Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST

Olivier Lacoste[1]

« Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) est une très grande loi qu'il faut savoir saluer, tant pour ce qu'elle permet, enfin, de réaliser que pour l'intelligence de l'*air du temps*[2] qu'elle porte implicitement. Le plus essentiel à mes yeux est pour l'avenir. L'énorme nouveauté tient paradoxalement davantage à ce que cette loi permet qu'à ce qu'elle a mis en place. Il faudra attendre un peu, quelques mois encore sans doute, pour savoir ce que cette loi a produit. Avec HPST, en effet, la santé publique se voit confier par le législateur les outils de son action, de son opérationnalité. Si l'attente fut longue, depuis l'absorption de l'essentiel des questions de santé par le *trou noir* des politiques sociales en 1930, longue pour beaucoup d'élus et d'acteurs du système de santé, HPST offre des possibilités de terrain inconnues car impossibles jusqu'alors. Tout semble en place pour que les effets soient supérieurs à ceux de la réforme Debré de 1958, de la réforme Juppé de 1993 ou de la loi Kouchner de 2002. L'un des talents de la santé publique est de proposer à la société ce qui lui est utile et surtout *un peu plus* que ce qui semble possible d'être accepté par l'opinion à une époque donnée. Aussi le grand mérite du législateur a-t-il été d'abord de rendre possible l'organisation d'un système de santé qui, jusqu'alors, était sans structure d'ensemble. Le mérite a été aussi d'instaurer qu'un débat ait lieu tous les cinq ans, portant sur les objectifs de la politique de santé.

1. Directeur de l'Observatoire régional de la santé de la région Nord-Pas-de-Calais.

2. Cet air du temps s'est cristallisé lors de la tenue des États généraux de l'organisation de la santé, en 2007 et 2008.

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4e trimestre 2011.

Herodote_143_BAT.indd 33 14/11/11 13:43

Une telle nouveauté appelle une rénovation, une mise à jour, une rupture avec les façons antérieures d'aborder les différentes questions de santé. La politique change, les techniques et le corpus d'analyse doivent en faire tout autant. Cela vaut bien sûr – et je serais tenté de dire avant tout – pour ce qui relève de l'analyse et de la mise en place de projets territoriaux[3] qui devraient faire appel à des raisonnements géographiques ou géopolitiques. La région vient d'être confirmée, et fermement confirmée, comme étant désormais le niveau d'application et de définition des modes de faire et des objectifs pragmatiques d'une politique qui émerge. Mais cette onction nécessite aussi qu'elle soit extrême, en scellant la fin d'une production de discours techniquement fondés qui se sont révélés être, pour reprendre les termes de Marc-Olivier Déplaude [2009], des *fictions d'institutions*.

Une politique qui se pense en quelques axes

Il y a un peu plus d'une dizaine d'années, dans cette même revue je signalais [Lacoste, 1999] que tout semblait en place pour que la santé publique soit reconnue comme étant un domaine relevant de l'intervention collective et qu'il semblait logique qu'un faisceau d'outils de pilotage soit appelé à se mettre en place. Une décennie plus tard, nous y sommes. Après une courte période cacophonique durant laquelle la nation s'était donné plusieurs centaines d'axes prioritaires, c'est-à-dire aucun, les questions essentielles auxquelles la politique nationale de santé se doit de répondre ont été énoncées. Bien que rattaché depuis 1970 au périmètre de constitutionnalité, et ayant de ce fait valeur constitutionnelle, le droit à la préservation de la santé des Français se conçoit et se pense donc dans son application. Il recouvre sept principes qui ont été, entre autres, exposés et analysés en avril 2011 dans un remarquable document rédigé par les services du ministère et soumis à la Conférence nationale de santé et de l'autonomie [ministère du Travail, 2011]. En premier lieu viennent l'amélioration et la préservation de l'espérance de vie sans incapacité. Si la France bénéficie d'indicateurs enviables – la durée de vie moyenne de nos concitoyens s'allonge tous les ans de trois mois –, il ne faut pas perdre de vue que d'autres pays, et non des moindres, la Russie ou les États-Unis par exemple, connaissent une stagnation voire une nette détérioration structurelle de leur situation. En second lieu vient la réduction de la mortalité prématurée évitable, qui est un indicateur encore plus fin. Il englobe les deux composantes, mortalité évitable

3. Les réalisations et les effets atteints peuvent être remarquables. C'est le cas par exemple de la très belle politique santé menée depuis plusieurs années par la communauté d'agglomération du Havre.

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4e trimestre 2011.

Herodote_143_BAT.indd 34 14/11/11 13:43

par des actions sur les facteurs de risques individuels[4] (c'est-à-dire relevant de la prévention au sens large) et mortalité évitable par des actions sur le système de soins[5]. Leur exploitation ne cesse d'apporter de nouveaux enseignements et fournit, en l'état actuel des choses, des indications qu'il faut certes relativiser mais d'une performance inégalée jusqu'alors. Ensuite sont très clairement explicitées les inégalités sociales et territoriales. La santé doit d'autant plus être pensée dans ses diverses composantes que, si l'ensemble s'améliore au point de bientôt, peut-être, rattraper les pays les mieux placés, il est incontestable que les inégalités se sont accrues depuis les années 1970. Les trois mois d'allongement de l'espérance de vie n'ont pas bénéficié à tous et ne sont pas survenus partout. Si les inégalités sociales sont réelles, leur analyse se heurte, d'une part, à la péremption de catégories socioprofessionnelles conçues durant les Trente Glorieuses, et désormais largement inopérantes [Desrosières et Thévenot, 2002], et, d'autre part, souffre des limites opérationnelles constatées à propos de mesures catégorielles aux grandes heures de la protection sociale. Bien au contraire, les inégalités territoriales, dont l'accroissement a été réel, lui aussi, sont plus repérables et peuvent bénéficier de mesures locales et adaptées, de projets locaux. Ce point est d'importance puisque tout semble suggérer que les effets d'une crise économique et sociale affectant, entre autres, les pays membres de l'Union européenne pourraient, devraient se solder par un accroissement des inégalités géographiques de santé à grande échelle[6]. Autre point relevant des axes énoncés par la politique de santé, et dont la dimension géographique est patente, ce qui est nommé très élégamment risques sanitaires à cinétique lente. Il s'agit en fait des effets sanitaires ayant un lien fort avec les conditions de vie, tout ce qui relève du développement multifactoriel de pathologies attribuables tant au comportement des Français qu'à leur exposition à des facteurs environnementaux. Or il est certain que les sources d'émissions sont locales et non pas générales, se localisent soit à proximité d'industries qui pourtant ne cessent de moins polluer, et plus certainement le long des grands axes de circulation automobile, par exemple. À ces risques à impacts lents viennent

4. Ce groupe retient les décès survenus avant 65 ans, dont les causes initiales sont : sida, cancers des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage), cancers de la trachée, des bronches et du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides.

5. Cet ensemble tient lui aussi compte des décès survenus avant 65 ans, mais ne retient comme cause que : typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancer de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, cardiopathies rhumatismales, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcère digestif et mortalité maternelle.

6. C'est-à-dire, pour le géographe, entre territoires de petites dimensions.

Herodote_143_BAT.indd 35 14/11/11 13:43

s'ajouter l'irruption de risques et la diversification de risques sanitaires à diffusion et cinétique rapides, liés par exemple à l'apparition de nouveaux agents infectieux ou bien connus mais ayant trouvé à échapper aux systèmes de surveillance nationaux et internationaux (grippe H1N1, SRAS, rougeole, chikungunya, *Clostridium difficile*, etc.). Ceux-ci restent de compétence régalienne et échoient aux seuls services de l'État et de multiples ministères.

Restent trois points. L'un est on ne peut plus classique et bien connu mais se pose désormais en d'autres termes, après avoir été justement des années durant l'alpha et l'oméga de la politique de santé. Il s'agit du coût de la santé, de la *soutenabilité financière* du système de santé à laquelle se sont attelés vingt-cinq plans de réforme depuis 1976. Les deux autres sont récents et ont été curieusement non pensés ou très insuffisamment pris en compte à temps, bien que cela fût, dans les faits, plus qu'accessible. Ils touchent à la démographie qui, pourtant, connaît en France une très belle école et un système statistique remarquable avec les services de l'Insee. Il s'agit du vieillissement de la population d'une part, et de la démographie de l'ensemble des professionnels de santé de l'autre.

Soutenabilité en péril

Le déficit de la Sécurité sociale et celui de l'assurance maladie sont graves, tout le monde le sait ou en a entendu parler. Ils posent, ces derniers temps, d'autant plus de questions qu'ils contribuent largement à l'alourdissement de la dette de la France puisque les déficits sont comblés par l'État. La France consacre désormais près de 12 % de son produit intérieur brut à ses dépenses courantes de santé, ce qui serait en fin de compte une très bonne chose – la santé est en effet une activité économique fort peu délocalisable et qui alimente l'économie et les revenus des territoires [Davezies, 2008] – si nous n'en étions pas arrivés à 140 milliards d'euros de dette cumulée, soit l'équivalent de 55 % de la totalité des recettes fiscales. De ce fait, les possibilités de prise en charge des soins par la protection sociale se réduisent, et les ménages prennent à leur charge une part sans cesse croissante de ces frais (plus de 15 % désormais). D'ores et déjà, bien qu'en matière de soins la précocité de la prise en charge soit un gage de guérison ou, à tout le moins, de non-aggravation de la maladie, les effets du renoncement provisoire ou définitif aux soins ne cessent de se faire sentir au sein des populations potentiellement les plus exposées. La crise de notre financement est donc un risque évident dans l'accroissement des inégalités de santé et l'économie nationale. Peu de Français ont aujourd'hui conscience qu'ils consacrent d'ores et déjà et en moyenne près d'un quart de leur salaire (brut) au financement du système de santé national pour un degré de satisfaction encore

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4e trimestre 2011.

Herodote_143_BAT.indd 36 14/11/11 13:43

élevé mais qui ne cesse de baisser et, qui plus est, ne peut plus jouer autant que par le passé le rôle d'amortisseur des crises économiques dans les territoires les plus en difficulté [Davezies, 2008]. Comment en est-on venu là ? Pour diverses raisons, certes. Certaines ont leur origine dans les aléas de l'activité économique qui vont indirectement réduire le montant des rentrées susceptibles de venir financer un système de santé fondé sur la solidarité nationale et contribuant à l'établir. D'autres proviennent, et c'est à saluer, d'une bien plus forte sensibilité des Français, comme des autres peuples européens, à leur propre santé, qui a accru en partie la consommation. Cependant, les inégalités de consommation de soins sont grandes, entre groupes sociaux et entre territoires. Tout fonctionne comme si plus le revenu des ménages ou du territoire est élevé, plus la consommation de soins est élevée. L'accélération des dépenses de santé provient aussi des coûts des traitements et des diagnostics qui ont crû fortement au cours des dernières décennies, au basculement involontaire d'un système de santé qui, par ses capacités médicales, est passé d'un remboursement essentiellement consacré aux indemnités journalières (arrêt maladie) avant 1970 à la rétribution d'emplois de santé qui, depuis le médecin spécialiste jusqu'à l'aide-soignante, représentent actuellement plus de 7 % de la population active, bien plus que la population active agricole. Cela provient enfin du fait que, jusqu'à la réforme Juppé de 1993 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, la fonction politique que le système de santé français s'était auto-assignée était de tenter de s'efforcer de coûter moins cher tout en s'efforçant de ne pas savoir ce que l'on payait comme soins ou comme actions de santé avec les milliards de la collectivité. Avant 1993, le décideur – l'État – n'était pas le payeur – l'assurance maladie – et leurs relations se limitaient, pour l'essentiel, à quelques débats économiques tenus au ministère des Finances et de l'Économie.

Un système incapable d'envisager ses effets, qui ne se pensait pas lui-même

Les deux derniers enjeux sont hautement significatifs de ce qui fit l'*air du temps* dans lequel la conception de HPST s'est effectuée.

Il suffit d'accéder à n'importe quel média pour lire ou entendre que le système de santé français, comme ses homologues européens d'ailleurs, se trouve aujourd'hui confronté non pas à ses incohérences, non pas à son manque chronique et dramatique d'organisation, mais à un énième *enjeu* majeur de santé publique : le vieillissement de la population. Voilà donc un nouveau défi auquel notre système de soins, de prévention et d'accompagnement sera assurément confronté. Il est probable et sans doute certain que les maladies cardiaques, les maladies respiratoires, le cancer, le diabète, les maladies dégénératives et

Herodote_143_BAT.indd 37 14/11/11 13:43

les syndromes dépressifs trouveront à s'exprimer au sein de cette population plus âgée. Il est à prévoir, de plus, que le nombre de personnes touchées par plusieurs de ces pathologies sera bien supérieur à celui d'aujourd'hui, ce qui nécessitera la mise en place de protocoles thérapeutiques plus individualisés, plus adaptés à chaque malade au cas par cas, et représentera une charge accrue pour les équipes soignantes. Il faudra assurément organiser autrement la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes. Nous sommes donc confrontés à un sentiment d'urgence, ne sachant trop si oui ou non la prise en charge de nos aînés sera ou non de qualité. D'un commun accord, l'ensemble des acteurs du soin et de la prévention font désormais en sorte que ceci soit possible. Mais... l'irruption de ce vieillissement était-elle aussi imprévisible ? Était-il si impossible d'anticiper cette évolution ? Enfin, s'agit-il d'un processus auquel le système de santé français est totalement étranger ? Certainement pas. N'importe quel démographe aurait été, et a d'ailleurs été capable de prévoir ce vieillissement, il y a vingt ou trente ans, sur la base de l'analyse de la pyramide des âges des enfants nés du baby-boom. Certes, rien n'est jamais certain, mais pour que ce vieillissement n'ait pas eu lieu il aurait fallu une catastrophe démographique considérable pour qu'elle emporte une large part de ces générations dans la tombe. Entre la catastrophe et une tendance logique et vraisemblable, le choix était sans doute assez facile à faire. Qui plus est, ce vieillissement, qui n'en est pas un puisque l'âge moyen de la population s'accroît peu (il s'agit, en fait, d'une gérontocroissance, c'est-à-dire d'une augmentation du nombre de personnes âgées), ne trouve pas son origine si loin de la santé. S'il y a consensus pour considérer que notre système de santé a amplement contribué à l'allongement de la durée de vie, est-il alors si étranger à cette gérontocroissance ? Certainement pas, puisqu'il s'agit bien du même phénomène : plus la durée de vie s'accroît, plus le nombre de personnes âgées augmente. Si défi il y a, c'est bien notre système de santé qui l'a cocréé, pour le plus grand bénéfice des Français, mais notre système de santé ne s'en est pas rendu compte, ne s'intéressait pas le moins du monde à ce qu'il produisait. Le paradoxe est d'autant plus fort que ce même système de santé a su et sait s'adapter aux oscillations de natalité dans le temps et l'espace, et qu'il a su tout à la fois restructurer, sans trop de mal, la carte des maternités. Or la natalité est un phénomène par nature imprévisible dépendant des migrations des jeunes couples et de leur désir d'enfants, deux choses qui demeurent par nature assez peu prévisibles.

Herodote_143_BAT.indd 38 14/11/11 13:43

Les professionnels de santé et leur répartition géographique : mutation structurelle et rupture culturelle entre générations

Reste le dernier point que j'ai choisi de retenir, celui qui s'énonce non sans raisons dans les formulations « crise de la démographie des professionnels de santé » dans la presse ou « problème d'adéquation des ressources humaines » dans les textes soumis à la CNSA.

Quel est donc le problème ? Bien que le nombre total de professionnels de santé se soit considérablement accru et sans interruption depuis les années 1970, il est de plus en plus difficile de trouver le bon professionnel de santé là où sa présence serait nécessaire. Parmi l'ensemble des professions, celle de médecin est particulièrement suivie car si une juste prise en charge des actes de santé nécessite de plus en plus de professions diverses pour un même acte, la seule présence d'un médecin demeure indispensable. En d'autres termes, le médecin ne fait pas tout, loin s'en faut, mais sa participation est nécessaire. Aussi l'évolution de l'implantation des médecins français modèle-t-elle la carte de l'offre de santé (soins et autres types de services). Or la répartition des médecins n'a pas à être orientée, aménagée, guidée, bien que leur effectif ait été multiplié par quatre, entre 1968 et 2009, selon les chiffres du Conseil national de l'ordre des médecins. Pour beaucoup, cette déstabilisation, cette incapacité à modeler la démographie médicale est due à la liberté d'installation qui, certes, est en France plus large que dans bien d'autres pays européens. Cependant, en l'état actuel de l'opinion française, il est impossible et il serait fautif de vouloir mettre de trop fortes limitations à cette liberté. Le problème est-il insoluble ? Non, il ne me le semble pas. En effet, à y regarder de plus près, les choix d'installation des médecins sont non seulement loin d'être définitifs (il est courant qu'un praticien, au cours de sa carrière, quitte une ville pour une autre ou déménage dans une autre région) et sont loin d'être irresponsables. Il s'est produit, au sein d'un groupe social et professionnel pourtant marqué par les notions de confraternité et de compagnonnage, une évolution, une rupture culturelle de premier ordre dont les moins âgés, souvent les moins de 60 ans, sont les plus porteurs. Que veut le professionnel de santé, que cherche le médecin entre 30 et 60 ans ? Il recherche, avant toute chose, un lieu, un cadre d'exercice (en cela son lieu d'activité est désormais totalement disjoint de son lieu de résidence) qui soit favorable à une bonne qualité de son exercice. Or que sont ces lieux ? Ce sont avant tout des sites, des pôles où le médecin, ou le professionnel, côtoie d'autres confrères déjà présents exerçant la même activité que lui [Trédez et Lacoste, 2008], des cadres de travail où il lui semble probable qu'il sera sollicité à une fréquence compatible avec une bonne qualité de travail, qu'il pourra ainsi passer assez de temps avec son patient, et selon une amplitude horaire s'approchant de ce qui lui semble acceptable. Mais qu'il existe une masse

Herodote_143_BAT.indd 39 14/11/11 13:43

critique suffisante de collègues faisant que ses astreintes et ses gardes ne soient pas trop nombreuses ne lui suffit pas. Toujours à la recherche d'un cadre favorable à une activité professionnelle de qualité, il lui faut trouver dans son environnement proche assez de professionnels exerçant d'autres professions qui, à leur tour, dispenseront les actes nécessaires à une bonne et juste prise en charge. La chose est claire, le professionnel de santé est un *être territorial*, qui exerce en un lieu en *symbiose* avec d'autres professionnels que lui-même. En cela, la modification structurelle des modes d'exercice recherchés par les professionnels de santé est non seulement très nette mais aussi considérable. Elle touche toutes les professions en ville ou à l'hôpital. Aujourd'hui, beaucoup de jeunes médecins cherchent à exercer différemment de leurs aînés. Les installations en ville se font rares, le choix pour des modes d'exercice non traditionnels s'accroît[7].

Si, aujourd'hui, il existe tant de disparités et d'inégalités locales, c'est bien que l'*écologie* [Poirier, Sampil et Trédez, 2008] de l'activité de santé l'exige. Or, lorsqu'on entend penser l'offre de soins, c'est avant tout la fiction de groupes professionnels et catégoriels qui perdure. S'il s'agit d'assurer un accès optimal à la santé et à ses services à l'ensemble de la population française, est-il si nécessaire de n'envisager que des mesures portant sur tel ou tel type de profession (professions médicales ou paramédicales, et autres auxiliaires médicaux), tel ou tel type d'activité (publique ou privée), ou tel ou tel type de structure (médecine de ville ou offre hospitalière ou médicosociale) ? Nous restons encore dans une fiction d'institution qui ne pense l'offre de soins qu'en termes de corporation. En cela, les professionnels de santé me semblent ne pas être compris, et souffrir d'un regard manquant de vigilance, plus inspiré par de la complaisance[8] que par de la bienveillance. C'est bien de bienveillance à l'égard de nos professionnels de santé que nous avons besoin.

L'opinion générale est bien de rechercher la plus grande fluidité possible entre les différents métiers intervenant dans la prise en charge de la personne malade. Et pourtant, le ministère de la Santé ne cesse d'insister sur la « nécessité d'adapter

7. La part des médecins en exercice particulier, homéopathe, acupuncteur, etc., s'est accrue de 20 % au cours des dix dernières années.

8. Parmi les premières mesures envisagées par les collectivités territoriales, bon nombre d'agglomérations ont cherché à attirer des professionnels en se limitant à quelques primes financières ou en nature et en cherchant à améliorer la qualité de vie supposée des praticiens par la construction de golfs.

Aujourd'hui l'État et l'assurance maladie ont instauré un système de prime ou d'incitation à l'installation dans des zones sous-dotées. L'évaluation de ces mesures sur cinq ans a permis de constater que seuls 50 médecins généralistes avaient pu être fixés, 50 omnipraticiens sur les 101 000 exerçant dans les 32 000 cabinets existant actuellement.

Herodote_143_BAT.indd 40 14/11/11 13:43

les ressources humaines aux besoins, de recentrer les professions existantes sur leur cœur de métier, par la poursuite de transferts d'actes d'une profession à l'autre [...] accompagnée d'un développement des liens entre les différents professionnels de santé » [ministère du Travail, 2011].

Enfin, HPST contient une rupture conceptuelle considérable. En réunissant au sein des agences régionales de santé l'ensemble des services déconcentrés de l'État (les anciennes DRASS et DDASS) et ceux de l'assurance maladie, l'État a enfin donné à la santé publique les moyens de conduire une politique d'ensemble, fondée sur une approche intersectorielle allant de la prévention à la prise en charge. Alors que chaque région se verra définir après concertation des plans régionaux touchant la prévention, l'offre de soins de ville et hospitalière et l'offre médicosociale, l'intention déclarée de la politique nationale est bien de penser et orienter sur le terrain une nouvelle organisation qui, dans chaque région, s'appliquera à l'ensemble des territoires en s'efforçant d'y apporter des réponses adaptées et toujours locales.

C'est bien dans cette intention que HPST cible explicitement de façon privilégiée l'*offre de soins de premier recours*. Celle-ci est assurée par un ensemble de professionnels de proximité[9]. Elle s'analyse à l'échelle locale, comme l'évoque non sans ménagement le rapport de la Cour des comptes publié cet automne : « Il est donc indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine d'avoir une vision faussée » [Cour des comptes, 2011].

Deux France de la proximité : celle de l'abondance et *l'autre* en diagonale

Une fois retranchée cette offre de premier recours, il reste ce qui n'est d'ailleurs pas nommé par la loi, et qui peut se nommer ainsi : les professionnels de pôles[10]. Ces pôles s'identifient facilement. Ils se trouvent essentiellement dans les métropoles régionales (Lille, Strasbourg, Montpellier, Marseille, Lyon... et Paris bien sûr), dans quelques villes secondaires (Vannes, Avignon, Rodez, Grenoble,

9. Il s'agit d'un regroupement réunissant les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens-lunetiers et les pédicures-podologues. La dénomination est celle qui a été mise en place par l'ORS Nord-Pas-de-Calais.

10. Il est composé des professionnels se trouvant en règle générale dans des sites (urbains pour la plupart) bien moins nombreux, moins disséminés et offrant une plus grande diversité de services de santé. Il regroupe toutes les autres professions régies par le code de santé publique et n'appartenant pas à la catégorie précédente. La dénomination est celle qui a été mise en place par l'ORS Nord-Pas-de-Calais.

Herodote_143_BAT.indd 41 14/11/11 13:43

Dijon...), et, pour quelque temps encore peut-être, dans quelques lieux ayant historiquement axé leur activité économique en lien avec la santé (villes de cures thermales ou ayant hérité de la période asilaire de grands sanatoriums ou hôpitaux psychiatriques). À la périphérie de ces pôles, dans un rayon variant surtout en fonction des temps d'accès et donc du réseau routier et autoroutier, sont venus et viendront s'implanter les professionnels de proximité que l'on cherche à rendre accessibles à la population. Cette carte de l'offre de proximité devrait et devra évoluer. Actuellement s'opposent deux grands ensembles. L'un est central et se déploie depuis Saint-Nazaire et Angoulême au sud-ouest et s'achève à Calais et Thionville au nord-ouest. C'est la France des territoires locaux, de la faible offre de soins de proximité. L'autre est plus méridional donc, et se complète du littoral breton. C'est la France de l'offre de premier recours abondante. Mais pourquoi donc ces deux cartes ne démontrent-elles pas ce qui est dit et redit, que la crise est avant toute chose celle de l'offre en milieu rural ? Certes, l'échelle des zones d'emploi qui est présentée ici masque bien des oppositions qui apparaîtraient à l'échelle communale. Mais il n'en reste pas moins que les implantations de professionnels de santé doivent être envisagées avec toute la bienveillance possible et qu'il faut admettre que les petits villages voient partir leurs professionnels au profit des bourgs, et que ces bourgs connaissent des départs en direction de petites villes. En effet, l'âge moyen des médecins, infirmiers et pharmaciens étant nettement plus élevé dans le sud de la France que plus au nord (effet délétère de l'héliotropisme constaté depuis toujours), c'est donc dans un avenir proche Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur qui devront avant les autres trouver les professionnels qui leur sont nécessaires. Quoi qu'il en soit, c'est bien la diagonale Saint-Nazaire-Angoulême/Calais-Thionville qui est aujourd'hui le plus en difficulté. Aux élus et aux agences régionales de santé de considérer avec toute la bienveillance voulue les professionnels qui y exercent aujourd'hui, faute de quoi... ils partiront ailleurs, plus au sud, et la boucle de l'impossible répartition des professionnels de santé sera ainsi bouclée de nouveau.

Pour évaluer, il faut passer par la question des besoins

Pourquoi faut-il à ce point s'organiser, organiser ce qui ne l'était pas, ce qui ne pouvait l'être avant HPST et les EGOS (États généraux de l'organisation de la santé) qui l'ont précédée ? Parce que, tout d'abord, un système organisé est un système qui coûte moins cher [ORS Nord-Pas de Calais, 2011]. Parce que, aussi, cette organisation est attendue et réclamée par les professionnels de terrain [Lacoste, Sampil, Rengot *et al*., 2010], par les élus locaux et parce que HPST le prévoit. Parce qu'enfin, et surtout, l'offre de soins dispense à la population, aux

Herodote_143_BAT.indd 42 14/11/11 13:43

Français qui ont financé ce système de santé tant envié, des services accessibles et correspondant à leurs attentes.

Si, pendant un temps, le recours à l'analyse de la mortalité et de ses diverses causes a servi non sans mal de guide dans l'appréciation de ces mêmes besoins, force est de constater que cette appréciation n'a abouti à rien puisque la carte de la mortalité, de ses deux composantes les plus significatives, la mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risques et la mortalité évitable par des actions sur le système de soins, demeure quasiment inchangée depuis les années 1950. L'écart est extrême, de près de 1 à 4, et se creuse entre Menton au sud (indice 57 pour la première et 46 et pour la seconde) et Lens-Liévin au nord (indice respectif 190 et 150).

Cependant, si l'on retient cette fois l'ampleur de l'évolution de la mortalité[11], sa baisse par rapport à la baisse générale dont la population française a bénéficié, il se dessine de tout autres cartes. Il semblerait bien que les territoires les plus en difficulté, du Nord-Pas-de-Calais ou de Picardie, ont pu bénéficier d'une amélioration similaire à l'ensemble de la France, que les régions méridionales ne s'améliorent plus autant et que la Bretagne, Rhône-Alpes et plus encore l'Alsace aient été les régions dans lesquelles l'amélioration des indicateurs de santé locaux ait été la plus soutenue, ce qui est tout à fait remarquable. Cela voudrait donc dire, et je suis prêt à le soutenir, que les actions menées ici ou là peuvent avoir un impact, à terme, sur l'état de santé local. Aussi serait-il possible qu'en ces temps post-HPST il soit enfin envisageable de suivre les effets indirects de ce que produit notre système de santé *sur le terrain*.

Bibliographie

COUR DES COMPTES (2011), *La Sécurité sociale*, Paris, 579 p.

DÉPLAUDE M. O. (2009), « Une fiction d'institution : les besoins de santé de la population », *in* CHAUVIRÉ C., OGIEN A. et QUÉRÉ L., *Dynamiques de l'erreur*, Éditions de l'EHESS, Paris, 359 p.

DESROSIÈRES A., THÉVENOT L. (2002), *Les Catégories socioprofessionnelles*, La Découverte, Paris, 122 p.

DAVEZIES L. (208), *La République et ses territoires : la circulation invisible des richesses*. Seuil, Paris, 110 p.

11. Cette évolution est évaluée au moyen de l'ICEM (indice comparatif d'évolution de la mortalité) conçu et développé par l'Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais. Pour plus d'information, se référer au site de l'ORS : www.orsnpdc.org/donnees-icem/.

Herodote_143_BAT.indd 43 14/11/11 13:43

LACOSTE O., SAMPIL M., RENGOT M., TRÉDEZ T., OULD-KACI K., BEN HADJ YAHIA M. B., GIOVANNELLI J. (2010), *Enquête sur les besoins locaux de santé*, Loos, ORS Nord-Pas-de-Calais, 57 p.

LACOSTE O. (1999), « La géopolitique de la santé en France. Une problématique émergente », *Hérodote*, n° 92, p. 19-49.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ (2011), *Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025*, 52 p.

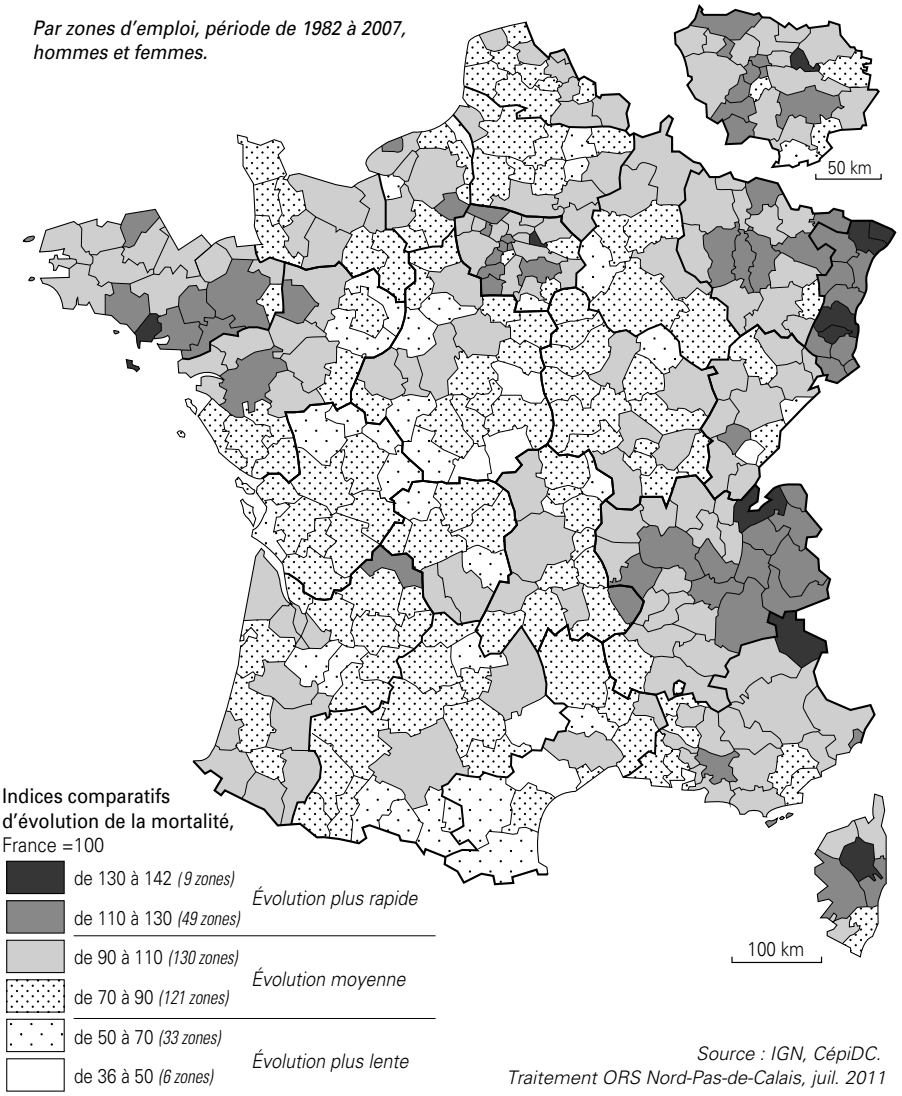
POIRIER G., SAMPIL M., TRÉDEZ G. (2010), *Les Systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord-Pas-de-Calais*, Loos, ORS Nord-Pas-de-Calais, 70 p.

TRÉDEZ G., LACOSTE O. (2008), *Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement*, Loos, ORS Nord-Pas-de-Calais.

Herodote_143_BAT.indd 44 14/11/11 13:43

CARTE 1. – ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE, TOUTES CAUSES

Par zones d'emploi, période de 1982 à 2007, hommes et femmes.

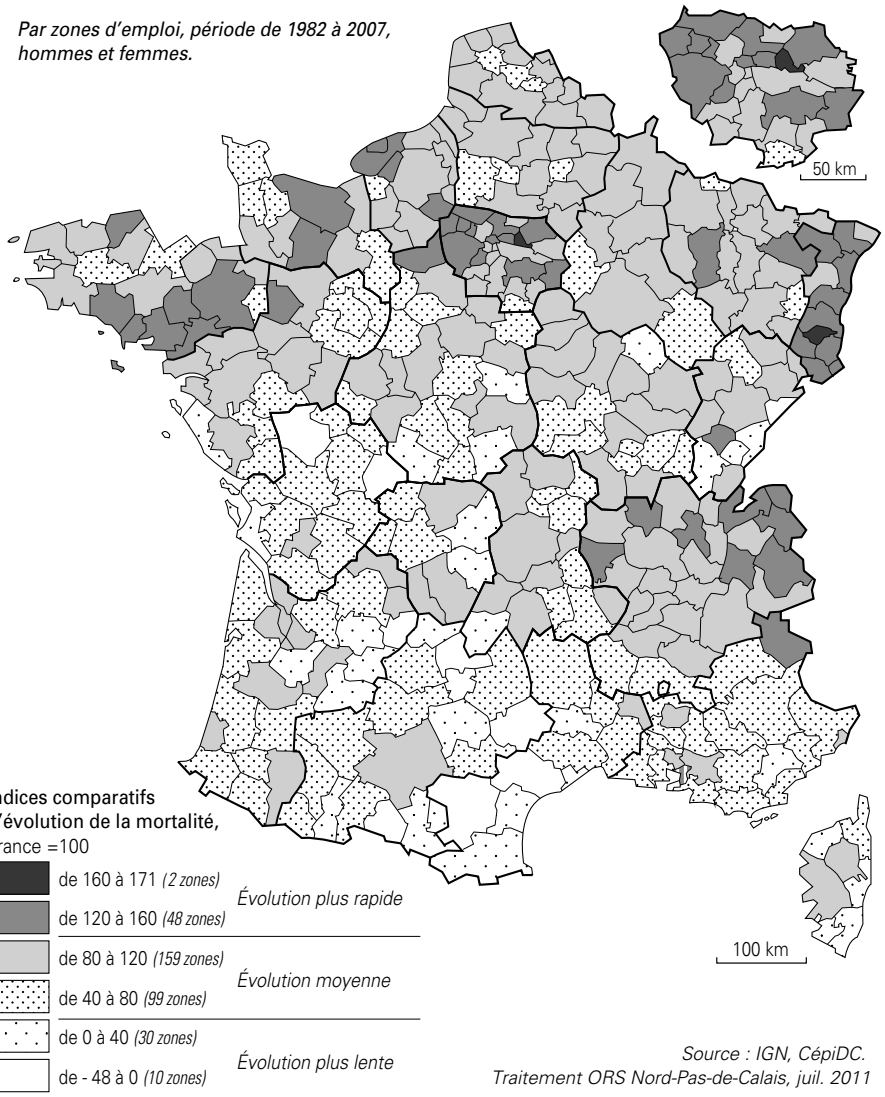


Source : IGN, CépiDC.
Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais, juil. 2011

Herodote_143_BAT.indd 45 14/11/11 13:43

CARTE 2. – ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE PAR DES ACTIONS SUR LES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS

Par zones d'emploi, période de 1982 à 2007, hommes et femmes.

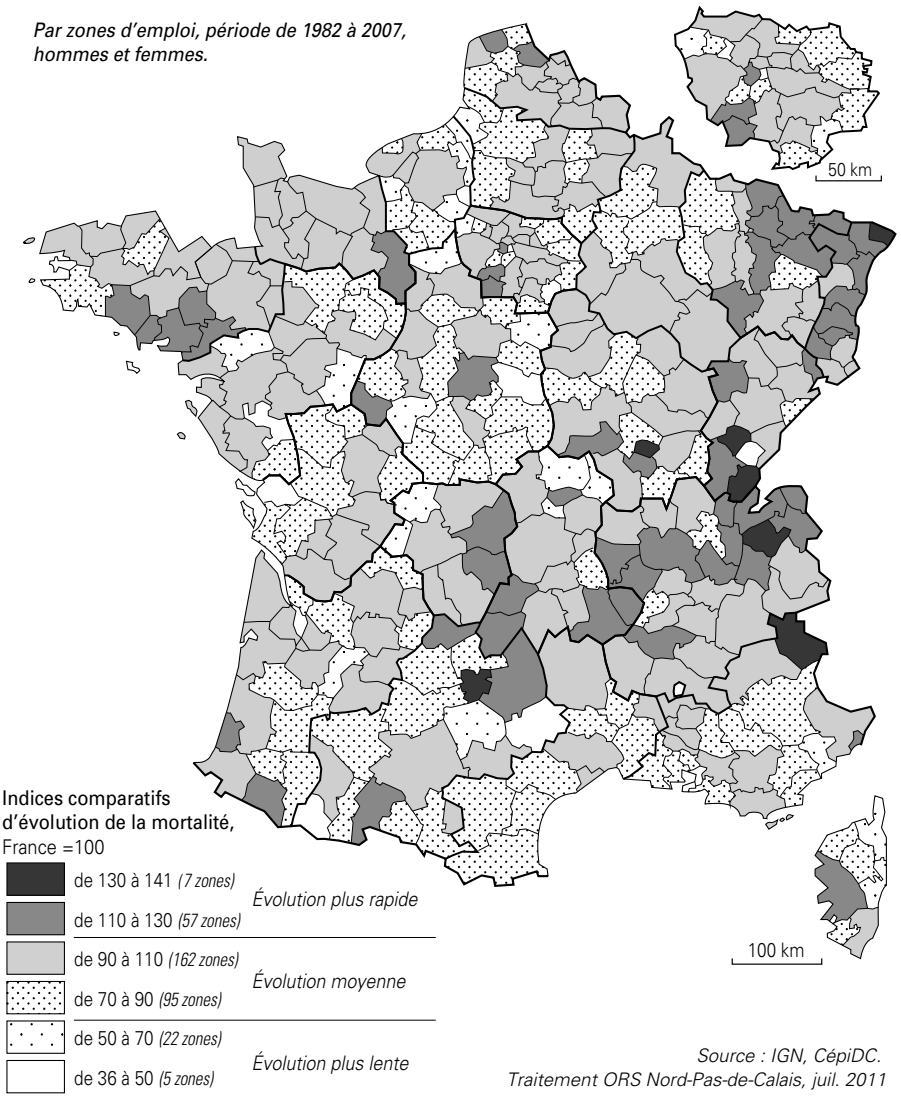


Source : IGN, CépiDC.
Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais, juil. 2011

Herodote_143_BAT.indd 46 14/11/11 13:43

CARTE 3. – ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE PAR DES ACTIONS SUR LE SYSTÈME DE SOINS

Par zones d'emploi, période de 1982 à 2007, hommes et femmes.

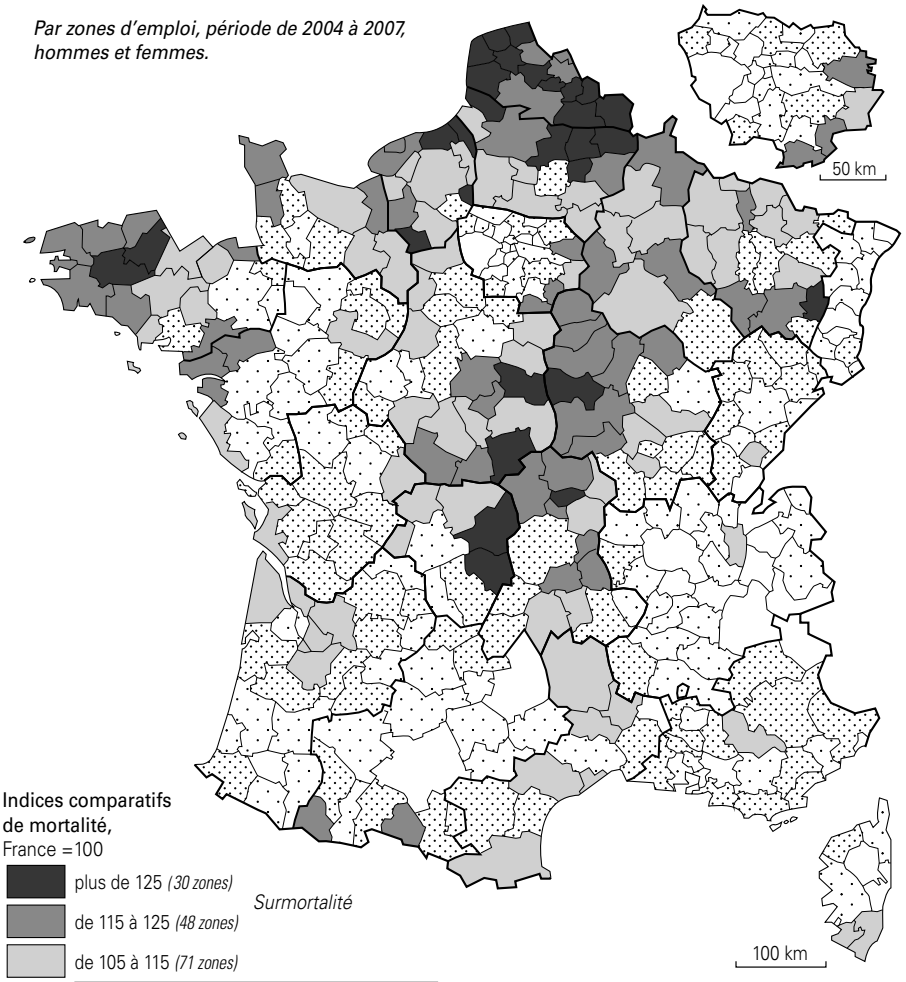


Source : IGN, CépiDC.
Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais, juil. 2011

Herodote_143_BAT.indd 47 14/11/11 13:43

CARTE 4. – MORTALITÉ PRÉMATURÉE
(AVANT 65 ANS) TOUTES CAUSES

Par zones d'emploi, période de 2004 à 2007, hommes et femmes.

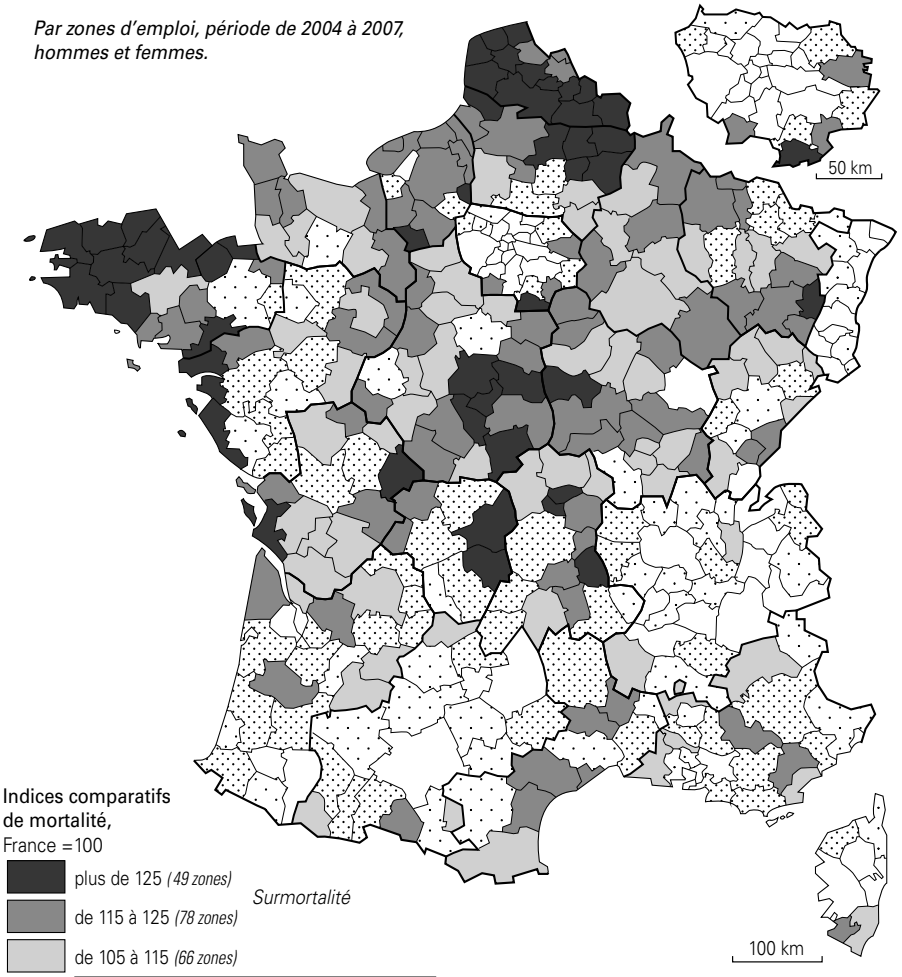


Source : IGN, CépiDC.
Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais, juil. 2011

Herodote_143_BAT.indd 48 14/11/11 13:43

CARTE 5. – MORTALITÉ PRÉMATURÉE (AVANT 65 ANS)
ÉVITABLE PAR DES ACTIONS SUR LES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS

Par zones d'emploi, période de 2004 à 2007, hommes et femmes.

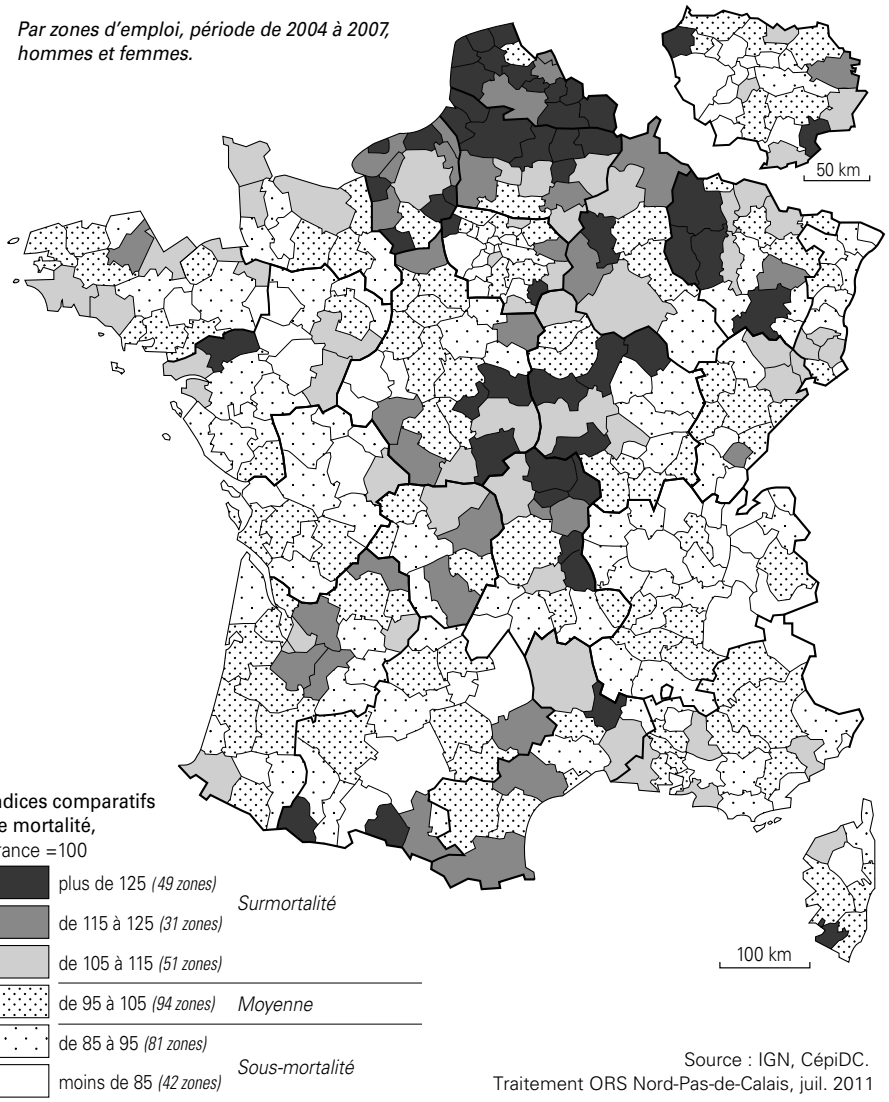


Source : IGN, CépiDC.
Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais, juil. 2011

Herodote_143_BAT.indd 49 14/11/11 13:43

CARTE 6. – MORTALITÉ PRÉMATURÉE (AVANT 65 ANS)
ÉVITABLE PAR DES ACTIONS SUR LE SYSTÈME DE SOINS

Par zones d'emploi, période de 2004 à 2007, hommes et femmes.



Source : IGN, CépiDC.
Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais, juil. 2011

Herodote_143_BAT.indd 50 14/11/11 13:43