



**175**

NUMÉRO

Mercredi 19 mai 2004

# NOTES D'IÉNA

INFORMATIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

## « AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET ETABLISSEMENTS DE SANTÉ »

RAPPORTEUR :  
**MICHEL PICARD**

AU NOM  
DE LA SECTION DES ÉCONOMIES  
REGIONALES ET DE  
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE  
PRÉSIDÉE PAR  
HUBERT-MARIE GHIGONIS

Placée en tête des pays membres de l'OMS pour son système de soins, la France ne parvient pas à réduire les disparités devant la santé qui existent sur son territoire en termes d'espérance de vie, de mortalité mais aussi entre zones géographiques. Or territoires et santé entretiennent des liens très étroits qui ont trop souvent été négligés.

Assemblée plénière des  
25 et 26 mai 2004

# I - LES ENJEUX DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

## 1. Les enjeux sanitaires

- Prendre en compte les besoins réels de santé

Jusqu'à présent, la planification sanitaire a été essentiellement fondée sur l'offre existante : les « besoins réels de la population » sont la simple traduction de cette offre et de son utilisation moyenne. La géographie de la santé a été pratiquement ignorée. L'attraction hospitalière -qui permet de savoir si une population hospitalisée fréquente ou non l'établissement le plus proche - devrait devenir l'un des indicateurs principaux, d'autant qu'elle peut être affinée par le recours à d'autres indicateurs comme la distance-temps.

- Réduire les inégalités épidémiologiques

Les différences géographiques d'espérance de vie s'accroissent, les écarts les plus grands se trouvant entre zones urbaines et rurales, centres-ville et périphéries, zones d'emploi tertiaire et zones à activité primaire et secondaire dominante... Il en est de même pour les écarts entre les catégories socio-professionnelles. Les configurations spatiales peuvent aussi différer selon le type de pathologie ou en fonction de déterminants comme l'environnement « physique » et divers facteurs sociaux.

- Mieux répartir l'offre de soins

Les inégalités dans la répartition géographique de l'offre de soins opposent un Sud fortement médicalisé et un Nord qui l'est nettement moins. Elles contribuent à pérenniser les disparités épidémiologiques, voire à les renforcer.

Dans le secteur hospitalier, où la régulation financière a été essentiellement « comptable », le mécanisme mis en place repose sur le postulat contestable que le modèle d'organisation des soins représenté par la structure moyenne nationale est optimal et doit être transposé à toutes les régions. Pour les soins de ville, les inégalités d'offre ne se sont guère réduites, la situation du rural isolé s'aggrave et l'accessibilité y prend une signification toute particulière pour les personnes peu mobiles.

Les projections sont peu rassurantes : l'offre de soins se raréfie avec de nombreux départs à la retraite et une diminution du niveau d'activité moyen (féminisation des professions médicales - durée de travail) ; les besoins vont augmenter avec la croissance de la population et son vieillissement.

## 2. Les enjeux économiques et sociaux

- Les enjeux locaux

Générateur d'emplois, directs et indirects, le secteur de la santé constitue une source de richesses, tant au niveau national que local. Souvent le premier employeur des villes françaises, l'établissement de santé fait aussi travailler les fournisseurs locaux. Sa fermeture a des répercussions sur l'ensemble de sa région.

Le vieillissement de la population impose d'assurer les conditions d'hébergement et de traitement de personnes âgées de plus en plus nombreuses. L'hôpital est au centre de

ces préoccupations et il est nécessaire de lui conserver son rôle social. Dans les zones « rurales isolées », les projections à la baisse en termes de démographie médicale et les restructurations hospitalières s'ajoutent à la suppression des autres services publics. Il faut éviter pour ces zones tout cumul d'inégalités.

- Les enjeux en termes de régionalisation

La régulation de l'offre de soins hospitaliers est déconcentrée au niveau régional et repose sur les ARH. Cette « régionalisation » s'est fondée sur l'espoir que plus de responsabilités stimulerait la capacité d'innovation des acteurs locaux et que les régions seraient davantage capables d'adapter les solutions aux contextes locaux.

- Les enjeux en termes de démocratisation

La création des 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. Les nouveaux textes législatifs cherchent à la développer. Elle demeure l'un des enjeux majeurs des politiques de santé pour l'avenir.

# II - LES PROPOSITIONS

## 1. Des territoires de santé adaptés aux besoins de la population

- Faire correspondre à chaque niveau de territoire un niveau de soins

La chaîne sanitaire qui va de la prévention et des soins de premier recours aux soins les plus pointus doit être constitutive d'un nouveau maillage territorial. Les initiatives prises dans quelques régions devraient être généralisées et leur contenu approfondi.

- Développer les réseaux, particulièrement adaptés aux zones fragiles

Deux types de réseaux ont été légalisés : les « réseaux expérimentaux » et les « réseaux de soins inter-hospitaliers ». Leur essor étant freiné par la multiplicité des financeurs, une unification des structures de gestion est souhaitable. Leur objet actuel est davantage la prise en charge coordonnée d'un type de « pathologie » que d'une aire géographique. Il convient désormais de favoriser l'émergence de réseaux « généraux », interdisciplinaires et inter-institutionnels, à dominante géographique ou de réseaux multi-professionnels.

- Promouvoir l'hôpital local en établissement de proximité

La réhabilitation de l'hôpital local doit permettre un renversement de l'organisation traditionnelle des soins et un maillage territorial des services de santé plus satisfaisant. Mais pour jouer un rôle de proximité, 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.

- Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Cela est primordial dans les zones rurales où la proportion de personnes âgées est généralement forte et le déficit en professionnels de santé libéraux important. Dans

ces zones, une prise en charge coordonnée sanitaire, médico-sociale et sociale doit être favorisée afin d'organiser les services tels que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile.

- Développer la télé-médecine par étapes

Les technologies de l'information et de la communication doivent être utilisées afin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels. Cela passe notamment par la mise en réseau de recommandations médicales, par le partage de dossiers médicaux informatisés... L'utilisation de l'imagerie médicale numérisée et de l'expertise à distance supposant des investissements non négligeables, elle pourrait ne constituer qu'une seconde étape.

- Aménager la tarification à l'activité

Son application stricte risque de mettre en difficulté les établissements situés dans les zones défavorisées. Des modalités de financement différentes doivent être envisagées pour permettre de conserver une activité s'il existe une population avec des besoins légitimes. Les tarifs devraient tenir compte conjointement de la pathologie et des critères sociaux et être associés à des coefficients établis selon les régions, en fonction des données socio-économiques et épidémiologiques.

- Transformer les observatoires régionaux de santé en agences indépendantes

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique cherche à améliorer le dispositif existant - les observatoires régionaux de santé - en créant des groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour coordonner les compétences locales en matière de santé et renforcer les capacités d'expertise au niveau régional. Ce mouvement pourrait être poursuivi avec la création d'agences régionales indépendantes.

## **2. Une meilleure répartition des acteurs de santé**

Récemment quelques initiatives ont été prises pour remédier à l'inégale répartition de l'offre de soins, mais leur impact est resté limité. Faisant appel à leur responsabilité, le Conseil économique et social invite les professionnels libéraux à se saisir, avec leurs organisations représentatives et leurs ordres, de cette problématique. S'il se confirme que les mesures financières sont insuffisantes, il lui semble opportun de réfléchir, avec tous les acteurs concernés - professionnels de santé, représentants des usagers et des territoires - à des mesures plus directives. Il en suggère plusieurs qui pourraient être mises à l'étude, voire expérimentées :

- Faire collaborer médecins et professions paramédicales

Les jeunes professionnels recherchant la qualité de vie, l'accès à un plateau technique et le travail en équipe, au sein d'une organisation structurée, en groupe ou en réseau, les initiatives qui visent à l'exercice en association des cabinets de groupe doivent être soutenues. A cet égard, l'essor des maisons médicales est primordial.

Une meilleure collaboration passe aussi par la révision du partage des tâches entre professions médicales et professions paramédicales. Chaque corps de métier doit entamer une réflexion sur sa propre activité afin de se

recentrer sur ce que lui seul sait faire et de déléguer à d'autres professionnels les tâches qui peuvent l'être ; cette délégation, dans un cadre réglementé, suppose toutefois une formation complémentaire.

- Faciliter la création de maisons de santé communales

Dans les zones où l'offre de soins libérale est déficitaire ou les services d'urgence sont saturés, il s'agirait de rendre plus aisée la possibilité donnée aux communes et à leurs groupements de gérer des maisons de santé.

- Réguler l'installation des praticiens hospitaliers

La procédure de nomination des praticiens hospitaliers, à temps complet et à temps partiel, doit être unifiée au profit d'un seul acteur qui ne peut être que national. Le mode de fonctionnement des commissions d'agrément des services formateurs habilités à recevoir des internes doit être revu : une liste détaillant les critères que les services des hôpitaux devront remplir doit être établie.

- Favoriser une présence minimum de professionnels de santé dans certaines zones géographiques

Des moyens - aide à l'installation, secrétariat, aide à l'emploi pour le conjoint - pourraient être mis à la disposition des professionnels et financés par les collectivités territoriales. Il pourrait s'agir aussi d'incitations financières ou fiscales, variables selon les zones géographiques. Des règles devraient être édictées dans le cadre régional pour éviter une surenchère financière entre les collectivités.

Une solution plus directive 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. De la même façon, les jeunes se destinant à exercer en milieu hospitalier devraient avoir exercé dans des structures hospitalières ayant des difficultés de recrutement avant de choisir leurs postes.

Il pourrait aussi être envisagé de lier conventionnement et localisation géographique. 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.

## **3. Une gestion unifiée pour un meilleur pilotage du système de santé ?**

Une plus grande coordination des acteurs de la santé au niveau régional semble être la voie à rechercher par la création d'« agences régionales de santé » (ARS) intégrant et élargissant les missions des actuelles ARH.

- Une décentralisation complète de la politique de la santé difficile à mettre en oeuvre

Le principal point de crispation porte sur la question de la prise en charge des dépenses. 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. Une autre réserve à la décentralisation du pilotage de la santé au profit de la région provient du rôle des conseils

généraux qui aujourd'hui ont acquis une expérience forte dans le domaine social et médico-social.

• Quelles compétences et quelle composition pour les ARS ?

Les ARH sont compétentes exclusivement dans le secteur hospitalier. Leur transformation en ARS devrait, par une gestion unifiée du secteur hospitalier, public et privé, et de la médecine « de ville », permettre une meilleure adaptation, au niveau local, de l'ensemble des dépenses de santé. Les ARS pourraient aussi favoriser une meilleure politique de prévention : si la prévention primaire doit rester une compétence nationale, la prévention secondaire et tertiaire (dépiages, suivi de maladies chroniques...) pourrait être développée dans un cadre régional en l'adaptant aux spécificités locales.

En termes d'organisation, les ARS se substitueraient non seulement aux ARH mais aussi aux GRSP afin d'affirmer l'unité institutionnelle entre la détermination de la politique régionale de santé et sa traduction sur le plan de l'offre de soins. La synergie entre acteurs serait accrue puisque l'organe délibérant des ARS réunirait 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. Les conseils régionaux de santé pourraient constituer l'organe d'orientation, de concertation et d'évaluation des ARS.

D'une manière générale, des missions et une composition élargies devraient permettre aux ARS d'élaborer des SROS mieux en phase avec les besoins et articulés avec les SRADT, ce qui faciliterait la cohérence entre la politique sanitaire et l'ensemble des autres politiques conduites au niveau régional.

\*  
\* \*

Ces orientations qui relèvent d'une problématique propre à l'aménagement du territoire n'excluent pas des réflexions ultérieures liées aux réflexions gouvernementales en cours ou dans le cadre des Assises régionales de l'hospitalisation, sans oublier le débat ouvert sur notre système de protection sociale qui doit rester un système solidaire.

## **Assemblée plénière des 25 et 26 mai 2004**

### **Michel PICARD**

Né le 21 mars 1948 à  
Malestroit (Morbihan)

Cadre de santé

### **Fonctions au Conseil économique et social :**

- Membre du groupe de la CFTC ;
- Membre de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire ;
- Membre de la section de l'agriculture

### **Autres fonctions :**

- Délégué général Interfon CFTC (inter fonctions publiques) depuis 2002 ;
- Ancien secrétaire général adjoint de la Confédération CFTC – 1996-2002 ;
- Ancien président de la Fédération santé sociaux CFTC – 1990-1999 ;
- Ancien membre du CESR de Bretagne