

Premières universités régionales de la santé

Démocratie sanitaire : la région Champagne-Ardenne innove

La question de la présence médicale sur l'ensemble du territoire est un sujet qui inquiète les élus territoriaux particulièrement en milieu rural. Quatorze régions sur 22 comptent une densité médicale inférieure à la moyenne nationale. Parmi elles, la région Champagne-Ardenne se place au 4^e rang des régions les plus affectées par ce que l'on dénomme communément la désertification médicale¹. Sont assorties à ce constat d'indéniables inégalités de santé, sociales autant que territoriales qui entraînent des interrogations qui dépassent l'enjeu strict de la démographie médicale : quelle politique de santé sur les territoires ? Comment garantir un accès aux soins ainsi qu'une sécurité et une qualité des soins ? Quelle gouvernance de la santé publique en France ? Quelles réponses aux différences territoriales ? C'est autour de ces interrogations et avec l'ambition d'associer l'ensemble des « acteurs de la santé » – professionnels de santé, associations d'usagers, élus – que Joëlle Barat, vice-présidente du Conseil régional Champagne-Ardenne en charge de la santé et du handicap, a souhaité organiser, en partenariat avec l'Institut de la décentralisation, la première édition des universités régionales de la Santé.

Quatre conférences-débats se sont déroulées fin juin et début juillet 2012 à Charleville-Mézières, Reims, Troyes et Chaumont. Au total, plus de 200 personnes ont participé à cette dynamique de réflexion destinée à faire remonter les témoignages, les pratiques et les attentes des « acteurs de la santé »². Ces rencontres ont permis à chaque fois de resituer quel était le bilan des politiques de santé en France, l'évolution des dimensions sociales et territoriales de la santé publique ainsi que les enjeux de la démocratie sanitaire. Les prises de parole furent nombreuses, souvent directes, franches et empreintes d'un vécu qui laissait tantôt transparaître le désarroi, tantôt l'optimisme et souvent la volonté d'agir face à des situations médicales et sanitaires devenues très fragiles. Pour être le plus fidèle possible à ces échanges, est brièvement évoquée la parole des experts et développé en simultané le « diagnostic » des acteurs de la santé tel qu'il a émergé avec vivacité principalement autour de 3 axes : la répartition de l'offre de soins sur le territoire régional ; la sécurité et la qualité des soins ; la démocratie sanitaire. Enfin, des voies de progrès sont synthétisées reflétant les aspirations de réformes des acteurs de la santé en région Champagne-Ardenne.

La répartition de l'offre de soins sur le territoire régional

Il n'y a jamais eu en France autant de médecins, non plus que d'autres personnels de santé qu'aujourd'hui. Mais le moins que l'on puisse dire, c'est qu'ils sont mal répartis. Bien des solutions proposées n'ont rien changé au cours d'une situation qui, au contraire, s'aggrave. La question du nombre de professionnels relève essentiellement de la régulation des formations mais aussi de l'âge de la retraite, des durées de travail. La question de la répartition de l'offre de soins est posée en France sous l'angle de la pénurie depuis la fin des années 1990, lorsque les effets du *numerus clausus* des études médicales se sont fait pleinement ressentir à l'issue d'une décennie d'environ 3 600 admis par an, soit près de 5 000 de moins que dans les années 1970. Dès lors, ce *numerus clausus* a été relevé pour parvenir à 7 400 aujourd'hui, le ramenant à son niveau de 1979. Si l'on compte aujourd'hui 210 000 médecins en France et que l'on se pose la question de la démographie médicale, on n'en comptait guère que 100 000 en 1980 et l'on n'avait pas alors l'impression de manquer de médecins.

par
JOËLLE BARAT,
vice-présidente
du Conseil régional
Champagne-Ardenne
en charge de la santé
et du handicap

En revanche, la question de la répartition territoriale des différents professionnels de santé est incontestable. Elle est aujourd'hui soulevée par de très nombreux élus pour souligner les problèmes rencontrés dans leur commune, leur département, leur région. Des médecins ne trouvent pas de successeur et travaillent au-delà du raisonnable. Des établissements peinent à recruter. Des usagers évoquent des délais d'attentes excessifs, un éloignement grandissant et des difficultés à trouver des médecins conventionnés. Cette spirale, Olivier Lacoste, directeur de l'Observatoire régional de la santé Nord-Pas de Calais, la dénomme « effet de crunch » qui, tel un effet de contraction, consiste en un départ des professionnels de santé de proximité vers une structure de soins plus grande. Les effectifs médicaux se concentrent ainsi vers des sites supérieurs de la hiérarchie urbaine, vers des pôles urbains régionaux, provoquant un désert médical dans les zones rurales. Les médecins sont là mais pas au bon endroit, a-t-on envie de résumer.

« Travailler ensemble »

Les acteurs de la santé rencontrés dans les 4 départements se sont beaucoup exprimés sur le problème de la répartition de l'offre de soins, liant à plusieurs reprises cette difficulté à un problème de coordination médicale et de communication entre les professionnels de santé. Un constat qui n'est pas sans évoquer la question du rapport au territoire, à la mobilité et au temps. Certains ont souligné la réelle difficulté à coordonner l'implantation géographique des pharmaciens et des médecins. D'autres ont avancé le fait que la maison de santé pluridisciplinaire était une solution crédible au défi du « travailler ensemble », qui permet par la mise en place d'une structure administrative de soulager les médecins et leur permettre de se concentrer sur leurs patients. Autre suggestion : que se développent dans les territoires de vie des réseaux pluri-professionnels, permettant un véritable partage de l'information médicale et donc une meilleure prise en charge des patients. Il a été également exprimé une attente extrêmement forte en matière de coordination des politiques publiques et de déclinaison locales des politiques de santé. Les politiques de santé ne doivent pas être isolées ou pensées en dehors des décisions qui sont prises par exemple en matière de politique de transport ou en matière d'accès aux réseaux internet dans les territoires ruraux.

« Ordonner les complémentarités pour mieux soigner »

Au final, il est fait appel avec force à un maillage professionnel efficient qui soit le support des professionnels de santé se trouvant « en première ligne ». Il existe en effet chez les professionnels de proximité un désir d'être

soutenus par des structures qu'elles soient publiques ou libérales afin qu'elles puissent leur fournir conseils et aides à l'exercice de la médecine au quotidien. C'est ainsi la coproduction qui est visée, seule capable de mobiliser les forces endogènes et les réseaux des territoires, de telle sorte que la politique de santé dépasse la problématique de l'offre de soins.

La coercition ? Le salariat des médecins de proximité ? Quelques pistes...

Constatant que les ARS rencontraient de grandes difficultés dans leur lutte contre les déserts médicaux, Frédéric Pierru, docteur en science politique, sociologue, chargé de recherche au CNRS, a souligné la contrainte forte que représente la prégnance de l'identité « libérale » de la médecine tout en évoquant une alliance tacite entre l'Assurance-Maladie, qui défend l'autonomie du réseau, et les médecins libéraux, qui défendent la liberté d'installation. À noter que la loi Fourcade (2011) a annulé en 2011 toutes les mesures jugées coercitives pour l'installation des médecins. Les seuls leviers disponibles pour lutter contre les déserts médicaux demeurent les mesures incitatives, lesquelles montrent très vite leurs limites. Des limites que les « acteurs de santé » ont vivement exprimées lors des échanges. Il est apparu clairement, pour certains participants, que la pénurie de médecins généralistes était la sanction de la politique du *numerus clausus* et du consensus tacite entre les syndicats de médecins et la Caisse d'Assurance Maladie pour réduire les offres de soins. À plusieurs reprises était ainsi soulignée la contradiction inhérente entre médecine libérale et socialisation des soins, entre libéralité et aide à l'installation. L'aspiration à passer d'une médecine libérale, souffrant d'une dérive mercantile, à un service public de la médecine de proximité a été également exprimée avec force, ce qui implique de planifier les installations des médecins, au même titre que les pharmaciens ou les établissements de santé. Pour leur part, des professionnels de santé ont dressé le constat que les jeunes médecins ne voulaient plus être libéraux en raison du trop grand nombre d'astreintes administratives et préféraient le salariat. De ce point de vue, les maisons de santé pluridisciplinaires sont un début de solution mais elles nécessitent de trouver une nouvelle coordination sur le mode de fonctionnement, notamment en matière de rémunération. En effet, comment faire « vivre » un travail collectif avec le paiement à l'acte ?

La sécurité et la qualité des soins

« Pour une santé publique réinvestie »

De nombreux « acteurs de la santé » ont insisté au cours des échanges sur la nécessité de sortir la médecine scolaire du dénuement où elle se trouve. La médecine



Crédit photo: uimages-Fotolia.com

De nombreux « acteurs de la santé » ont insisté au cours des échanges sur la nécessité de sortir la médecine scolaire du dénuement où elle se trouve. La médecine scolaire est un point d'observation important, de dépistage, de suivi de la santé des enfants et d'accompagnement des soins. Mais elle ne peut objectivement pas aujourd'hui remplir sa mission : avec un médecin scolaire pour 8 000 élèves, aucun programme d'envergure ne peut être envisagé.

scolaire est un point d'observation important, de dépistage, de suivi de la santé des enfants et d'accompagnement des soins. Mais elle ne peut objectivement pas aujourd'hui remplir sa mission : avec un médecin scolaire pour 8 000 élèves, aucun programme d'envergure ne peut être envisagé. De l'avis des experts et des professionnels réunis lors des universités territoriales, le développement de la médecine scolaire mérite d'être une priorité politique nationale tant les actions d'éducation et de prévention représentent un enjeu pour l'avenir.

Accroître la prévention

Au cours des échanges, il a été souligné avec force que la relation patient-praticien devait être revisitée afin de dépasser la transformation du patient en client. Sur ce point, les problématiques de la prévention et de la promotion de la santé ont été avancées afin que les politiques de santé publique cessent de s'axer sur les malades et s'intéressent aussi aux personnes en bonne santé par des stratégies de prévention portées par la médecine scolaire et la médecine du travail.

Les échanges ont donné l'occasion d'explicitier le paradoxe entre les discours qui prônent l'augmentation des politiques de prévention et les budgets en baisse

constante qui leur sont alloués. La prévention, plutôt que d'être financée aléatoirement, devrait se concevoir comme une prévention tout au long de la vie, la médecine scolaire et la médecine du travail étant des leviers désignés pour les questions de la promotion de la santé. Cependant, il convient de penser cette prévention comme « active », c'est-à-dire nécessitant un réel plan budgétaire, et non comme une source d'économie sur l'offre de soins.

La démocratie sanitaire

Une territorialisation en trompe-l'œil

Comme l'a développé Frédéric Pierru, « la loi HPST est une loi paradoxale au sens où, bien qu'elle soit axée sur le territoire, elle amorce en réalité un recul de la territorialisation de la politique de santé, un recul dans l'adaptation aux spécificités locales. ». Il est vrai que le thème de la territorialisation est devenu une rhétorique incontournable de la légitimation de l'action publique contemporaine; le territoire est devenu un mot totem qui contraste avec la territorialité limitée de la production des politiques de santé, la verticalisation croissante des processus décisionnels et la vision du territoire

comme un espace fonctionnel de redéploiement des politiques définies nationalement. Au final, la logique de gouvernance est de l'ordre du descendant, alors qu'elle devrait se penser sur un mode ascendant (qui partirait des contingences locales), participatif et intégré, de production de l'action publique. Le territoire de santé aurait alors vocation à s'adapter au niveau de soins requis et aux caractéristiques de la population, c'est-à-dire à être un territoire de santé à géométrie variable... En réalité, il n'en est rien. « Le territoire de santé est finalement l'emblème ambigu de la territorialisation de la politique de santé et plus largement des politiques publiques en France, où le territoire reste un prétexte non pas pour valoriser la dimension locale mais pour redéployer autrement la dimension nationale. »³

Une politique régionale de santé, au final « centralisée »

En suivant l'analyse de Frédéric Pierru, il ressort que la France n'est pas véritablement organisée selon un système de santé régionalisé. À titre d'exemple, le niveau national décide des programmes d'investissements nationaux et de leur affectation à tel ou tel établissement. Il n'a jamais été question que les ARS puissent élaborer une politique régionale de santé qui soit indépendante de la politique nationale, gérant une enveloppe régionale de façon discrétionnaire. Les ARS, en abandonnant la possibilité d'être des établissements publics dotés de la personnalité morale, ont perdu leur autonomie

pour devenir des administrations déconcentrées. Elles ont vu leur pouvoir de décision de plus en plus centralisé, jusqu'à ce que leur fonction ne soit plus que de faire de l'animation territoriale. En outre, le pari du décroisement a été perdu au sens où, au sein des ARS, on continue à conduire une politique en tuyaux d'orgue et à reproduire des cloisonnements antérieurs au sein des directions de l'offre de soins. La mise en place des ARS a-t-elle constitué un retour en arrière concernant la prise en compte des spécificités locales? Les « acteurs » de la santé ont

relevé au cours des débats que les précédentes Agences régionales d'hospitalisation (ARH), nées de l'ordonnance du 24 avril 1996, possédaient un réalisme sanitaire et un caractère innovant avec la définition de territoires à géométrie variable, en parlant des flux de populations, hospitaliers et ambulatoires, des bassins de vie. *Contrairement*, les ARS ont un moindre réalisme sanitaire et épidémiologique au profit d'un réalisme politico-institutionnel

au sens où le département est pris comme territoire de référence pour le médico-social et comme espace privilégié d'articulation des politiques publiques, à l'heure où la région serait sans doute l'échelon le plus pertinent en la matière.

Un enjeu de gouvernance publique

Lors des échanges, s'est clairement exprimé un appel en faveur d'une démocratie sanitaire revivifiée qui puisse permettre l'élaboration d'une politique de santé locale à partir des besoins remontant des territoires. Il a été avancé, qu'à cette fin, l'échelon régional était le plus pertinent et qu'il fallait donner aux élus territoriaux de nouveaux leviers d'actions pour agir en ce sens. L'aménagement sanitaire devrait être envisagé avec une certaine souplesse à l'échelon régional en se nourrissant des réalités territoriales. Il s'agit dès lors pour la région de garantir que l'éloignement des soins n'en réduise pas l'accès. Sans doute, les solutions passent notamment par un renforcement des transports sanitaires et des outils de télétransmission et d'échange numérique d'informations, des secteurs où la région peut être un allié pertinent de l'action des ARS.

« Renforcer les mailles territoriales »

Chaque conférence-débat a fait ressortir combien il était nécessaire que la santé se rapproche de chacun, de ses préoccupations, de son quotidien, de son mode de vie. Conforter l'offre locale de santé, c'est aussi faire en sorte que la population et les habitants aient un rôle actif dans la promotion de la santé. Simultanément, les collectivités territoriales et en particulier les régions ont un rôle fédérateur auprès des professionnels de santé. Ce sont elles qui peuvent promouvoir des dispositifs de santé transversaux, qui décroisent les interventions sanitaires médico-sociales et sociales et forment les relais locaux. Même si les collectivités territoriales ont légitimité à élaborer des projets de santé qui participent à solidifier les mailles territoriales pour l'accessibilité des soins, elles ne disposent pas toujours des compétences pour le faire et les règles de financement des actions qu'elles engageraient restent floues.

En guise de conclusion

Compte tenu de la diversité des territoires, il est essentiel de valoriser une instance décisionnelle locale qui soit le reflet de la démocratie sanitaire. Or cette dernière est loin d'être effective puisque le rôle des élus locaux est souvent dévalorisé : la loi HPST a, par exemple, supprimé les élus régionaux des conseils de surveillance. Ce qui pose naturellement la question du rôle des élus et de la place de l'État. Car comment doit s'exprimer cette démocratie

“La logique de gouvernance est de l'ordre du descendant, alors qu'elle devrait se penser sur un mode ascendant (qui partirait des contingences locales), participatif et intégré, de production de l'action publique.”



Crédit photo: VI Levi-Fotolia.com

Comment doit s'exprimer cette démocratie sanitaire? Est-ce par la déconcentration? Est-ce par la décentralisation? C'est là tout l'enjeu de la problématique de l'ordonnancement de la décision, ordonnancement qui relève d'un choix de méthode: soit est choisie la voie de l'État, soit est préférée la subsidiarité.

sanitaire? Est-ce par la déconcentration? Est-ce par la décentralisation? C'est là tout l'enjeu de la problématique de l'ordonnancement de la décision, ordonnancement qui relève d'un choix de méthode: soit est choisie la voie de l'État, soit est préférée la subsidiarité. Or si nous devons nous placer dans une logique ascendante, où les besoins de santé remontent des territoires, il apparaît que la Région est l'échelon le plus pertinent pour assurer une discussion transversale entre tous les acteurs de la santé et sa population, qui permettrait d'aboutir à la définition d'une politique de santé locale. Or il se pose là un nouvel enjeu sur la logique de gouvernance: les régions ne sauraient assumer cette responsabilité sans le moyen d'un outil normatif. Revaloriser le rôle et la place des régions dans la politique de santé reviendrait éventuellement à leur attribuer un certain pouvoir législatif. Une voie de progrès en débat...

J. B.

1. Source: *Atlas de la démographie médicale en France*. Situation au 1^{er} janvier 2011, Conseil national de l'Ordre des médecins.

2. Chaque rencontre a été ouverte par les interventions d'un représentant de l'agence régionale de santé et d'un expert associé à l'Institut de la décentralisation (M. Olivier Lacoste, directeur de l'Observatoire régional de la santé Nord – Pas de Calais, M. Jean-Nicolas Fauchille, chercheur à l'École Polytechnique de Lausanne et M. Frédéric Pierru, docteur en science politique, sociologue, chargé de recherche au CNRS).

3. Pascal Combeau, professeur de droit à l'université de Bordeaux.

Synthèse des propositions issues des universités régionales de la santé en Champagne-Ardenne

VOIE DE PROGRÈS N° 1 – Lutter contre les inégalités financières et territoriales

- Il est impératif d'intégrer la question des transports dans une vision globale de l'accès aux soins.
- Les politiques de santé ne doivent pas être isolées ou pensées en dehors des décisions qui sont prises par exemple en matière de politique de transport ou d'accès aux réseaux Internet dans les territoires ruraux.
- La remise en cause des dépassements d'honoraires, du secteur 2 a été fortement débattue. Des personnes ne se soignent plus au regard de l'augmentation significative des restes à charge.

Voie de progrès n° 2 – Innover en termes d'accès aux soins de premier recours

- Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles sont une des solutions mais pas la seule: il convient également de développer les pôles de santé et les centres de santé.
- Les modes de rémunération doivent aussi évoluer: le « tout paiement à l'acte » est dépassé et incompatible avec une prise en charge globale de la personne, incluant des actions de prévention et d'éducation.
- La question du salariat du premier recours (centres de santé) est aussi une piste à explorer à l'instar de ce qui existe au sein des centres de soins infirmiers.

Voie de progrès n° 3 – Mieux coordonner le social, le médico-social et le sanitaire

Le travail en coordination de tous les professionnels a été fortement plébiscité. La santé publique doit pouvoir s'appuyer sur l'ensemble des professionnels tandis que le lien doit exister de manière très effective entre le social, le médico-social et le sanitaire. La coordination des politiques publiques est également nécessaire afin d'ordonner les complémentarités pour mieux soigner.

Voie de progrès n° 4 – Valoriser la formation à la médecine générale

- La formation des professionnels de santé doit évoluer. En particulier, la formation à la médecine générale doit être valorisée dans les études de médecine; les stages en milieu rural, en milieu ambulatoire devraient pouvoir se développer.
- Au cours de leur formation, les futurs professionnels doivent être aussi préparés à une prise en charge globale de la personne, quel que soit leur lieu d'exercice (à titre d'exemple: tenir compte du handicap dans une prise en charge hospitalière portant sur une pathologie qui n'a rien à voir avec ce handicap).
- Les différents modes d'exercice doivent être valorisés dans les cursus de formation.

Voie de progrès n° 5 – La prévention, un axe prioritaire

- La prévention doit devenir un axe prioritaire notamment par le développement et le soutien de la médecine scolaire et de la médecine au travail qui sont trop délaissées depuis quelques années.
- La prévention et l'éducation à la santé doivent être des mailles essentielles du parcours de santé de chacun.

Voie de progrès n° 6 – Pour un moratoire sur la loi HPST

- Un moratoire sur la loi HPST doit être rapidement mis en place. Il convient de revisiter cette loi afin notamment de redonner toute sa place à l'hôpital public et au service public hospitalier.
- Par ailleurs, la question du mélange des statuts (agents publics, salariés de droit privé) dans le même établissement, poursuivant des objectifs différents, a été discutée et remise en cause.

Voie de progrès n° 7 – Vers une remise en cause de la T2A

- La T2A a montré ses limites et ses effets désastreux sur des territoires comme la Champagne-Ardenne (fermeture de services, de maternité, mise en difficulté importante de centres hospitaliers). Sa forme actuelle doit être remise en cause.
- Une véritable péréquation doit avoir lieu. Les modes de financement doivent être le véritable reflet des activités des centres hospitaliers et des réalités des territoires, parfois très étendus et peu denses comme l'est celui de la région Champagne-Ardenne.