribution d'une enveloppe régionale destinée à couvrir l'ensemble des dépenses de santé d'une région poserait la question de l'équité inter-régionale. Certes les critères fondés sur les besoins de santé (approche démographique et épidémiologique) et les ressources allouées sont théoriquement séduisants en tant que critères de justice. Martin Malvy, auditionné le 19 novembre 2003 en tant que président de l'Association des petites villes de France, précise qu'une réelle péréquation entre régions ne peut être instaurée qu'en prenant en compte les autres critères suivants : population régionale, structure par classe d'âge, précarité sociale, poids de la ruralité et contraintes spécifiques.

En pratique, ces critères seraient redoutables à manier, notamment pour la médecine de ville et les cliniques privées. Se poserait en parallèle la question de l'évaluation des politiques régionales menées à partir de ces enveloppes. Convierait-il d'évaluer en priorité les résultats sanitaires en termes épidémiologiques, la capacité à réorganiser l'offre de soins, l'équité entre patients ou professionnels, l'efficience du système, la maîtrise des coûts ou la capacité à obtenir des réponses consensuelles au niveau local ? La nécessaire définition des objectifs attendus et des critères d'évaluation au niveau régional n'est pas la moindre des difficultés auxquelles la régionalisation des dépenses de santé serait confrontée.

La limite de la décentralisation réside dans la difficulté de trouver un mode de péréquation équitable dans un système dont l'un des fondements est la solidarité nationale supposant une redistribution des ressources en fonction des besoins. Certes, la régulation nationale des dépenses telle qu'elle existe aujourd'hui ne permet pas de résorber à elle seule les nombreuses inégalités existantes en termes de mortalité, de morbidité, de financement ou de démographie des professionnels de santé. Toutefois, la capacité de financement devrait être préservée pour toutes les régions. En effet, comme le souligne Didier Tabuteau, « *l'équité du financement est en matière de santé non seulement une question de rationalisation des décisions publiques mais également une exigence éthique* ».

Par ailleurs, le cloisonnement des enveloppes financières, qui ne permet pas aujourd'hui de traiter de façon globale et cohérente l'organisation des prises en charge et des trajectoires de soins sur un territoire donné, demeurerait un obstacle de taille à la décentralisation. La mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité, objectif majeur du « *Plan hôpital 2007* » et actuellement mis en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, pourra à terme permettre d'établir pour une pathologie ou une activité donnée, un tarif unique fixé par les pouvoirs publics. Dans cette perspective, un rapprochement du financement entre l'hospitalisation publique et privée sera envisageable mais cette perspective est loin d'être acquise. Quant aux autres secteurs tels que la médecine ambulatoire et le secteur médico-social, les modalités de fusion des enveloppes restent à inventer.

Enfin, la création d'outils de régulation des soins de ville serait un préalable nécessaire à un transfert d'un bloc de compétences aux régions en matière de santé. En effet, en l'absence de mécanisme opérationnel de régulation des soins de ville, les régions n'auraient aucun moyen d'action sur l'ambulatoire. Or, les outils actuels de régulation n'ont pas démontré leur efficacité. Selon la Cour des comptes, « *les faiblesses actuelles et les limites intrinsèques⁹⁴ des instruments de régulation nécessitent la mise en place d'autres mécanismes* ». Il n'existe pas de symétrie entre la régulation hospitalière et la régulation ambulatoire : contrairement aux dépenses hospitalières, la médecine de ville ne

⁹⁴ Cour des comptes, rapport sur l'exécution de la loi de finances pour 2002, septembre 2003.

peut faire l'objet d'enveloppes budgétaires fermées. Les instruments de régulation des soins de ville devraient emprunter d'autres voies que la simple régulation budgétaire.

Une décentralisation achevée de la politique de la santé au profit de la région ne saurait politiquement et techniquement être mise en œuvre à ce stade. La recherche de nouvelles synergies entre les partenaires régionaux et la démocratisation des décisions relatives à la santé constituent les objectifs prioritaires.

3. La création d'agences régionales de santé (ARS) favorisera un pilotage unifié des politiques de santé

La complexité des politiques régionales de santé a parfois justifié l'idée de créer des agences régionales de santé (ARS). L'idée d'une agence régionale dotée de compétences couvrant toute l'offre de soins (hospitalière et ambulatoire) et la santé publique avait été avancée dès 1993 dans le rapport du Commissariat général du Plan « *Santé 2010* », avant même la création des ARH en 1996. Depuis, l'opportunité de transformer les ARH en agences régionales de santé a fait l'objet de multiples réflexions et études et a même été annoncée par le nouveau gouvernement en 2002. Toutefois, sa création demeure aujourd'hui incertaine.

a) Les agences régionales de santé permettront de confier à une seule instance régionale l'organisation de l'offre de soins dans son ensemble

- *Pour une gestion cohérente du secteur hospitalier et de la médecine de ville*

Les ARH sont confrontées aux limites de leur champ d'action en particulier pour ce qui concerne leur mission de restructuration de l'offre hospitalière. La question par exemple du désengorgement du service des urgences nécessiterait une coordination plus grande avec les médecins généralistes ou les services de soins à domicile. De la même façon, la fermeture d'une maternité exigerait un travail de fond avec les professionnels de ville, un travail de formation avec les médecins généralistes ainsi qu'une réflexion avec les ambulanciers sur l'organisation des transports vers la maternité de référence.

Une restructuration hospitalière n'incluant pas la médecine de ville est ainsi le plus souvent vouée à l'échec.

Les agences régionales devraient ainsi permettre une meilleure régulation, au niveau local, des dépenses de soins de ville comme c'est aujourd'hui le cas pour les dépenses hospitalières au sein des ARH. Cette régulation devrait toutefois se doter de nouveaux instruments nécessitant une meilleure coordination entre les différents acteurs de terrain (collectivités territoriales, administrations déconcentrées, organismes de sécurité sociale, représentants des malades, médecins et établissements de santé) :

- encadrement global des enveloppes au plan régional par des actions de gestion du risque et de contrôle sur les professionnels de santé et sur les assurés ;
- à moyen terme, instruments devant porter sur la répartition géographique et l'organisation du travail des professionnels de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, initiée sous l'égide des unions régionales des médecins libéraux depuis 1999.

Certains de ces mécanismes de régulation ont déjà fait l'objet d'interventions régionalisées. La création des unions régionales des caisses d'assurance maladie a permis d'amorcer des actions de politique de prévention et de santé publique et de mener des actions opérationnelles, en liaison avec les ARH, par l'utilisation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville par exemple. L'action concrète des URCAM sur la maîtrise des dépenses demeure toutefois limitée, aux dires mêmes des représentants de l'assurance maladie. Certaines unions régionales des médecins libéraux plaident elles-mêmes au niveau régional pour une évolution profonde des modalités d'organisation de la médecine libérale afin de permettre une meilleure efficacité de la dépense et une meilleure couverture territoriale (maisons de santé, délégation de tâches entre médecins et paramédicaux,...).

Une meilleure régulation des dépenses ambulatoires nécessite un cadre régional unifié tel que les agences régionales de santé, à condition de doter celles-ci de réels instruments d'intervention en la matière. Ce nouveau cadre régional devrait optimiser les financements aujourd'hui utilisés par chacun des deux secteurs de manière cloisonnée. D'éventuelles réallocations autoriseraient une meilleure adéquation entre moyens et besoins de santé et permettraient de développer de nouvelles politiques transversales (réseaux, hospitalisation à domicile...).

- *Pour l'unification du champ sanitaire et du champ médico-social ?*

La recherche d'alternatives à l'hospitalisation classique, le développement des pathologies chroniques liées au vieillissement et aux situations de dépendance ou la médicalisation croissante de la prise en charge du handicap remettent en cause le cloisonnement sectoriel des structures administratives et des modalités de financement établies entre l'hôpital et le secteur médico-social. L'hôpital devrait ne constituer que l'un des maillons sanitaires de la prise en charge du patient organisée en réseau.

L'intégration du secteur médico-social dans le champ de compétence d'une instance unique tendrait à supprimer la frontière parfois artificielle qui sépare les deux secteurs. Cette frontière, instituée la loi hospitalière de 1970 et la loi du 30 juin 1975 relative aux établissements médico-sociaux, reste très marquée même si elle a été fortement nuancée par la suite, notamment par les ordonnances de 1996 qui ont offert la possibilité aux établissements sanitaires de transformer des lits sanitaires en lits médico-sociaux et la création des programmes régionaux d'accès aux soins et leur déclinaison en permanences

d'accès aux soins au sein des hôpitaux. Du point de vue de l'utilisateur, la réunification des compétences au sein d'agences régionales de santé permettrait une prise en charge plus globale. Surtout, elle rendrait la gestion des hôpitaux plus aisée et plus cohérente, de nombreux établissements de santé gérant des institutions médico-sociales et, surtout, des maisons de retraite.

Pourtant, l'unification des champs sanitaire et médico-social au profit de l'agence régionale de santé semble difficilement réalisable car elle remettrait en cause les compétences des conseils généraux dans le domaine social et médico-social. Elle irait donc à l'encontre du mouvement de décentralisation engagé depuis 1982 et promu actuellement.

C'est pourquoi, les agences régionales de santé devraient se borner à associer l'échelon départemental, le rôle du conseil général en la matière devant être confirmé et accru dans le cadre de la décentralisation. Les établissements publics de santé et médico-sociaux devraient par ailleurs être davantage encouragés à s'engager dans les réseaux de soins, de prévention et d'éducation pour la santé. Une meilleure articulation entre les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux, rendus obligatoires par la loi du 2 janvier 2002, et les schémas régionaux de santé sera la bienvenue.

- *La question de la détermination des besoins de santé publique et de la mise en œuvre des politiques de santé publique*

Les agences régionales de santé devraient-elles être compétentes dans le domaine épidémiologique et de la prévention ? Devront-elles également exercer des compétences en matière de politique de santé publique ?

Les arguments en faveur du maintien de deux pôles distincts séparant les politiques de santé publique et la régulation de l'offre de soins sont avant tout circonstanciels. Ils soulignent que les logiques administratives sont spécifiques à chaque secteur. Par ailleurs, l'attrait d'une séparation des deux secteurs est d'éviter de créer des agences régionales de santé aux compétences trop larges qu'elles ne pourraient exercer pleinement.

Pourtant, un pilotage unifié est gage d'une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique par une meilleure adaptation de l'offre de soins. Les offreurs de soins, à commencer par les établissements de santé, ont en effet un rôle de premier plan à jouer en matière de prévention auprès des usagers et plus globalement en matière de santé publique.

Ainsi, les agences régionales de santé permettraient de renforcer, au niveau local, la détermination des besoins et des priorités de santé publique. Elles pourraient aussi favoriser une meilleure politique de prévention et d'éducation de la santé déclinée au niveau local. Certes, la prévention primaire doit indiscutablement relever du niveau national. En revanche, la prévention secondaire et tertiaire (dépistages, suivi de maladies chroniques,...) pourrait utilement être développée dans un cadre régional en l'adaptant aux spécificités locales. Cette évolution permettrait sans doute aux administrations régionales de

donner à la prévention une place de premier ordre, ce qui constitue aujourd'hui l'une des lacunes majeures de notre système de santé.

Tel est le sens des dispositions du projet de loi relatif à la politique de santé publique qui créent un groupement régional de santé publique (GRSP) chargé notamment d'assurer la surveillance et l'observation de la santé dans la région ainsi que la mise en œuvre de programme de santé publique au niveau régional. L'intégration de ce groupement régional de santé publique au sein de futures agences régionales de santé pourrait constituer un objectif de moyen terme, comme le prévoit explicitement l'exposé des motifs de ce projet de loi.

b) Quelle architecture institutionnelle pour les agences régionales de santé ?

Les agences régionales de santé pourraient être constituées sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) prolongeant ainsi la formule choisie pour les ARH et confirmée pour les groupements régionaux de santé publique. Cette formule juridique présente l'avantage de la souplesse de fonctionnement. Elle permet aussi d'associer à la fois les organismes d'assurance maladie régionaux et les collectivités territoriales en tant que membres constitutifs du GIP.

Les agences régionales de santé succéderaient aux ARH et aux groupements régionaux de santé publique afin d'affirmer l'unité institutionnelle entre la détermination de la politique régionale de santé publique et sa traduction sur le plan de l'offre de soins. Cela permettrait d'éviter le risque d'une certaine dyarchie dans l'exécutif régional de la santé entre l'ARH et le groupement régional de santé publique.

Une plus grande régionalisation des interventions en matière de santé doit par ailleurs permettre une meilleure synergie des partenaires de terrain.

L'objectif des agences régionales de santé serait notamment de mieux associer les élus locaux dans les instances de régulation de l'offre de soins et la détermination des politiques de santé publique, tout en préservant une véritable capacité décisionnelle à cette instance. L'organe délibérant des agences régionales de santé devra donc non seulement réunir les représentants de l'État et de l'assurance maladie mais également les représentants de la région et du département. Les collectivités territoriales doivent en effet prendre part à la définition des orientations de l'agence régionale de santé que le directeur devra mettre en œuvre.

Par ailleurs, les conseils régionaux de santé, institués par la loi du 4 mars 2002, pourraient constituer un organe d'orientation, de concertation et d'évaluation des agences régionales de santé. L'ensemble des acteurs de santé publique, dont notamment les usagers et professionnels de santé, seraient ainsi associés au fonctionnement de cette nouvelle instance.

L'architecture des agences régionales de santé permettrait ainsi de renforcer la démocratie sanitaire, à la fois délibérative (rôle des collectivités territoriales dans l'organe délibérant) et participative (association des conseils régionaux de santé au fonctionnement des agences régionales de santé).

B - RENFORCER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Des efforts ont été faits pour développer la démocratie sanitaire en associant l'utilisateur aux délibérations. Toutefois, les limites de ce type de démarche incitent aujourd'hui à revenir à des mécanismes politiques plus classiques, de nature participative, impliquant non l'utilisateur mais le citoyen.

1. Les limites de la démocratie régionale participative

Les expériences de démocratie sanitaire participative⁹⁵ déjà réalisées posent une série de questions touchant les modalités d'organisation du débat et le choix des acteurs invités à débattre.

La volonté des pouvoirs publics, par l'institutionnalisation des conférences régionales de santé et l'organisation des forums citoyens, était de renforcer le dialogue avec les citoyens sur les questions de santé.

Des expériences intéressantes ont vu le jour sur le terrain. Ainsi, la réflexion menée au sein de la conférence régionale de santé organisée dans le Limousin a permis de retenir deux priorités en matière de santé : la prévention des problèmes de santé pour l'amélioration du lien social et la place des usagers, notamment des jeunes dans la conférence régionale de santé. Mais le plus intéressant est la mise en place en 2001, conjointement à ce deuxième sujet de réflexion, d'un « *comité régional des usagers* ». Ce comité comprend quatre-vingts personnes dont une cinquantaine d'administrateurs d'établissements de santé et une trentaine de personnes issues d'associations. Ce comité, selon le CESR du Limousin, répond à un réel besoin d'information et de participation des usagers. Il se veut une instance de consultation sur les outils de planification sanitaire, un lieu d'échanges et un outil fédérateur permettant d'organiser des formations et de diffuser de l'information à l'attention des usagers. Selon l'ARH, ce comité aujourd'hui informel, pourrait constituer un bureau intégrant la conférence régionale.

⁹⁵ La démocratie participative diffère à la démocratie représentative. Elle place le citoyen au cœur du processus et permet à celui-ci de prendre part, directement et non par le seul biais de ses représentants, aux grands choix de politique. Elle a été annoncée par la loi du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, dans son article premier mentionnant « *le développement de la participation des citoyens* ». Pour la démocratie sanitaire, cf. définitions au chapitre II-III-B-1.

Toutefois, les modalités d'organisation du débat régional ont limité les possibilités de participation directe des citoyens. Dans le cadre des conférences régionales de santé⁹⁶, c'est en fait l'« usager » et non le « citoyen » qui a été sollicité pour échanger avec les professionnels de la santé et les institutionnels. Ces usagers, selon la circulaire du 20 novembre 1997, sont désignés par le préfet de région après consultation des « institutions, établissements, professions et associations les plus représentatifs ». Les modalités de consultation des divers organismes sont laissées à l'appréciation des préfets de région, précise la même circulaire. La question du critère de représentativité se pose alors : en quoi une association est-elle plus représentative qu'une autre pour participer à un débat devant contribuer à la définition des grandes lignes de la politique de santé ? Dans la pratique, le choix des membres des conférences régionales de santé s'appuie essentiellement sur les listes officielles de représentants d'usagers membres des instances médico-techniques ou médico-administratives déjà existantes. On assiste alors à une certaine professionnalisation des représentants d'usagers. Le risque est d'enfermer le débat citoyen dans une réflexion catégorielle doublée d'un cloisonnement entre professionnels et usagers.

En définitive, la question est alors de savoir comment parvenir à une participation effective des citoyens en matière de santé publique en évitant la confiscation du débat par les professionnels. Cette participation peut prendre trois formes : la collecte des avis du public (auditions publiques, enquêtes), le référendum local sur un enjeu sanitaire et la participation des citoyens à des débats publics (exemple de la conférence de consensus organisée à Paris en juin 1998 sur les OGM).

2. La démocratie sanitaire s'inscrit dans un cadre général d'évolution de la décentralisation politique et de la démocratie locale

La santé constituant un élément du cadre de vie du citoyen, la démocratie sanitaire a vocation à se développer au plan local. Des possibilités de consulter les électeurs communaux, ont été prévues par la loi sur l'administration territoriale de la République du 6 février 1992 (art. 21) et la loi du 4 février 1995, relative à l'aménagement du territoire. Le référendum communal mis en place par ces deux lois n'est cependant que de nature consultative. Dans un premier temps, il concernait les décisions à prendre « par les autorités communales » en vue « de régler les affaires » relevant de la compétence de la commune⁹⁷. Il a ensuite été élargi aux compétences des établissements publics de coopération

⁹⁶ Rappelons que les CRS comprennent quatre groupes de représentants : le premier groupe est celui des « décideurs en matière de santé », à savoir les représentants des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, de l'URCAM et de l'ARH ; le second groupe réunit des représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux ; un troisième collège regroupe les représentants des institutions et établissements de santé, publics et privés ; un quatrième groupe est composé de représentants d'associations des « usagers » de l'article L. 1411-3 de Code de la santé publique.

⁹⁷ Loi du 6 février 1992 (CGCT, art. L. 2142-1) et Code des communes art. R. 125-1 et s.

intercommunale en matière d'aménagement⁹⁸. L'initiative de cette consultation peut venir d'une proposition du maire ou d'une partie des membres du conseil municipal, ou encore de la population locale elle-même, à raison d'1/5^{ème} au moins des électeurs inscrits⁹⁹. Le maire de Saint-Affrique avait ainsi été à l'origine d'une consultation locale visant à demander à la population des quarante-neuf communes du syndicat de pays de Saint-Affrique de se prononcer pour ou contre le protocole de l'ARH.

La loi constitutionnelle du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République et la loi organique du 1^{er} août 2003 relative au référendum local renforcent la démocratie locale participative¹⁰⁰. L'article 72-1 crée un droit de pétition permettant aux électeurs de demander à l'assemblée délibérante d'une collectivité territoriale l'inscription à l'ordre du jour d'une question relevant de sa compétence. Le deuxième alinéa de l'article 72-1 de la Constitution institue le référendum décisionnel local. Outre son caractère décisionnel, l'intérêt de ce référendum est d'être ouvert à toutes les collectivités territoriales, y compris la région.

Ces évolutions vont dans le sens d'un renforcement de la participation du citoyen aux décisions locales. Elles pourront trouver une traduction dans le champ sanitaire.

La création de mécanismes juridiques favorisant la participation directe aura des effets limités sans une appropriation des problématiques de santé par les citoyens. Seules l'éducation et l'information peuvent leur faire prendre conscience de l'importance de ces enjeux. Parallèlement, la médiatisation accrue des questions de santé doit susciter une participation plus active de la part des citoyens.

⁹⁸ Loi du 4 février 1995 (CGCT, art. L. 5211-20).

⁹⁹ Loi du 4 février 1995 (CGCT, art. L. 2142-3) et Code des communes art. R. 125-1-1 et s.

¹⁰⁰ La loi constitutionnelle du 28 mars 2003 insère après l'article 72 de la Constitution, l'article 72-1 : « Art. 72-1. – La loi fixe les conditions dans lesquelles les électeurs de chaque collectivité territoriale peuvent, par l'exercice du droit de pétition, demander l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée délibérante de cette collectivité d'une question relevant de sa compétence. »

« Dans les conditions prévues par la loi organique, les projets de délibération ou d'acte relevant de la compétence d'une collectivité territoriale peuvent, à son initiative, être soumis, par la voie du référendum, à la décision des électeurs de cette collectivité. (...) ».

CONCLUSION

L'aménagement du territoire en matière de santé est une préoccupation croissante des citoyens et les établissements de santé en sont un des vecteurs principaux. Tout d'abord, ils constituent un maillon décisif de l'organisation de l'offre de soins tant au niveau national qu'au niveau local. Ensuite, ils possèdent un poids économique, politique et social de première importance.

L'organisation de la santé a principalement reposé sur une planification elle-même centrée sur la répartition de l'offre existante entre des secteurs découpés de manière homogène au niveau national. Toutefois, l'ordonnance du 4 septembre 2003 et le projet de loi de santé publique témoignent d'un changement profond de la conception de l'organisation des soins.

Cette ordonnance met en avant la notion de territoire de santé. Celui-ci, qui remplace le secteur sanitaire, a vocation à s'adapter au niveau de soins requis et aux caractéristiques de la population. Il s'agit de mettre fin à la situation actuelle où la répartition de l'offre de soins est inverse à celle des besoins de santé, engendrant de fortes inégalités géographiques.

L'amélioration de la réponse aux besoins de soins passe notamment aujourd'hui par la mise en réseau d'acteurs intervenant à différents niveaux, la médecine de ville et les hôpitaux locaux, publics ou privés, pour le niveau primaire de soins, les centres hospitaliers pour les niveaux secondaire et tertiaire. L'établissement de santé est aujourd'hui investi de missions non seulement sanitaires mais aussi médico-sociales et sociales. La compétence qu'il exerce dans ces trois domaines fait de lui un des principaux piliers de notre système de santé et légitime son rôle dans les réseaux de soins. Les réseaux de santé, parce qu'ils permettent une prise en charge globale du patient, sont aujourd'hui un élément incontournable de l'aménagement sanitaire du territoire. Dans ce cadre, les secteurs hospitalier et ambulatoire font face à des problématiques communes, notamment en matière territoriale. C'est pourquoi la question de la répartition géographique des professionnels de santé et des moyens de l'influencer ne saurait être éludée. Par exemple, l'inégale répartition des médecins sur le territoire n'est pas sans répercussions sur les établissements hospitaliers. Elle est en effet source d'inégalités de prise en charge. Certaines zones rurales font ainsi déjà figure de « *déserts médicaux* ». Les mesures incitatives restent à mettre en œuvre. Elles ne doivent pas être uniquement financières, afin d'encourager l'installation des professionnels de santé dans les régions défavorisées. En cas d'échec, il conviendra sans doute de réfléchir avec les professionnels à des mesures plus directives.

Enfin, une meilleure prise en compte de la dimension territoriale de l'implantation et de la répartition de l'offre de soins ne fera pas l'économie d'une meilleure utilisation des outils juridiques et des indicateurs géographiques, sociaux et épidémiologiques. Ces instruments pourront non seulement servir à l'observation et à l'évaluation des besoins mais aussi à la planification de l'offre.

Chercher à délimiter les territoires de santé implique d'adopter une approche populationnelle, partant avant tout d'une analyse des besoins. Leur définition doit donc être souple et s'élaborer en fonction des spécialités et des niveaux de prise en charge. Le projet de loi relatif aux politiques de santé publique et celui relatif aux responsabilités locales vont dans le sens d'une meilleure adaptation de l'organisation sanitaire aux besoins de santé. Plusieurs questions demeurent néanmoins en suspens. Faut-il unifier les champs sanitaire, social et médico-social et, dans l'affirmative, au profit de quel acteur ? Si le cadre régional fait l'objet d'un large consensus en tant que cadre d'évaluation des besoins et de mise en œuvre des décisions, le cadre juridique souhaitable de cette « régionalisation » fait débat. La région, collectivité territoriale, doit sans conteste investir ces domaines avec l'aide des autres niveaux de collectivités. Toutefois, le chemin de la décentralisation totale n'apparaît pas envisageable à ce stade. La création d'agences régionales de santé, compétentes à la fois pour le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, doit lui être préférée. Les compétences des départements et des communes en matière sociale et médico-sociale seraient en parallèle préservées. L'enjeu de la création des agences régionales de santé serait aussi de confier à une instance unifiée l'observation épidémiologique, les politiques de prévention et la gestion de l'offre de soins.

Enfin, puisque l'établissement de santé est un enjeu et un acteur de l'aménagement du territoire, les citoyens ne peuvent rester extérieurs au choix des décisions de santé. A ce titre, le projet de loi de santé publique entend développer la démocratie sanitaire avec la mise en place de groupements régionaux de santé publique incluant les élus locaux et les usagers.

ANNEXES

Annexe 1 : les cinq types de prise en charge à l'hôpital

On distingue habituellement cinq principaux types d'activité à l'hôpital :

1 - L'hospitalisation à temps complet (ou encore à temps plein) durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit (y sont comptés les séjours où le patient passe au moins une nuit à l'hôpital) ;

2 - Les alternatives à l'hospitalisation qui correspondent à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée ne dépassant pas la journée ou la nuit. Les structures alternatives doivent permettre aux malades de bénéficier du plateau technique et des compétences générales de l'hôpital sans pour autant qu'il soit coupé de son cadre de vie habituel. Rendues possibles par les progrès techniques, thérapeutiques et organisationnels, les alternatives sont définies sur le plan des modalités de création et de fonctionnement par trois décrets de 1992 complété par un décret spécifique à l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire. Ces décrets distinguent trois types d'alternatives :

a - Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, qui permettent notamment la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Les services d'hospitalisations de nuit accueillent et traitent de malades dont l'état de santé exige qu'une hospitalisation nocturne. Ils concernent essentiellement des services psychiatriques.

b - Les structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire qui permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent la malade à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et celles d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire doivent se doter d'une organisation spécifique et individualisée des autres services de l'hôpital. Elles doivent en cela disposer de locaux, de matériels et de personnels propres. Elles sont, néanmoins, installées dans des hôpitaux assurant une activité d'hospitalisation complète, à l'exception de quelques rares structures totalement indépendantes. Leurs capacités d'accueil ne sont pas comptabilisées en lits comme en hospitalisation complète, mais en places. Les séjours dans ces structures sont aussi appelés des « *venues* ». Par souci de simplification, l'activité réalisée dans ces deux types de structures est souvent appelée « *hospitalisation partielle* » ou « *hospitalisation de moins de 24 heures* ».

c - les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) qui permettent d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Leur fonctionnement médical est organisé par un médecin coordinateur. Contrairement aux deux types d'alternatives précédentes, l'HAD est une forme de prise en charge « *extra hospitalière* ».

Source : Ministère de la santé.

Annexe 2 : rapport de mission en Finlande

Dans le cadre de la préparation du rapport « *aménagement du territoire et établissements de santé* », M. Michel Picard, rapporteur, a souhaité effectuer une mission en Finlande afin d'étudier un système de santé se distinguant profondément du modèle français.

Le choix initial du modèle finlandais reposait sur deux éléments. D'une part, la configuration géographique de ce pays, avec certaines régions présentant une densité de population inférieure à deux habitants par kilomètre carré¹⁰¹ nécessite de fortes adaptations du système de santé en termes d'aménagement du territoire et pouvait à ce titre être riche d'enseignements pour l'élaboration du rapport. D'autre part, certaines caractéristiques essentielles de l'organisation sanitaire finlandaise divergent profondément du modèle français. La Finlande présente un système sanitaire fortement décentralisé, une médecine ambulatoire pour l'essentiel salariée au sein de centres de santé municipaux ainsi qu'une dépense de santé contenue à 7 % du produit intérieur brut (PIB) tandis que celle-ci avoisine les 10 % dans notre pays.

L'organisation du séjour nous a permis de rencontrer l'ensemble des acteurs de santé publique et d'appréhender toutes les caractéristiques du système sanitaire finlandais en alternant visites de terrain et rencontres au plus haut niveau. Il convient à ce titre de remercier chaleureusement le service « *affaires sociales et santé* » de l'Ambassade de France qui s'est chargé de l'élaboration du programme et de la prise de contact.

Les pouvoirs publics rencontrés ont été les suivants :

- Association finlandaise des pouvoirs locaux et régionaux ;
- Mairie d'Oulu, « capitale » du nord de la Finlande de 126 000 habitants ;
- Préfecture d'Oulu ;
- Ministère des affaires sociales et de la santé ;
- Ambassade de France.

Les acteurs de santé publique rencontrés ont été les suivants :

- Centre national de recherche et de développement de la santé et des affaires sociales (STAKES) ;
- Centre de soins ambulatoires de Tuira (ville d'Oulu) ;
- Hôpital universitaire du district d'Oulu.

De ces quatre jours de visites (du lundi 9 février au jeudi 12 février 2004), il ressort que le financement et l'organisation de la santé en Finlande sont très efficaces (point 1). Le système sanitaire finlandais présente toutefois certaines

¹⁰¹ Sur l'ensemble du territoire, la densité est de 17 habitants au km² pour 5.2 millions d'habitants.

limites, notamment en termes d'inégalités géographiques et socio-économiques, qui font actuellement l'objet de débats et réformes (point 2).

1. Le modèle de santé finlandais

1.1 Un système efficient

Le système de santé finlandais s'avère efficient : il donne globalement satisfaction alors que les dépenses de santé sont aujourd'hui contenues à 7 % du PIB.

- *Un système qui donne globalement satisfaction...*

Près de 75 % des finlandais se déclarent globalement satisfaits par leur système de santé ce qui place la Finlande au premier rang de l'Union européenne (45 % en moyenne pour l'ensemble de l'Union européenne, environ 66 % pour la France, 5^{ème} rang)¹⁰².

Ce résultat se confirme s'agissant du mode de financement du système de santé. Près de 70 % de la population finlandaise considère que les ressources affectées au financement de la santé ainsi que les dépenses doivent rester stables (premier rang de l'Union européenne). Pour l'ensemble de l'Union européenne, cette donnée s'élève à près de 50 % et pour la France à près de 60 % (6^{ème} rang).

- *... malgré des dépenses de santé contenues à 7 % du PIB (niveau de financement)...*

L'ensemble des dépenses de santé en Finlande s'élevait à 9,5 milliards d'euros en 2001, soit 7 % du PIB, ce qui place la Finlande bien en-deçà de la moyenne européenne.

Si l'on prend les dépenses de santé par habitant, là encore, la Finlande présente l'une des dépenses de santé *per capita* les plus basses de l'Union européenne avec 1 841 US dollars par an, soit 84 % de la moyenne européenne.

Le tableau suivant compare la dépense de santé *per capita* entre la France et la Finlande :

En US dollars

	1990	2000	2001	Evolution 2001/1990
France	1509	2387	2561	70 %
Finlande	1295	1699	1841	42 %

Ce tableau permet de souligner que :

En niveau, la dépense *per capita* en France est supérieure, sur l'ensemble de la période, à la dépense finlandaise,

Tendanciellement, l'augmentation des dépenses individuelles entre 1990 et 2001 a été beaucoup plus forte en France qu'en Finlande.

¹⁰² Données Eurostat.

- ... et une forte participation directe des ménages au financement (structure du financement).

Les dépenses de santé en Finlande sont principalement financées par l'impôt. Les municipalités sont les premières contributrices avec 43 % des dépenses. L'État assure 17 % des dépenses, le système de sécurité sociale 16 %, les ménages 20 % et 4 % proviennent enfin d'autres ressources privées (données pour 2001).

La participation des municipalités a fortement augmenté à compter de 1993 consécutivement à la décentralisation du système de santé initiée à compter de cette date (cf. annexe 1).

La participation directe des ménages au financement de la santé s'avère élevée avec environ 20 % des dépenses de santé. Elle a augmenté de 4,5 points entre 1990 et 2000. Cette donnée cache de fortes disparités en fonction du poste de dépenses. Ainsi, 64 % des soins dentaires, 49 % des médicaments ou 8 % des frais hospitalisations sont à la charge des ménages, dans la limite d'un montant maximum fixé annuellement.

1.2 Les municipalités, pivot du système de santé

- Un système très décentralisé qui échappe à la fragmentation

Le système de santé finlandais est l'un des plus décentralisés d'Europe. En effet, les 444 municipalités à la taille très variable (de 130 habitants à 560 000), qui correspondent à peu près à notre échelon communal, sont responsables de la fourniture des services sociaux et des services de santé à leurs résidents. En outre, comme nous le verrons, elles ont la possibilité depuis 1993 de lever un impôt pour couvrir les charges afférentes au système de santé. Toutefois, il convient de préciser que le terme « décentralisation » doit être remplacé dans son contexte. En effet, il sous-entend un état antérieur « centralisé ». C'est parce que la France a développé un modèle centralisé, « jacobin » autour d'un État fort, que l'on parle aujourd'hui de « décentralisation ». Or la Finlande n'a jamais connu cette centralisation, si bien que ce que nous nommons « décentralisé » s'inscrit en fait dans une continuité historique et une forte tradition administrative. Aussi semble-t-il plus adéquat de parler d'un système « non-centralisé ».

L'organisation du système de santé finlandais est radicalement différente du système français. Non seulement les municipalités en sont le pivot mais en plus, il s'agit d'un système très largement public dans lequel le secteur privé n'a que peu d'importance, du moins pour l'instant. De même, l'État n'intervient que très peu et lorsqu'il le fait, c'est par le biais de « guidelines », de recommandations et d'objectifs, et non par l'édition de règles contraignantes.

Si les 444 municipalités doivent financer elles-mêmes les services de santé qu'elles offrent à leurs populations depuis 1993 (cf. infra), la responsabilité de proposer ces services à leurs résidents leur échoit depuis plus de trente ans, avec

le « *Primary Health Care Act* » de 1972. Elles doivent organiser les services sociaux et les services de soins primaires et secondaires. Pour cela, elles bénéficient d'une grande marge de liberté : elles peuvent se regrouper afin d'offrir des services communs, organiser et financer directement ces services ou les acheter auprès de fournisseurs privés, choisir d'aller au-delà du minimum législatif de services qu'elles doivent proposer. Ainsi, la façon dont les services sont délivrés et leur contenu peuvent varier d'une municipalité à une autre, et c'est à elles qu'il revient de s'assurer que les services proposés correspondent bien aux besoins des citoyens.

La très grande majorité des municipalités organisent elles-mêmes la fourniture de soins primaires à leurs résidents, à travers le ou les centres de soins qu'elles gèrent. Ces centres de soins peuvent également être communs à plusieurs municipalités, si elles en décident ainsi.

Ces centres de soins offrent une large palette de soins primaires. Outre les consultations médicales, les municipalités ont l'obligation de fournir les services suivants :

- promotion de la santé ;
- soins aux personnes âgées (réhabilitation notamment). A ce titre, la ville d'Oulu a ouvert en 2002 un nouvel hôpital municipal dont l'activité principale est la réhabilitation des personnes âgées après leur hospitalisation à l'hôpital universitaire ;
- transports ambulanciers ;
- soins dentaires ;
- santé scolaire (vérification de l'acuité visuelle et auditive, radiographies, tests de laboratoire) ;
- santé des étudiants ;
- scanners (du sein et du cerveau) ;
- services de soins à domicile ;
- médecine du travail, pour les salariés dont les employeurs ont adhéré au centre de santé plutôt que de recruter leurs propres médecins du travail ;
- services de soins psychiatriques (quand le recours à une structure hospitalière n'est pas nécessaire).

Il existe 270 centres de santé en Finlande. On y trouve des médecins généralistes et des spécialistes dans certains cas (dentistes surtout), des infirmières, des sages-femmes, des travailleurs sociaux, des psychologues et du personnel administratif. Bien sûr, le nombre d'employés varie d'un centre à un autre. Ces personnels sont recrutés et rémunérés par les municipalités. En moyenne, un centre emploie de 5 à 12 médecins (mais il existe des centres de soins avec un seul médecin) et un médecin suit environ 1 500 à 2 000 patients. Ces centres sont globalement bien équipés : ils disposent de quelques lits (30 à

60 en moyenne), d'équipements de radiographie et parfois d'un « *petit* » laboratoire, d'endoscopes et d'électrocardiogrammes. Néanmoins, les patients n'y passent généralement pas la nuit et sont transférés à l'hôpital en cas de besoin.

Les centres ont également un stock de médicaments qu'ils peuvent administrer aux patients. Mais ils ne peuvent pas leur vendre ces médicaments pour un usage à domicile ; dans ce cas, les patients doivent les acheter dans une pharmacie.

Les infirmières ont un rôle-clef dans ces centres de santé : en plus d'assister les médecins, certaines ont leurs propres heures de consultation pour, par exemple, faire des injections et des prises de sang, ôter des points de suture ou mesurer la pression artérielle. En outre, le suivi des femmes enceintes et des enfants est principalement effectué par les infirmières et les sages-femmes. Il faut noter que si le nombre de médecins par habitant est le même qu'en France (3 pour 1 000 habitants, ce ratio allant au sein de l'Union européenne de 1,6 en Angleterre à 5,7 en Italie), le nombre d'infirmières par habitant est le plus élevé d'Europe occidentale (21,7 pour 1 000 habitants contre 5 pour la France et l'Angleterre).

Certains centres emploient des travailleurs sociaux et lorsque ce n'est pas le cas, ils travaillent en coopération avec les services sociaux de la municipalité. En effet, les municipalités doivent également fournir ces services sociaux à leur population. Il s'agit principalement de la garde d'enfants, des soins aux personnes âgées (la grande majorité des maisons de retraite sont détenues et gérées par les municipalités), des services d'aide et de soins à domicile, de l'assistance financière et des services pour les handicapés (réinsertion, financement des équipements rendus nécessaires par l'apparition d'un handicap physique tels que les fauteuils roulants, travaux d'aménagement du domicile...) et les toxicomanes (sevrage, réinsertion...).

Dans le système finlandais, chaque citoyen est donc rattaché à un centre de soins. Le rattachement à un médecin au sein de ce centre (« *personal doctor system* », aussi appelé « *population responsibility* ») est de plus en plus courant, afin de garantir un meilleur suivi et une meilleure continuité des soins. Le recours au secteur privé est la seule alternative offerte à un patient qui ne souhaite pas se rendre dans le centre dont il dépend. Par contre, si un patient souhaite changer de « *médecin référent* » au sein de son centre pour des raisons légitimes, cela reste possible après discussion avec le ou les responsables du centre.

Globalement, le centre de santé municipal peut être considéré comme le pivot du système de soins finlandais. En effet, différence marquante avec le système français, hors les cas d'urgence, le recours aux services de l'hôpital n'est possible que sur autorisation d'un médecin du centre de santé (ou du secteur privé). L'hôpital ne délivre que des soins spécialisés et son accès est réservé aux patients détenteurs d'un « *referral* » (« *autorisation* ») délivré par leur médecin.

En moyenne, 5 % des visites dans un centre de santé donnent lieu à l'octroi d'une telle autorisation. Afin d'éviter les autorisations non justifiées, les médecins des centres de santé et des hôpitaux établissent ensemble des recommandations, des guides qui aident les médecins généralistes à juger de l'opportunité d'une autorisation. En outre, ces autorisations sont accompagnées d'une estimation du degré d'urgence. Par exemple, « *RI* » indique que le patient devrait être vu à l'hôpital dans la semaine, « *R* » dans les quinze jours...

Enfin, le secteur privé est très peu développé en Finlande, contrairement à la France. En effet, à titre d'exemple, si un tiers des médecins exerçant à l'hôpital ont parallèlement une activité privée en ville, seuls 4 % des médecins finlandais ont une activité exclusivement privée. Il s'agit là des médecins hospitaliers, donc des spécialistes puisque les hôpitaux finlandais ne délivrent que des soins secondaires, mais le taux est identique pour les médecins généralistes. La part du secteur privé ne représente aujourd'hui que 20 % des soins ambulatoires. Néanmoins, elle tend à se développer.

- *Les soins secondaires et tertiaires (universitaires)*

Ces soins sont fournis par les hôpitaux. La Finlande compte cinq hôpitaux universitaires, quinze hôpitaux centraux et quarante autres hôpitaux plus petits et n'offrant que certains services (« *district hospitals* »). Ces hôpitaux sont publics, les hôpitaux privés ne représentant que 5 % des journées d'hospitalisation. Ils sont détenus par les « *districts hospitaliers* », qui sont en fait des regroupements de municipalités. Chaque municipalité a l'obligation législative d'appartenir à l'un de ces districts. Il y a vingt-et-un districts hospitaliers en tout. Chaque district négocie annuellement avec le ou les hôpitaux du district la nature et le volume des soins qu'il veut qu'ils fournissent à ses résidents. De cette négociation découlera le budget alloué par les municipalités.

Comme pour les centres de santé, un citoyen finlandais n'a pas le choix de son hôpital. On ne peut, comme c'est le cas en France, obtenir un rendez-vous pour une consultation dans un hôpital d'un autre district. A moins qu'il s'agisse d'une urgence ou que notre municipalité accepte de payer cet hôpital.

- *Un souci constant d'intégration et de coordination*

Les acteurs du monde sanitaire et social sont aussi variés en Finlande qu'en France. C'est pourquoi un des objectifs principaux du ministère de la Santé est de garantir une bonne continuité des soins. D'ores et déjà, on peut affirmer qu'elle est mieux assurée qu'en France, ne serait-ce que par l'existence des centres de santé et par la quasi-obligation (à moins de recourir au secteur privé) de passer par les médecins de ces centres avant de pouvoir accéder à l'hôpital.

Par ailleurs, la Finlande est très en avance dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), et elle met cette avance au service de la santé. En effet, les dossiers patients sont informatisés. Ils renferment, outre l'historique médical de chaque patient avec les comptes-rendus de ses diverses consultations, les radios numérisées et les résultats des examens

de laboratoire. Ces dossiers informatisés sont élaborés par les hôpitaux (par exemple, à l'hôpital universitaire d'Oulu, il s'agit du programme ESKO) mais ils ne sont pas destinés à un usage purement interne, bien au contraire. Chaque médecin d'un centre de santé peut y avoir accès, avec l'autorisation préalable du patient. En outre, les médecins des hôpitaux et des centres de santé communiquent largement par voie électronique : les médecins des centres peuvent demander des conseils et des renseignements supplémentaires à leurs collègues et surtout, ils envoient les « *referrals* » par voie électronique. Cela évite au patient d'avoir à se déplacer : l'hôpital le contactera directement pour fixer une date de rendez-vous compte tenu du degré d'urgence estimé par son médecin.

Globalement, la télémédecine (téléconsultations en temps réel ou différé, interprétations à distance de scanners, de radiographies - par ordinateur ou directement par PDA - ou de résultats de laboratoire) est bien plus développée qu'en France.

L'objectif affiché est de faire des NTIC un outil d'intégration et de coordination entre les centres de santé et les hôpitaux d'une part et, à terme, entre un secteur privé de plus en plus important et le secteur public.

2. Un modèle perfectible

2.1 *Les limites du système de santé finlandais*

Le problème actuel de la Finlande n'est plus la maîtrise des dépenses de santé mais le renforcement d'inégalités d'accès aux soins entre communes. Les points noirs du système tiennent actuellement à la persistance de listes d'attente, à la difficulté d'accès aux soins hospitaliers, ainsi qu'aux inégalités de prise en charge entre habitants.

2.1.1 Les inégalités d'accès aux soins entre habitants sont d'origine socio-économiques et géographiques

- *Les inégalités socio-économiques sont induites principalement par la structure de l'offre ambulatoire*

En dépit du principe d'universalité, les inégalités d'origine socio-économique en matière d'accès aux soins sont aussi importantes qu'aux Etats-Unis, analyse le STAKES. Les diverses composantes de l'offre de santé sont utilisées différemment selon le groupe socio-économique et la distribution de l'offre se fait en faveur des groupes socio-économiques les plus élevés.

- La différence entre groupes socio-économiques s'exprime d'abord dans le choix entre l'offre privée et l'offre publique.

Concernant les soins primaires, si le système est universel, dans la pratique 40 à 80 % de la population, selon la spécialité, utilisent ces services publics. Le risque est que les centres de santé soient fréquentés par les groupes

socio-économiques les plus faibles. L'offre privée, qui est présente principalement dans les grandes villes universitaires et dans le sud du pays, concerne les groupes socio-économiques les plus élevés.

Le problème est que certains soins, tels que les soins dentaires, sont mal assurés par le secteur public, ce qui engendre des inégalités d'accès aux soins.

- Les différences socio-économiques se traduisent également dans l'usage des services hospitaliers

A l'hôpital, les groupes socio-économiques les plus faibles utilisent principalement les services non chirurgicaux et les urgences. Les groupes socio-économiques les plus élevés ont davantage recours aux services chirurgicaux et les taux d'interventions chirurgicales sont plus élevés pour ces derniers.

Les explications concernant ces disparités sont à chercher dans la structure de l'offre ambulatoire. Le secteur privé représente en effet 20 % de l'ambulatoire et l'arrivée dans les soins hospitaliers peut se faire par l'intermédiaire des soins privés. Les groupes les plus favorisés ont ainsi un accès plus aisé aux services spécialisés.

- *Les inégalités entre habitants de différentes communes sont une conséquence de la mauvaise répartition géographique des médecins et du financement décentralisé*

- Les inégalités géographiques se traduisent dans la distribution de l'offre de soins privée.

Les disparités les plus fortes entre habitants sont liées aux soins mal assurés par le système public. Ces soins peuvent être pris en charge par le privé. Or, les services de soins privés sont concentrés dans les régions les plus riches et les plus peuplées.

- Les disparités entre communes dans les pratiques de soins sont liées à la densité médicale

Il existe de fortes différences entre régions en terme de démographie médicale. Le nord, malgré des incitations matérielles, éprouve de réelles difficultés pour attirer les jeunes médecins. Cette inégalité dans la répartition des médecins entraîne des disparités dans les pratiques de soins. Ainsi, dans une région à forte densité, le nombre de certaines interventions chirurgicales peut être 5 fois supérieur à celui observé dans d'autres régions. En outre, les hôpitaux spécialisés, étant situés à proximité des villes, sont moins accessibles aux personnes vivant dans des zones excentrées.

- Les inégalités entre habitants de différentes communes dans le recours aux soins sont une conséquence du financement municipal des soins

Le financement de l'organisation des soins relève de la responsabilité de la commune qui lève elle-même ses impôts. Or, certaines communes ont des

difficultés à financer tous les soins nécessaires à leurs résidents. Ce problème est particulièrement aigu pour les petites municipalités. Les responsables politiques locaux hésitent à augmenter les prélèvements sur la population par crainte de ne pas être réélus. Les communes se regroupent alors pour éviter les problèmes financiers, d'autant que l'État verse des subventions supplémentaires pour les regroupements. Les associations intercommunales leur permettent de fournir certaines prestations comme les soins psychiatriques ou les prestations aux personnes handicapées.

Ainsi, les dépenses de santé par habitant varient dans un rapport de 1 à 2,5 selon les municipalités.

- Les inégalités entre communes résultent de leur taille.

75 % des municipalités ont moins de 10 000 habitants et 20 % d'entre elles moins de 2 000. Les petites communes se heurtent à des difficultés d'organisation des soins, de financement, mais également de négociation avec les hôpitaux. La réforme de 1993 permet en effet aux municipalités de mener une politique active en achetant des services de santé. Elles signent les contrats avec les établissements hospitaliers. Les revenus des hôpitaux dépendent dès lors de la demande exprimée par les communes pour leurs administrés. La définition de ces services et le calcul d'un prix associé sont déterminés par une négociation entre chaque municipalité et les hôpitaux, sans qu'il existe de règle au niveau national. Ces négociations sont sources de friction entre les municipalités, qui cherchent à faire baisser les prix hospitaliers, et les hôpitaux. Cette concurrence se fait en outre généralement au détriment des petites municipalités. En effet, la négociation se fait souvent entre districts et hôpitaux. Dans ce cas, les petites communes payent « à l'aveugle », sans savoir précisément ce que leurs résidents coûtent à l'hôpital. Il en résulte par conséquent de fortes variations des contributions des différentes municipalités au sein d'un même district hospitalier, ce qui est source d'inégalités.

En conclusion, les disparités dans l'accès aux soins ne signifient pas qu'on ne produit pas assez de soins en Finlande. Le volume de soins offerts est jugé suffisant. Le problème réside dans leur répartition géographique qui est inégale sur le territoire. Les ressources sont alors mal utilisées.

2.1.2 Le problème majeur du système de santé finlandais réside dans les délais d'accès aux soins, conséquence de la pénurie de médecins

- *Délais d'accès aux soins et listes d'attente*

Le principal centre de santé de la ville nous a indiqué qu'il fallait compter trois jours pour un rendez-vous urgent. Le délai maximum avoué pour les soins non urgents y est de trois mois, tandis que la préfecture, elle, nous informait de délais pouvant aller jusqu'à six mois.

Concernant les soins hospitaliers, la mairie de Oulu nous a signalé l'existence d'une longue liste d'attente pour accéder à l'hôpital. A Oulu, dans le

département de chirurgie de l'hôpital de district, les délais d'attente ont augmenté de quatre à huit mois depuis 1997.

Les délais d'attente sont particulièrement importants pour certaines opérations. Pour les articulations artificielles, on peut attendre de 1 an à 1 an et demi. En 2001, le temps d'attente moyen pour une opération de la cataracte était de 208 jours et de 152 jours pour une opération de la hanche.

Les raisons principales de ce phénomène de liste d'attente résident dans la pénurie de médecins, les difficultés de financement et le manque de locaux.

- *La pénurie de médecins entraîne un rationnement de l'offre*

Ces délais d'accès aux soins sont en partie dus à une pénurie de médecins. Le manque de médecins en effet engendre un rationnement quantitatif de l'offre. Toutefois, comme en France, le problème n'est pas quantitatif.

En 1993, au moment de la récession économique, a été décidée une baisse du *numerus clausus* des médecins. Ainsi, en 2000 on constatait qu'il y avait de moins en moins de jeunes médecins. Le *numerus clausus* a alors été redressé il y a trois ans mais, en raison de la durée des études de médecine, il faut attendre encore quelques années pour en voir les effets.

En ophtalmologie par exemple, on constate un manque chronique de médecins dans le secteur public d'environ 23 % depuis 1986. Les patients souffrant de maux chroniques, tel un glaucome, sont alors orientés vers des ophtalmologistes privés. Il y a alors rupture d'équité entre patients. De plus, depuis 1997, un certain nombre d'ophtalmologistes quitte l'hôpital public en raison de la différence de rémunération entre le secteur public et le secteur privé.

A cela s'ajoute le problème de la répartition des médecins entre secteurs public et privé d'une part et géographique d'autre part. Les centres de santé sont moins attractifs pour les jeunes médecins et manquent de plus en plus de personnel médical. En dix ans, le nombre de médecins exerçant principalement dans le secteur privé a augmenté de 17 %. Dans le même temps, le nombre de médecins exerçant principalement en centres de santé a diminué de 10 %. Certaines régions isolées du nord sont peu attractives pour une profession à la féminisation croissante. Aussi, certaines municipalités vont jusqu'à s'engager à trouver un emploi pour le conjoint.

Les délais d'accès aux soins dans les hôpitaux publics et le développement du secteur privé viennent mettre à mal les principes finlandais d'universalité et d'équité dans l'accès aux soins.

2.2 Les réformes en cours et à venir

- *L'augmentation du nombre des médecins et l'amélioration de leur répartition géographique.*

La diminution de 30 % du *numerus clausus* des médecins en 1993 crée aujourd'hui un manque de médecins pratiquant les soins de niveau primaire¹⁰³. Celui-ci est un peu inférieur à celui des autres pays européens¹⁰⁴. La Finlande connaît par ailleurs un phénomène de concentration des médecins, notamment dans le secteur privé, les médecins s'installant en priorité dans les villes universitaires. Au total, 12 % des postes de médecins ne sont pas pourvus, ce problème se posant surtout dans les centres de santé. En effet, l'augmentation du *numerus clausus* ne résout pas tous les problèmes, les médecins s'installant de préférence dans le privé et dans des zones favorisées.

Dans la mesure où le recrutement des médecins est décentralisé, ce sont les municipalités elles-mêmes qui doivent essayer d'attirer des médecins au moyen d'incitations financières. Cependant, les municipalités où la densité de médecins est la plus faible ne comptent pas parmi les municipalités riches. Elles ne sont donc pas en réelle mesure d'attirer financièrement les médecins.

Les perspectives sont donc pour certaines municipalités de se regrouper afin de disposer d'une taille critique et d'une puissance financière supérieures.

- *La réduction des listes d'attente*

La Finlande possède de longues listes d'attentes de patients dans les différentes spécialités¹⁰⁵. Les listes d'attente sont un problème complexe qui ne sera pas uniquement réglé par l'augmentation des moyens financiers des centres médicaux. Il n'existe pas en effet de véritable corrélation entre l'existence de listes d'attente et les moyens octroyés ainsi que le nombre d'actes pratiqués. Le problème des listes d'attente est avant tout un problème d'organisation du système. En effet, dans la mesure où 70 % des médecins qui travaillent à l'hôpital exercent également dans le public, ils n'ont pas forcément intérêt à diminuer les listes d'attente présentes dans le secteur public.

Le ministère des Affaires sociales poursuit un objectif précis dans son programme d'actions intitulé *Health 2015*. Pour cela, est instauré le système du 3, 3,3-6 : suivant la gravité du cas et la spécialité médicale, les délais d'attente doivent être au maximum de trois jours, trois semaines, trois à six mois. Il souhaite en outre développer un système d'informations standardisé concernant des opérations comme celle de la cataracte, de la hanche ou du genou. Ce système, en attribuant à chaque patient un nombre de points donnés en fonction de la gravité de sa situation (gravité médicale mais aussi difficultés

¹⁰³ On distingue plusieurs niveaux de soins dans le système de santé suivant le degré de prise en charge : les soins de premier niveau (*primary care*) correspondent à la médecine de ville, les soins de deuxième niveau à la prise en charge hospitalière (*secondary care*).

¹⁰⁴ Cf. annexe : nombre de médecins pour 1000 hab., OECD health data 2003.

¹⁰⁵ Cf. annexe : comparaison des listes d'attente dans les différents pays pour l'hystérectomie.

sociales comme l'inaptitude au travail) doit permettre de prioriser la liste d'attente. Enfin, un plan de financement doit favoriser un meilleur accès aux soins sur le territoire et de renforcer l'équité.

Si ces mesures devraient contribuer à limiter les excès, elles ne devraient pas cependant régler le problème des listes d'attente, intrinsèquement lié à l'organisation du système.

- *Le projet de développement des TIC*

Un ambitieux projet informatique¹⁰⁶ doit être mis en place d'ici 2007. Il prévoit d'unifier le système de données en introduisant un système de gestion des données entre les districts.

L'informatisation du dossier du patient est également poursuivie puisqu'un système de base de données assurant l'interopérabilité entre les données sanitaires et sociales concernant les patients doit être mis en place. Pouvoir faire le lien entre le dossier patient hospitalier et les données recueillies dans les centres de santé constitue également un des grands objectifs poursuivis par le projet. Enfin, d'ici juin 2004, seront expérimentées dans le nord de la Finlande les ordonnances électroniques permettant aux médecins d'effectuer la prescription par électronique, celles-ci étant automatiquement transmises aux pharmacies.

*
* *

Avec 7 % du PIB dévolus aux dépenses de santé, la Finlande est l'un des pays qui a su le mieux maîtriser le coût du système de santé et l'évolution de ses dépenses. La recherche de l'efficacité économique ne s'est pas faite au détriment de la qualité des soins, la Finlande possédant de très bons indicateurs de santé.

Au cours des années quatre-vingt-dix, la Finlande semble donc parvenue à une situation d'équilibre, mêlant décentralisation, réduction des coûts et recherche de la qualité des soins. Toutefois, l'organisation du système de soins pose plusieurs grands problèmes. La Finlande connaît aujourd'hui des difficultés liées à la démographie médicale et à l'allongement des listes d'attente.

Se pose également la question des modalités de financement du système de santé. En 1993, la modification du système de financement a donné une place prépondérante aux municipalités dans le financement de la santé, renforçant le mouvement de décentralisation existant auparavant. Ce transfert de compétences soumet les municipalités à une forte pression financière à tel point que le désengagement de l'État du domaine de la santé fait aujourd'hui l'objet d'un vif débat en Finlande. L'État doit-il se réinvestir dans le financement du secteur de la santé afin de soulager les municipalités et de garantir l'égalité d'accès aux soins sur le territoire?

¹⁰⁶ Il s'inscrit dans le Health 2015, a National program for improving health care, déjà cité.

TABLE DES SIGLES

ACP	:	Analyse de composantes principales
ADP	:	Assistant digital personnel
ANAES	:	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH	:	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	:	Agence régionale de santé
AROMSA	:	Associations régionales des organismes de la mutualité agricole
ARS	:	Agence régionale de santé
CA	:	Conseil d'administration
CAH	:	Classification ascendante hiérarchique
CESR	:	Conseil économique et social régional
CH	:	Centre hospitalier
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHRU	:	Centre hospitalier régional universitaire
CHS	:	Centre hospitalier spécialisé
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CLC	:	Centre de lutte contre le cancer
CME	:	Commission médicale d'établissement
CMU	:	Couverture maladie universelle
CNAMTS	:	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNS	:	Conférence nationale de santé
COM	:	Contrat d'objectifs et de moyens
CPAM	:	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	:	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	:	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CROSS	:	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CRS	:	Conférence régionale de santé
CSMF	:	Confédération des syndicats médicaux français
CTE	:	Comité technique d'établissement
DDASS	:	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	:	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	:	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	:	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
EHPAD	:	Établissement d'hébergement pour personnes âgées Dépendantes
EPSI	:	Établissement public de santé inter-hospitalier
FAQSV	:	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FHF	:	Fédération hospitalière de France

FHP	:	Fédération hospitalière privée
GIE	:	Groupement d'intérêt économique
GIP	:	Groupement d'intérêt public
GRSP	:	Groupement régional de santé publique
GSC	:	Groupement de coopération sanitaire
HAD	:	Hospitalisation à domicile
HL	:	Hôpital local
ICM	:	Indice comparatif de mortalité
ISNAR	:	Intersyndicale nationale autonome des résidents
MCO	:	Médecine, chirurgie, obstétrique
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	:	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN	:	Objectif national quantifié
ORS	:	Observatoire régional de santé
PCG	:	Primary care groups
PIB	:	Produit intérieur brut
PMSI	:	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAM	:	Programme régional de l'assurance maladie
PRPAS	:	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	:	Programme régional de santé
PSPH	:	Participant au service public hospitalier
SIH	:	Syndicat inter-hospitalier
SLD	:	Soins longue durée
SNJMG	:	Syndicat national des jeunes médecins généralistes
SROS	:	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	:	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	:	Soins de suite et de réadaptation
UNAPL	:	Union nationale des professions libérales
URCAM	:	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	:	Union régionale des médecins libéraux
ZRR	:	Zone de rénovation rurale

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Graphique 1 : Évolution du nombre de médecins de 1979 à 2002	45
Graphique 2 : densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants en 2000 selon le zonage en aire urbaine (données au 01/01/2001).....	51
Graphique 3 : densité de médecins libéraux nouvellement inscrits pour 100 000 habitants en 2000 selon le zonage en aire urbaine : médecins nouvellement inscrits entre 1998 et 2000 (données au 01/01/2001).....	51
Graphique 4 : Pyramide des âges des médecins en activité (métropole, chiffres au 01/01/2003).....	54
Graphique 5 : Proportion de femmes selon l'âge, répartition généralistes- spécialistes (chiffres au 01/01/2001).....	54
Carte 1 : Densité départementale d'omnipraticiens en 2000 pour 100 000 habitants (données au 01/01/2003).....	48
Carte 2 : Variation en % des effectifs départementaux de médecins actifs entre 1997 et 1998.....	49
Carte 3 : Densité départementale de spécialistes en 2000 pour 100 000 habitants (données au 01/01/2003)	50
Carte 4 : Localisation des 350 hôpitaux locaux en métropole	102
Schéma 1 : Pour une gradation des soins qui fait une place plus large à l'hôpital local	100

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages :

C. Brossier
Vers une santé citoyenne
Paris Éditions DEMOS 1998

M. Mougeot
Régulation du système de santé
La Documentation française, Paris 1999

J. de Kervasdoué
Le carnet de santé de la France en 2000
Éditions Syros, Paris 2000

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES
Quel système de santé à l'horizon 2020 ?
La Documentation française, Paris 2000

D. Polton
L'avenir de la Sécurité Sociale passe-t-il par la régionalisation ?
Encyclopédie de la protection sociale, Éditions Economica, 2000

J-F. Bauduret et M. Jaeger
Rénover l'action sociale et médico-sociale
Paris Dunot 2002.

Revue :

D. Deroubaix
ARH, contexte sanitaire et grands enjeux
Revue hospitalière de France, janvier-février 1998, n°1

La régionalisation de la politique de santé
Revue hospitalisation privée, septembre-octobre 1998, n°343

La régionalisation, entre nécessité et incertitudes
La lettre des décideurs hospitaliers, n° 99, avril 1999

G. Huteau

Peut-on parler aujourd'hui d'une régionalisation du système de santé et d'assurance maladie ?

Mai 1999

G. Delande

Les agences régionales d'hospitalisation, instruments d'une meilleure performance publique en matière de planification sanitaire

Revue Politiques et management public, Vol 17, n°3, septembre 1999

C. Evin

La santé, l'expert et le patient

Projet, fascicule 2000

La régionalisation du système de santé en débat

Décision Santé, N° 159, mars 2000

C. Nicolas

Les programmes régionaux de santé

Actualité et Dossiers en santé publique, n° 30, mars 2000, pp 23-26

J-M. Budet

La régionalisation du système de santé

Cahiers hospitaliers n°160, septembre 2000, pp28-33

Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques

Les disparités interrégionales des dépenses de santé

Etude et résultats, n° 95, décembre 2000

Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques

Les disparités interrégionales des dépenses de santé

Etudes et résultats, n° 95, décembre 2000

Les agences dans le système de santé : un nouveau paysage institutionnel ?

Actualité et Dossiers en santé publique, n°37, décembre 2001, p. 41-45

Revue finances et gestion, n° 66, janvier 2002

F. Pradeau, D. Baudeau, E. Benz-Lemoine, M-C Pradeau

Régionaliser : quels obstacles ?

Le concours médical, janvier 2002, tome 124-03, pp 200-203

Le secteur de santé : échange sur des mesures techniques

Lettre de l'Observatoire français des conjonctures économiques, mars 2002

S. Andre

L'organisation du système de santé

Actualités sociales hebdomadaires, n°2270, juillet 2002

D. Tabuteau

La régionalisation du système de santé en question

Droit social, n°7/8, juillet-août 2002

M. Michel, M. Bellanger

La réorganisation sanitaire et médico-sociale, entre enjeux étatiques, pouvoirs locaux et construction européenne

Econométrie de la santé XIV : Santé et régionalisation, Ajaccio, octobre 2002, pp 1-2

1996-2002 : premier bilan des ARH

La gazette de l'hôpital, octobre 2002, n°40

Bernard Bonnici

L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques

Les études de la documentation française, Paris 1998

Bernard Marrot

Territoire de l'hôpital, territoires de la santé

in *Projet*, été 1998, n°254, p. 49-57

Philippe Mosse

Le lit de Procuste, l'hôpital : impératifs économiques et missions sociales

Pratique du champ social, Erès, 1997

Dominique Polton

Quelle régionalisation du système de santé ?

in *Les Cahiers hospitaliers*, juillet-août 2003, n°192

Didier Tabuteau

La régionalisation du système de santé en question

in *Droit social*, juillet-août 2002

Emmanuel Vigneron

Distance et santé

PUF, 2001

Pour une approche territoriale de la santé

Editions de l'Aube, DATAR, 2002

Santé et territoires, une nouvelle donne
Editions de l'aube, DATAR, 2002
Véronique Lucas-Gabrielli, Norbert Nabet, François Tonnelier
Les soins de proximité : une exception française ?
CREDES, Juillet 2001

Emmanuel cadeau
Région et démocratie sanitaire : quels rapports ?
in Revue générale de droit médical, n°9, 2003, p. 5-30

François Engel
Santé publique : demain, une démocratie sanitaire ?
in Décision Santé, n° 185, mai 2002, p. 11-12

Gwénaëlle Maudet
La démocratie sanitaire : penser et construire l'usager
in Lien social et politiques, RIAC, n°48, automne 2002, p.95-103

Christian Saout
Quel avenir pour la démocratie sanitaire ?
in ASH, n° 2326, 2003, p. 23-24

Rapports, documents de travail, discours :

Santé publique et aménagement du territoire
Actualité et dossier de santé publique, n°29, décembre 1999

Géographie de la santé
Actualité et dossier en santé publique, revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique, n°19, juin 1997

Une décentralisation du système de santé
Commissariat Général du Plan
La Documentation française, Paris 1986

L'organisation sanitaire
Ecole nationale d'administration, promotion Nelson Mandela, 1999-2001

E. Caniard
La place des usagers dans le système de santé
Rapport pour le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Paris 2000

M. Bernard Chenaie

Les infrastructures sanitaires hospitalières, un élément de l'aménagement régional : quelles réponses des établissements publics et privés aux enjeux de la santé en Limousin ?

Conseil économique et social du Limousin, octobre 2001

C. Evin

Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé

Assemblée nationale, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Paris 2000

C. Evin, B. Charles, J-J. Denis

Rapport sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Assemblée nationale, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Paris 2001

SNAM

Faut-il régionaliser la santé ?

Malte, avril-mai 2001, pp 1-5

M. Fouquet

Transversalité, financement, régionalisation ?

2eme atelier de l'économie de la santé, Rennes, septembre 2001, pp 1-5

Coordination des directeurs D'ARH : Eléments de réflexion sur les agences régionales de santé, pour une réponse globale aux besoins de la population

Rennes, mai 2002

Jean-Pierre Raffarin

Déclaration de politique générale du Gouvernement, le 3 juillet 2002

G. Dosière

La décentralisation en matière d'action sociale et de santé : présentation des enjeux et des propositions

Août 2002

Conférence des DRASS

Eléments de réflexion sur l'organisation du pilotage des politiques de santé

30 août 2002

Rapport annuel de la Cour des comptes au Parlement sur le financement de la sécurité sociale pour 2001, septembre 2002

Jean-François Mattei
Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
Discours devant la Commission des comptes de la sécurité sociale
24 septembre 2002

Avis Jean Luc Prével sur le projet de loi de finances pour 2003, 2002

Rapport de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital,
Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée
nationale, mars 2003

MM. Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien
Projet Hôpital 2007, mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public
et sa gestion sociale, avril 2003

Plate-forme pour une nouvelle politique de santé
Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, juillet 2003

Rapport annuel de la Cour des comptes au Parlement sur le financement de la
sécurité sociale pour 2001, septembre 2002

Rapport annuel de la Cour des comptes au Parlement sur le financement de la
sécurité sociale pour 2002, septembre 2003

Revue française des affaires sociales, n°3, septembre 2003

DATAR-CREDES
Quel système de santé à l'horizon 2020 ?
La Documentation française, Paris octobre 2000

Revue française des affaires sociales, n°2, avril-juin 2000

Problèmes politiques et sociaux
Droit des malades, vers une démocratie sanitaire ?
n° 885, février 2003

Malgré un système de soins sans cesse amélioré, la France ne parvient pas à réduire les disparités devant la santé qui existent sur son territoire.

Le Conseil économique et social suggère des pistes pour mieux répondre aux besoins : développement des réseaux et des alternatives à l'hospitalisation, redéfinition du partage des tâches entre professions médicales et paramédicales, présence minimum des médecins dans certaines zones. Enfin, pour un meilleur pilotage du système, il recommande une gestion unifiée au niveau régional par des structures associant mieux l'ensemble des intervenants