

Enquête sur les besoins locaux de santé

10
1

Olivier Lacoste, Madiou Sampil, Marielle Rengot, Gilles Trédez

Karim Ould-Kaci, Mohamed-Bécher Ben Hadj Yahia, Jonathan Giovannelli

Enquête sur les besoins locaux de santé

Olivier Lacoste ¹
Madiou Sampil ²
Marielle Rengot ²
Gilles Trédez ²

Karim Ould-Kaci ³
Mohamed-Béchir Ben Hadj Yahia ³
Jonathan Giovannelli ³

¹ Directeur, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

² Chargé(e) d'études, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

³ Interne de santé publique, Faculté de médecine, Université de Lille 2

Sommaire

Introduction	9
Population et méthode	13
Quel est le but de cette étude ?	13
Qui avons-nous rencontré ?	13
D'où proviennent-ils ?	13
Comment les avons-nous sélectionnés ?	13
Comment avons-nous réalisé les entretiens ?	14
Comment avons-nous procédé à l'analyse des données de besoins de santé issues des entretiens réalisés ?	14
Résultats	15
Les territoires d'où sont issus les acteurs-clés interrogés	15
Typologie ou familles d'acteurs-clés ayant participé aux entretiens	15
Analyse des différents besoins décrits par les acteurs-clés	15
Conceptions de besoins de santé	18
Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions d'élus, de responsables (ou de décideurs) territoriaux	18
Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions de médecins praticiens hospitaliers	23
Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions de médecins praticiens de ville	27
Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions de responsables, non médecins, au sein de structures de soins	32
Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions d'acteurs de prévention	36
Besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions de médecins du travail	43
Conclusion provisoire	45
Annexe	55
<i>Présentation des 6 grandes classes de besoins de santé et de leurs sous-types, élaborés par l'ORS à partir des besoins identifiés par les professionnels au cours des entretiens</i>	
Bibliographie	57

Introduction

Les besoins de santé de la population constituent de plus en plus l'une des références essentielles des politiques de santé, tant pour ce qui relève de l'organisation des soins que de la production de textes réglementaires. Dans une certaine mesure, la satisfaction, ou tout au moins la prise en compte des besoins de santé, tendent à devenir le nouveau paradigme de l'action publique.

Mais l'approche descriptive et analytique met aussi en évidence que les besoins de santé sont très souvent *clairs comme la bouteille à l'encre*. Ceux qui ont eu l'occasion d'en traiter¹, tout comme les écoliers qui avaient la charge de remplir les encriers placés sur les bureaux des écoliers d'autrefois, savent qu'il demeure toujours, ou presque, une opacité certaine.

En effet, l'obscurité de l'application du concept est peu résolue par l'abord classique que la santé publique propose aujourd'hui. Il est de coutume d'apporter un regard qualitatif et expert sur ces besoins qualifiés alors de *besoins réels*, s'ils sont présentés par des acteurs du système de santé, latents car venant d'être observés ou analysés par des professionnels, ou ressentis s'ils émanent de la population, des usagers.

Pire encore, car encore plus chargé de maladresse, le besoin de santé est parfois décrit comme *l'écart entre la situation actuelle* (évaluée sur quelle base ?) *et la situation désirée* (par qui ?). Le *besoin non satisfait* constitue alors un *problème de santé* académiquement conçu et exposé. S'il est ainsi objectivé, objectivé préférentiellement par la production et la présentation d'indicateurs statistiques, il acquiert une neutralité apparente puisque les conditions techniques de sa production sont toujours exposées dans les *règles de l'art*, tandis que les présupposés de sa conception ne sont jamais ou très exceptionnellement présentés.

Ce constat, nous avons pu le mener dans le cadre de cette enquête, suggérée par le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais dès la phase de conception. D'autres l'ont fait eux aussi, pour un autre champ que celui de la santé, l'économie, et dans un cadre et des circonstances plus prestigieuses.

Ainsi est-il évident pour nous qu'il est nécessaire, pour traiter convenablement et avec honnêteté de la question des besoins de santé, d'emprunter un chemin similaire à celui qui a été balisé par la Commission Stiglitz² dès avril 2008. Cette *commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social* a pour but de *développer une réflexion sur les moyens d'échapper à une approche trop quantitative, trop comptable de la mesure de nos performances collectives* et d'élaborer de *nouveaux indicateurs de richesse*.

¹ Salomez JL, Lacoste O. Du besoin de santé au besoin de soins : la prise en compte des besoins en planification sanitaire. *Hérodote* 1999 ; 92 : 101-20.

Cases C, Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? *Solidarité et santé* 2004 ; 1 : 17-22.

Lacoste O. Peut-on déterminer des besoins locaux de santé ? *Actualité et dossier en santé publique* 1999 ; 29 : 43-6.

Berthod-Wurmser M, Baubeau D. Planification et besoins de santé de la population. *Actualité et dossier en santé publique* 1995 ; 11 : 30-3.

² Stiglitz J, Sen A, Fitoussi JP. *Vers de nouveaux systèmes de mesure*. Paris : Odile Jacob, 2009 ; 417 p.

www.stiglitz-sen-fitoussi.fr

Les besoins et la santé

Les *besoins*, cela se conçoit¹ comme l'ensemble des *choses* considérées comme nécessaires à l'existence d'un être, d'une chose ou d'un fait.

Les *besoins de santé*, ce sont donc l'ensemble de ce qui est identifiable et dont la présence ou l'action rendent seules possible la santé.

Dans le cas présent, c'est bien implicitement de la santé de populations, des habitants, qu'il faut s'enquérir puisqu'il s'agit de santé publique. Or, la définition la plus souvent citée de la santé est : *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

Il en découle que, pour qu'il y ait santé, il faut que tout ou partie des besoins fondamentaux des populations soient satisfaits, que ceux-ci soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Or, quels peuvent être ces besoins fondamentaux des populations ? Pour ce qui est des personnes, de chaque individu, il existe fondamentalement, selon la théorie très classique de Maslow², cinq niveaux de besoins générant la recherche de la satisfaction :

1. Besoins physiologiques (manger, boire, dormir, respirer...) ;
2. Sécurité (du corps, de l'emploi, de la santé, de la propriété...) ;
3. Besoins sociaux (amour, amitié, appartenance, intimité) ;
4. Estime (confiance, respect des autres et par les autres, estime personnelle) ;
5. Accomplissement personnel (morale, créativité, résolution des problèmes...).

Suivant très modestement les pas de Maslow, nous avons réalisé des observations, des entretiens semi-directifs auprès d'une trentaine de professionnels locaux, abordés en tant qu'observateurs privilégiés. Ce que nous sommes allés rechercher auprès d'eux était de les entendre s'exprimer sur leurs propres conceptions des besoins de santé locaux. La démarche s'est avérée être particulièrement productive, nos informateurs se sont tous sentis concernés par l'objet de l'étude, à même de formuler une analyse issue de leur expérience du terrain et cependant distanciée. Nous avons ressenti, peut-être avec quelque subjectivité dont nous nous sommes efforcés de nous distancier avec la prudence nécessaire, que l'acculturation des acteurs de terrain aux enjeux de la santé était largement acquise, tant leur expression fut très souvent fluide et étayée. Ainsi, au terme de ces rencontres, ce sont plus de trois cents besoins qui nous ont été formulés, décrits et argumentés. À l'issue de cette enquête ces besoins se trouvent, après avoir été répertoriés, classés et analysés, regroupés en six grands groupes.

Local, cela change quoi ?

Local est un adjectif qui définit ce qui est situé en un lieu, occupe une portion de l'espace. C'est le même sens qu'il prend d'ailleurs dans son acception médicale en décrivant ce qui n'affecte qu'une partie du corps (traitement local, anesthésie locale, etc.). Ce n'est donc pas user d'un pléonasme que de dire que l'échelon local –et l'abord qu'il génère– est, dans ses fondements, différent de l'échelon national ou régional. Pour preuve, l'approche classique des besoins de santé, se donnant à voir au moyen d'indicateurs statistiques³, connaît de très lourdes limitations statistiques lorsqu'il s'agit du local. En effet, les

¹ Définition du dictionnaire *Le Robert*.

² Théorie élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue Abraham Maslow sur la motivation. L'article où Maslow expose sa théorie de la motivation, *A Theory of Human Motivation*, est paru en 1943.

³ On pense, entre autres, à la mortalité prématurée et à son intégration dans le *Resource Allocation Working Party* (Rawp) britannique, mais aussi à bien d'autres indicateurs courants produits aux échelles nationale et régionale.

populations concernées sont très souvent, même dans une région aussi dense et urbanisée que le Nord – Pas-de-Calais, insuffisamment nombreuses pour que les indices élaborés puissent atteindre la pertinence tant leur instabilité (leur susceptibilité à varier dans de larges proportions entre deux périodes) est prégnante. Pour être acceptable, le recours à la mortalité de l'ensemble des classes d'âge doit se rapporter à une population d'au moins 10 000 habitants. Il en faut quatre fois plus s'il s'agit de mortalité prématurée, ce qui signifie qu'en moyenne en France, 10 % des zones d'emplois, 30 % des Pays, 95 % des Communautés de Communes et la quasi-totalité des cantons de France ne pourraient être le cadre local d'indicateurs *fiables*, si les statistiques produites n'étaient établies sur plusieurs années regroupées. Cette variabilité est elle-même instable entre régions. Voilà pourquoi le local de l'Île-de-France ne peut être et ne doit pas être strictement considéré et abordé à l'identique du local du Limousin¹.

Les limites induites par le local sont particulièrement patentes dans l'analyse du système de soins, de la démographie des professions de santé. En effet, s'il est plus qu'acceptable de dénombrer les effectifs de médecins ou de sages-femmes par région ou département en admettant, toutes choses étant égales par ailleurs, que leurs présences effectives –les équivalents temps plein²– sont identiques ici et là puisque moyennées dans la masse, il n'en est pas de même lorsque l'on examine les forces en présence sur un, deux ou trois établissements.

Enfin, le local permet, par son extension géographique limitée, d'aborder avec plus de facilité les interrelations, les interdépendances, les effets induits de diverses logiques et de divers acteurs. Il est en outre aussi, de ce fait, le cadre privilégié de la formulation de projets. En cela le local, où qu'il soit, recèle des ressources peu reconnues, ou plutôt susceptibles d'être mises en œuvre. Pour ce faire, il ne faut pas considérer la question qu'au travers de la prétendue spécificité de chaque site ou lieu. Au contraire, sans déroger aux schémas, aux plans, aux recommandations, issus d'organismes nationaux tels que la Haute Autorité de Santé, ou régionaux comme l'Agence Régionale de Santé, il est possible de considérer qu'une région est bel et bien la somme des territoires locaux qui la composent. C'est d'ailleurs à une telle démarche que s'était livrée la réforme Juppé de 1995 qui décomposa, désagrégea le territoire national par ses Agences Régionales de Santé, pour la seule hospitalisation.

C'est pourquoi, sous quelques réserves d'acculturation ultérieure, il serait concevable de ne plus opposer approche descendante (du tout vers ses parties) et approche ascendante (des parties vers l'ensemble).

Le travail que nous présentons, cette enquête, ne peut avoir de sens et d'utilité que si les constats et les analyses qui y sont exposés sont, par la suite, compris, débattus, repris, développés et pour finir, mis en œuvre. Au moment où se mettent en place les Agences Régionales de Santé, dans cette période où l'organisation nationale, régionale et locale de santé semble pouvoir être portée, comprise et pensée lors des prochains travaux préparatoires au *Projet régional de santé*³, il était sans doute opportun, comme l'a fait le Conseil Régional en sollicitant l'ORS Nord – Pas-de-Calais⁴, de porter son attention sur ce point.

¹ Lacoste O (1999), op. cit.

² Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Trédez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2007. Cité dans : ONDPS-INCA. *Rapport 2006-2007. Les métiers de la cancérologie : tome 4*. Paris : La documentation française, 2008 ; 151 p.

³ Il devrait être composé du Schéma régional d'organisation sanitaire et des volets soins de ville, médico-social et santé publique.

⁴ Il est vrai qu'après plus de 20 ans de production d'indicateurs, l'ORS avait quelques raisons de connaître l'intérêt et l'utilité d'indices de besoins, mais aussi leurs limites et les limites de leur pertinence. À diverses reprises, l'ORS a été sollicité afin de proposer des indicateurs de besoins, tant dans le cadre du SROS 2 et dans une moindre mesure du SROS 3, ou encore lors de la conduite des Programmes régionaux de santé, du Plan régional de santé publique ou encore du Plan régional de lutte contre les cancers.

Population et méthode

Quel est le but de cette étude ?

Le but de cette étude est que l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nord – Pas-de-Calais se prononce (expertise) sur la façon dont les acteurs de terrain **conçoivent et expriment** les besoins de santé de leur territoire.

Qui avons-nous rencontré ?

La population concernée par l'étude est constituée des acteurs locaux, professionnels de santé ou professionnels du territoire, qu'ils soient médecin généraliste, médecin spécialiste, professionnel paramédical, professionnel de l'administration d'un établissement de santé, élu ou technicien de territoire, etc., considérés comme acteurs-clés (ou informateurs-clés) d'un des territoires de la région Nord – Pas-de-Calais.

D'où proviennent-ils ?

Les territoires d'investigation considérés dans la région Nord – Pas-de-Calais sont :

1. La métropole lilloise ;
2. Les grandes agglomérations (Arras, Boulogne-sur-Mer, Dunkerque, Valenciennes).
3. Les autres agglomérations et territoires périphériques.

Comment les avons-nous sélectionnés ?

La méthode utilisée est celle d'un recueil d'informations par informateurs-clés. Ce recueil d'informations a été réalisé selon les territoires de la région Nord – Pas-de-Calais, en deux temps :

▪ **1^{er} temps : sélection des territoires des acteurs-clés interrogés**

Les besoins de santé qui s'exprimeront seront rattachés au territoire de l'acteur interrogé (son territoire d'intervention, administratif, d'attraction...), il est donc indispensable dans notre démarche de délimiter des territoires : soit périphériques, soit métropolitains comme l'agglomération lilloise. Un troisième groupe semble se dégager après réflexion, les grandes agglomérations non lilloises.

▪ **2^e temps : échantillonnage des acteurs-clés locaux**

L'essentiel est de choisir des interlocuteurs intervenant dans des territoires retenus. **Les acteurs-clés locaux** sont ainsi sélectionnés sur une couverture représentative de l'ensemble des territoires locaux du Nord – Pas-de-Calais, de façon à broser un paysage des professionnels et/ou décideurs de la santé par territoire.

Ce type d'échantillonnage n'a pas la prétention de vouloir rechercher la représentativité ou l'exhaustivité des corps de métiers de la santé, ni celle des autres corps de métiers.

Ainsi, pour ces informateurs-clés, il n'y a pas d'impératifs comparables à ceux d'un échantillon statistique. Il faut à la fois trouver les « bonnes personnes », c'est-à-dire celles qui auraient quelque chose à dire, et veiller à ne pas se retrouver à naviguer sans en avoir conscience dans un réseau, ou un groupe distinct d'interlocuteurs, dont le discours serait uniforme et formaté donc sans intérêt.

On se gardera de la généralisation à partir d'un échantillon mal diversifié (NB : il est important d'éviter des déséquilibres manifestes ou l'oubli de grandes catégories).

Les critères classiques tels que l'âge, la profession, la situation familiale, la résidence, etc., s'ils existent, ne serviront ici qu'à fixer le cadre, seuls les propos locaux recueillis seront mis en exergue.

Comment avons-nous réalisé les entretiens ?

Chaque entretien a été mené par un binôme et a donné lieu à un compte rendu rédigé sous la forme d'un document Word. La méthode de travail utilisée s'articule autour de *l'entretien compréhensif*. L'idée sous-jacente à ce choix était de cibler une méthode capable d'opérer une séparation entre le sens commun et les perceptions subjectives. Il importe, dans nos entretiens, de recueillir des propos qui soient bien locaux, c'est-à-dire ni régionaux ni nationaux. Il n'y a pas lieu, non plus, de chercher à délimiter les territoires d'intervention de nos interlocuteurs de façon drastique, mais plutôt de les interroger sur leur champ territorial de compétences afin de structurer ces territoires à posteriori, lors de l'analyse des résultats en fonction de leurs réponses et des réalités du terrain.

En privilégiant une approche sociologique basée sur l'expression des acteurs, cette méthode se détache par son opposition aux instruments classiques, notamment *la modélisation mathématique*. En effet, cette dernière s'attache certes à la rigueur formelle de la méthodologie scientifique mais reste difficile à appliquer dans ce type d'étude, compte tenu des contraintes techniques, temporelles et financières.

Ces concepts empruntés à la sociologie prennent tout leur sens dans une étude de besoins sanitaires et sociaux.

L'entretien compréhensif est donc présenté comme une méthode d'explication compréhensive du social.

Comment avons-nous procédé à l'analyse des données de besoins de santé issues des entretiens réalisés ?

Deux types de données sont analysés :

- les données des comptes rendus (des documents Word) réalisés par chaque binôme ;
- et les données saisies sous forme de types de besoins dans un fichier Excel.

La liste des différents besoins tels que repris par les acteurs-clés, ainsi que leur regroupement par grandes catégories (ou grands types) de besoins, sont présentés dans ce document.

Résultats

Les territoires d'où sont issus les acteurs-clés interrogés

Les territoires d'investigation ont été répartis en quatre catégories : la première est constituée de Lille Métropole ; la deuxième, des zones à la périphérie de Lille (exemple : Roubaix, Tourcoing, etc.), l'essentiel étant de choisir, pour ces territoires, des interlocuteurs intervenant dans des espaces qui, par rapport à Lille, sont considérés comme la métropole (y compris l'agglomération lilloise) ; la troisième catégorie se compose d'Arras, Boulogne-sur-Mer, Dunkerque et Valenciennes, et la quatrième et dernière, de tous les autres périmètres de la région (Lens, Douai, Maubeuge, etc.).

Typologie ou familles d'acteurs-clés ayant participé aux entretiens

Au total, 24 entretiens ont été menés auprès des professionnels du territoire régional. La répartition de ces professionnels par type d'acteurs figure dans le tableau n° 1 ci-dessous. Les professionnels ont été comptabilisés *autant de fois qu'ils ont de fonctions dans la région (par exemple : un médecin hospitalier interrogé, qui est également maire d'une commune, est compté deux fois car il donne un avis en tenant compte de ses deux fonctions)*. Soit, pour notre étude, un total de 29 recueils d'informations.

Tableau n° 1 : Types d'acteurs et nombre total d'entretiens pris en compte

Numéros	Titre ou fonction	Effectifs
1	Élus et responsables(ou décideurs) territoriaux	9
2	Médecins praticiens hospitaliers	4
3	Médecins praticiens de ville	5
4	Non médecins responsables de structures de soins	3
5	Acteurs de prévention	7
6	Médecins du travail	1
	Total	29

Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2009. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Analyse des différents besoins décrits par les acteurs-clés

Au cours des entretiens, chaque professionnel du territoire a été invité à répondre principalement à la question suivante :

Quels besoins de santé identifiez-vous sur votre territoire professionnel ?

À partir de la réponse donnée à cette question, le professionnel était relancé selon qu'il nous apparaissait que le répondant avait : soit d'autres informations à fournir sur la

question ; soit des explications à donner, indispensables pour une meilleure compréhension des informations fournies.

Au total, à l'issue des entretiens réalisés, ce sont 310 citations d'expressions des besoins en lien avec la santé des populations, qui ont été répertoriées. Après correction et suppression de doublons, le nombre des besoins énoncés a été ramené à 128 : le détail en est livré ci-dessous.

1. Besoin d'accès aux informations	41. Besoin d'une structure supplémentaire consacrée aux projets locaux
2. Besoin d'accès aux soins	42. Besoin de centres de références
3. Besoin d'éducation du patient, des professionnels de première ligne	43. Besoin de changement d'organisation locale
4. Besoin d'évaluation de situation (grave / urgence)	44. Besoin d'établir un plan d'aide, d'information et de coordination
5. Besoin d'évaluer les ressources	45. Besoin des établissements pluridisciplinaires
6. Besoin d'identifier la personne ressource	46. Besoin d'évaluation des actions de santé
7. Besoin d'organisation du système de soins	47. Besoin d'extension du nombre de lits
8. Besoin d'orientation et de suivi social	48. Besoin d'externalisation des actions de santé
9. Besoin d'amélioration de l'efficacité dans la prise en charge en urgence (de l'asthme, du cancer, etc.)	49. Besoin d'identification des interlocuteurs-clés au niveau des acteurs
10. Besoin d'améliorer l'information en santé	50. Besoin d'identification des nouveaux porteurs de projets
11. Besoin de changement de conception idéologique	51. Besoin d'indicateurs (locaux, spécifiques au territoire, etc.)
12. Besoin de coordination des acteurs du territoire	52. Besoin d'information et de débat (de réflexion sur l'Alzheimer et la promotion de la santé, etc.)
13. Besoin de créer un lien médico-social dans le cadre de la santé	53. Besoin d'optimiser et de structurer l'offre de soins
14. Besoin de croiser les informations	54. Besoin d'organisation du système de santé (des soins autour d'une même équipe, notamment des soins de proximité, etc.)
15. Besoin d'une meilleure articulation du monde médical et social	55. Besoin d'organisation (du suivi social et entre les structures)
16. Besoin de développer la prévention	56. Besoin d'ouvrir les hôpitaux vers les villes
17. Besoin de formation et de promotion auprès des professionnels de santé	57. Besoin d'un certain nombre de disciplines médicales, dont besoin de formation des médecins de spécialités
18. Besoin dans le domaine technique et technologique (équipements, ingénierie)	58. Besoin d'un directeur d'hôpital
19. Besoin de moyens humains	59. Besoin d'un meilleur maillage des acteurs locaux
20. Besoin de prévention (en cancérologie)	60. Besoin d'un meilleur travail d'information et de réorientation des patients
21. Besoin de professionnels paramédicaux et sociaux	61. Besoin d'un parcours de soins plus efficace
22. Besoin de projets avec les maisons de santé	62. Besoin d'un regard d'expert, pour dépasser les visions institutionnelles
23. Besoin de psychologue pour les familles et les travailleurs du centre local	63. Besoin de couvrir le territoire
24. Besoin de suivi	64. Besoin d'une accessibilité à un conseil de santé
25. Besoin de transports	65. Besoin d'une couverture territoriale des actions de prévention
26. Besoin en offre de soins	66. Besoin d'une vision locale des enjeux de santé
27. Besoin de coordination des soins	67. Besoin de connaître les attentes et les besoins de la population
28. Besoin d'accessibilité	68. Besoin de consultations diététiques
29. Besoin d'accompagnement du parcours de soins	69. Besoin de consultations en neurologie
30. Besoin d'actions (de gérontologie, par rapport à la santé au travail, etc.)	70. Besoin d'élargissement des coordinations et de création des liens (au sein de l'hôpital, entre les différents hôpitaux, des acteurs stratégiques et des dispositifs, etc.)
31. Besoin d'agir sur les déterminants de santé	71. Besoin d'une meilleure sécurité de prise en charge
32. Besoin d'articulation, de synergie avec les territoires voisins	72. Besoin d'une prise en charge personnalisée dans le réseau
33. Besoin d'attractivité du territoire (en médecins, en professionnels de santé)	73. Besoin de créer des comités de santé au niveau territorial
34. Besoin d'augmenter le suivi des patients en ville en lien avec l'hôpital	
35. Besoin d'autonomisation de la personne	
36. Besoin d'autorité des institutions de la santé (disparition de la Mutualité Sociale Agricole)	
37. Besoin d'avoir des groupes de travail décentralisés	
38. Besoin d'avoir la faisabilité politique au niveau local	
39. Besoin d'échanges des ressentis des élus locaux sur leurs territoires	
40. Besoin d'écoute, de concertation entre les intervenants	

74. Besoin d'une meilleure communication des institutions sociales (Caisses d'Allocations Familiales, acteurs sociaux) avec les soignants	101. Besoin de places en gériatrie
75. Besoin de faire émerger des projets de soins et filières	102. Besoin de toilettes
76. Besoin de créer des outils adaptés par tranche d'âge	103. Besoin de professionnels d'autres domaines
77. Besoin de dépistage de la maladie d'Alzheimer	104. Besoin de raccourcissement du temps d'hospitalisation de jour
78. Besoin de prise de conscience de la maladie d'Alzheimer au niveau des médecins généralistes	105. Besoin de rattrapage des prises de décisions
79. Besoin de débrouillage en hématologie	106. Besoin de recréer des dispensaires en ville
80. Besoin de déculpabiliser les soins	107. Besoin de redéfinir l'articulation médecin généraliste et médecin spécialiste
81. Besoin de délocalisation des actions de santé	108. Besoin de réduire les inégalités d'accès aux soins
82. Besoin en démographie médicale et paramédicale (ophtalmologistes, psychiatres, santé au travail, dentistes, etc.)	109. Besoin de réflexion sur les nouvelles technologies et de moyens
83. Besoin de développement de la télé médecine	110. Besoin de remplacer les médecins qui partent à la retraite
84. Besoin de faire la formation continue des professionnels de ville à l'hôpital	111. Besoin de rencontres locales entre population et professionnels de terrain
85. Besoin de favoriser l'environnement des associations	112. Besoin de rendre plus lisibles les législations en cours
86. Besoin de financement pour créer des liens	113. Besoin de réorganiser la permanence des soins
87. Besoin de financement (pour des structures d'accueil de professionnels, plan Alzheimer, etc.)	114. Besoin de réorganiser les soins de suite
88. Besoin de formation des habitants relais	115. Besoin de répondre aux spécificités du territoire
89. Besoin en Maisons de Santé Pluridisciplinaires	116. Besoin de réseaux de santé, d'équipes de soins palliatifs
90. Besoin de légitimité des décisionnaires	117. Besoin de respecter le moment du diagnostic et du choix de l'action sur le territoire
91. Besoin de lisibilité de l'information et du système	118. Besoin de se regrouper pour répondre au vieillissement de la population
92. Besoin de lutter contre l'isolement et la dépression de la personne âgée	119. Besoin de soins de suite et de réadaptation (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes) et d'aide à domicile
93. Besoin de prise en charge du handicap des personnes âgées	120. Besoin de structuration du temps de travail
94. Besoin de lutter contre la non-consommation de soins	121. Besoin de temps médical
95. Besoin de lutter contre la surmédicalisation	122. Besoin de tenir le débat au niveau régional
96. Besoin de surveillance de la prise de médicaments chez la personne âgée	123. Besoin de textes de lois cohérents
97. Besoin de Maisons d'Aide Psychologique et Sociale et de places dans les Centres d'Information et d'Accueil Départementaux	124. Besoin de partage de compétences
98. Besoin de mesures incitatives	125. Besoin de travailler dans la durée
99. Besoin de mise en lumière des ressources locales	126. Besoin d'une meilleure prescription des examens
100. Besoin de places de l'activité T2A	127. Besoin en addictologie
	128. Besoin en moyens de transport pour faciliter la mobilité

À partir de la liste ci-dessus, 63 types de besoins de santé (cf. Annexe) ont été identifiés, lesquels ont ensuite été répartis et regroupés en 6 grandes classes :

1. Les besoins en organisation du système de santé ;
2. Les besoins de coordination et de décloisonnement en santé ;
3. Les besoins de décisions politiques et de développement local en santé ;
4. Les besoins d'observation et d'indicateurs de santé ;
5. Les besoins de méthodologie et de formation en santé ;
6. Les besoins de concertation et de communication en santé.

Notre analyse, dans cette étude, se veut descriptive des classes, familles ou groupes de besoins de santé répertoriés par l'ORS en fonction des types d'acteurs (ou professionnels) rencontrés. Dans ce document, nous ne faisons part que des expressions de besoins de santé identifiés, lesquels n'ont pas été quantifiés puisque, de notre point de vue, ils ne pouvaient l'être en l'état¹.

¹ Si cette quantification n'a pas été faite, compte tenu des conditions de ce travail, ceci ne signifie pas, loin s'en faut, que de tels dénombrements ne sont pas fondamentalement envisageables et réalisables.

Conceptions de besoins de santé

BESOINS IDENTIFIÉS PAR LES ACTEURS-CLES EXERÇANT LES FONCTIONS D'ÉLUS, DE RESPONSABLES (OU DE DÉCIDEURS) TERRITORIAUX

En général

Les élus et/ou décideurs territoriaux rencontrés n'ont pas évoqué d'obstacle conceptuel à la notion de besoins de santé. Le meilleur moyen pour certains d'entre eux de les appréhender réside dans les remontées d'informations que leur procurent les contacts qu'ils ont, en particulier avec :

- les professionnels de santé ;
- la population ;
- et d'autres responsables régionaux.

Pour d'autres décideurs, les besoins de santé ne se cantonnent pas à des besoins de soins. Pourtant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), en tant qu'organisme de tutelle, est souvent tenue d'objectiver les besoins de santé en termes d'objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS).

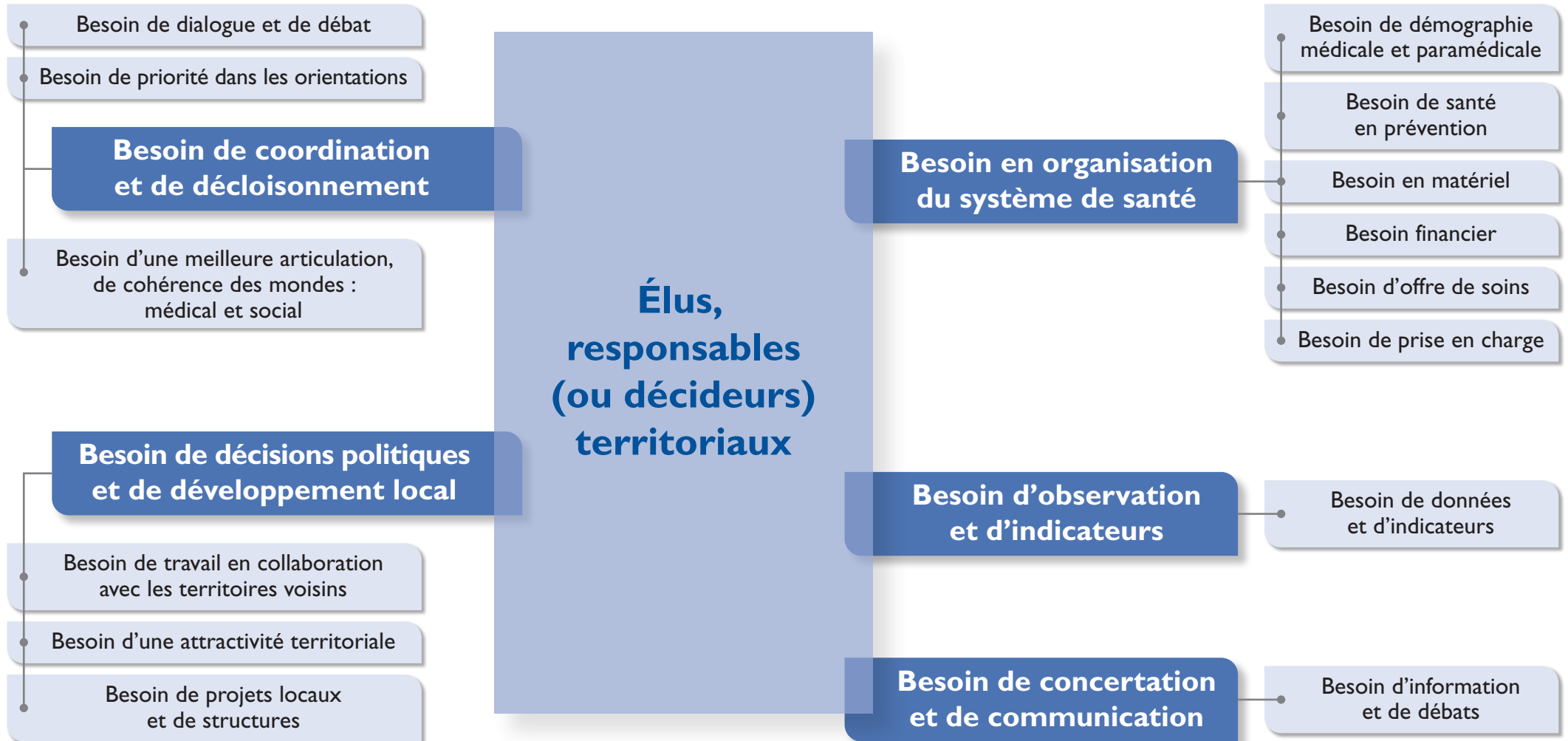
Aux dires de certains de nos interlocuteurs, élus et/ou décideurs territoriaux, les premiers besoins de santé de leurs populations sont liés à la ruralité de leurs territoires, à leur enclavement et leur éloignement (distance) des grands pôles d'offre de soins. Ce constat les amène à déclarer que la réduction des inégalités d'accès aux soins constitue le besoin de santé de leurs populations auquel on peut apporter des *exemples de réponses comme : l'Hospitalisation à domicile (HAD), le recrutement de plus de professionnels de santé de premier recours, et l'amélioration de la mobilité en améliorant le besoin en transports.*

Types de besoins cités par les élus et décideurs territoriaux

Comme le montre le schéma n° 1, les diverses expressions de besoins de santé identifiés par les élus, les responsables ou décideurs territoriaux, ont été répertoriées dans 5 grandes classes (ou grands groupes) de besoins liés à la santé que sont :

1. Les besoins en organisation du système de santé ;
2. Les besoins de coordination et de décloisonnement en santé ;
3. Les besoins de décisions politiques et de développement local en santé ;
4. Les besoins en observation et indicateurs territoriaux de santé ;
5. Les besoins en concertation et communication en santé.

Schéma n° 1 : **Les besoins identifiés par les élus, responsables (ou décideurs) territoriaux**



Ainsi, pour la majorité de ces élus, responsables ou décideurs territoriaux, en dehors des besoins de santé inhérents à la ruralité, le besoin de santé primé est celui lié à l'organisation du système de santé.

À ce besoin d'organisation du système de santé ils rattachent 6 expressions de besoins de santé, en priorisant :

- **Le besoin de démographie médicale et paramédicale** : Si certains élus sont optimistes quant à la densité des professionnels de santé sur leur territoire, d'autres considèrent, pour leur part, que le manque de professionnels de santé se fait sentir et souhaitent une plus forte densité du corps médical et paramédical à proximité, pour garantir une meilleure sécurité de prise en charge. Certains élus et décideurs constatent en effet *la difficulté de recrutement de médecins et autres professionnels de santé sur leur territoire* et relient cette difficulté à *la « non attractivité » de ce dernier, surtout quand se posent le besoin de recruter des médecins et plus encore celui de remplacer ceux qui sont en passe de cesser leur activité (retraite)*. Ils estiment que le rôle de leur hôpital, c'est-à-dire l'hôpital local, est primordial pour l'attractivité de leur territoire parce que sans offre hospitalière locale, il est difficile voire impossible pour eux d'attirer des professions médicales. Les élus, décideurs et responsables territoriaux signalent que les besoins en démographie médicale concernent les médecins généralistes, mais plus encore les spécialistes (ophtalmologistes, dentistes, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, etc.).
- **Le besoin de santé en prévention** semble être très important. Mais ce besoin n'est pas toujours réellement identifié par les élus ou décideurs rencontrés, hormis pour certains problèmes tels celui des grossesses précoces et ceux des addictions (alcool, drogues) et de l'obésité, en croissance chez les jeunes sur certains territoires et qui ont donné lieu, en plus de l'action traditionnelle du Conseil Général, à la nomination d'un chargé de prévention (au sein de l'équipe municipale). Sur certains arrondissements, par exemple celui de Montreuil, le problème de suicide chez les jeunes est évoqué.

Derrière l'expression de ces besoins principaux, les élus et décideurs territoriaux ont cité plusieurs autres besoins de santé, à savoir :

- **Le besoin en matériel** : Certains souhaitent pouvoir bénéficier d'un matériel suffisant car ils constatent une carence de ce point de vue : besoin d'un IRM, d'un équipement en défibrillateurs, etc. Toutefois, ils signalent que ce besoin en matériel est moins prégnant ces dernières années, la ressource stratégique étant constituée par les professionnels de santé et notamment par la présence de généralistes, qu'il faudra maintenir sur le territoire.
- **Le besoin financier**, qu'il s'agisse du financement d'un gros matériel par les pouvoirs publics ou des structures d'accueil de professionnels (foncier, bâti, matériel).
- **Le besoin de prise en charge** au niveau local, qu'il s'agisse de ramener la population sur son territoire d'origine suite à l'hospitalisation ou de besoins des personnes âgées (exemple de la Thiérache où les personnes âgées originaires du lieu viennent terminer leurs jours, après une vie professionnelle passée hors du territoire).
Il existe également un besoin de structures de prise en charge, de la maladie d'Alzheimer en particulier (de plus en plus prégnante) : pour exemple, la réflexion Adar / Hôpital afin de créer un accueil de jour et soulager les familles. Nécessité d'implantation d'une structure supplémentaire dédiée à l'accueil de jour et de nuit. *Cette prise en charge des seniors est une nécessité de plus en plus patente omniprésente.*

- **Le besoin d'offre de soins** : Plusieurs élus et décideurs territoriaux estiment que, sur leur territoire, certaines offres de soins font défaut d'où leur sentiment d'un besoin dans ce domaine. Ainsi l'offre en psychiatrie n'est-elle pas jugée comme forcément suffisante au regard des réalités locales de certains territoires (chômage important, toxicomanie en croissance chez les jeunes). Le projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire (+ antennes) est considéré à la fois comme *un élément de réponse décisif (pierre angulaire) aux besoins de santé et un segment également pourvoyeur de soins et de pôles de prévention.*

Un triptyque de besoins en lien avec la coordination et le décloisonnement du système de santé revient ensuite dans les propos recueillis auprès de nos interlocuteurs :

- **Le besoin de dialogue et de débat** entre médecins libéraux et salariés, entre la médecine de ville et l'hôpital, pour *entrer dans une logique de complémentarité plutôt que de rivalité, au service de la population.* D'autres mettent également en avant le *besoin de dialogue, de coopération renforcée entre les différentes structures de santé au sein des territoires et en dehors (exemple : Fourmies, Wignehies, Hirson) pour faire tomber les oppositions relevant d'une logique de concurrence et passer à une logique de complémentarité sur le territoire.*
S'agissant du besoin de débat et de partage, il doit avoir lieu *entre les intervenants des deux « mondes » : le monde médical et celui du social.* Toutefois est apparu également nécessaire le *décloisonnement entre les segments à l'intérieur du monde médical (médecine de ville / hôpital, entre les professionnels de santé) ce qui est paradoxal car pour décloisonner il faut du débat, y compris avec les usagers.*
- **Le besoin de priorisation (ou de priorité dans les...) des orientations** : *Il y a en effet beaucoup trop d'orientations, beaucoup trop d'axes, beaucoup trop de thématiques poursuivies, beaucoup trop de textes de loi et de décrets...* Il faut faire des choix. *Besoin d'implication des acteurs ou besoin de pédagogie sanitaire : souvent court-circuités par les textes, ils sont la pierre angulaire de la réponse aux besoins de soins. Il est nécessaire de consulter tous les acteurs et de les amener à s'impliquer car ils sont les maîtres d'œuvre.*
- **Le besoin d'une meilleure articulation, de cohérence du monde médical et social** (*d'une meilleure articulation entre les intervenants médicaux et les intervenants sociaux du territoire : articulation médico-sociale*), en quelque sorte d'une meilleure coordination des acteurs stratégiques et des dispositifs du territoire notamment en matière de prévention.

3 besoins relevant des décisions politiques et du développement local ont été plébiscités par les élus et décideurs territoriaux interrogés :

- **Le besoin d'une attractivité territoriale** : Pour certains, *une attractivité territoriale suffisante pour attirer et retenir les professionnels de santé passe par le maintien de l'hôpital, l'efficacité de son fonctionnement, ainsi que par la présence d'équipements* (besoin de désenclavement pour sortir de l'isolement). Pour d'autres, le besoin consiste à *fixer sur son territoire les médecins remplaçants qui ne sont pas (de manière générale) tentés de s'y établir, leurs revenus (comme remplaçants) étant en valeur absolue supérieurs à ceux des médecins non remplaçants.* Enfin, une troisième catégorie d'élus ou de décideurs pensent que le besoin d'attractivité territoriale tient dans une aptitude à faire venir et à garder des médecins jeunes. Ils considèrent que *les médecins qui viennent s'installer chez eux sont plus généralement des médecins qui cherchent un cadre de vie agréable (bord de mer, bonne densité médicale) pour terminer leur carrière.* Le besoin d'attractivité du territoire est donc nécessaire pour fixer les professionnels de santé (attirer / retenir).

- **Le besoin de projets locaux et de structures** capables de porter ces projets adaptés aux problématiques du territoire, car il est estimé que *ce n'est pas au médecin de le faire*, d'où le besoin conjugué d'un diagnostic local pour bien appréhender et définir les besoins de santé, et d'indicateurs locaux qui devraient être fabriqués par le pôle local de prévention (par exemple, développement de télémédecine : *volonté de l'ARH de faire de Fruges un centre de télémédecine*).
- **Le besoin de travail en collaboration avec les territoires voisins** est identifié comme très lié à la santé de la population du leur, surtout lorsqu'il s'agit d'un territoire ouvert sur d'autres, tels que la Belgique, offrant la possibilité de recrutement ou d'échange de collaboration professionnelle (exemple : *rencontre ARH Nord et Picardie pour collaboration avec l'hôpital d'Hirson. Propose une communauté hospitalière de territoire*).

Pour les besoins en observation et indicateurs territoriaux, nos interlocuteurs ont ciblé :

- **Le besoin de données et d'indicateurs** : Selon certains élus ou décideurs territoriaux, *la situation est simple* : « Quand une problématique se pose, il faut l'injecter dans la collectivité et objectiver cette problématique localement par une approche populationnelle d'où **la nécessité d'indicateurs d'analyse de situation puis d'indicateurs de processus, à savoir comment mettre en place des solutions** ».

Enfin, parmi les besoins de concertation et de communication, **le besoin d'information** semble être le plus important. Les élus et décideurs soulignent l'intérêt de la population pour l'hôpital, *la désertification du monde rural par les professionnels de santé accentue davantage ce phénomène et explique le besoin d'information de la population sur les ressources de santé de leur territoire, leur fonctionnement et leur logique, dans la recherche d'une utilisation optimale*.

BESOINS IDENTIFIES PAR LES ACTEURS-CLES EXERÇANT LES FONCTIONS DE MEDECINS PRATICIENS HOSPITALIERS

En général

Pour les médecins praticiens hospitaliers, le besoin de santé est *l'identification par les habitants (que l'on peut nommer usagers, citoyens ..., de la santé) de ce qu'est la santé et de leur propre état de santé.*

D'après eux, *la question est de savoir* : « C'est quoi être en bon état de santé ? ».

Le besoin de santé est en grande partie une représentation : *la représentation qu'en ont les familles, les usagers, les citoyens, etc.*

Pour certains de ces professionnels aujourd'hui, *l'offre de santé qui répond aux besoins doit être réorientée sur des cibles (différentes populations, différentes situations, différents facteurs de risque...) et non plus en fonction d'organes (exemple : médecine pour adolescents, gériatrie, urgence, addictologie¹, etc.).* Ainsi, tout ceci semble se réorganiser. On passe donc des établissements hospitaliers à une organisation de l'offre de soins en fonction des cibles.

Toutefois, force est de constater qu'il n'existe pas de modèle convenable pour prévenir les comportements à risque, aider les malades, les accompagner, il faut donc s'adapter et innover.

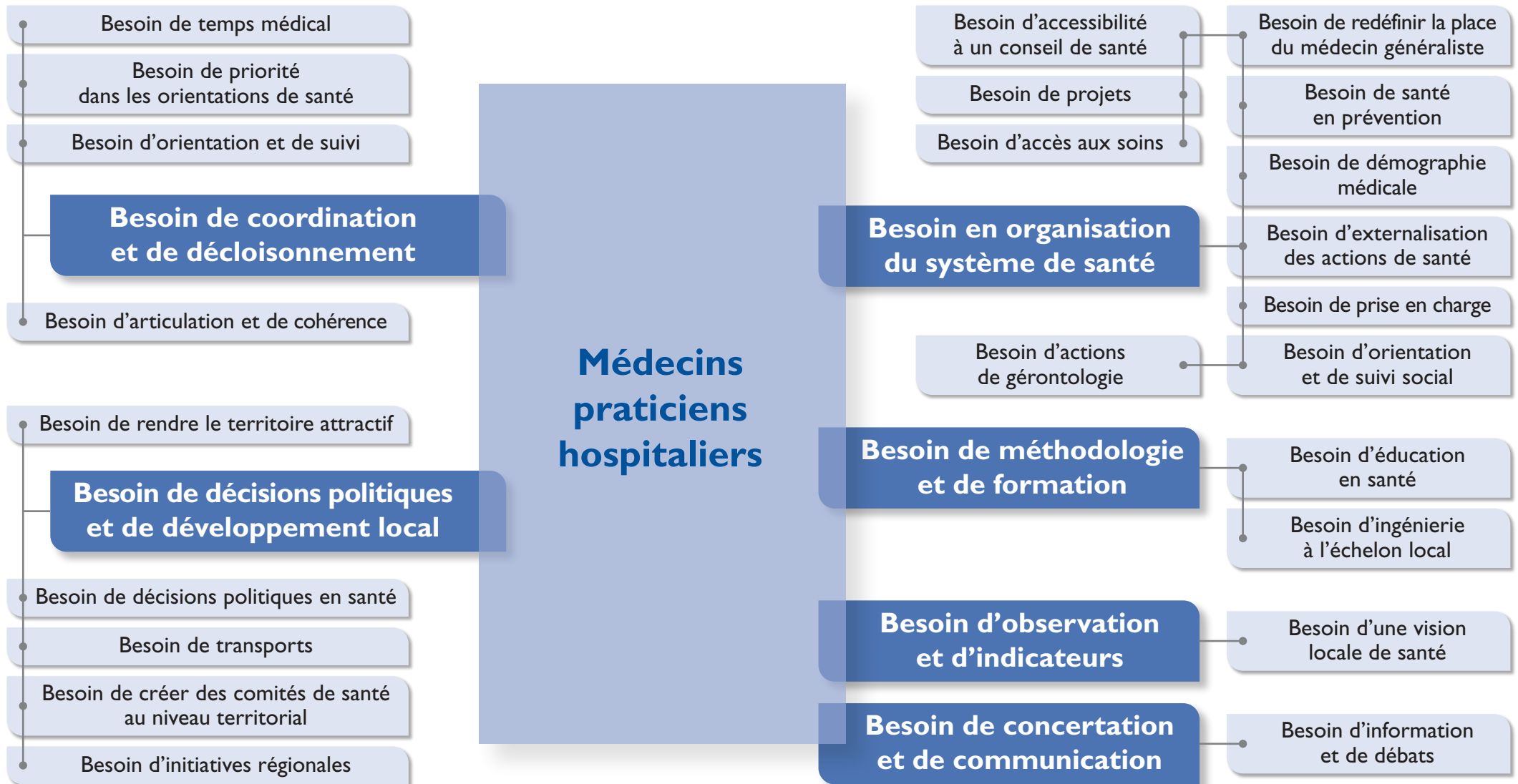
Types de besoins cités par les médecins praticiens hospitaliers

Comme l'illustre le schéma n° 2, les besoins de santé identifiés par les professionnels médecins hospitaliers ont été répertoriés dans 6 grandes classes qui sont :

1. Les besoins de coordination et de décloisonnement ;
2. Les besoins en organisation du système de santé ;
3. Les besoins de décisions politiques et de développement local ;
4. Les besoins en observation et indicateurs territoriaux ;
5. Les besoins en méthodologie et formation ;
6. Les besoins en concertation et communication.

¹ L'addictologie est l'étude des addictions, c'est-à-dire de la dépendance physiologique et psychologique à une substance ou à un comportement.

Schéma n° 2 : Les besoins identifiés par les médecins praticiens hospitaliers



Arrive en pôle position des besoins de santé primés par les médecins praticiens hospitaliers :

- **Le besoin de coordination et de décloisonnement**, dont ils ciblent 4 facettes :
 - Le besoin d'articulation et de cohérence, qui présume un énorme besoin d'ouverture ou de lien entre l'hôpital (par l'intermédiaire des praticiens hospitaliers) et la ville (praticiens de ville). Les premiers signalent l'existence d'un manque d'articulation et de cohérence qui freine les coopérations entre la ville et l'hôpital. *Ouvrir les hôpitaux vers les villes, c'est permettre d'augmenter le suivi des patients en ville en lien avec l'hôpital, de faire la formation continue des professionnels de ville à l'hôpital.*
Lorsqu'ils évoquent le besoin de coordination des acteurs du territoire, les professionnels considèrent que *les maisons de santé et les réseaux offrent (à part un ou deux) une belle opportunité de travailler en coordination, ce qui n'est pas souvent le cas.*
 - Le besoin d'orientation et de suivi médical.
 - Le besoin de priorités dans les orientations de santé.
 - Le besoin de temps médical (temps pour écouter).

Selon ces professionnels, s'attacher à combler ce besoin de coordination et de cohérence doit permettre une meilleure prescription des examens, favoriser une réorganisation des soins de suite dans l'optique constante d'une meilleure articulation.

Parmi les autres besoins identifiés par eux viennent ensuite :

- **Le besoin d'organisation du système de santé.** La mobilisation et la sensibilisation de la population en sont une des expressions. Les médecins praticiens hospitaliers considèrent comme faisant partie de l'organisation du système de santé 10 autres besoins, dont :
 - Le besoin de démographie médicale : entendez par là, le besoin en professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux (infirmières, assistantes sociales, personnels dédiés aux ateliers éducatifs, etc.). Mais le besoin primordial est celui de la gestion de la santé mentale : insuffisance de professionnels (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues...).
 - Le besoin d'accès aux soins.
 - Le besoin de prise en charge : inhérent aux problèmes de santé des habitants, sur leur lieu de vie.
 - Le besoin de projets : avec les maisons de santé, *la question de cohérence des décideurs se pose car il n'y a pas de relation établie avec les réseaux, donc pas de contact.*
 - Le besoin de redéfinir la place du médecin généraliste couplé à un besoin de temps médical (pour organiser le parcours de soins concernant l'asthme).
 - Le besoin de prévention (surtout en cancérologie) : les médecins hospitaliers considèrent que *les besoins de santé sont de deux ordres : la prévention et la prise en charge (les soins).* Ils disent que *l'hôpital ne fait pas assez de prévention en général, mais aussi au sein de l'hôpital. L'hôpital doit allier le soin et la prévention, être un lieu associant et non dissociant, un lieu de réflexion, ce qui entraîne un arrimage entre sanitaire et prévention.* Ils pointent aussi le problème de la **santé au travail**, notamment celle des soignants : *infirmières d'astreinte 2 voire 3 week-ends par mois ; le problème des soins à domicile.*
 - Le besoin d'orientation et de suivi social (des RMistes d'avant ou des bénéficiaires du RSA d'aujourd'hui).

- Le besoin d'accessibilité à un conseil de santé.
- Le besoin d'actions de gérontologie.
- Le besoin d'externalisation (d'apporter) des actions de santé (diagnostic, dépistage, éducation à la santé, promotion de la santé, etc.) au plus près des populations, en vue d'influencer un changement de comportement (alimentaire, cardiovasculaire, obésité...) pour une meilleure santé, en délocalisant les actions sur les sites, au plus près des habitants concernés (les gens font volontiers des actions qui sont nécessaires à leur santé), exemple : sur le territoire du Douaisis, en un an ce sont 1 200 personnes qui sont vues, par ce type d'actions, sur un territoire de 250 000 habitants.
- **Le besoin de méthodologie et de formation.** Il comporte 2 types de besoins qui sont :
 - Le besoin d'éducation en santé et/ou thérapeutique : la problématique du VIH a ouvert la voie à un travail d'éducation à la santé dans le cadre d'un traitement très lourd. *L'éducation du patient (formation et promotion de la santé auprès des professionnels) peut se faire par les médecins généralistes, mais les contacts de ces derniers avec les labos et les visiteurs médicaux se font au détriment de l'hôpital, d'autres collègues, ou de la formation continue pas assez poussée.* Aux yeux des professionnels, l'éducation du patient est indispensable pour changer les comportements de celui-ci sur le plan de l'alimentation, de la pratique d'une activité physique, et pour lui faire prendre conscience de la nécessité de réaliser les examens de santé qui lui sont prescrits.
 - Le besoin d'ingénierie à l'échelon local : **l'échelon local a besoin qu'on lui apporte une ingénierie**, une capacité politique à faire émerger des projets locaux de santé. *En effet, le local est confronté à un problème de légitimité des acteurs entre eux à mettre en œuvre un projet. L'impulsion externe, régionale (le national est de plus en plus absent du terrain), est absolument nécessaire.*
- **Le besoin de concertation et de communication** comprend :
 - Le besoin d'informations et de débats : très prégnant auprès des professionnels de santé.
 - Le besoin de créer un lien médico-social dans le cadre de la santé (*un gros travail de mise en place, avec beaucoup de relationnel*).
- **Le besoin d'observation et d'indicateurs** :
 - Le besoin d'une vision locale de santé.
- **Le besoin de décisions politiques de santé et de développement local** :
 - Le besoin de transports : lié à l'éloignement, avec pour répercussion directe un faible recours aux soins de la population locale.
 - Le besoin de créer des comités de santé au niveau territorial (*pour mutualiser les acteurs médico-sociaux, les populations, ce qui implique une économie de temps et de moyens*). Véritables groupements sanitaires et sociaux, ces comités de santé territoriaux sont le contraire d'un portail santé régional prôné par la région parce qu'ils sont très pertinents au niveau d'un territoire (équivalent d'un arrondissement d'une grande ville) plutôt qu'au niveau d'une région, ce qui leur permet de pouvoir orienter. D'où la nécessité de bien identifier le territoire concerné.
 - Le besoin de rendre le territoire attractif car il y a, dénotent ces professionnels de santé, un problème de visibilité, d'accès, de considération de la ville.

BESOINS IDENTIFIES PAR LES ACTEURS-CLES EXERÇANT LES FONCTIONS DE MEDECINS PRATICIENS DE VILLE

En général

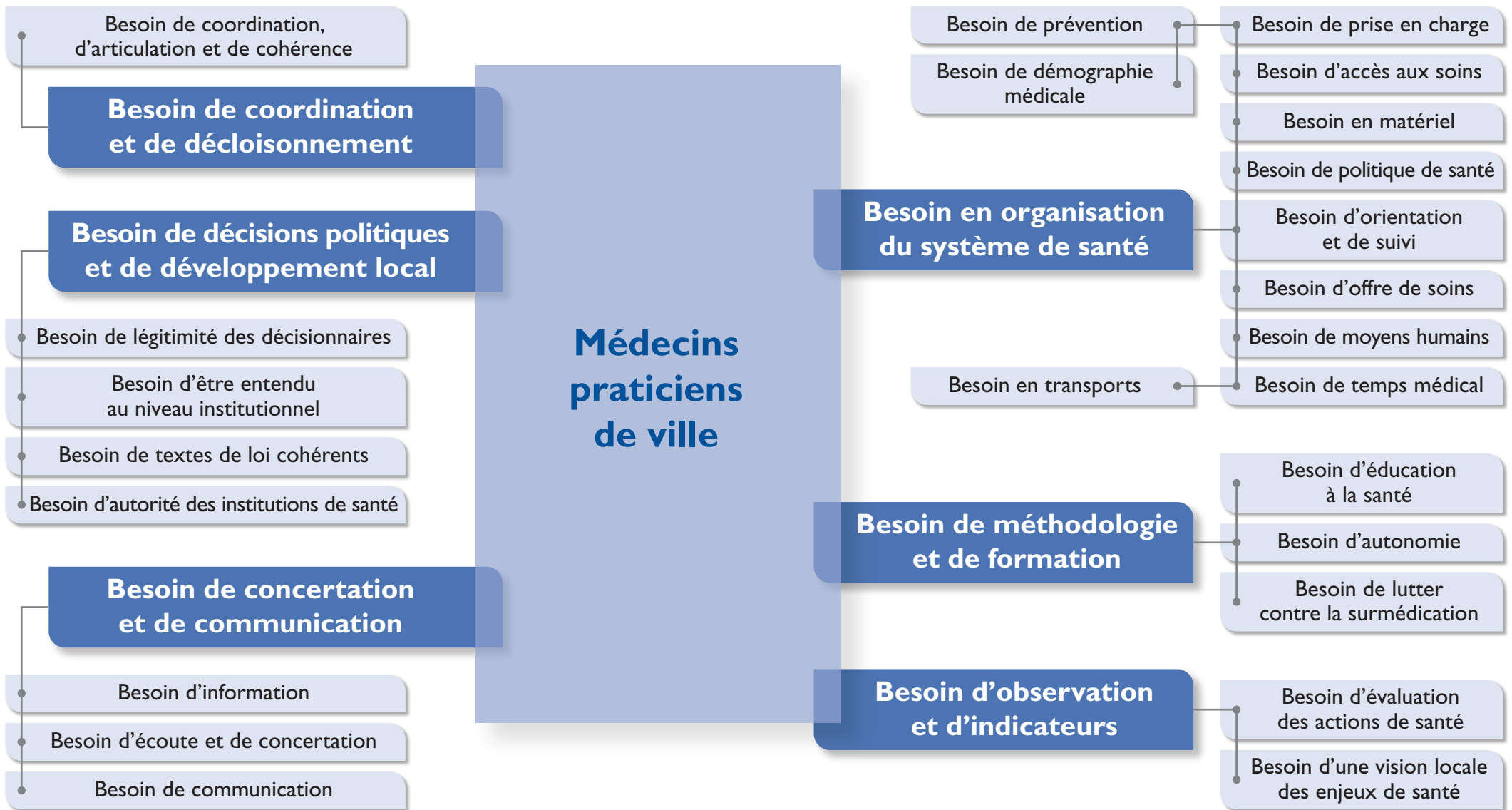
Pour les professionnels médecins praticiens de ville, quel que soit le niveau ou l'endroit du travail médical, le quantitatif doit aller de pair avec le qualitatif. La surconsommation et le nomadisme médical constituent un vrai problème. Il existe un grand besoin sur le plan de la démographie médicale et le manque de remplaçants se fait sentir ; la situation est moins préoccupante en ce qui concerne les infirmiers et les kinésithérapeutes, même si ces derniers sont relativement très chargés. *Les besoins de santé sont différents entre la ville et la campagne. En centre-ville, il n'y a pas de problème d'accessibilité.*

Types de besoins cités par les médecins praticiens de ville

Comme en témoigne le schéma n° 3, à l'instar de leurs confrères médecins hospitaliers, les professionnels médecins praticiens de ville ont identifié des besoins de santé qui relèvent des 6 grandes classes suivantes :

1. Les besoins en organisation du système de santé ;
2. Les besoins de coordination et de décloisonnement ;
3. Les besoins de décisions politiques et de développement local ;
4. Les besoins en observation et indicateurs territoriaux ;
5. Les besoins en méthodologie et formation ;
6. Les besoins en concertation et communication.

Schéma n° 3 : **Les besoins identifiés par les médecins praticiens de ville**



- Pour les professionnels médecins de ville, le **besoin d'organisation du système de santé** apparaît comme l'une des principales priorités. Résorber ce besoin et celui de l'éducation à la santé *pourra permettre de réduire le problème financier que connaît la médecine afin de mieux se concentrer sur les besoins de santé réels des patients.*

À l'heure actuelle force est de constater qu'il n'existe plus de transmission familiale de la santé ou du « comment rester en bonne santé ». D'après certains médecins de ville, certes l'on assiste à une surconsommation de consultations chez le généraliste mais *les patients ne sont pas entendus* pour autant, car il faut du temps pour écouter. Ainsi, *ceux qui ne trouvent pas de réponse à leur problème recherchent un second avis et continuent donc à consommer du soin.*

Il faut savoir que *le traitement préconisé par le professionnel de santé ne doit pas correspondre au besoin ressenti du patient mais bien à son besoin de santé réel.* Les praticiens font remarquer que le prix de la consultation est quasiment identique chez un médecin généraliste que chez un spécialiste de secteur 1.

Chez le médecin généraliste, le besoin de santé n'est pas toujours bien évalué [...] car il n'est pas égal à une longue ordonnance de médicaments et ne doit pas le devenir. Il est à souligner qu'il existe un phénomène de dépendance aux médicaments face auquel se trouvent confrontés de nombreux acteurs, qu'il s'agisse du milieu hospitalier, des pharmaciens, des patients eux-mêmes, et en première ligne, des médecins généralistes. Ces derniers sont en effet à l'origine de prescriptions de substances pour lesquelles, à terme, les patients sont susceptibles de développer une assuétude¹.

À l'organisation du système de santé les professionnels médicaux de ville associent les types de besoins suivants :

- Le besoin de démographie médicale pour les spécialités non représentées sur leur territoire et considérées comme une médecine transversale avec peu de spécialistes, telles la gériatrie, la pédiatrie, ou celles dépourvues de service spécialisé spécialiste à l'exemple de la dermatologie.
- Le besoin de prise en charge, qui se fait sentir dans des domaines tels que l'addictologie (alcool, drogues) surtout chez les jeunes. *Il existe des domaines dans lesquels beaucoup de progrès ont été faits au niveau de la prise en charge, à l'exemple des cancers, des pathologies cardiovasculaires, orthopédiques..., mais d'autres domaines restent sinistrés, telle la psychiatrie, notamment sur les secteurs ruraux. Il n'y a pas d'indicateurs mais on considère que toutes les familles ont été touchées par un suicide.*

Est également mise sur la sellette la prise en charge de l'urgence avec le besoin de mise en place de consultations de porte spécialisées en lien avec un service spécialisé ; les professionnels évoquent la situation problématique des urgences saturées, par exemple le dimanche par les gastro-entérites qu'ils ne considèrent pas comme une véritable urgence.

- Le besoin d'offre de soins : pour les personnes âgées qui ne peuvent n'y rester chez elles ni être hospitalisées, un constat s'impose : le manque d'options entre l'hospitalisation et le maintien à domicile, d'où le besoin des soins de suite (EHPAD, MAPAD) concomitamment à *un besoin d'évaluation de la situation* : est citée entre autres *la stratégie d'équipe mobile d'évaluation (ex : plaies et cicatrisation à domicile).*
- Le besoin de moyens, tant matériels qu'humains.

¹ Chevalier P, Debauche M, Dereau P. *Recommandations de bonnes pratiques : assuétude aux médicaments.* Belgique : SSMG, 2009 ; 32 p.

Pour les premiers, c'est l'insuffisance des places dans les hôpitaux, car les services sont pleins, qui est pointée (exemple : *une personne atteinte d'une cirrhose du foie qui met 4 jours à décompenser chez elle parce qu'elle n'a pas de place à l'hôpital, au lieu d'appeler un gastro-entérologue, ce n'est pas normal*).

Pour les seconds, c'est la nécessité de création d'un poste d'infirmière assistante médicale qui est mise en avant.

- Le besoin de temps médical : parfois évoqué à titre personnel, par le médecin rencontré, pour s'occuper des malades qui en ont besoin.
- Le besoin de politique de santé.
La lourdeur de la logique administrative laisse peu de temps pour s'occuper des gros malades, type diabétiques, cancéreux, coronariens, etc., donc pour améliorer la qualité des soins chez ces malades vu le nombre de patients (environ 30-40), ce qui entraîne beaucoup d'attente pour le malade, et s'il est accompagné de 2 ou 3 enfants, c'est ingérable, d'où le besoin d'une meilleure gestion de la prise en charge. On sait, déclarent certains médecins, que pour soigner un malade diabétique compliqué et un autre malade souffrant de rhume, le temps d'investissement pour 22 euros n'est pas le même, d'où la nécessité de faire un choix par rapport à ce que l'on veut faire comme type de médecine.
- Le besoin d'orientation et de suivi.
Dans les territoires sinistrés sur le plan de la démographie médicale, territoires extrêmement ruraux avec très peu de médecins généralistes, il faut pouvoir établir un diagnostic précoce et prendre en charge les poly-pathologies, d'où la nécessité d'un accompagnement du parcours de soins.
- D'autres besoins liés à l'organisation du système de santé sont également cités : besoin de prévention et besoin en transports.

- Au **besoin de méthodologie et de formation** les médecins de ville associent un autre triptyque de besoins :

- Le besoin d'éducation à la santé, manifeste selon eux, au regard du laxisme de certains patients quant au respect des rendez-vous de consultations et des horaires d'ouverture et de fermeture du cabinet, car disent-ils, *certain patients peuvent venir en consultation à n'importe quel moment de la journée*. Ils signalent également l'existence de problèmes dans les comportements, en particulier sur le plan de l'hygiène de vie (tabac, alcool, etc.).
- Le besoin de lutter contre la surmédicalisation¹.
- Le besoin d'autonomie pour les patients assistés.

Ils considèrent que l'on assiste de plus en plus à un abandon des systèmes de santé publique (PMI, Médecine scolaire, sportive, du travail), lié à des problématiques financières et à des budgets revus à la baisse.

Ils soulignent aussi la nécessité du besoin de prise en compte des ressentis de la population par la réalisation d'une mobilisation des attentes auprès de la population générale, en amont de l'installation de professionnels.

- Le **besoin de coordination et de décloisonnement** : les professionnels de ville y associent celui de coordination, d'articulation et de cohérence. Selon eux, l'existence d'un bon réseau de praticiens, d'équipes de soins palliatifs, permet d'accélérer la prise en charge car il y a pléthore de demandes par rapport au nombre de praticiens exerçant. Comblent le besoin de travail en équipe, d'organisation et de partage des

¹ La surmédicalisation est la transformation de problèmes non sanitaires, économiques ou sociaux, en problèmes médicaux ou de santé.

compétences dans les secteurs autarciques, aux prises avec des difficultés d'accompagnement du parcours de soins, va permettre l'annonce de diagnostics et la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique.

- Sont corrélés au **besoin de décisions politiques et de développement local** :
 - Le besoin de remplacer les médecins qui partent à la retraite. La situation dans certains endroits devient épineuse car l'âge moyen des médecins est élevé et laisse donc présager beaucoup de départs, d'où la nécessité de pouvoir fixer sur son territoire les médecins remplaçants. Ces derniers, pour la plupart, ne sont généralement pas tentés par l'installation, leurs revenus étant en valeur absolue supérieurs à ceux des médecins non remplaçants.
 - Le besoin d'attractivité territoriale afin de pouvoir faire venir et garder des médecins jeunes, sachant que les médecins qui viennent s'installer sur le territoire sont plus souvent à la recherche d'un cadre de vie agréable (bord de mer, bonne densité médicale) pour terminer leur carrière.
 - Le besoin d'autorité des institutions de santé, invoqué ici par les praticiens de ville pour souligner un manque d'autorité des caisses et la disparition de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).
D'autres propos recueillis renvoient au besoin de textes de loi cohérents, notamment par rapport au droit de substitution accordé aux pharmaciens et à l'habilitation des infirmières diplômées d'état (IDE) à faire des prescriptions médicales sans formation.
 - Le besoin de légitimité des décisionnaires car, aux yeux de certains médecins de ville, les décisionnaires sont des gestionnaires et non des soignants.
 - Le besoin d'être entendu au niveau institutionnel fait également partie des attentes exprimées.
 - Sont ensuite pointées les insuffisances en matière de transports et de financement du plan Alzheimer.
- Au **besoin d'observation et d'indicateurs** se greffent, d'après les professionnels de ville interrogés :
 - Le besoin d'évaluation des actions de santé ;
 - Et le besoin d'une vision locale des enjeux de santé.
- Ils associent le **besoin de concertation et de communication** au triptyque suivant :
 - Le besoin de communication : le cloisonnement des acteurs de santé entraîne un manque de communication entre médecins et non médecins, d'où la nécessité de leur apprendre à travailler ensemble.
 - Le besoin d'information : le manque de lisibilité de l'information lié à l'éloignement et à la complexité du système de santé induit une augmentation des laissés-pour-compte, et ce même si les ressources semblent progresser.
 - Le besoin d'écoute et de concertation, qui conduit à une inégalité croissante de l'accès aux soins.

Également présentes dans les propos des médecins généralistes, bien que moins récurrentes, des préoccupations qui touchent l'accès aux soins, l'autonomie, l'accessibilité, l'offre de soins, l'orientation et le suivi.

BESOINS IDENTIFIES PAR LES ACTEURS-CLES EXERÇANT LES FONCTIONS DE RESPONSABLES, NON MEDECINS, AU SEIN DE STRUCTURES DE SOINS

En général

L'approche des besoins doit se faire par tranche d'âge et les besoins en découlent ainsi que les spécificités locales et l'accès à l'outil de soins.

Quand on regarde les euros investis par rapport aux populations, et les ratios de lits disponibles (par rapport à la population du territoire), en offre de soins on ne fait pas partie des vrais dotés (par rapport à la métropole et autres).

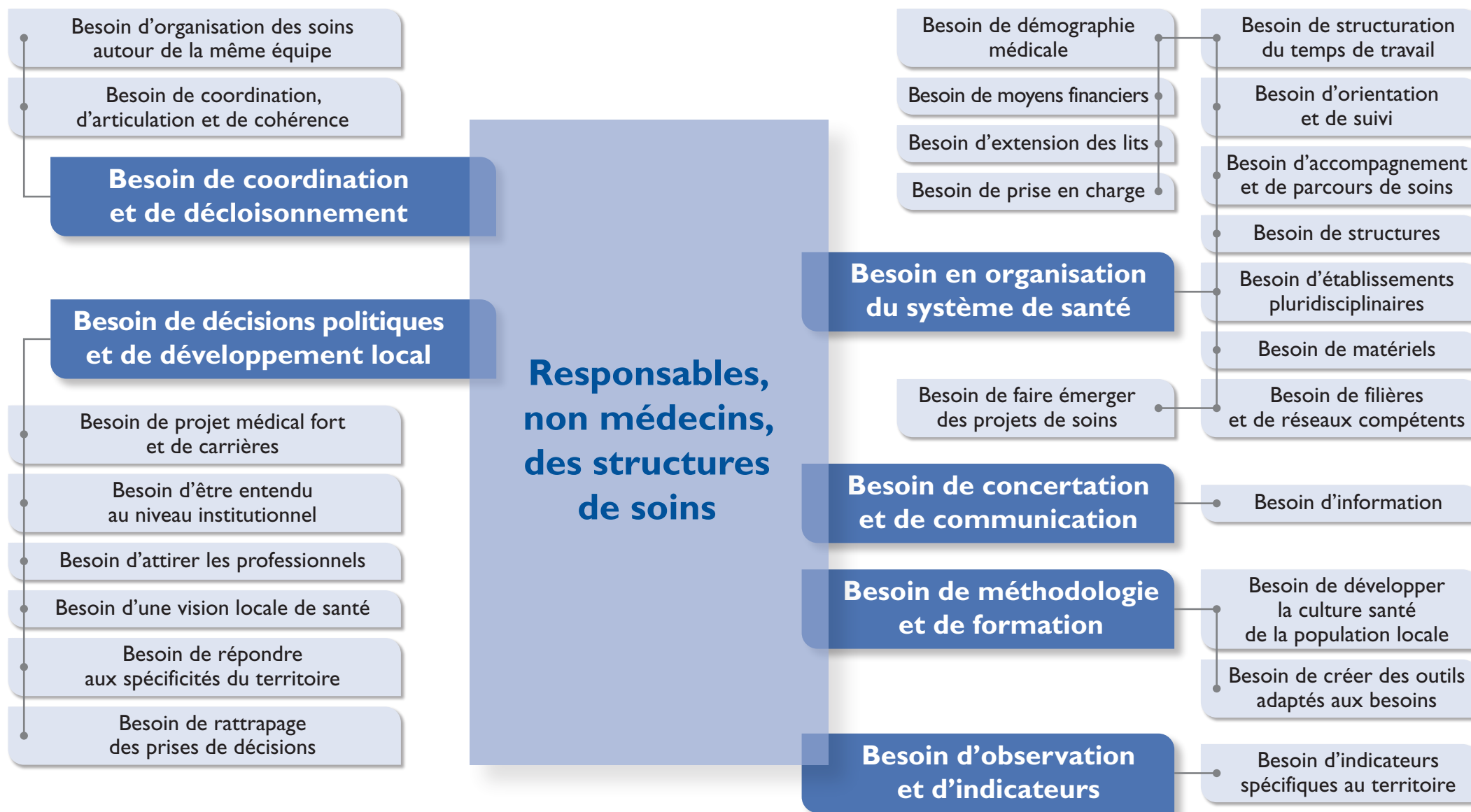
Si nos interlocuteurs ont longtemps considéré comme dommageable ce manque de dotation à hauteur de leurs espérances, cette situation les a conduits à réinventer des prises en charge, à mettre en place des offres de soins ambulatoires, des offres de soins exotiques pour faire tourner les lits, à créer des réseaux ville-hôpital (quid de ce qui est perçu comme la solution de demain ?). En découle l'obligation de tout mettre en œuvre pour n'admettre à l'hôpital local que les malades les plus lourds ou gravement atteints (d'où la création d'une politique d'hospitalisation initiée dans le cadre d'un travail avec les généralistes).

Types de besoins cités par ces responsables, non médecins, au sein de structures de soins

Comme le schéma n° 4 le montre, 6 grands types de besoins ont été identifiés par cette catégorie d'acteurs-clés :

1. Les besoins en organisation du système de santé ;
2. Les besoins de coordination et de décloisonnement ;
3. Les besoins de décisions politiques et de développement local ;
4. Les besoins en méthodologie et formation ;
5. Les besoins en concertation et communication ;
6. Les besoins en observation et indicateurs territoriaux.

Schéma n° 4 : **Les besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions de responsables, non médecins, au sein de structures de soins**



Pour les responsables non médecins des structures de soins, les besoins de santé sont lus à travers le prisme de l'activité hospitalière. L'hôpital joue un rôle important en matière de desserte locale et est souvent le partenaire privilégié des programmes territoriaux de santé (PTS). Pour reprendre les termes de certains qui la considèrent comme partie intégrante de l'activité hospitalière, *la médecine des soins de suite et de réadaptation constitue un remplissage, donc une activité hospitalière importante.*

- Parmi les besoins de santé identifiés sur leur territoire d'exercice par cette catégorie de professionnels, figure en bonne position le **besoin en organisation du système de santé**. Il recouvre pour eux :

- Le besoin de développer la prévention :

- ✓ en matière d'addictologie (tabac et cancers) ;
- ✓ en direction des personnes âgées (prise de médicaments, alimentation, diabète) ;
- ✓ en direction des jeunes (sida, grossesses précoces, addictologie).

La prévention, comme l'éducation à la santé, sont à placer au cœur du système de santé.

- Le besoin de démographie médicale : s'il manque des professionnels de santé, il y a besoin de réorganiser la permanence des soins. Les besoins de soins étant fonction du territoire (pas les mêmes pour des villes densément peuplées de personnes âgées que pour d'autres ayant une population de jeunes plus importante), des difficultés à choisir le plateau technique adapté viennent compliquer la situation. Dans certains endroits, le besoin en psychiatrie n'est pas couvert malgré les lourdes carences constatées, en lien avec la toxicomanie, le suicide et l'absence d'une filière obésité.

Une des préoccupations qui revient dans les propos de plusieurs responsables interrogés est le manque de personnel de santé de plus en plus difficile à recruter, notamment les spécialistes (ophtalmologistes, psychiatres...), conjugué à un besoin de remplacer les médecins généralistes sur le départ, sans laisser pour compte les paramédicaux tels que les kinésithérapeutes.

- Le besoin de projets médicaux : qu'il s'agisse de projets de soins, de filières ou de carrières.
- Le besoin de prise en charge des patients : *une meilleure prise en charge apporte une diminution des morbidités*. Il y a donc nécessité à optimiser et à structurer l'offre de soins. Dans certains endroits, les besoins en addictologie ne sont pas suffisamment couverts *avec une seule consultation tous les 15 jours*. On retrouve ces mêmes difficultés de fonctionnement dans des spécialités comme l'hématologie ou la gériatrie ; cette dernière, confrontée à un nombre recrudescant de personnes âgées atteintes d'Alzheimer, se voit contrainte à des refus d'admission par manque de places. *S'impose donc un besoin de parcours de soins et de suivi plus efficace pour désengorger certaines urgences hospitalières.*
- Le besoin de moyens : qu'ils soient financiers (problèmes d'investissements), matériels ou humains. Les professionnels responsables de structures de soins estiment que *la mise en œuvre des projets territoriaux locaux de santé se heurte à un manque de moyens de la collectivité (ingénierie, personnel, temps, durée)*. Sur le plan des moyens matériels, nombre d'entre eux signalent le besoin de place et d'extension des lits, qu'il s'agisse de médecine, de réanimation, de gériatrie, etc.

- Le besoin de temps médical : nos interlocuteurs s'accordent à dire que le temps médical manque pour s'occuper des patients qui en ont besoin. Certains parmi eux considèrent toutefois qu'il faudrait *raccourcir le temps au niveau de l'hôpital de jour*. Tout cela montre le besoin de restructuration du temps de travail.
- Pour les responsables que nous avons rencontrés, le **besoin de coordination et de décloisonnement** se traduit par :
 - Le besoin de création de filières et de réseaux compétents, constitués des équipes nécessaires pour créer et faire émerger des projets susceptibles d'attirer les professionnels.
 - Le besoin d'organisation des soins autour de la même équipe : d'où la mise en place nécessaire d'une équipe commune (avec des professionnels soudés).
 - Le besoin de travailler dans la durée et en synergie locale sur les questions de santé publique.
- Au **besoin de décisions politiques et de développement local** ils rattachent :
 - Le besoin d'attirer des professionnels de santé : pour ce faire il faut une bonne équipe, mais sur des territoires ruraux il y a *un besoin d'établissements pluridisciplinaires car on constate un taux de fuite important sur les territoires où les hôpitaux sont très spécialisés*. La « réputation » de l'hôpital en est aussi tributaire.
 - La nécessité, pour l'établissement de soins, de s'adapter au territoire : *exemple des territoires touristiques où il existe de gros besoins le week-end et pendant les vacances, dont les urgences du vendredi, d'où la nécessité de répondre aux spécificités du territoire*.
 - Le besoin d'être entendu au niveau institutionnel et celui du rattrapage des prises de décisions.
- Le **besoin en observation et indicateurs territoriaux** tient essentiellement, de leur point de vue, dans le manque d'indicateurs locaux : *les indicateurs d'état de santé tels que les caractéristiques sociodémographiques (ex : âge, sexe et poids des personnes âgées, lors des demandes de places supplémentaires) ne sont pas disponibles au niveau territorial. Il est important d'être au courant des indicateurs régionaux mais le manque d'indicateurs au niveau territorial oblige à un travail en semi-aveugle*.
- Au **besoin en méthodologie et formation** les responsables de structures de soins associent :
 - Le manque d'un certain nombre de disciplines médicales et donc *le besoin de formation des médecins de spécialités (anesthésistes, radiologistes, assistants partagés, pédiatres, urologues, ORL, hématologues et cancérologues), avec parfois de gros besoins en radiologie et surtout de jeunes médecins*.
 - Le besoin de développer la culture santé de la population locale qui *ne s'intéresse que faiblement aux thématiques de santé au contraire des politiques et des acteurs locaux dont l'investissement en matière de santé publique est de plus en plus grand*.
- Au **besoin en concertation et communication** ils rattachent le besoin d'un meilleur travail d'information et de redirection des patients par les médecins généralistes.

BESOINS IDENTIFIES PAR LES ACTEURS-CLES EXERÇANT LES FONCTIONS D'ACTEURS DE PREVENTION

En général

Pour ces professionnels, le projet territorial constitue la meilleure porte d'entrée, le « sésame ouvre-toi », qui permet de faire évoluer les déterminants de santé. L'entrée par le public-cible éloigne de l'accès et de l'offre. Il existe une vraie difficulté à accéder aux données mais aussi à faire exister la santé en tant que facteur.

Les institutions ont un prisme qui n'intègre pas la santé, mais on assiste à une réflexion autour des actions de santé qui rend celles-ci légitimes.

Tous les territoires font de la santé. Quelles réponses apporter à cette nouvelle posture de mise en « concurrence » avec les territoires environnants ?

Les besoins identifiés recouvrent à la fois des besoins strictement de santé et des besoins sociaux liés à la santé (ayant un impact sur l'amélioration ou la détérioration de la santé), tels l'habitat, l'emploi et l'isolement des personnes.

Il ne faut pas dissocier besoin et offre.

Bien différencier la santé perçue du ressenti de la population. On observe souvent des décalages en fonction de l'habitant, du lieu de vie de la population.

L'idéal de la concordance doit se situer à l'intersection du besoin, de l'offre et de la demande. S'il y a besoin et offre mais non demande, cela n'est pas suffisant.

Le terme « santé » est selon eux réducteur : il vaut mieux parler de « besoins de santé ». Parfois mal perçu, le mot santé peut faire peur, au sein de la population comme chez les élus. Il faut sensibiliser et former.

À l'inverse, parler de besoins de santé c'est parler de conditions de vie, d'environnement, de qualité de vie, de prévention et de ses différentes approches telle la promotion du bien-être.

Le travail sur la santé est trop centré sur les conséquences négatives d'un mauvais comportement, il faut écouter les professionnels de terrain car il y a parfois de grandes difficultés ressenties par les acteurs face aux différentes politiques (nationales ou locales).

Types de besoins cités par les acteurs de prévention

Comme en témoigne le schéma n° 5, les professionnels acteurs de prévention associent les besoins de santé aux 6 grandes classes identifiées par les précédentes catégories d'acteurs-clés interrogés.

Parmi les besoins plébiscités, arrive en tête le besoin d'information.

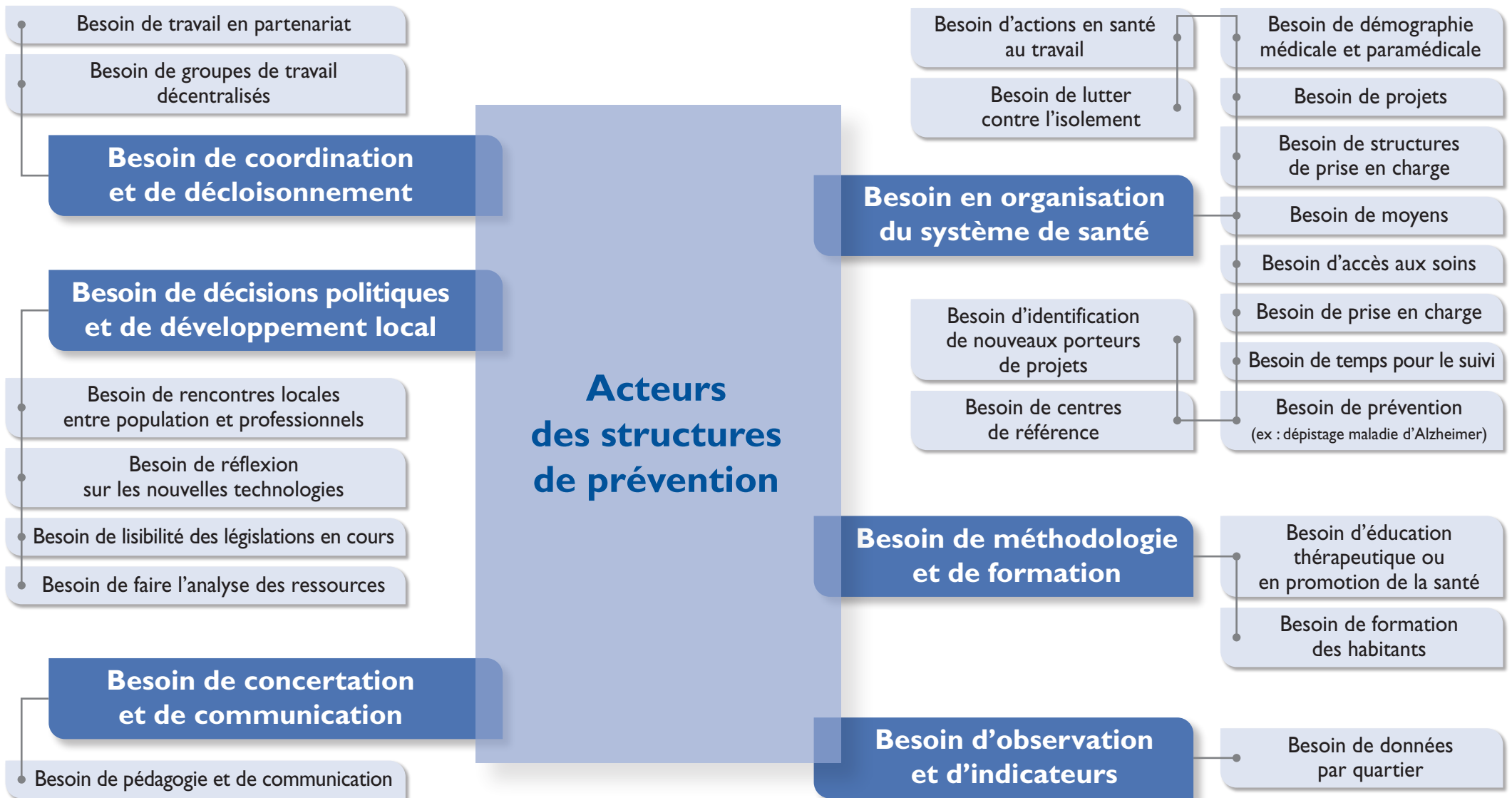
Viennent en second lieu les besoins touchant à :

- l'éducation en santé ;
- l'organisation ;
- la coordination, l'articulation et la cohérence ;
- la démographie médicale et paramédicale.

Puis on retrouve dans leurs propos des préoccupations qui concernent :

- l'accès aux soins ;
- la prévention ;
- la prise en charge ;
- la communication ;
- le support social ;
- la formation ;

Schéma n° 5 : **Les besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions d'acteurs de prévention**



- le matériel ;
- l'orientation et le suivi ;
- le besoin de mettre une priorité dans les orientations.

Enfin ont été cités des besoins tels que : le besoin financier, le besoin de moyens humains, le besoin de décisions politiques de santé, le besoin de transports, le besoin d'écoute et de concertation, le besoin de données épidémiologiques et le besoin d'être entendu au niveau institutionnel, comme des besoins ayant une incidence sur la santé des populations de leurs territoires.

▪ **Besoin en organisation du système de santé**

➤ Le besoin de démographie médicale et paramédicale

Pour reprendre les termes de certains professionnels de la prévention, *l'organisation du système de santé en France ne se projette pas sur le long terme*. Interférant sur les conditions de vie, les maladies chroniques (en émergence au niveau national) mettent en évidence, au cours de la prise en charge médicale, l'existence de difficultés en démographie médicale et paramédicale.

Nos interlocuteurs mettent en avant le besoin de professionnels libéraux qui est préoccupant car les médecins vont partir à la retraite et leur remplacement n'est pas assuré : généralistes et surtout spécialistes (ORL, ophtalmologistes, dentistes, etc.), le besoin de personnels dans le domaine socio-sanitaire pour les problèmes liés au risque de maltraitance des malades âgés et le besoin de professionnels dans d'autres domaines [pour exemple, les équipes du social : assistante sociale, conseillère en personnes âgées, car les personnes les plus dépendantes ne sont pas prises en charge au niveau de la caisse régionale de l'assurance maladie (CRAM)], ainsi que le besoin de psychologues pour les familles et les travailleurs des structures.

➤ Le besoin de prise en charge

Les acteurs de la prévention estiment qu'en France, les prises en charge connues sont un échec. D'où la nécessité de structurer celles-ci, surtout en éducation thérapeutique, car la prise en charge doit être globale. Mais les équipes ne travaillent pas de manière transversale, ce qui implique un morcellement de la prise en charge. La difficulté d'accès aux soins ou une prise en charge tardive font souvent que des complications se manifestent au moment du diagnostic. *Il devient nécessaire de proposer une prise en charge personnalisée, en coordination avec le médecin traitant, comme constaté dans le besoin de prise en charge du handicap chez les personnes âgées d'une part, et du vieillissement des adultes handicapés d'autre part*. A cela s'ajoute l'absence de structures de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes *qui ne peuvent pas accéder aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ni être admises en long séjour ou en soins de suite et de rééducation (SSR), et dont le maintien à domicile n'est pas envisageable parce qu'elles n'y disposent pas de l'environnement que requiert leur santé*.

On constate également l'absence d'intégration, par le décideur, du projet de vie des patients.

Dans ce champ de besoins, les aspirations des professionnels se focalisent aussi sur la prise en charge du cancer *car les réponses apportées sont trop hospitalo-centrées. Tous les dispositifs ne sont pas mis en place (aire cancer, dispositif 3C...) et l'opposition entre public et privé est tangible*. L'absence de structures

territoriales et l'obligation d'une prise en charge néoplasique sur la métropole (exemple cité du cancer du sein) sont soulignées.

Au travers de leurs propos, les acteurs de la prévention mettent sur la sellette *une prise en charge du cancer trop centrée sur le médical, une annonce brutale du diagnostic et une prise en compte insuffisante de la dimension sociale de la maladie (service d'aide à domicile).*

➤ Le besoin de prévention

Au premier rang des préoccupations dans ce domaine figure le besoin du dépistage de la maladie d'Alzheimer et les professionnels de la prévention y associent le besoin de consultations en neurologie. Ils font remarquer que *ce besoin existe si la personne concernée a son conjoint, car le plus souvent la maladie n'est pas encore diagnostiquée et c'est le conjoint qui est à l'initiative de la consultation.*

Ils attirent également l'attention sur le besoin de lutter contre l'isolement et la dépression de la personne âgée, ainsi que sur celui des consultations diététiques.

Il existe souvent une négligence de la prévention primaire, ou du moins une incompréhension ou une sous-estimation de cette prévention primaire par les différents acteurs.

Le manque de moyens alloués à la prévention (pour la vulgarisation de la santé) est aussi souligné.

➤ Le besoin de moyens, tant de transport qu'humains ou financiers.

Les professionnels de la prévention relient les premiers à la nécessité de faciliter la mobilité des personnes, l'insuffisance des moyens de transport étant liée à l'éloignement. Un problème d'accès aux soins se pose pour les personnes âgées esseulées, dont les déplacements sont rendus difficiles en raison de l'isolement de leur territoire.

En matière de moyens humains et de temps, il existe une vraie difficulté au niveau des Programmes Territoriaux de Santé (PTS), particulièrement pour mesurer sur le plan scientifique les données épidémiologiques transposables à chaque territoire, et surtout pour rencontrer de nouveaux partenaires afin d'identifier de nouveaux porteurs de projets.

Le besoin de moyens financiers est également patent aux yeux des professionnels interrogés. Les insuffisances budgétaires conduisent parfois à un refus de financement de postes, de transports surtout dans les zones essentiellement rurales qui ont pourtant besoin d'une desserte importante pour créer des liens.

Sont enfin repérées dans ce champ de besoins, des attentes en matière de centres de référence et de suivi administratif (pour la gestion des budgets) et en matière de places dans les Centres d'Information et d'Accueil Départementaux (CIAD).

➤ Le besoin de temps pour le suivi, inhérent à la pénurie de personnels qui affecte particulièrement les structures de maintien à domicile (le temps idéal estimé à 30 minutes par personne se voit multiplié par 6 en situation réelle).

➤ Le besoin de projets et d'actions dans le cadre de la santé au travail.

La difficulté rencontrée tient dans l'absence de projet ou d'action initié dans ce domaine : la première action de ce type a été menée en 2009 dans l'Arrageois.

- Le besoin d'identification (ou la difficulté d'identification) des nouveaux porteurs de projets ou des interlocuteurs-clés au niveau des acteurs, d'où une réduction du temps de travail du coordinateur PTS, occupé à rechercher des moyens financiers.

- **Besoin de coordination et de décloisonnement**

Les professionnels de la prévention constatent un très fort cloisonnement entre l'hôpital et la ville, d'où la nécessité de création d'un réseau. L'absence de transversalité : qui fait quoi et comment ? est manifeste car les partenaires ne se connaissent pas, d'où la nécessité d'établir entre eux une coordination. Pour ceux qui sont membres d'un réseau, ce dernier y remédie en proposant un suivi avec diagnostic éducatif en vue de cerner les besoins du patient, ses connaissances, ses attentes, son quotidien... (à l'exemple de score Epices). *Dans ce cas, le réseau fait office de coordonnateur.* Toutefois, il faut reconnaître que le partage des rôles est difficile entre les acteurs. Certains considèrent que *le médecin traitant doit être le pivot*, du fait du cloisonnement entre le médical et le médico-associatif. *Il est indispensable d'y associer les patients tout en les cadrant et en les formant.* Ainsi le projet de maisons médicales de garde est-il reconnu comme « une valeur sûre », une solution pour pallier le « surbooking » des urgences, par exemple.

Le besoin de travail en partenariat sous-entend :

- l'élargissement des coordinations ;
- la création de liens dans le cadre de groupes décentralisés ;
- la mise en place de groupes spécifiques sur la santé, réunis par thématique mais neutres, à l'image des groupes d'animation territoriale initiée par le Conseil Régional.

Il existe la volonté d'impulser des dynamiques, des actions jugées prioritaires sur le territoire et de s'appuyer sur l'existant, mais l'organisation conditionne l'aboutissement de ces initiatives : la mise en relation de partenaires qui travaillent sur le même territoire mais ne se connaissent pas forcément, en est une des clés. Exemples cités : groupe cancer, souffrance psychique...

- **Besoin de décisions politiques et de développement local**

Dans certains cas, nos interlocuteurs mettent en avant le besoin de réflexion sur les nouvelles technologies dont ils pensent que le coût doit faire l'objet d'un budget particulier pour ne pas grever l'enveloppe dédiée au financement des autres postes ; il y aurait donc, en fonction de l'affectation des moyens, 2 budgets et donc 2 articulations différentes.

D'autres professionnels de la prévention ressentent *le besoin d'un regard objectif d'une institution en amont (comme l'ORS par exemple, mais les données ne sont pas suffisantes)*. Beaucoup signalent *les difficultés liées au contexte actuel (loi HPST¹, imminence de la prise de fonctions des ARS²), conduisant à un gel de nouvelles actions.*

Le besoin doit pouvoir être observé au niveau territorial, condition sine qua non pour établir des comparaisons et faire évoluer l'observation à l'échelle macro (en utilisant si possible les mêmes grilles d'analyse).

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », consultable sur legifrance.gouv.fr

² Clé de voûte de la loi HPST, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) représente à la fois une évolution majeure du système de santé français et un défi pour l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels et associatifs.

Cela entraîne une demande de production des données par quartier avec peut-être à l'appui une convention de mise à disposition de données, allant de pair avec des rencontres locales avec la population et des professionnels de terrain afin de déboucher sur des définitions de besoins et la mise en lumière des ressources locales.

Le besoin de rendre plus lisibles les législations en cours (politiques de la ville, ministère de la Santé, assurance maladie, etc.) revient aussi dans les propos recueillis, ainsi que le besoin d'échanges des ressentis des élus locaux sur leur territoire.

▪ **Besoin d'observation et d'indicateurs territoriaux**

Les données propres à chaque territoire, qu'il soit communal ou PTS, font défaut d'où le besoin de données épidémiologiques de santé locales. *Les données élaborées par chaque territoire, dans le Pas-de-Calais en tout cas, sur les priorités de santé ressenties, l'ont été à partir des données de l'INSEE, de l'ORS, de l'assurance maladie, des commissions territoriales, et croisées ensuite avec les ressentis des professionnels de terrain (comités techniques des PTS, comités locaux les plus représentatifs du territoire), mais malgré cela il existe un besoin d'indicateurs épidémiologiques locaux (les données sont disponibles à l'échelle du département ou plus, mais très rarement à l'échelon local, hormis quelques études ponctuelles) et un problème d'analyse de ces indicateurs se pose.*

Dans le cadre rigide du PRSP¹, il y a eu des difficultés d'identification des besoins de santé (14 thématiques : champ de vision trop étroit), un manque de retour, ressenti de la part de la population et des professionnels de santé (retour par projet, manque de vision macroscopique), un manque de validation des actions dans le temps.

L'observation doit permettre d'insuffler la dynamique et de créer des synergies locales.

Pour définir les besoins de santé il faut des visions complémentaires, car *il y a un prisme en fonction de qui regarde.*

Les besoins sont latents, perçus ou exprimés. Peut-être les besoins latents sont-ils plus importants que ceux exprimés ? Les besoins de santé ne sont pas corrélés à la consommation de soins, celle-ci peut être inadéquate, ce qui explique certainement le besoin d'experts exprimé, afin de pouvoir passer de l'observation à l'action du projet de territoire.

▪ **Besoin de méthodologie et de formation**

- Le besoin d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique avec une approche sociale, psychologique et comportementale, dans l'optique d'autonomiser la personne et de l'acheminer vers un changement de ses habitudes de vie. Pour cela les attentes sont :
 - une information claire ;
 - l'identification des interlocuteurs (qui fait quoi ?) ;
 - et l'existence d'un acteur qui va pouvoir correctement orienter le patient.
- Le besoin de la nécessité d'une refonte de la formation pluridisciplinaire (ou comment impliquer les différents acteurs), lié au besoin de changement de conception idéologique, en intégrant par exemple la notion d'éducation sociale et

¹ Plan régional de santé publique.

thérapeutique dans la formation des étudiants et internes en médecine. Egalement évoqué à cette occasion, le besoin de prise de conscience de la maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes.

- Le besoin de formation des habitants relais : ladite formation est assurée par des associations partenaires du GRPS¹, comme le CIRM² sur certains territoires tels Arras et Bapaume.
- Le besoin d'agir sur les déterminants de santé, afin d'améliorer la compréhension des gens pour que la promotion de la santé soit une volonté partagée, car *aujourd'hui on est plus dans une situation de faire avec ce que l'on a que de chercher les moyens d'améliorer la santé (dans le cadre de la prévention)*.

▪ **Besoin de concertation et de communication**

Nos interlocuteurs signalent l'existence d'un problème de communication des institutions sociales (caisses d'allocations familiales, acteurs sociaux) avec les soignants, qui s'exprime par un déficit d'informations nécessaires aux prises en charge ayant pour effet leur suspension. Ainsi la difficulté d'accès aux informations montre-t-elle le besoin de pédagogie et de communication indispensable *pour corriger les idées reçues*.

¹ Groupement Régional de Promotion de la Santé.

² Carrefour d'Initiatives et de Réflexions pour les Missions relatives à la vie affective et sexuelle.

BESOINS IDENTIFIES PAR LES ACTEURS-CLES EXERÇANT LES FONCTIONS DE MEDECINS DU TRAVAIL

En général

Les professionnels consultés s'accordent à dire qu'*en médecine du travail, les patients sont des salariés en meilleure santé que la population générale*. Les nombreux problèmes qui gênent leur pratique tiennent dans les carences qu'ils constatent au niveau du suivi : en matière de soins dentaires, gynécologiques (les médecins du travail ne pratiquent pas de frottis), cardiovasculaires. Ils sont également confrontés à de multiples problèmes d'addictions (alcool, tabac, drogues « dures »). *Des problèmes psychosociaux sont mis en évidence et reflètent fortement les difficultés psychosociales présentes au sein de l'entreprise : conflits patrons / employés, demande de rendement élevé, de polyvalence, discours négatif des employeurs, travail posté conduisant à un mal-être global au travail (important chez les ouvriers et très important chez les cadres).*

Le problème de l'assistanat de la population dans certains territoires au passé d'industrialisation très précoce et paternaliste, est aussi mis en avant.

Types de besoins exprimés par ces professionnels

Les médecins du travail, comme en témoigne le schéma n° 6, distinguent 2 grands types de besoins liés à la santé :

1. Le besoin en organisation du système de santé ;
2. Le besoin de méthodologie et de formation.

▪ **Le besoin en organisation du système de santé**

Il est composé de 3 autres besoins qui sont :

- Le besoin de démographie médicale prégnant chez les médecins du travail, *spécialité très peu choisie par les étudiants en médecine d'où beaucoup de départs non remplacés.*

De par les carences qu'il génère en termes de prévention secondaire et de suivi, le déficit en médecins généralistes et divers spécialistes, dont les gynécologues, est également sujet de préoccupation pour nos interlocuteurs.

- Le besoin d'accès aux soins et le besoin de transports

La difficulté grandissante de l'accès aux soins est *liée, d'une part au prix des consultations, notamment pour la population n'ayant ni CMU ni mutuelle, d'autre part à des problèmes de mobilité, dont le problème de transports. Le taux de personnes sans permis de conduire ou sans voiture est considérable (problématique du manque de mobilité des habitants du territoire très importante).*

- Le besoin d'organisation

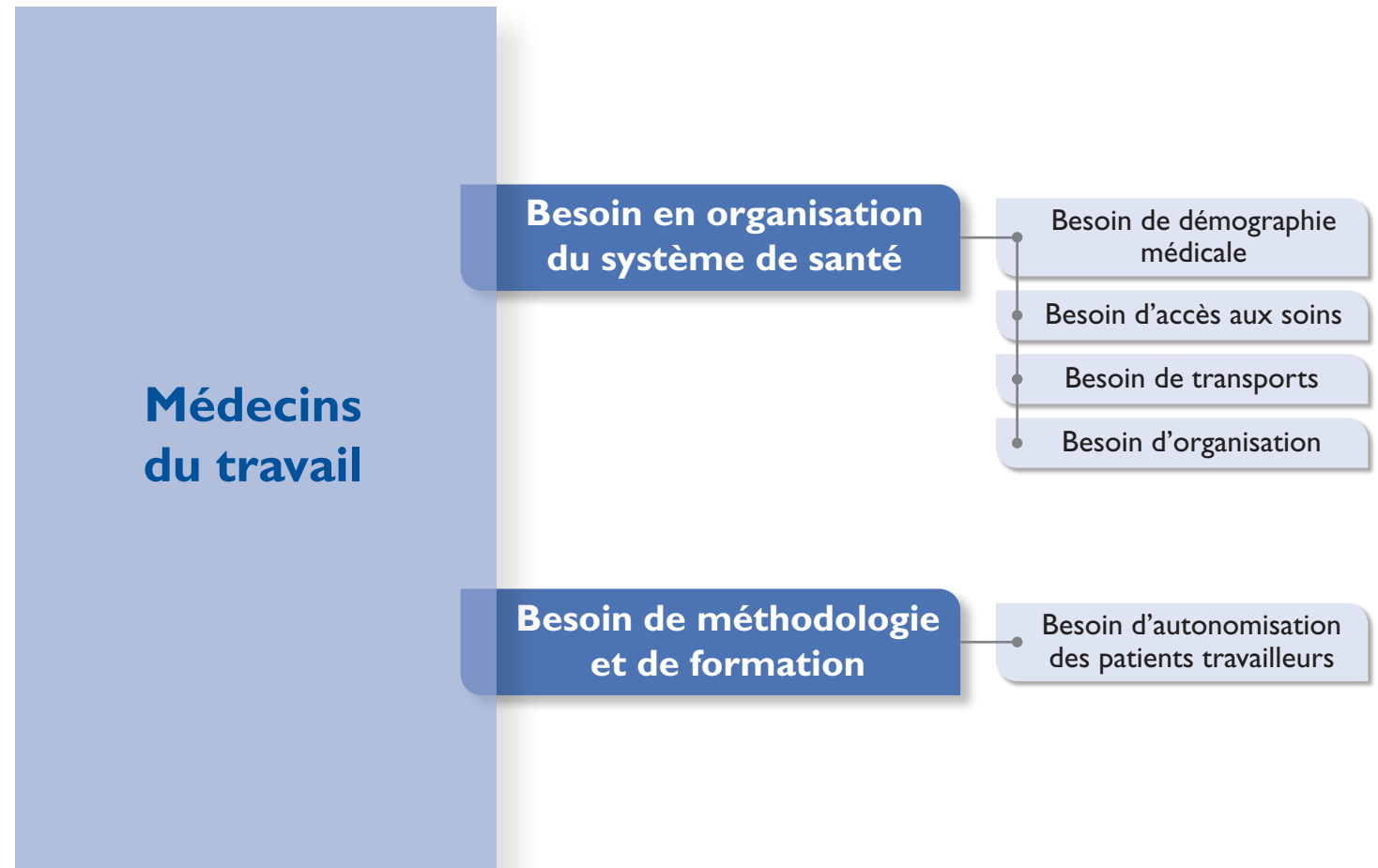
La méthode de travail n'est plus adaptée à l'offre médicale (consultations ciblées, consultations de groupe).

Le transfert de compétences des « visites d'aptitude » des médecins du travail vers les médecins généralistes voulu par les autorités, ne fait que déplacer un problème vers un autre.

▪ **Le besoin de méthodologie et de formation, dont le besoin d'autonomisation**

Pour ces professionnels, *les attitudes d'assistanat* très importantes sur le territoire *sont liées au passé d'industrialisation paternaliste*, les entreprises de l'époque prenant en charge le salarié dans sa globalité, notamment au niveau de sa santé.

Schéma n° 6 : **Les besoins identifiés par les acteurs-clés exerçant les fonctions de médecins du travail**



Conclusion provisoire

Le texte qui précède expose ce qui devait constituer la première partie d'une double étude réalisée à l'instigation du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais en février 2009. À la suite de cette enquête portant sur *Les besoins locaux de santé*, une seconde partie, ayant pour titre *D'un SROS à des projets locaux de santé*, devait être adjointe mais sera publiée plus tard. En effet, il nous semble nécessaire, si ce n'est urgent, que l'analyse de ces besoins locaux de santé soit rendue sur la base des rencontres auprès de tous les acteurs locaux qui ont bien voulu s'associer à cette démarche. Par ailleurs, cette conduite pourrait être une contribution annexe à la mise en place du Plan régional de santé, en phase de conception. Cependant, il nous semble prématuré de publier le second volet de notre travail sans le compléter par les avis et analyses que les services de l'Agence Régionale de Santé sont en train de constituer. Enfin, il serait délicat que l'ORS publie un rapport dans ces conditions sans avoir eu l'occasion d'en débattre avec l'ARS. Selon nous, cette réserve se justifie d'autant plus que le second volet doit comporter l'explicitation des conditions de l'appropriation de la démarche et contenir plusieurs recommandations et l'ingénierie nécessaire, conformément aux souhaits du commanditaire. Nous sommes donc arrivés à la conclusion qu'il était indispensable de surseoir à la publication de ce second volet, pourtant fort avancé, et qu'il était impérieux de porter les résultats du premier travail à la connaissance des différents acteurs. La présente conclusion est donc provisoire. Elle fait le point de notre analyse tout en délivrant quelques éléments qui seront intégrés dans le second volet.

Olivier Lacoste, directeur de l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

« Pertinents » : c'est l'appréciation générale que nous avons reçue de nos interlocuteurs/enquêtés à l'issue de cette enquête. Même si les limites de puissance statistique de cette approche sont très probablement réelles, il aurait été plus fiable, parce que plus statistiquement significatif, de solliciter un échantillon plus important en nombre¹, probablement une centaine de personnes. Progressivement, au cours de l'avancement de ce travail, il nous a semblé que le matériel d'enquête était d'une grande qualité, ou au moins d'une qualité supérieure à ce que nous pouvions attendre *a priori*. En effet, au fur et à mesure, nous avons remarqué que le contenu des entretiens se colligeait, que les propos de nos interlocuteurs divergeaient fort peu dans leur ensemble et encore moins lorsque ceux-ci intervenaient dans des milieux, des territoires identiques ou similaires. Par conséquent, les avis rendus sur *les besoins locaux* nous ont semblé être très influencés, si ce n'est déterminés, par l'aire d'intervention professionnelle de chacune des personnes que nous avons rencontrées.

De plus, les propos recueillis nous ont paru non seulement sincères mais aussi courageux, dans la mesure où nul ne s'est restreint dans ses discours, fondés et étayés sur sa propre perception, issus de son expérience, en face d'un enquêteur mandaté par un organisme, l'ORS, paré d'une image d'expert ou censé détenir une partie de cette qualité. Aucun ne s'est réfugié derrière la non disponibilité d'indicateurs magiques, ou dans la dimension insondable du champ de la santé induite par la définition belle et néanmoins calamiteuse de celle-ci par l'OMS.

¹ Les moyens disponibles pour la réalisation de l'étude n'ont pas permis l'extension du nombre de personnes rencontrées.

Pour terminer ce premier point de l'enquête, il nous semble possible de conclure que la dimension locale de cette approche, le fait que la sollicitation qui fut la nôtre était bien d'approcher les besoins *locaux* de santé perçus par les professionnels, ceux qu'ils présentaient ou avaient pu observer ou comprendre, ont non seulement été bien compris par nos répondants mais les ont aussi en quelque sorte légitimés dans leur expression.

Il nous semble, mais ceci peut être subjectif, que les acteurs de santé locaux ont désormais une approche pragmatique et opérationnelle, juste. En effet, aucun d'entre eux n'a limité son propos aux seuls soins. En cela, le saut conceptuel entre une notion des besoins de santé¹ et les seuls besoins de soins² les caractérise. Il est probable que les dernières décennies d'intenses débats régionaux ont porté leurs fruits et ont pu être à l'origine de cette acculturation. Le discours de santé est sorti de l'adolescence. Il ne se contente plus de considérations sémantiques tenaces, comme ce fut le cas... un temps. Le slogan ne fait plus recette, contrairement à l'envie et au souhait de concevoir et de mettre en œuvre un projet. C'est ce que nous avons compris de la somme, de la mise en commun de ces regards croisés. Ceci est attesté par l'absence d'obstacle conceptuel ou lié à la posture enquêteur/enquêté que nous avons constatée lors des entretiens. En effet, là où l'on pouvait s'attendre à ne recueillir que des besoins concernant des pathologies, ou peut-être aussi quelques revendications d'équipements, il s'est avéré que les professionnels rencontrés mettaient tout d'abord en relation un grand nombre de déterminants, socio-économiques et sanitaires, sur le même pied d'égalité.

Plus remarquable encore, les réponses qui nous ont été spontanément offertes ont bien plus relaté les besoins opérationnels exposant explicitement une attente et une volonté d'organisation sanitaire locale, de coordination et d'articulation semblant en tous points quasiment conformes aux intentions de la loi HPST³.

REALITES TERRITORIALES DE BESOINS DE SANTE DANS LE NORD – PAS-DE-CALAIS

Le tableau n° 2 présente les principaux besoins parmi les plus cités par type de territoire.

Le tableau n° 3 montre, pour chaque type de territoire, les types de besoins non cités parmi les 63 besoins répertoriés sur l'ensemble des trois territoires ; pour exemple nous noterons seulement que les *autres agglomérations et territoires périphériques* ont cité 48 besoins parmi les 63 répertoriés par les différents professionnels.

Le tableau n° 4 est identique au tableau n° 2 (principaux besoins parmi les plus cités par type de territoire) en matérialisant en plus les variabilités selon le type de professionnel.

¹ Les besoins de santé peuvent se décomposer entre les différents besoins issus des cinq segments de la prévention, de l'offre de soins de proximité, de l'hospitalisation, du médico-social et de la sécurité sanitaire, qui sont désormais dévolus aux ARS, et de quelques autres thèmes variables selon les auteurs, les acteurs, les états nationaux et bien souvent les caractéristiques locales d'un territoire et de ses populations.

² Marqué G. Besoins et offre de soins de la région Nord-Pas-de-Calais. *Gestion hospitalière* : n° 489 - octobre 2009, 491-497.

Berthod-Wurmser M., Baubeau D. Planification et besoins de santé de la population. *ADSP*, n° 11 juin 1995, XXX-XXXIII.

Cases C, Baubeau D, Peut-on quantifier les besoins de santé ? *Solidarité et santé*, N°1 • 2004, 17-22.

³ L'enquête de terrain a été réalisée au printemps et à l'été 2009, avant la mise en place des Agences Régionales de Santé.

Principaux besoins cités :

1- pour les autres agglomérations et territoires périphériques

En tout premier lieu, un besoin d'organisation (premier rang) complété du besoin exprimé de coordination et de cohérence (cinquième rang) comme si, à l'aval d'une organisation pensée et mise en place à l'échelon régional, il convenait que les différents acteurs s'articulent pour atteindre plus de cohérence. Si les besoins liés à la démographie des professionnels de santé (deuxième rang) diffèrent peu de la moyenne, les besoins définis par le terme de prise en charge (quatrième rang) sont là, spécifiquement sur-cités. Les besoins décrits comme étant des besoins d'information (troisième rang) sont notables tout comme ceux décrits par le terme de support social.

Dans le tableau n° 4, il est à signaler que le groupe professionnel du territoire et ceux de prévention évoquent très fortement le besoin d'un accès aux soins. Les trois groupes citent en premier ou second rang l'organisation ou la démographie des professionnels de santé.

Les besoins absents de cet ensemble territorial sont ceux décrits comme la limitation de la surmédicalisation (de la population et de la santé en général) et, dans une bien moindre mesure, ceux d'évaluation.

D'après les professionnels de santé de ce groupe, le territoire se définit par les liens existant entre les intervenants (politiques/médicaux/sociaux) qui travaillent ensemble. L'identité du territoire (en tant que schéma local de santé) se définit par l'existence et la nature de ces relations dans un contexte territorial *a priori* plus rude que les deux autres.

2- pour les grandes agglomérations

La coordination, l'articulation (premier rang), la démographie des professions de santé (deuxième rang), ainsi que spécifiquement la vision locale (troisième rang), tiennent les premières places des descriptions des besoins. Une approche plus autonome, plus centrée sur ce qui semble être une volonté de relative souveraineté locale, se marque et se remarque. En témoigne le besoin de décision politique de santé (huitième rang) joint au besoin d'être entendu (septième rang), pouvant être les signes des ferments de projets locaux de santé conçus et menés à cet échelon. Le besoin de disposer de données épidémiologiques (cinquième rang) trouve ici son utilité réelle ou supposée. Dans le tableau n° 4, il est à signaler que le groupe professionnel du territoire met l'accent sur le besoin de projet et, accessoirement, de données épidémiologiques. Cependant, les besoins d'un regard expert, de conseil, d'ingénierie ou de débats ne sont pas cités.

3- pour la métropole lilloise

Évoqué d'emblée comme dans le groupe précédent, le besoin de coordination, de décloisonnement se manifeste très lourdement et massivement au sein de la métropole (premier rang). Il nous a semblé qu'ici plus qu'ailleurs, le besoin de concevoir un système de santé *trans-segmentaire* (entre prévention, soins de proximité, soins hospitaliers, etc.) était très clairement perçu et attendu, en premier lieu de la nouvelle ARS. Le besoin d'organisation occupe le troisième rang, devant ceux liés à la décision politique de santé et spécifiquement à l'écoute et la concertation (respectivement cinquième et quatrième rang), qui ont été plus souvent cités que dans les deux groupes territoriaux précédents. En outre, ce groupe de besoins est pointé tant par les professionnels du territoire que par ceux de la prévention et de la santé.

Par ailleurs, la métropole lilloise se singularise par les sur-évoqueries de l'éducation en santé ou thérapeutique (deuxième rang) et de prévention (septième rang).

Enfin, le besoin d'information (sixième rang) est ciblé par les professionnels de santé et de prévention, tandis que la nécessité de disposer d'outils adaptés, de regards experts et de données épidémiologiques est sur-citée par les professionnels du territoire.

Tableau n° 2 : Liste de la synthèse des besoins les plus cités par type de territoire, quel que soit le type de professionnel

Synthèse Métropole lilloise	Synthèse Grandes agglomérations	Synthèse Autres agglomérations et Territoires périphériques
Coordination, articulation et cohérence	Coordination, articulation et cohérence	Organisation
Éducation en santé ou thérapeutique	Démographie médicale	Démographie médicale
Organisation	Vision locale	Information
Écoute et concertation	Accès aux soins	Prise en charge
Décision politique de santé	Données épidémiologiques	Coordination, articulation et cohérence
Information	Support social	Prévention
Prévention	Être entendu au niveau institutionnel	Matériels
Pédagogie sanitaire	Décision politique de santé	Support social

Source : Étude à paraître D'un SROS à des projets locaux de santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau n° 3 : Liste des besoins non cités par type de territoire

Métropole lilloise	Grandes agglomérations	Autres agglomérations et Territoires périphériques
Réseau	Autonomisation	Limiter la surmédicalisation
Moyens humains	Limiter la surmédicalisation	Évaluation
Orientation et suivi	Pérennité des projets	–
Accompagnement et parcours de soins	Débats	–
Pérennité des projets	Création des comités de santé	–
Support social	Santé travail	–
Création des comités de santé	Soins de suite	–
Santé travail	Conseils	–
Transports	Regard expert	–
Évaluation	Implication	–
Ingénierie	Ingénierie	–
Communication	Déculpabiliser les soins	–
Partage des compétences	–	–

Source : Étude à paraître D'un SROS à des projets locaux de santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Enquête sur les besoins locaux de santé

Tableau n° 4 : Les principaux besoins premiers, cités par type de territoire et par groupe de professionnels

TERRITOIRES	Elus ou responsables du territoire	Professionnels de prévention	Professionnels de santé
Métropole lilloise	Priorisation des orientations	Coordination, articulation et cohérence	Coordination, articulation et cohérence
	Education en santé ou thérapeutique	Etre entendu au niveau institutionnel	Education en santé ou thérapeutique
	Organisation	Pédagogie sanitaire	Organisation
	Outils adaptés	Ecoute et concertation	Ecoute et concertation
	Décision politique de santé	Décision politique de santé	Prise en charge
	Regard expert	Information	Information
	Données épidémiologiques	Données épidémiologiques	Prévention
Grandes agglomérations	Coordination, articulation et cohérence	Coordination, articulation et cohérence	Coordination, articulation et cohérence
	Projets	Démographie médicale	Démographie médicale
	Décision politique de santé	Vision locale	Vision locale
	Accès aux soins	Prévention	Accès aux soins
	Données épidémiologiques	Données épidémiologiques	Matériels
	Support social	Support social	Support social
	Etre entendu au niveau institutionnel	Décision politique de santé	Etre entendu au niveau institutionnel
Autres agglomérations et Territoires périphériques	Organisation	Organisation	Organisation
	Démographie médicale	Démographie médicale	Démographie médicale
	Prévention	Information	Information
	Prise en charge	Prévention	Prise en charge
	Matériels	Coordination, articulation et cohérence	Coordination, articulation et cohérence
	Accès aux soins	Accès aux soins	Education en santé ou thérapeutique
	Support social	Support social	Priorisation des orientations

Source : Étude à paraître D'un SROS à des projets locaux de santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

NB : Dans ce tableau, les cases en gras sur fond grisé constituent les besoins propres aux types de territoire, parmi les sept premiers besoins cités par les professionnels du territoire.

LES BESOINS ET LEURS INDICATEURS

S'il persiste des différences entre les types de professionnels répondants, bien compréhensibles selon les pratiques et les expériences de chacun (responsables territoriaux, médecins hospitaliers, médecins de ville, acteurs de prévention, médecins du travail), il convient de remarquer encore davantage la signification globale des avis territoriaux. Au total, les acteurs des trois milieux dépeignent trois situations de besoins bien spécifiques.

Pour les espaces périphériques, les besoins exprimés sont plus essentiels qu'ailleurs. On pourrait écrire qu'ils y sont plus vitaux ; pourtant, l'attente d'une vision et d'un projet régional qui leur seraient bénéfiques s'y manifeste probablement aussi.

Par contre, pour les grandes agglomérations, l'autonomie de projet est nettement plus marquée, les éléments des projets locaux de santé nous ont semblé être préexistants, prêts à être mis en œuvre, ou déjà déployés, sans pour autant que cette vision ne se heurte à une opposition à un projet plus global assurant une cohérence régionale.

Enfin, pour la métropole, c'est bien avant tout la coordination des moyens et des entreprises qui est envisagée, tout en faisant une place notable à la santé primaire dans un contexte, il est vrai, qui n'est pas autant confronté que les autres aux affres de l'évolution de la démographie des professions de santé.

Ces spécificités de milieux relevées dans les besoins exprimés contrastent fortement avec les indicateurs classiques et couramment utilisés pour dépeindre les besoins de la population. En effet, si chaque année ce sont plus de 7 400 décès excédentaires, dont 4 800 avant 65 ans, et plus de 1 000 décès censés être accessibles à la prévention, qui sont enregistrés dans le Nord - Pas-de-Calais, cette surmortalité, qui reste éminemment fiable en tant qu'indicateur de constat, ne manifeste pas de variations territoriales notables dans son ampleur¹.

Tableau n° 5 : Décès moyens annuels excédentaires* pour la période 2004-2007

Type de mortalité	Nombre	%
Mortalité toutes causes	7 417	100,0
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	4 809	64,8
Mortalité évitable par des actions sur le système de soins	362	4,9
Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel	1 045	14,1

* Par rapport à la mortalité française standardisée pour la même période.

Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Il est pourtant exact que pour caractériser les besoins de santé d'une population, il est préférable de les quantifier, d'élaborer des indicateurs. Pourquoi ? Le chiffrage a le mérite de résoudre certains désaccords², encore faut-il en disposer.

¹ Quel que soit le découpage géographique retenu, la surmortalité régionale, bien que celle-ci décroisse à un rythme soutenu, touche uniformément le Nord - Pas-de-Calais, du nord au sud et d'est en ouest, tant en milieu urbain que périurbain et rural. Tous les territoires du Nord - Pas-de-Calais se situent, par l'ampleur de leur mortalité, en toute fin de classement dans l'ensemble des territoires français. Aussi, fort de cette constatation, serait-il quelque peu trompeur de commenter les écarts de mortalité entre territoires de cette région.

² Touchelay B., Verheyde P. dir. *La genèse de la décision. Chiffres publics, chiffres privés dans la France du XXe siècle*. Pompignac près Bordeaux, Éditions Bière, 2009, 259 p.

Pour reprendre une réplique de François Rollin¹, le chiffre pour le chiffre, *cela n'a aucun intérêt mais au moins cela évite des polémiques pénibles*. L'information ne vaut que par la compréhension qu'elle fournit. Or, outre la mortalité qui ne fournit qu'une indication ultime d'un état de santé constaté à un moment donné, il n'existe dans tous les indicateurs de santé publiés sous forme de répertoires ou de pseudo-Atlas, aucun indicateur donnant une compréhension exacte des besoins de santé d'un territoire ou d'une population.

Il y a encore vingt ou trente ans, il était possible d'avoir l'impression que des données quantitatives, surtout manquantes d'ailleurs ce qui les rendait d'autant plus désirables, pouvaient permettre *grosso modo* de dresser des tableaux fidèles et de s'approcher un jour d'une juste appréciation. Aujourd'hui, il est de plus en plus patent que *la réalité passe à travers les mailles des tableaux et des chiffres*². De ce fait, les besoins de santé nous semblent d'autant plus inaccessibles. Pourquoi ? *Parce que les appareils de connaissance statistique – les nomenclatures qu'ils produisent, les catégories qu'ils utilisent, les concepts qui les organisent – ont été conçus et mis en place dans les années 1950*. Pour la santé, beaucoup d'entre eux, dont la mortalité, remontent au XVII^{ème} siècle³.

Pour le reste, s'agissant de la morbidité, la fréquence de telle ou telle pathologie, fort peu de chose est mobilisable à l'échelle locale. Par ailleurs, on ne saurait trop insister sur le fait que la morbidité n'est pas extrapolable à partir de la mortalité, elles sont presque systématiquement absentes aux échelles locales donc n'ont pas de pertinence sur l'analyse des inégalités, et leur collecte est tellement rare qu'elle en est exceptionnelle.

L'ERREUR ET LE PROBLEME

Comme nous l'avons exposé au début de cette étude, les besoins de santé de la population, que ceux-ci soient locaux ou à d'autres échelles, constituent de plus en plus l'une des références essentielles des politiques de santé, tant pour ce qui relève de l'organisation des soins que de la production de textes réglementaires. Dans une certaine mesure, la satisfaction, ou tout au moins la prise en compte des besoins de santé, tendent à devenir le nouveau paradigme de l'action publique.

Pour Déplaudé⁴, les besoins de santé ont été *réifiés*⁵. De nombreux textes législatifs et réglementaires obligent les administrations⁶ à y faire référence. Les besoins de santé sont devenus l'un des principaux critères en fonction desquels les décisions en matière de santé sont supposées être prises. En effet, l'obscurité de l'application du concept est peu résolue par l'abord classique que la santé publique propose aujourd'hui. Il est de coutume d'apporter un regard qualitatif et expert sur ces besoins, qualifiés alors de *besoins réels*, s'ils sont présentés par des acteurs du système de santé, ou *ressentis* s'ils émanent de la population, des usagers.

Pire encore, car encore plus chargé de maladresse, le besoin de santé est parfois décrit comme *l'écart entre la situation actuelle (évaluée sur quelle base ?) et la situation désirée (par qui ?)*. Le *besoin non satisfait* constitue alors un *problème de santé* académiquement conçu et exposé. S'il est ainsi objectivé, objectivé préférentiellement par la production et la présentation d'indicateurs statistiques, il acquiert une neutralité apparente puisque les conditions techniques de sa production sont toujours exposées dans les *règles de l'art*, tandis que les présupposés de sa conception ne sont jamais, ou très exceptionnellement, présentés.

¹ Journaliste, humoriste, acteur et chroniqueur radiophonique, né à Dunkerque.

² Stiglitz J., Sen A., Fitoussi JP. *Vers de nouveaux systèmes de mesure*. Paris : Odile Jacob, 2009, 417 p.

³ Le Bras H. *Naissance de la mortalité. L'origine politique de la statistique et de la démographie*. Paris : Seuil/Gallimard, 2000, 351 p.

⁴ Déplaudé M. O. Une fiction d'institution : *les besoins de santé* de la population. In Chauviré C, Ogien A, Quéré L. *Dynamiques de l'erreur*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2009, 359 p.

⁵ La réification définit la tendance à transformer, à se transformer en chose, en objet.

⁶ Sénécal G. (dir). *Les indicateurs territoriaux. Perspectives et renouvellement*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2007, 270 p.

LA NOUVELLE LOI HPST

La loi HPST¹, qui a pour ambition de réformer en profondeur l'organisation sanitaire, est non seulement de garantir pour l'avenir l'accès de tous à des soins de qualité pour tout le territoire (donc aussi implicitement au plan local), mais aussi de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Pour l'accès à des soins de qualité, une nouvelle organisation de l'offre devrait voir le jour sur le territoire français. On distingue deux niveaux de recours qu'il est prévu d'évaluer dans le cadre du projet régional de santé, les soins de premier recours², et les autres, qualifiés de second recours³. C'est bien là que se situe l'ambition territoriale et fonctionnelle de la réforme.

De plus, les textes prévoient d'introduire une planification régionale de la politique de santé, en développant une offre de soins qui ne se définira plus en fonction de leurs secteurs d'activité mais des *besoins des patients*, dans le cadre de leur parcours de soins.

On retrouve là l'idée de filière et peut-être la notion de systèmes locaux de prise en charge, sans que ceci ne soit explicitement exprimé.

En outre, dans ses intentions, la loi cherche à faciliter d'une part la vie des professionnels de santé mais surtout la vie des patients dont le parcours de soins manque de cohérence. En cela, les avis que nous avons recueillis vont dans le droit fil de ces axes. La recherche, le besoin d'organisation, de coordination, ou encore de décloisonnement, sont les traits essentiels de l'air du temps du système de santé et l'un des points nodaux de la réforme en cours.

Il conviendra sans doute de concevoir et de mettre en œuvre de nouveaux indicateurs de santé qui, ne perdant pas de vue la mortalité comme élément ultime d'évaluation, seraient construits davantage en fonction de ce que l'offre de santé, dans ses différents segments, propose à la population, et qu'il faudra organiser et coordonner.

Pour cela, un indicateur à structure composite, décrivant l'offre assurée par chacun des segments, nous semble souhaitable dans la mesure où le calcul de son évolution et de son écart, par rapport à un état futur et souhaité, pourrait rapidement constituer un indicateur quantifié de besoin, disponible qui plus est tant à l'échelle locale qu'à celle de la région, et pourquoi pas de l'ensemble du territoire national.

LES BESOINS OBSERVES ?

Des organismes tels que les ORS ont été et sont censés informer de ces besoins⁴, de contribuer, ce faisant, à la mise en application de la politique de santé. Entamée dès le début des années 1980, leur action a tout d'abord contribué à la collecte de données éparses, puis à la diffusion de méthodologies. Souvent, à leur corps défendant, les indicateurs produits ont

¹ Couty E., Kouchner C., Laude A. et alii. *La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2009, 391 p.

² Les soins de premier recours englobent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

³ Les soins de second recours ont été évoqués dans les travaux de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, mais ne sont pas définis par le texte de loi.

⁴ Dans sa lettre de mission adressée au Doyen Cabanel, le Premier Ministre Raymond Barre écrivait en 1980 : *En effet, adapter les différents moyens d'intervention sur la santé aux besoins réels de la population est un des grands objectifs de la politique sanitaire d'un pays.*

été interprétés comme des indicateurs de besoins. L'acquis central du mouvement qu'ont accompagné les ORS a peut-être été d'établir le bien-fondé de l'approche régionale. Il reste que la prochaine étape sera de se rapprocher du local, avec les aléas statistiques que cela induit et les risques de participer en tant qu'expert à une concertation que l'on ne maîtrise pas toujours entre acteurs de la santé.

C'est en partie toute cette difficulté qu'analysaient Marianne Berthod-Wurmser et Dominique Baubeau dans un article paru en 1995 : *Longtemps, le « besoin » a été comme l'intelligence : « c'est... ce que je mesure », répondait en substance le spécialiste de santé publique sommé par le planificateur de trouver des critères rationnels, socialement acceptables, à la programmation de ses actions. Qu'il eût des doutes, c'est probable. En tout état de cause, il faisait des réponses [...] L'expression des besoins de la population et leur prise en compte se heurtent toujours à des difficultés réelles, relevant en partie du système institutionnel qui n'a été que partiellement modifié, en partie d'une mobilisation trop faible de connaissances sur la santé de la population. Ces deux faiblesses sont évidemment liées [...] Le concept de « besoins de santé de la population » est donc paradoxalement démobilisateur, dans la mesure où les spécialistes de santé publique savent qu'il ne peut guère aujourd'hui déboucher sur des applications concrètes satisfaisantes, en l'absence surtout d'instruments de connaissance adaptés. Ainsi, au fur et à mesure que le processus de planification se « dilue » dans un ensemble plus vaste d'interventions qui visent à « mieux gérer » la santé, pourrait se préciser et se mettre en œuvre un concept de « besoins de santé d'une population » un peu plus opératoire.*¹

Neuf ans plus tard, Dominique Baubeau et Chantal Cases reprenaient le motif et concluaient un deuxième article par ces mots : *Finalement, comme le soulignent JL. Salomez et O. Lacoste, Il n'existe pas de besoin de santé absolu, universel, qui pourrait s'imposer au décideur, ne lui laissant que le choix de moyens, tâche néanmoins redoutable. Énoncer un besoin de santé est un véritable choix politique, éthique, philosophique qui doit s'adapter au lieu et au moment*².

¹ Berthod-Wurmser M., Baubeau D. Planification et besoins de santé de la population. *ADSP*, n° 11 juin 1995, XXX-XXXIII.

² Cases C., Baubeau D., Peut-on quantifier les besoins de santé ? *Solidarité et santé*, N°1 • 2004, 17-22.

Annexe

Présentation des 6 grandes classes de besoins de santé et de leurs sous-types, élaborés par l'ORS à partir des besoins identifiés par les professionnels au cours des entretiens

Besoins en :

- **Organisation du système de santé**

1. Accès aux soins
2. Autonomisation
3. Accessibilité
4. Lutte contre la surmédicalisation
5. Prévention
6. Projets médicaux
7. Réseau entre la ville et l'hôpital
8. Démographie médicale
9. Financement
10. Actions de gérontologie
11. Matériels (augmentation du nombre de lits hospitaliers, de centres de référence, de places en CIAD, d'équipements, etc.)
12. Moyens humains
13. Offre de soins
14. Organisation et réorganisation de la permanence des soins
15. Orientation et suivi
16. Pérennité (besoin de travailler dans la durée)
17. Prise en charge (amélioration de l'efficacité structurelle, toilettes, surveillance de la nutrition, raccourcissement du temps d'hospitalisation de jour, etc.)
18. Structures (établissements pluridisciplinaires, SSR et aides à domicile, etc.)
19. Réseau
20. Santé travail
21. Soins de suite
22. Organisation
23. Maillage d'acteurs

- **Coordination et décloisonnement**

1. Réseaux de professionnels
2. Orientation et suivi
3. Outils adaptés
4. Parcours de soins
5. Prise en charge en coordination (avec le médecin traitant)
6. Suivi
7. Temps
8. Coordination, articulation et cohérence
9. Débats
10. Décloisonnement

- **Décisions politiques et développement local**
 1. Délocalisation des actions de santé
 2. Identification des acteurs (nouveaux porteurs de projets, interlocuteurs-clés ou ressources locales)
 3. Création des comités de santé au niveau territorial
 4. Développement de la culture santé de la population locale
 5. Politique (comités de santé, institutions de santé, décisions de santé, légitimité du décisionnaire, etc.)
 6. Projets
 7. Attractivité du territoire
 8. Transports
 9. Synergie locale

- **Observation et indicateurs**
 1. Vision locale
 2. Conseils
 3. Données épidémiologiques
 4. Evaluation
 5. Prévention
 6. Regard expert

- **Méthodologie et formation**
 1. Support social (écoute, etc.)
 2. Education en santé
 3. Implication
 4. Ingénierie (réflexion sur les nouvelles technologies)
 5. Partage des compétences
 6. Déculpabiliser les soins
 7. Autonomisation

- **Concertation et communication**
 1. Communication
 2. Information
 3. Écoute et concertation
 4. Création
 5. Support social
 6. Débats et partage
 7. Être entendu au niveau institutionnel
 8. Dialogue entre médecins libéraux et salariés

Bibliographie

Berthod-Wurmser M, Baubeau D. Planification et besoins de santé de la population. *Actualité et dossier en santé publique* 1995 ; 11 : 30-3.

Cases C, Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? *Solidarité et santé* 2004 ; 1 : 17-22.

Chevalier P, Debauche M, Dereau P. *Recommandations de bonnes pratiques : assuétude aux médicaments*. Belgique : SSMG, 2009 ; 32 p.

Couty E, Kouchner C, Laude A, et alii. *La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2009 ; 391 p.

Déplaud MO. *Une fiction d'institution : les besoins de santé de la population*. In Chauviré C, Ogien A, Quéré L. *Dynamiques de l'erreur*. Paris : Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 2009 ; 359 p.

Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Trédez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2007. Cité dans : ONDPS-INCA. *Rapport 2006-2007*. Les métiers de la cancérologie : tome 4. Paris : La documentation française, 2008 ; 151 p.

Lacoste O. Peut-on déterminer des besoins locaux de santé ? *Actualité et dossier en santé publique* 1999 ; 29 : 43-6.

Le Bras H. *Naissance de la mortalité. L'origine politique de la statistique et de la démographie*. Paris : Seuil/Gallimard, 2000 ; 351 p.

Marqué G. Besoins et offre de soins de la région Nord-Pas-de-Calais. *Gestion hospitalière* 2009 ; 489 : 491-497.

Salomez JL, Lacoste O. Du besoin de santé au besoin de soins : la prise en compte des besoins en planification sanitaire. *Hérodote* 1999 ; 92 : 101-20.

Sénécal G, dir. *Les indicateurs territoriaux. Perspectives et renouvellement*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2007 ; 270 p.

Stiglitz J, Sen A, Fitoussi JP. *Vers de nouveaux systèmes de mesure*. Paris : Odile Jacob, 2009 ; 417 p.

Touchelay B, Verheyde P, dir. *La genèse de la décision. Chiffres publics, chiffres privés dans la France du XXe siècle*. Pompignac : Éditions Bière, 2009 ; 259 p.

ISBN : 2-914512-42-2
Septembre 2010



Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

235, avenue de la Recherche
B.P. 86 - 59373 Loos cedex
Tél. +33 (0)3 20 15 49 20
Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org



L'ORS est membre du GIE
Groupement Régional de Promotion de la Santé