

Villes, campagnes, régions, Europe...

Les champs du problème

C'est à toutes les échelles de l'action que les questions sanitaires rencontrent les problèmes d'aménagement du territoire : en milieu rural, dans les villes avec des inégalités entre quartiers et désormais également à l'échelle européenne.

L'accès aux soins en milieu rural

Christophe Bessin
Adjoint au directeur,
Urcam

Didier Carel
Chargé de mission,
Urcam
de Franche-Comté

**Véronique
Lucas-Gabrielli**
Chargée de mission,
Credes

François Tonnellier
Directeur
de recherche,
Credes

Le milieu rural présente-t-il des besoins particuliers pour l'accès aux soins ou des risques spécifiques en matière de santé ? Avant de répondre à ces questions centrales pour l'aménagement du territoire, il est nécessaire de poser la question de la définition de la « ruralité ». La notion d'espace rural est en effet devenue de plus en plus floue avec la profonde transformation de l'activité agricole : est-ce encore aujourd'hui une catégorie pertinente ? Comment évaluer les questions spécifiques d'accès aux soins ? Ses habitants sont-ils en moins bonne santé ? Existe-t-il des disparités et des inégalités entre l'urbain et le rural ? Nous cherchons ici à apporter des éléments de réponse à ces questions.

Les espaces ruraux : entre l'isolement et la péri-urbanisation

En France, comme dans de nombreux pays, les communes rurales sont des communes qui comptent moins de 2 000 habitants. Au-dessus de ce seuil une commune appartient à une unité urbaine.

Cette première approche s'est rapidement avérée restrictive pour rendre compte du clivage urbain-rural en raison des changements d'urbanisation. L'Insee s'est alors efforcé de prendre en compte un espace périurbain naissant : l'activité agricole reculant, des communes jusqu'alors rurales entraînent dans l'aire d'attraction des villes, l'activité et les modes de vie de leurs populations les rapprochant de plus en plus des centres urbains.

Le plus récent découpage territorial proposé par l'Insee, le zonage en aires urbaines (ZAU), tente de répondre à ce problème, en définissant tout d'abord des pôles urbains, unités urbaines offrant au moins 5 000 emplois. Les communes périurbaines sont alors celles dont au moins 40 % des actifs travaillent dans les pôles urbains. L'ensemble des communes n'étant ni des pôles urbains, ni des communes périurbaines, constituent l'espace rural, qui fait l'objet d'une hiérarchisation en classes sur le même mode : pôles ruraux (unités urbaines hors pôles urbains d'au moins 2 000 emplois), périphérie des pôles ruraux (communes dont au moins 20 % des actifs travaillent dans un pôle rural), et rural isolé (toutes les autres communes).

Il est indéniable que le zonage en zones d'aire urbaine rend mieux et plus finement compte de ce qu'est l'espace rural, à l'aune de critères socio-économiques, comparé aux différentes définitions du rural. Mais il convient d'avoir à l'esprit que, dans la nomenclature ZAU, les communes isolées sont celles dont la population ne se déplace pas, ou peu, vers les pôles urbains pour y travailler. Autrement dit, la population de ces communes compte nécessairement une forte proportion d'inactifs, et donc, corrélativement, de personnes âgées, ce qui induit des besoins de soins particuliers.

Pour l'ensemble de la France, les communes rurales (selon la définition traditionnelle de communes de moins de 2 000 habitants) représentent 26 % de la population pour 85 % du territoire. Le rural « isolé » (selon la définition des ZAU) représente 8,9 % de la population pour 37,2 % du territoire. La définition statistique rejoint là le bon sens commun : l'espace rural est un milieu où la densité de population est faible.

Question d'accessibilité : le rural isolé

Face à ces diverses définitions, l'Urcam de Franche-Comté a tenté de cerner le degré d'isolement des territoires approché par l'offre et la demande de soins. En effet, une forme de réponse aux questions posées précédemment peut résider en la définition d'indicateurs de l'isolement des communes relativement au système de soin, ce qui caractérise bien les territoires ruraux. Deux approches sont possibles pour mesurer l'isolement " médical " de la population : l'une en terme d'accessibilité, donc à partir de l'offre, et l'autre en terme de flux, centrée sur l'usager du système, consistant à observer les déplacements consentis par les populations pour accéder aux soins.

En Franche-Comté 35 % de la population réside en zone rurale qui représente 70 % du territoire régional. Le rural isolé quant à lui représente 13,4 % de la population (150 000 habitants au 1^{er} janvier 1995), couvre 33 % de la surface et 28,2 % des communes.

La carte d'accessibilité aux généralistes (figure 1) permet de constater qu'une très large majorité de la population de Franche-Comté bénéficie d'un accès rapide à un médecin. 90 % des habitants sont à moins de 5 kilomètres d'un généraliste. Seules 98 communes, soit 15 000 personnes sont éloignées de plus de 10 kilomètres (1,3 % de la population régionale). Toutefois pour des populations peu mobiles, la distance d'accès peut constituer un obstacle dès le premier kilomètre. C'est donc ce type de communes qui doit être pris en compte par l'aménagement du territoire, d'autant que la popu-

lation y est souvent en déclin, ce qui peut représenter une forme de désertification. C'est pourquoi il est important que les généralistes soient également disponibles pour des visites auprès de ceux qui ne peuvent venir à eux.

Les pratiques réelles : les flux de patients

L'étude d'une région permet de passer de définitions assez abstraites à l'organisation géographique concrète d'un territoire. Aux données d'isolement, il faut ajouter les pratiques réelles des patients.

La carte des flux de patients (figure 2) présente les résultats d'une méthode d'analyse des flux appliquée à la consommation de consultations de médecins généralistes, et l'on pourra noter que ces résultats confirment la pertinence de l'approche par la mobilité, puisque les flux de patients semblent s'inscrire parfaitement dans les contours des zones d'emplois de l'Insee. On peut noter que les résultats sont sensiblement les mêmes en ce qui concerne les flux pour la consommation de spécialistes mais avec une polarisation plus marquée sur les grands centres urbains. Malgré un isolement relatif les zones rurales s'organisent autour de l'offre de soins, autour de pôles de services qui représentent des « bassins de santé » qui coïncident avec les déplacements quotidiens de la population. C'est à partir de ces deux données, isolement et flux que doivent être analysées les questions d'accessibilité aux soins, et peut-être la création de réseaux.

Il semble souhaitable de combiner les deux appro-

figure 1

Accessibilité par la route et nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet

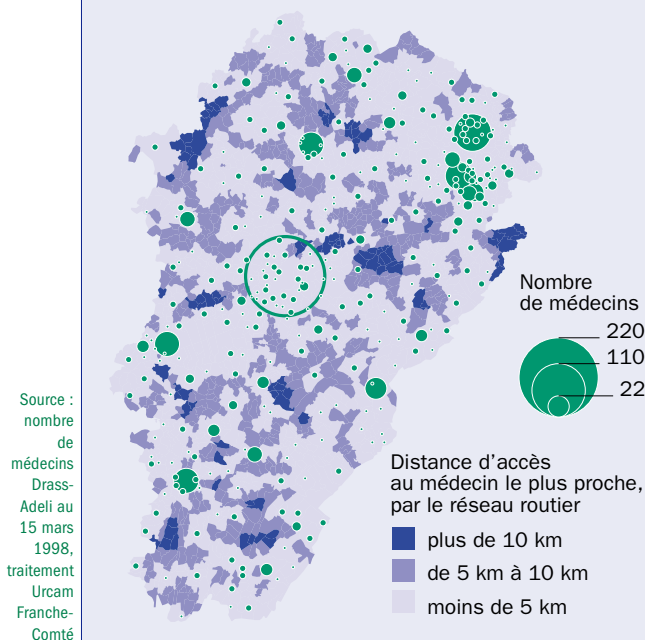
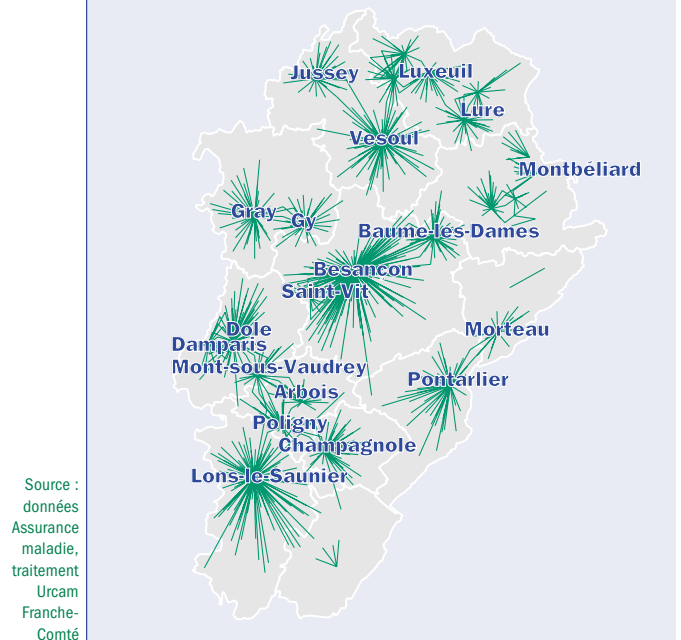


figure 2

Principaux flux de patients entre communes pour les consultations de médecins généralistes



ches, qui ont fourni, en l'état actuel de nos travaux, des résultats complémentaires. En effet, si la mesure de l'accessibilité à l'offre de soins permet bien d'identifier les communes les plus isolées (la figure 1 montre que seulement 10 % de la population des communes dites « isolées » est située à plus de 10 km d'un généraliste, soit 15 000 personnes), la cartographie des principaux flux de patients pour la consommation de soins permet quant à elle de démontrer une structuration des comportements de consommation de soins indépendamment du degré d'isolement des patients.

Santé et milieu rural : une relation complexe

Le milieu rural est-il favorable ou néfaste pour la santé ? Pour répondre à cette question, il faut revenir aux définitions du premier paragraphe : pour les communes de moins de 2 000 habitants, donc « rurales » au sens de l'Insee, l'espérance de vie est légèrement inférieure à la moyenne. Mais la structure sociale de ces communes est en majorité ouvrière car l'activité dominante est l'industrie (ce qui montre encore que la séparation urbain/ rural est loin des images d'Épinal). Dans ce cas, les indicateurs de mortalité traduisent plus des différences entre les catégories sociales ouvrières et les cadres plus urbains qu'une influence du milieu rural.

Pour la catégorie « rural isolé », l'espérance de vie est dans la moyenne française. Ceci peut aussi bien résulter d'un effet « protection » que d'un effet « sélection » : effet « protection » si l'environnement favorable est la cause de bons indicateurs de santé, effet « sélection » qui conduit les personnes en mauvaise santé à quitter ce type de résidence en raison de l'isolement.

Il n'y a donc pas de preuve irréfutable du caractère néfaste (ou bénéfique) de l'environnement rural sur la santé. L'accessibilité reste toujours le problème majeur de ce type d'espace. Il ne faut pas considérer alors uniquement la distance géographique, mais aussi la distance culturelle. Les inégalités de santé sont aussi liées aux comportements face à la santé, et aux modes de vie.

Conclusions

Par rapport à ces premières constatations une démarche est lancée au niveau national pour préciser ces conclusions. Soutenue par la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, pilotée par l'Urcam de Franche-Comté, en partenariat avec les Urcam d'Aquitaine et du Languedoc-Roussillon, le Credes et les associations régionale des MSA des trois régions, elle vise à « connaître » pour « aider à la décision ». Elle consiste à mobiliser des données à partir des différents systèmes d'informations, à des niveaux géographiques fins, en superposant des thématiques démographiques, d'offres de soins, de consommations, d'indicateurs de santé et de pratiques des professionnels ou des usagers.

Dans le futur, les risques des communes appartenant à la catégorie « rural isolé » seront de cumuler les

inégalités : déclin de population, pourcentage important de personnes âgées, éloignement des services de premier recours. Ces caractéristiques peuvent d'ailleurs entraîner une spirale de désertification qui aboutit à des « ghettos ruraux ». La dépopulation conduit à la suppression de services, ce qui renforce l'exode rural. À ce constat déjà préoccupant s'ajoutent les perspectives de démographie médicale et les restructurations hospitalières. La diminution attendue du nombre de médecins, généralistes comme spécialistes, pourrait se traduire par une moindre couverture médicale du territoire et une diminution du nombre de communes pourvues de généralistes. Ces perspectives bien réelles doivent être aujourd'hui présentes dans les réflexions des acteurs du système de santé sur l'aménagement du territoire. ■

La médecine dans les campagnes du Nord de la France

Des territoires marqués par l'isolement, l'éloignement se sont organisés en fonction de leur particularité. Comment dans le contexte particulier des espaces ruraux et notamment des plus isolés, l'offre de soins est-elle organisée ?

Le constat : réalité du système de soins

Que l'attraction spatiale soit exercée par la ville ou par le tissu médical présent, le monde rural se situe en dehors de toute logique spatiale d'installation. Jadis synonyme de l'existence d'une clientèle potentielle, la ville aujourd'hui rassure les nouveaux médecins installés par la présence d'un plateau médical. L'exemple de la France du Nord (Haute-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais) est typique de cette situation de concentration urbaine médicale. 88 % des médecins libéraux sont installés au sein d'unités urbaines, regroupant 74 % de la population. Deux systèmes de soins, complémentaires en théorie, apparaissent. Le système des villes où la population se situe en moyenne à 0,44 kilomètre d'un médecin généraliste libéral contre 3,65 kilomètres pour la population vivant hors des unités urbaines. Rappelons que cet écart ne concerne que le praticien le plus répandu.

Réalité du monde rural

La redistribution géographique des populations, les nouvelles données économiques... provoquent des mutations profondes des territoires ruraux. Appréhender les conditions d'accès aux soins en milieu rural suppose une remise en question des définitions existantes trop éloignées de la réalité. Les distances d'accès aux soins permettent de construire une typologie des espaces ruraux en fonction des différents

Christophe Evraud
Chargé de mission à
l'Urcam Languedoc-
Roussillon

niveaux d'accès aux soins (soins courants et spécialisés).

La « trilogie médicale » : 3 niveaux de l'accessibilité aux soins en milieu rural

La petite ville est la seule réelle manifestation d'une polarisation médicale en milieu rural. Son identification repose sur la présence de praticiens libéraux parmi lesquels des spécialistes libéraux (spécialités les plus courantes). Ce rôle fondamental des petites villes induit une meilleure accessibilité aux soins spécialisés, mais également aux soins hospitaliers.

La commune rurale médicalisée, forme secondaire de polarisation, est caractérisée par la présence de plusieurs médecins, essentiellement des médecins généralistes libéraux au sein d'une même commune rurale. Cette concentration s'accompagne parfois de la présence d'une officine de pharmacie et de quelques paramédicaux.

Le médecin de campagne est le seul réel rempart à l'éloignement qui contribue à garantir un accès aux soins aux populations les plus reculées, sans pour autant assurer une proximité des soins. La ruralité, l'éloignement, une population faible et disséminée... contribuent à développer une philosophie différente de la santé et de son accessibilité.

Aspects comportementaux : patients et médecins

L'appauvrissement de l'offre de soins ne se traduit pas par un excédent de visites dans le fonctionnement des cabinets médicaux. L'enquête révèle que pour 60 % des médecins installés en milieu rural, 75 % de l'activité du cabinet est due aux consultations. Les populations

soumises aux conditions difficiles de leur milieu se construisent un espace géographique répondant à leurs attentes. Ainsi, ils parcourent en moyenne 13 kilomètres pour consulter leur médecin. Outre une mentalité différente (la société rurale), cette situation engendre des comportements différents : une faible consultation du médecin, une relation privilégiée avec son médecin généraliste, peu de recours à la ville, peu de recours aux médecins spécialistes...

L'accès aux soins en milieu rural, demain ?

Malgré un contexte de fond difficile, l'offre de soins en milieu rural n'est pas encore menacée (l'enquête révèle qu'en dehors de causes naturelles, aucun médecin ne va changer de lieu d'exercice). Toutefois, ses acteurs sont inquiets pour l'avenir. Les enquêtes et les entretiens menés dans la France du Nord ont permis d'entrevoir certaines améliorations possibles de l'exercice et surtout de l'accès aux soins en milieu rural.

Bien que débattue, la spécificité de l'exercice médical en milieu rural (due à la particularité du milieu d'exercice, l'accumulation des difficultés) tend à être reconnue.

La moitié des médecins enquêtés (52 %) affirment que leur formation n'est pas adaptée à l'exercice de la médecine en milieu rural. Ils sont près de 63 % à entrevoir la nécessité de mettre en place un module de formation plus approprié à leur exercice. Parmi les propositions, trois modules ressortent : un module médical (l'urgence, la gynécologie, la gériatrie), un module sociologique (les relations humaines), et un module « rural » (la toxicologie agricole, l'épidémiologie des terroirs).

Villes, banlieues, zones défavorisées

Il est logique d'observer le milieu urbain comme le monde rural de façon symétrique. Le milieu urbain se caractérise par la concentration de population sur le territoire comme les zones rurales se caractérisent par de basses densités au kilomètre carré. En 1990, 74 % de la population résidaient dans des « unités urbaines » sur 15 % du territoire.

Pour l'accès aux soins, les inégalités concernent les centres des villes et les banlieues. Les généralistes sont en effet concentrés au centre des villes et les couronnes périurbaines (ou communes de banlieues et de grandes banlieues) ont des densités inférieures en moyenne à celles des communes rurales !

Pour les indicateurs de santé, le milieu urbain n'est pas plus homogène que l'espace rural. Par exemple, les inégalités d'espérance de vie dans la première couronne de la région parisienne (Paris et les départements contigus) sont aussi importantes que pour l'ensemble de la France.

À l'avenir, l'accent devrait être porté sur les banlieues ou zones défavorisées pour évaluer si les besoins y sont plus importants qu'ailleurs. En Grande Bretagne, à la suite d'études statistiques sur des données de recensement, des marqueurs de zones défavorisées (deprived areas) ont été reconnus comme des indicateurs « légitimes »

de besoins de soins dans la formule d'allocation de ressources. Ces indicateurs sont : une forte proportion de population au chômage, une forte proportion de familles monoparentales ou de personnes âgées vivant seules, de forts taux comparatifs de mortalité, une forte proportion de personnes déclarant des maladies chroniques. Cette formule d'allocation de ressources accorde donc plus d'importance aux difficultés économiques qu'à l'accessibilité géographique. L'objet des recherches dans les prochaines années en France devrait être également de déterminer des indicateurs « légitimes » de besoins.

François
Tonnelier
Credes

La mise en place de stages d'initiation en cabinet rural est demandée par les médecins ruraux eux-mêmes, soucieux d'assurer la pérennité de leur exercice. En effet, l'extension de des stages pour les futurs médecins en cabinet de ville au monde rural peut confirmer ou révéler de nouvelles vocations à pratiquer une médecine différente.

L'analyse du profil des médecins de campagne détermine l'existence d'une caractérisation commune. Son identification traduit un fort attachement au milieu rural, et peut permettre de déceler chez les étudiants en médecine, les candidats potentiels à cet exercice.

Le principe des primes attribuées par l'Union européenne pour la réouverture de « bistrots de pays » peut s'appliquer au cabinet médical. Il pourrait ainsi être envisageable de monter un dossier afin d'obtenir des fonds pour permettre la création de cabinets médicaux en milieu rural, favorisant ainsi le maintien des populations et l'amélioration des conditions d'accès aux soins.

Maintenir des conditions d'accessibilité « convenables » aux soins en milieu rural constitue un enjeu du XXI^e siècle. L'énoncé du problème repose sur le maintien d'un encadrement médical au sein d'espaces aux populations faibles, vieillissantes et dispersées. L'accessibilité aux soins dans le monde rural repose avant tout sur une connaissance réelle du monde rural et une parfaite symbiose entre la trilogie médicale et les patients. ■

La congestion parisienne

La région parisienne occupe en métropole une place prééminente pour sa densité médicale et sa concentration exceptionnelle en équipements hospitaliers. L'attraction qu'elle exerce sur l'ensemble des patients français voire étrangers conforte sa situation. Bien que la région soit fortement surmédicalisée, les déséquilibres spatiaux restent vigoureux. La réduction des inégalités passe par un redéploiement spatial de l'offre de soins dans un souci d'équité. La congestion rend délicate la réalisation d'un schéma d'aménagement sanitaire performant. Cependant, l'hypertrophie parisienne et ses disparités géographiques invitent à réfléchir à l'élaboration d'une politique de santé pertinente s'appuyant sur un nouveau découpage territorial qu'est le bassin de santé [23].

L'exception parisienne : une région surdotée et suréquipée

Les Franciliens peuvent être considérés comme très favorisés car la région est l'une des mieux dotées de France. Par exemple, rappelons simplement qu'en 1997, elle comptait plus de 17 000 médecins généralistes soit 166 praticiens pour 100 000 habitants contre 148 pour la moyenne nationale. En outre, la concentration

excessive de l'offre de soins pour les autres activités paramédicales suit également cette tendance. Avec 362 établissements hospitaliers et plus de 52 000 lits de court séjour, les moyens de l'hospitalisation en termes de capacité et de densité des équipements sont sensiblement plus élevés que ceux de la moyenne des autres régions (tableau 1).

Au demeurant, l'agglomération parisienne est devenue une machine si énorme, si disproportionnée au reste

tableau 1

Place tenue par l'Île-de-France en matière de court séjour par disciplines (secteurs public et privé)

	Nombre de lits installés	Taux d'équipement	
		régional	national
Médecine	23 737	2,31	2,29
Chirurgie	23 823	2,34	2,05
Obstétrique	5 291	0,49	0,47
Total	52 851	5,14	4,81

Source : SAE, 1996

de la France, qu'elle finit par absorber une part importante des ressources budgétaires nationales et des crédits d'investissements nationaux. Ainsi, la vraie singularité réside dans le poids considérable des financements de l'activité hospitalière accaparant, pour l'année 1998, un peu plus de 58 milliards de francs pour une enveloppe nationale de 266 milliards de francs. Pourtant, malgré des moyens remarquables, les distorsions persistent entre la ville de Paris et la grande couronne car les localisations des services de santé sont en effet très concentrées.

Des disparités spatiales infra-régionales

En regard de l'importance du corps médical et de la prépondérance des établissements hospitaliers de l'Assistance publique dans la région, l'espace parisien est profondément marqué par des déséquilibres internes. L'analyse cartographique de la densité des médecins généralistes à l'échelle cantonale montre que celle-ci est plus forte dans la partie ouest de la région : elle relate la fameuse opposition est-ouest du territoire francilien. Concernant les spécialistes, la concentration est encore plus marquée avec 65 % de l'effectif régional dans l'ouest. Ainsi, le libre choix du lieu de l'exercice de la médecine est en partie influencé dans sa répartition géographique par cette dissymétrie des valeurs de l'espace parisien.

Quant à la ville de Paris, elle est le lieu privilégié d'une très forte densité médicale et particulièrement de médecins spécialistes : 262 spécialistes pour 100 000 habitants fin 1997, contre 91 pour la moyenne française. Afin d'apprécier au mieux les disparités infra-régionales de l'offre, nous avons défini pour l'Île-de-France des bassins de santé à l'instar de ce qui a été proposé

Jean-Paul Aita
José Cascalès
Geos, Université
de Montpellier III

dans d'autres régions. La méthode utilisée est celle proposée par le P. E. Vigneron. L'analyse des données du PMSI en chirurgie publique de l'année 1997 fait ressortir 40 bassins de santé. Leurs contours sont proches de ceux des bassins de vie hospitaliers définis par l'Agence régionale d'Hospitalisation d'Île-de-France, qu'ils affinent toutefois. La lecture de la carte met en évidence des écarts considérables entre le centre et la périphérie. Les taux de desserte hospitalière par bassin de santé varie d'un lit pour 64 habitants (bassin de Paris n° 2 correspondant aux 9^e et 10^e arrondissements) à un lit pour 504 habitants seulement (Mantes-la-Jolie), soit tout de même un rapport de 1 à 9. S'agissant de la médecine, les écarts vont de 1 à 30, de 1 à 10 pour la chirurgie et de 1 à 14 pour la gynécologie-obstétrique. De manière générale, la concentration de l'offre au centre constitue toujours une inadéquation majeure. Quoique ces considérations soient anciennes et connues, il n'est pas inutile d'en rappeler l'ampleur et d'en souligner l'incidence pour l'aménagement du territoire (figures 3 et 4).

Vers un aménagement sanitaire ?

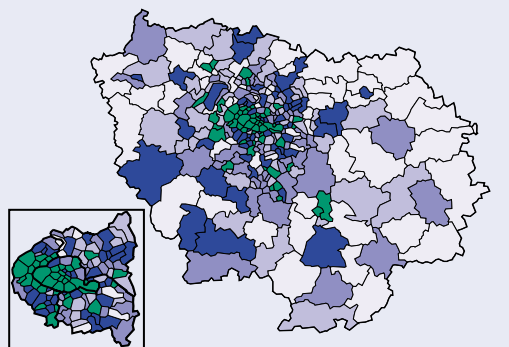
L'Île-de-France représente un enjeu capital pour l'aménagement sanitaire du territoire. Les difficultés inhérentes à une région d'une telle importance démographique et économique entraînent toutefois une complexité extrême des problématiques. En effet, l'organisation spatiale des soins ambulatoires et hospitaliers est confrontée aux difficultés de « l'effet de taille » au sein de la région la plus prospère et la plus peuplée. La région se caractérise par une grande mobilité de sa population. La multiplication des déplacements amplifie les contrastes infra-régionaux. Ils peuvent provoquer le court-circuitage des échelons inférieurs ou

intermédiaires de la hiérarchie. Dans ce contexte, renforcer l'implantation de plateaux techniques aux abords de Paris serait vain, si la population des communes lointaines évitait de s'y rendre compte tenu de l'attrait de la capitale : cette situation fait référence au problème « d'effet tunnel ». Ce type de dynamisme régional risque inévitablement de maintenir le centralisme parisien et de dévaloriser le sens de la hiérarchisation des soins. Par ailleurs, le paradoxe pour une mégalopole est cette contradiction entre la distance et la proximité. La saturation des axes routiers pose bien évidemment le problème de l'usage des équipements et de l'accès aux soins notamment en situation d'urgence.

Dès lors et plus qu'ailleurs, plus que les distances physiques, ce sont les temps d'accès réels aux services de santé qui conditionnent leur potentiel d'utilisation ; la distance-temps demeure le principal facteur discriminant. La rançon d'une croissance immodérée a une conséquence immédiate : elle façonne un nouveau territoire matérialisé par des limites isochrones. D'autre part, malgré le développement des axes de communication, la trame urbaine voire périurbaine est coupée par les voies rapides qui constituent autant de frontières physiques que d'axes de circulation. Le recours aux soins n'est plus du tout fonction de la proximité car le facteur d'accessibilité connaît des limites tangibles en fonction du lieu considéré. La taille de l'agglomération parisienne et les mouvements qui l'animent freinent les mesures prises pour parvenir à un rééquilibrage de l'offre. Il ne fait pas de doute que pour relever les défis de l'aménagement sanitaire en Île-de-France, la prise en compte des pratiques spatiales des populations telles qu'elles s'expriment dans un bassin de vie ou dans un bassin de santé est nécessaire afin de répondre efficacement aux besoins des populations. ■

figure 3

Répartition cantonale des médecins généralistes et densité médicale en 1997



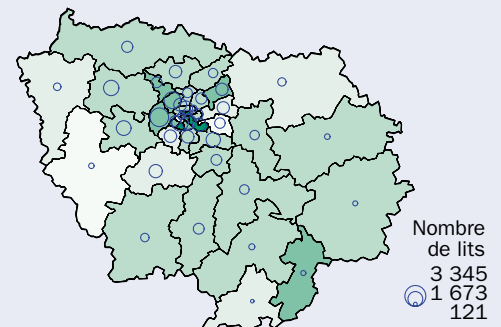
Nombre de médecins pour 100 000 habitants

[185 ; 654]	[94 ; 112]
[140 ; 185]	[48 ; 94]
[112 ; 140]	Moyenne régionale : 166

Sources :
Drass, Adeli
1997,
Insee, RGP
1990

figure 4

La desserte hospitalière en Île-de-France par bassin de santé en 1998 (établissements publics et privés, de médecine, chirurgie, obstétrique)



Desserte (nombre d'habitants pour un lit)

88 habitants	363
185	504
287	Moyenne régionale: 222

Source :
Source :
SAE 1998

Nombre
de lits
3 345
1 673
121

Régionalisation et systèmes de santé en Europe

Marc Duriez

Chargé de mission,
HCSP

Diane Lequet-Slama

Chargée des dossiers
internationaux, Drees

Alors que la France n'intègre que depuis peu l'échelon régional dans la gestion du système de santé, de façon très partielle et sans référence à une réelle politique régionale, la plupart des gouvernements européens ont procédé, depuis une vingtaine d'années, à un réexamen de leur niveau de décision des systèmes de santé dominés pour la plupart d'entre eux par l'État. La décentralisation est devenue dans de nombreux pays un élément fondamental des réformes.

Plusieurs raisons militent en faveur de cette orientation. Les inconvénients des systèmes centralisés sont bien connus : efficacité médiocre, lenteur aux changements et à l'innovation, réponse mal adaptée aux besoins. En sens contraire, la plupart des experts se plaisent à souligner que le mouvement de transfert de compétences du niveau national à la région, « au terrain », favorise la prise en compte des réalités locales et une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins. En outre, dans certains modèles, les niveaux régional et local sont considérés plus aptes à intégrer des mécanismes de marché entre prestataires de services et financeurs. Enfin, le glissement du pouvoir décisionnel faciliterait les partenariats avec la population et les associations locales et donnerait ainsi un caractère plus démocratique à l'élaboration des politiques de santé.

Ce mouvement général de décentralisation a aussi ses effets négatifs. Les nombreuses expériences menées en Europe le montrent : fragmentation des services, risque de manipulation politique en faveur d'intérêts particuliers, affaiblissement de la position du secteur public, forts risques d'inégalités entre entités géographiques.

La région est un concept qui varie d'un pays à l'autre. Si en France les régions sont des relais de l'organisation centrale, elles sont en Allemagne des instances d'une organisation fédérale, et en Belgique l'expression de communautés linguistiques. Les fondements historiques, culturels, institutionnels se révèlent déterminants tout autant que l'évolution économique et sociale.

Le rôle moteur joué par les régions ou autres collectivités territoriales dans les nouvelles réformes s'est imposé d'autant plus que les niveaux décentralisés ou déconcentrés avaient déjà, dans les schémas de répartition des ressources, des compétences stratégiques : la région en Italie, les communautés autonomes en Espagne, les districts en Grande-Bretagne...

La notion même 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.

Les pays scandinaves, un exemple de décentralisation

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. Au niveau national est également dévolu le pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillance des régions.

La dernière réforme du service national de santé suédois (réforme Ädel de 1993) va plus loin dans la déconcentration puisqu'elle donne aux municipalités la responsabilité de certains soins considérés comme sociaux : soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et depuis 1995, soins de longue durée aux malades mentaux. Les municipalités ont même été rendues responsables financièrement des hospitalisations des personnes âgées lorsque leur état de santé ne nécessite pas de soins aigus.

Au Danemark, un projet de réforme, actuellement à l'étude, envisage également un accroissement sensible des pouvoirs décisionnels des municipalités en matière de soins afin de remédier aux difficultés que connaissent les comtés dans leurs missions sanitaires (accroissement des listes d'attente, diminution de la prise en charge).

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 simplement des subventions. Les comtés sont responsables de la fourniture des soins primaires et secondaires pour la population qu'ils couvrent (de 0,25 à 1,7 millions de personnes), 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, dont la population peut varier de 46 000 à 600 000 personnes, consacrent près de 70 % de leur budget à la gestion des services de santé.

En Finlande, la région n'a que peu de pouvoir en matière de santé. Les responsabilités sont totalement décentralisées au niveau des municipalités. Ces dernières, gouvernées par des conseils élus, sont libres d'organiser le système de santé local et de le gérer à leur guise. Leur seule obligation est d'offrir un certain niveau de soins, déterminé au niveau national. Les municipalités peuvent lever des impôts et des taxes pour couvrir leurs obligations en matière sanitaire. Les soins hospitaliers échappent en partie à leur autorité dans la mesure où les hôpitaux sont gérés par les districts hospitaliers dont les municipalités sont tout de même membres de droit.

Un des problèmes majeurs soulevé par une aussi forte délocalisation des compétences réside dans la taille des municipalités qui sont souvent de très petites unités (certaines municipalités couvrent une population de 1 000 à 10 000 habitants seulement). Les municipalités ont donc été contraintes de se regrouper en

Définitions

Décentralisation

Transfert total ou partiel d'autorité entre niveau central et régions ou autres entités territoriales

Déconcentration

Résulte d'une mission accordée par le pouvoir central à des instances, qu'elles soient régionales, locales ou autres. Ces dernières ont le devoir de rendre compte de leur gestion à l'autorité centrale. Le processus décisionnel demeure intégré.

Dévolution

Permet de renforcer des collectivités territoriales en leur attribuant la possibilité de lever des impôts et en leur donnant une large autonomie face au pouvoir central.

associations intercommunales pour la fourniture de certaines prestations. Par ailleurs, elles sont fédérées au sein de l'Association finlandaise des autorités locales qui joue auprès d'elles le rôle d'expert, de conseil juridique et de communication.

L'examen du cas finlandais montre bien l'avantage d'une telle politique, à savoir la grande proximité entre les décideurs et les usagers. Il en montre aussi les limites : manque de coordination entre municipalités, incohérences et trop grande fragmentation dans l'offre de soins.

Dans les années récentes, la Suède et la Finlande se sont sensiblement inspiré de la réforme anglaise et ont donné aux comtés et municipalités la possibilité de faire jouer la concurrence entre hôpitaux par des procédures qui s'apparentent à l'appel d'offre. Ces réformes ont permis aux autorités régionales et locales de se distancier un peu plus par rapport à la tutelle centrale.

L'Allemagne, un partage de compétences entre Länder et fédération

Le fédéralisme allemand opère une distinction de compétence entre le gouvernement fédéral et les Länder en matière de prise en charge des programmes de santé publique. Chaque Land possède un gouvernement et un ministre de la santé. Ceci induit une marge d'autonomie en matière de politique économique susceptible de générer de forts antagonismes avec les instances fédérales. Ainsi, les Länder ont encore, malgré les réformes récentes, tout pouvoir en matière d'investissements hospitaliers et tiennent jalousement à leurs prérogatives.

Les politiques développées en ce domaine se sont très souvent heurtées aux directives fédérales, exprimées dans le cadre de l'action concertée de la santé — instance uniquement fédérale — et transmises aux caisses d'assurance maladie, gestionnaires des comptes sociaux.

Qualité et proximité des soins

La qualité des soins peut se décomposer en trois niveaux : la qualité des diagnostics, la qualité des thérapeutiques et la qualité du suivi. Dans ces trois dimensions, nous adopterons comme définition de la qualité celle définie par Maxwell : efficacité pragmatique, efficience, justesse pour le patient, acceptabilité pour le patient et la société, accès aux soins et équité.

Au niveau d'une unité de prise en charge thérapeutique, ces dimensions permettent de préciser ce qui doit être fait dans la structure, (équipe, équipements, coûts, écart à l'état de l'art...) pour les procédures et pour la mesure des résultats afin d'atteindre ou sinon de se donner les moyens d'évaluer les résultats que l'on est en droit d'attendre pour le patient en tenant compte de la notion de proximité. On pourrait résumer la qualité des soins comme étant la prise en charge médico-économico-géographique optimale d'un patient aussi bien de son point de vue que de celui de la société (lesquels peuvent être parfois non concordants).

La proximité géographique peut-elle influencer la qualité des prises en charge ?

Ainsi que nous venons de le décrire, la qualité dépend des hommes, des équipements et des liens qu'il y a entre eux.

La qualité du diagnostic, du traitement

et de la prise en charge suppose donc l'accessibilité à des équipes et à des structures ou plateaux techniques ne faisant perdre aucune chance au patient quelle que soit sa zone géographique d'habitation.

On doit donc gérer l'adéquation entre les moyens en hommes et en matériel, et leur proximité géographique (ou temporelle) avec le patient ou plutôt le patient supposé être porteur d'une pathologie. Répondre à cette question est le but de la planification.

Si l'on admet que le seul objectif de la prise en charge d'un patient est qu'il soit soigné avec la meilleure qualité possible (au sens défini précédemment) la logique voudrait que par bassin de population on détermine, grâce à l'épidémiologie, les besoins attendus décrits par exemple par pathologie ou par type de prise en charge.

La description de ces besoins permet de définir les nécessités de rapidité de prise en charge et le niveau des médecins ainsi que des plateaux techniques. Donc la proximité des soins est directement liée au niveau de soins attendus.

Les pathologies d'incidence et de prévalence élevées doivent pouvoir être prises en charge dans des temps correspondants aux règles de l'art. Ces temps concernent plus les pathologies ayant un caractère d'urgence que cel-

les n'en ayant pas. Pour celles n'en ayant pas les compétences humaines et plateaux techniques adéquats doivent être présents en fonction des volumes attendus et des temps d'accès. On peut alors utiliser le maillage de structures tel qu'il est présent actuellement dans nos régions administratives. Cependant, il pose le problème de la constitution des plateaux techniques en rapport avec le type de structure : publique, participant au service public hospitalier, privé. La qualité étant aussi l'acceptabilité pour les patients et la société, on peut penser que les plateaux techniques devraient être définis quels que soient leurs lieux d'implantation et que pour que l'ensemble des personnels compétents puissent prendre en charge leur propres patients, (après avoir eu un agrément) les médecins puissent accéder à ces plateaux quels que soient leurs lieux et leur mode d'exercice. Ceci suppose une réflexion sur la rémunération des cliniques, des médecins et du personnel soignant, cependant elle nous paraît nécessaire car son absence engendre divers dysfonctionnements qui nuisent à la qualité.

Ces dysfonctionnements principaux sont soit la multiplication de plateaux techniques de manière disproportionnée avec les besoins, soit des recrutements de personnels non justifiés et/ou les recrutements parfois de qualité

Jean-Pierre Daurès
Professeur de santé publique,
Université de Montpellier

Le Royaume-Uni, d'une bureaucratie centralisée à une excessive déconcentration

Au Royaume-Uni, la forte bureaucratie engendrée par le service national de santé (National Health System, NHS), la difficulté d'instaurer une planification cohérente et le développement de dysfonctionnements dont la principale illustration est l'allongement des listes d'attente ont conduit, dès 1974, à répartir le budget annuel de santé voté par le Parlement aux régions sanitaires (Regional Health Authorities). Ces dernières se chargeaient de les répartir aux districts. Mais c'est la réforme de 1989, dite réforme Thatcher, qui va le plus loin dans la déconcentration des pouvoirs. En même temps qu'elle transforme les hôpitaux en fondations autonomes obligées de rechercher leurs budgets en passant des contrats, dans un contexte de forte concurrence interne, la réforme délègue les régions d'une partie de leurs pouvoirs au profit des districts et des médecins de premier recours. Des

médecins généralistes volontaires se sont vus octroyer des enveloppes budgétaires pour financer les soins de spécialistes et les soins hospitaliers de leurs patients.

La dernière réforme qui a commencé à s'appliquer en mai 1999, en même temps qu'elle opère un nouveau tournant, confie et unifie l'achat de soins à une nouvelle structure, les Primary Care Groups (PCG) qui associent des généralistes, des infirmières, des représentants des services sociaux, de l'administration sanitaire et des patients. Les responsabilités et les budgets en matière sanitaire sont ainsi éclatés entre 481 PCG qui couvrent en moyenne chacun 100 000 personnes. Toutefois, malgré la création de ces « agences locales sanitaires », les districts et les régions conservent un certain nombre de tâches essentielles : évaluation des besoins en santé de la population locale avec l'aide des « primary care groups », définition d'une stratégie pour y répondre, définition de la carte

insuffisante. De plus, la qualité peut être pénalisée par le volume d'activité qui sur des plateaux multiples peut être insuffisant ou sur des plateaux techniques trop rares peut être excessif.

Pour la haute technicité, il faut trouver un équilibre entre les volumes, les équipes et les lieux. Pour les prises en charge non urgentes en fonction des volumes, la notion de distance n'a plus grand sens. Pour les prises en charge urgentes, on peut admettre la présence de plateaux techniques adaptés dans des centres dont l'accès sera réalisé par les moyens rapides, soit directement, soit après passage par des centres beaucoup plus proches qui ont les ressources nécessaires pour préparer les patients afin que le transfert se fasse dans les meilleures conditions.

La conservation de la qualité des soins acceptable, juste pour le patient, et qui respecte l'équité suppose que l'on mette en place ou que l'on renforce la notion de prise en charge « en réseau » aussi bien au niveau des professionnels que des structures.

Ce mode de fonctionnement suppose la connaissance par tous de ses propres limites, repose essentiellement sur la confiance entre professionnels et sur un mode de gestion des structures innovantes. En effet, il est nécessaire d'avoir « qui il faut et ce qu'il faut où il faut et quand il faut » et qu'à partir

d'un épicycle, on définisse pour des zones concentriques le type d'équipes et de plateaux techniques dont le besoin est justifié. Cette distribution des soins suppose, ce qui est essentiel en termes d'aménagement du territoire, que chaque structure puisse réorienter les patients ne relevant pas de leur niveau de compétence (aussi bien en plus qu'en moins) vers des prises en charge adéquates, ceci afin de conserver la qualité et l'activité de chacun. Une structure ayant des praticiens de haute technicité n'atteindra pas l'efficacité que l'on attend d'elle si la majorité des cas qu'elle reçoit ne relève pas de cette haute technicité ; on aboutira ainsi à une perte de qualité.

Il faut donc que les planificateurs partent des besoins et réorganisent les soins à partir des ressources en place en ayant comme seul objectif la qualité des soins avec toutes les composantes citées. Mais il faut aussi que les patients acceptent que leur liberté de choix des équipes et structures s'exerce en fonction des pathologies limitées géographiquement (la limite pouvant être très large selon les cas) et structurellement, pourvu qu'ils aient le choix entre des équipes ou personnes et des structures ayant un agrément reconnu et défini selon des critères précis et transparents pour tous. Cette contrainte est en réalité mineure si l'or-

ganisation des soins permet d'avoir un choix étendu.

Les critères d'agrément d'équipes ou d'hommes doivent être définis en fonction d'indicateurs liés à leur formation, à leurs résultats en termes de prise en charge et à l'évaluation de leurs pratiques. Ce dernier point suppose la mise en place d'un système d'information permettant ces évaluations en continu. Pour les structures, outre les normes étatiques dont la justification en termes de coût-efficacité pourrait parfois être discutée, il en est de même en précisant quels indicateurs il est nécessaire et suffisant de suivre.

Territoire et qualité sont liés

En conclusion, le concept d'aménagement du territoire et celui de qualité des soins sont intimement liés et toute décision en termes de soins doit être évaluée prospectivement en tenant compte de toutes les composantes de qualité avant et après l'éventuelle application de la décision.

Cette évaluation doit tenir compte de la notion d'aménagement du territoire, ce qui peut induire, pour conserver la qualité, des surcoûts. Ces derniers devraient clairement être financés par des budgets spécifiques puisque ce choix est du ressort de la société qui doit en accepter les conséquences, le bénéfice pouvant être globalement positif. ■

sanitaire mais aussi d'objectifs et critères de références locales en fonction des priorités et des normes arrêtées au niveau national pour les districts ; les autorités régionales conservent quant à elles la coordination de certains soins très spécialisés comme les transplantations, les soins psychiatriques...

Espagne : un exemple de dévolution des pouvoirs

L'autonomie régionale, revendication politique reprise très fortement à partir de 1976, constitue un concept clé de l'administration espagnole. Au sein du service national de santé, le processus de décentralisation n'est pas encore achevé à ce jour. Actuellement, sept communautés autonomes sur dix-sept ont bénéficié d'un transfert complet des compétences sanitaires, les autres restant gérées par l'Institut national de santé. Les communautés autonomes ont leurs parlements et leurs conseils sanitaires. Le Conseil interterritorial du système de santé est l'organe de coordination entre les deux niveaux, central et régional. Il est composé des conseillers santé de chaque communauté autonome et d'un nombre égal de membres de l'administration étatique. Il est présidé par le ministre de la santé.

Au plan national de santé, approuvé par le Parlement espagnol, 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 publics a été confiée à des consortiums semi-publics et même tout récemment à des entreprises privées. La même expérience a été tentée en Lombardie, en Italie. Il est frappant de constater à quel point l'évolution des systèmes de santé de chacune des communautés à pleine compétence sanitaire a été différente.

Le service de santé italien, un modèle à lui tout seul

Comme l'indiquaient Marie-Pascale Pomey et Jean-Pierre Poullier à l'occasion d'un colloque récent, c'est l'Italie qui « offre aujourd'hui la panoplie de modes d'intervention publique en santé la plus variée de l'Union européenne » avec, selon les auteurs, « des gains d'efficacité surprenants »¹.

Lors de la mise en place du service national de santé, en 1979, tous les budgets étaient récoltés au niveau d'un organisme central qui les redistribuait aux régions en tenant compte généralement de facteurs démographiques simples. Les régions étaient ensuite chargées de financer les unités sanitaires locales (USL) de leur zone de compétence, l'USL étant l'échelon de base de l'organisation administrative du système de santé. Très vite, la déclinaison régionale s'est heurtée à une politisation excessive tant des instances régionales que des unités sanitaires locales. Les gouvernements régionaux se caractérisaient par une grande faiblesse et

1. Colloque organisé à Paris en mai 1999 par Espace social Européen et La Lettre des décideurs hospitaliers

souvent une forte instabilité. La faible hiérarchie verticale en matière de contrôle entre le pouvoir central et les régions accentuait les difficultés de fonctionnement du service national de santé. Régions et État ont pendant des années exprimé publiquement et assez vivement leurs désaccords en matière de niveaux alloués à la santé. Les déficits très importants des budgets régionaux en matière de santé finissaient toujours par être comblés par le gouvernement.

La réforme de 1992, qui n'a commencé à s'appliquer qu'à partir de 1996, a renforcé très fortement l'indépendance des régions en matière de système de santé. Le principe d'autonomie des ressources en a été la pièce maîtresse. 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. La réforme leur a donné la possibilité d'opter pour un des trois modèles proposés pour remplir leurs obligations en matière sanitaire. Le contrat ponctuel permet aux patients de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins, public ou privé conventionné. Dans le système des prestataires préférentiels, l'usager ne peut s'adresser qu'aux structures sanitaires et aux professionnels choisis par la région. Mais les régions peuvent aussi opter pour un plan d'activité annuel, les USL et les hôpitaux indépendants s'engageant à fournir un certain quota d'activité.

Les unités sanitaires locales de santé ont été assimilées pour une partie de leurs fonctions à des entreprises publiques autonomes. Elles sont dirigées par des directeurs choisis par la région en fonction de critères professionnels et non plus (en principe) politiques. De même, les grands établissements hospitaliers sont devenus autonomes et comptables de leur gestion.

Ces nouvelles dispositions incitent les régions mais également les USL à se positionner dans une recherche d'efficacité des services. En revanche, un problème important se pose : dans quelle mesure peut-on éviter que ne se creusent un peu plus les inégalités entre régions riches et régions pauvres ?

La nécessité d'une restructuration

La problématique du processus d'autonomie ressort de l'opposition entre impératifs macro-économiques exprimés au niveau central et objectifs d'efficacité recherchés par les gestionnaires régionaux. Le mouvement de régionalisation peut conduire *in fine* à une certaine privatisation du système de santé. En réalité, si cela a été rarement le cas en Europe, il a toutefois incité les responsables au niveau de l'entité territoriale à associer, de plus en plus, le secteur privé et ses modes de gestion au secteur public.

Enfin, il est clair que les nouveaux modes de régulation développés ces dernières années par la grande majorité des pays européens (introduction de mécanismes concurrentiels, contrats entre prestataires de soins et financeurs ...) conduisent à un changement institutionnel profond et à une déconcentration des pouvoirs. ■