

Pistes de réflexion

Les liens entre la santé publique et l'aménagement du territoire sont nombreux et de nature variée. Ils devraient permettre de garantir une accessibilité au système de santé ainsi qu'une assurance de qualité des soins.

Alain Corvez

Médecin,
chargé de mission
ARH Languedoc-
Roussillon

Emmanuel Vigneron

Professeur
de géographie et
d'aménagement,
Université
Montpellier III,
directeur scientifique
du groupe
Prospective santé
de la Datar

Les questions d'organisation spatiale du système de santé sont aujourd'hui confrontées aux problématiques de l'aménagement du territoire.

La rencontre aurait dû être ancienne ; elle est récente. Ancienne, tout simplement parce que les infrastructures médicales et hospitalières structurent de longue date l'espace géographique. Ancienne également parce que les flux qu'engendrent les déplacements des malades vers les soignants polarisent le quartier, la ville, la région, le pays tout entier en fonction de leur plus ou moins grande rareté : les villes sont depuis longtemps, mais la révolution industrielle l'avait fait négliger, d'abord et avant tout le siège des hôpitaux. Ancienne encore parce que les états de santé des groupes humains qui composent une nation sont variés, largement déterminés par « l'environnement » et qu'ils commandent des réponses sanitaires qui doivent être adaptées, « ciblées », localement.

Mais la rencontre est récente pourtant : parce que l'installation des professionnels est libre dans notre pays, parce qu'elle paraît donc déterminée par le libre arbitre individuel et à ce titre insoumise à de quelconques régularités statistiques qui permettraient d'envisager sa maîtrise. Récente aussi parce que la fonction hospitalière était jusqu'il y a peu le fait des municipalités, une « affaire de clocher » laïc après avoir été religieux pendant des siècles. Récente aussi parce qu'à l'opposé des visions locales, la centralisation à la française rendait impossible, voire sans objet, toute prise en compte des territoires locaux au bénéfice d'une vision égalitaire, lisse et sans aspérités du territoire national par une sorte de glissement facile mais dangereux de la définition constitutionnelle d'une France une et indivisible. Récente enfin, et ne soyons pas naïfs, parce que l'hôpital, avec la fin de la société industrielle, est soudain devenu, en cette fin de siècle, non seulement le premier employeur, ce qu'il était déjà souvent, mais aussi souvent le dernier gros employeur de la plupart des villes françaises. Cette situation concerne toutes les villes, petites bien sûr où la fermeture projetée de tel ou tel hôpital résonne comme le glas d'une ville, d'un « pays » tout entier, mais aussi des plus grandes

car que se passerait-il en termes économiques et sociaux si l'on fermait les établissements des plus grandes villes ? Non seulement pour les villes concernées mais aussi pour leur région : dans 14 des 22 régions françaises, c'est un hôpital qui arrive en tête des plus grands établissements de la région, dans le sud du pays mais aussi dans de vieilles régions industrielles comme le Nord-Pas-de-Calais ou la Lorraine.

Engagés dans la régionalisation, mettant en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire pour les agences régionales de l'Hospitalisation ou des programmes régionaux de l'assurance maladie pour les Unions régionales des Caisses d'assurance maladie, les planificateurs ont pour mission fondamentale d'assurer une réponse optimale de l'offre aux besoins en terme d'accessibilité d'une part, de sécurité et de qualité des soins d'autre part. Dans cette tâche ils se heurtent à de nombreux acteurs qui privilégient pour les uns l'accessibilité, pour les autres la sécurité.

Soyons francs : le problème paraît à beaucoup proche de celui de la quadrature du cercle, et soyons nets : sous peine d'une diminution de la qualité et de la sécurité des soins « tout n'est pas possible partout » mais pour autant — et la formule est tirée d'un discours de Bernard Kouchner — « tout n'est pas impossible partout ». À l'égard de cette contradiction dont la résolution n'est au fond rien d'autre que la recherche de l'équité, il n'est pas dit, en effet — et le cas le plus connu, celui des petites maternités — est exemplaire, que la question ait été posée avec toute la rigueur nécessaire ni qu'elle n'ait pas été posée à l'envers en partant de l'offre au lieu des besoins.

La solution est à rechercher dans le pragmatisme et la conciliation : pour les acteurs de santé, elle doit consister à prendre en compte les questions d'aménagement du territoire, c'est-à-dire à intégrer l'aspect économique, social, culturel et politique de la santé à sa dimension purement médicale. Pour les acteurs de l'aménagement (fonctionnaires, élus), elle doit accepter de considérer les objectifs médicaux de sécurité et de qualité des soins, c'est-à-dire, abruptement, de ne pas sacrifier des vies sur l'autel de l'emploi.

pour l'action

Concilier accessibilité avec qualité

Ce dossier réunit des exemples très concrets mais hélas non exhaustifs où les préoccupations sanitaires croisent des problèmes d'aménagement du territoire. Il vise souvent plus à cerner les problèmes qu'à donner des solutions, en tous les cas des solutions qui seraient universelles. Mais c'est en réalité à l'émergence d'une culture commune qu'il importe de contribuer.

Cette culture commune doit d'abord reposer sur ce souci constant de concilier l'accessibilité et la diffusion des soins avec la sécurité et la qualité. Elle doit se nourrir des philosophies politiques qui fondent la République et, de cette dernière, illustrer la devise.

Cette culture commune doit aussi délimiter l'étendue de son champ de compétence. La question ne se limite pas au seul problème de la fermeture du petit hôpital d'une petite ville de la France rurale. Elle est aussi présente dans les grandes villes, dans les centres-villes et dans les banlieues, au Nord et au Sud du pays, dans les plaines littorales comme dans l'arrière-pays montagneux. Les problèmes se posent en fait partout et à toutes les échelles. Mais il n'y a pas toujours antinomie entre la santé et l'aménagement du territoire. Les réponses ne se résument pas non plus à agir sur la seule offre de soins. Quelques exemples suffiront à nous en convaincre :

- Les considérations d'aménagement du territoire devraient certainement s'imposer pour essayer de résoudre le paradoxe fondamental du système de soins français provenant du fait qu'en général l'offre la plus abondante et la plus variée n'est pas là où les besoins sont les plus grands. Pour résoudre cette configuration inégalitaire qui remet de fait en question le principe de solidarité nationale, il conviendrait au moins d'anticiper à 10 ans les besoins du système public et privé national dans le cadre de la définition de « commandes publiques localisées » adressées aux professionnels de santé en précisant les spécialisations nécessaires au service public. Le rôle ici de l'aménagement du territoire pourrait être d'abonder des aides apportées aux professionnels prêts à répondre à cette commande publique.

- À l'inverse, les considérations d'aménagement du territoire devraient certainement s'effacer derrière le point de vue médical et humain face au problème posé par la spécialisation excessive de certaines villes ou départements dans tel ou tel traitement que rien au point de vue médical ne saurait justifier. La relégation

géographique de certains malades mentaux est d'un autre âge. Au reste est-il bon pour l'économie locale que telle ou telle petite ville ne compte guère plus d'habitants actifs que de malades présents dans ses établissements ?

- La relation n'est pas toujours conflictuelle : voici une ville, une capitale régionale comme les autres où les hôpitaux et les cliniques de même que de très nombreux cabinets de spécialistes sont, pour des raisons historiques, localisés au nord-ouest de la ville (figure 1). Or, les conditions historiques ayant brutalement changées la croissance se fait aujourd'hui à l'est et au sud-est. Il en résulte que si la ville est dans son ensemble bien desservie, cela n'est pas sensible pour les habitants du sud et de l'est de la ville

qui ont du mal à accéder aux soins trop concentrés, un peu comme si tous les établissements de l'AP-HP se trouvaient concentrés dans un seul arrondissement. Il n'y a pas ici de problème majeur : la délocalisation, le transfert apparaissent justifiés. Mais l'aménageur doit poser la question de la justification d'un règlement qui, prévoyant une réduction de capacités lors d'un transfert, s'appliquerait aveuglément.

- Le même problème se retrouve à une échelle plus vaste. Les découpages de l'administration sanitaire font encore trop souvent fi de la réalité des comportements. Ils peuvent conduire à des aberrations lorsqu'ils regroupent plusieurs pôles de population distincts et que ces pôles ne sont pas reliés entre eux mais avec des pôles extérieurs ce que montre la figure 2 ci-après. Il en va de même à l'échelle régionale car la péréquation régionale d'allocation des ressources ne prend en compte que des chiffres régionaux et non la variabilité des situations infra-régionales : il existe des zones mal dotées dans les régions les mieux dotées. Là encore, le rôle de l'aménageur est d'éclairer ces zones d'ombres et de

figure 1

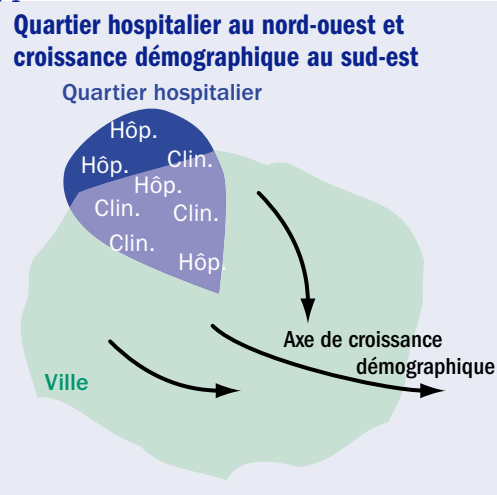
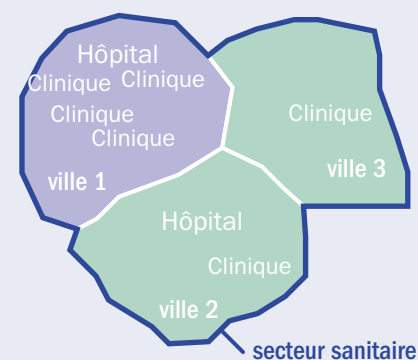


figure 2

Aberrations du découpage administratif sanitaire



Le ratio ressources hospitalières sur population est

Satisfaisant pour :

- le secteur sanitaire
- la ville 1

Non-satisfaisant pour :

- les villes 2 et 3

définir des territoires mieux adaptés à la réponse aux besoins de santé.

- Le problème n'est pas toujours bien posé. Voici le cas des petits établissements : est-on d'abord certain du risque réel qui leur est associé ? Nous manquons d'études irréfutables. Ensuite, a-t-on pesé le risque comparé de la distance à l'établissement le plus proche ? Les seuils évoqués de nombre minimum d'interventions ou d'accouchements par an ne sont pas scientifiquement convaincants. Ils évoluent d'ailleurs dans des fourchettes considérables. Il est évident qu'un hôpital ne peut résister que s'il répond à des besoins réels et qu'il s'intègre dans un réseau de prise en charge gradué. Pour ce faire, il convient de limiter le phénomène de concentration de l'activité dans les seuls CHU, sortes de monstres sanitaires, en poussant au transfert des activités de type CH aujourd'hui exercées par les CHU vers des établissements locaux plus petits : il n'est pas normal, car la sécurité et la qualité des soins sont en jeu, qu'un petit établissement réalise tel ou tel acte hautement technique. Il est tout aussi anormal qu'un CHU pratique des actes courants en immobilisant pour ce faire les moyens qui sont les siens. Il n'est pas normal que les fractures du membre supérieur et les appendicectomies d'une région aboutissent au CHU. Au reste si l'on se pose la question du pas assez d'accouchements se pose-t-on la question du trop d'accouchements ? Pourquoi ne pas favoriser un déversement des « trop » grosses maternités vers les plus petites ? Par ailleurs le problème de la mortalité périnatale est-il seulement un problème obstétrical que l'on règle par des équipements et des pratiques médicales ou est-il aussi (et peut-être surtout) un problème de prise en charge pré et post-natale ? Les réponses sont alors à inscrire autant dans le champ de la médecine de ville et la problématique et les incertitudes en matière d'aménagement du territoire ne sont plus du tout les mêmes.

- Voici, à l'inverse, le cas de la prise en charge des urgences. Leur nature même impose une prise en charge rapide en même temps qu'un haut niveau technique. Ici l'aménagement sanitaire du territoire ne saurait être

pervers par des préoccupations de nature autre. Il consiste en la meilleure répartition des services et unités d'accueil en regard de la répartition de la population, la survenue des urgences vitales étant probablement aléatoire. Mais il se trouve que ce que l'on nomme urgences, car traité dans les services d'urgence, recouvre aussi un besoin de soin social et économique qui ne trouve pas satisfaction ailleurs. On note une forte concentration de cette demande dans les villes et particulièrement dans les villes en proie aux plus grandes difficultés économiques. Il y a là un défi nouveau pour l'hôpital qui contribue ainsi directement à la politique de la ville. Il serait souhaitable de renouer avec les consultations de médecine à la porte des établissements ainsi que le recommandait le HCSP dans son ouvrage *La santé des Français*.

- Ce que nous savons des déterminants de la santé montre assez qu'ils ne sont pas liés à la seule offre de soins. Sur les 60 000 décès évitables avant 65 ans que l'on déplore chaque année dans notre pays, les deux tiers seraient évitables par une prévention des risques individuels, un tiers seulement étant évitables par le système de soins : or les dépenses pour les maladies représentent 95 % des dépenses tandis que celles pour la prévention et l'éducation en représentent 2 % selon le rapport 1994 du HCSP, qui même s'il n'inclut pas toutes les dépenses de prévention met au moins le doigt sur un écart considérable. Il est clair qu'à l'heure où l'on réintroduit l'instruction civique à l'école et au lycée, l'enseignement de règles de base pour ce qui consomme quand même plus de 10 % des richesses nationales pourrait utilement concourir à une meilleure maîtrise de la demande et donc faciliter l'aménagement du territoire sanitaire. Mais, au-delà il est patent que de nombreuses actions d'aménagement du territoire national ou local ont des répercussions sur l'état de santé. Tel est le cas par exemple de la répartition des parcs naturels et autres espaces de récréation jusqu'et y compris sans doute les « jardins ouvriers », qui concourent à la conservation et à l'entretien du capital santé de chacun.

Cette longue liste est bien loin d'être exhaustive mais elle permet au moins de mesurer l'étendue du champ de la rencontre entre la santé publique et l'aménagement du territoire. À vrai dire pour émerger, cette culture commune que nous évoquions plus haut doit s'enraciner dans des approches concrètes locales. S'il est possible de dresser une carte à l'échelle nationale des problèmes sanitaires, il n'est en revanche pas possible ni surtout souhaitable d'établir une carte nationale des propositions : c'est à l'échelle régionale que celles-ci doivent être pensées et mises en œuvre. Il conviendrait ainsi de définir des « commandes publiques » par type de territoire. Pour que les schémas et autres plans issus de l'administration sanitaire ne restent pas lettre morte, il importe d'adopter cette visée pragmatique et d'agir localement même s'il convient pour la santé publique et pour l'aménagement du territoire de penser globalement au sein de la République. ■