

LE DOSSIER

LE DOSSIER

Égax face à la santé ?

Eh non, toujours pas !

- 7 Sandrine Haas et Emmanuel Vigneron *Les territoires inégaux face à la santé : une forme méconnue de discrimination*
- 17 Denis Piveteau *Quand la contrainte financière limite l'accès aux soins*
- 21 Nadia Dupont, Emmanuelle Hellier, Nathalie Hervé-Fournereau et Élisabeth Michel-Guillou *L'Ouest dans le combat de l'eau*
- 27 Nathalie Destais *L'appétit croissant des cliniques privées*
- 35 Daniel Coutant *Contre les déserts médicaux, les Maisons de santé*
- 39 Gilles Cervera *Face à la pénurie de médecins dans la Zup de Rennes, les idées de 68 refont surface...*
- 43 Gaby Bonnard *Dans les quartiers, la solution des Maisons de santé*
- 45 Christian Saout *Pour que les usagers parlent d'une même voix*
- 51 Véronique Daubas-Letourneux *Le cancer frappe les dockers de Nantes/Saint-Nazaire*
- 57 *Le diagnostic des politiques*
- 63 Marisol Touraine *Des leviers pour agir concrètement*

ÉGAUX

FACE À LA SANTÉ ?

TOUJOURS PAS !





L'ÉTAT DES LIEUX

Les territoires inégaux face à la santé : une forme méconnue de discrimination

RÉSUMÉ > Longtemps, on a gommé les inégalités géographiques face à la santé, seules les inégalités sociales étaient considérées. En réalité, les deux sont liées. Alors qu'en France les inégalités territoriales ne reculent pas, des solutions ciblées peuvent réduire ces différences géographiques et résoudre le dilemme entre, d'un côté, concentration et qualité des soins, de l'autre, proximité et accès égal pour tous.



TEXTE > **SANDRINE HAAS** et **EMMANUEL VIGNERON**

La compréhension et la lutte contre les inégalités de santé commande l'adoption de trois partis pris.

Le premier parti pris est celui de l'histoire, avec une mise en perspective historique des inégalités territoriales de santé qui permet non seulement d'en mesurer l'ancienneté et la persistance, mais aussi d'expliquer ce qui en a limité la prise en compte aussi bien par les scientifiques que par les politiques. Cette lecture historique montre que si les contextes institutionnel et politique ont longtemps fait obstacle à la lutte contre les inégalités territoriales de santé, les conditions sont aujourd'hui réunies pour que ce sujet prenne toute sa place dans les priorités des politiques publiques.

Le second parti pris est celui de l'observation. Il n'est pas nécessaire d'être exhaustif tant les exemples abondent et se recourent. Mais il est important de mettre en exergue les grands « faits stylisés » des transformations actuelles du paysage socio-sanitaire de la France. Il suffit donc d'observer un choix ciblé de cartes thématiques, représentatives des travaux les plus avancés récemment publiés sur le sujet.

Le troisième parti pris enfin est celui de l'action. Tout d'abord, pour agir il faut comprendre. Il faut donc proposer, au-delà des constats, un cadre d'interprétation des inégalités territoriales de santé. Nous retiendrons trois grandes familles de facteurs explicatifs : les déterminants

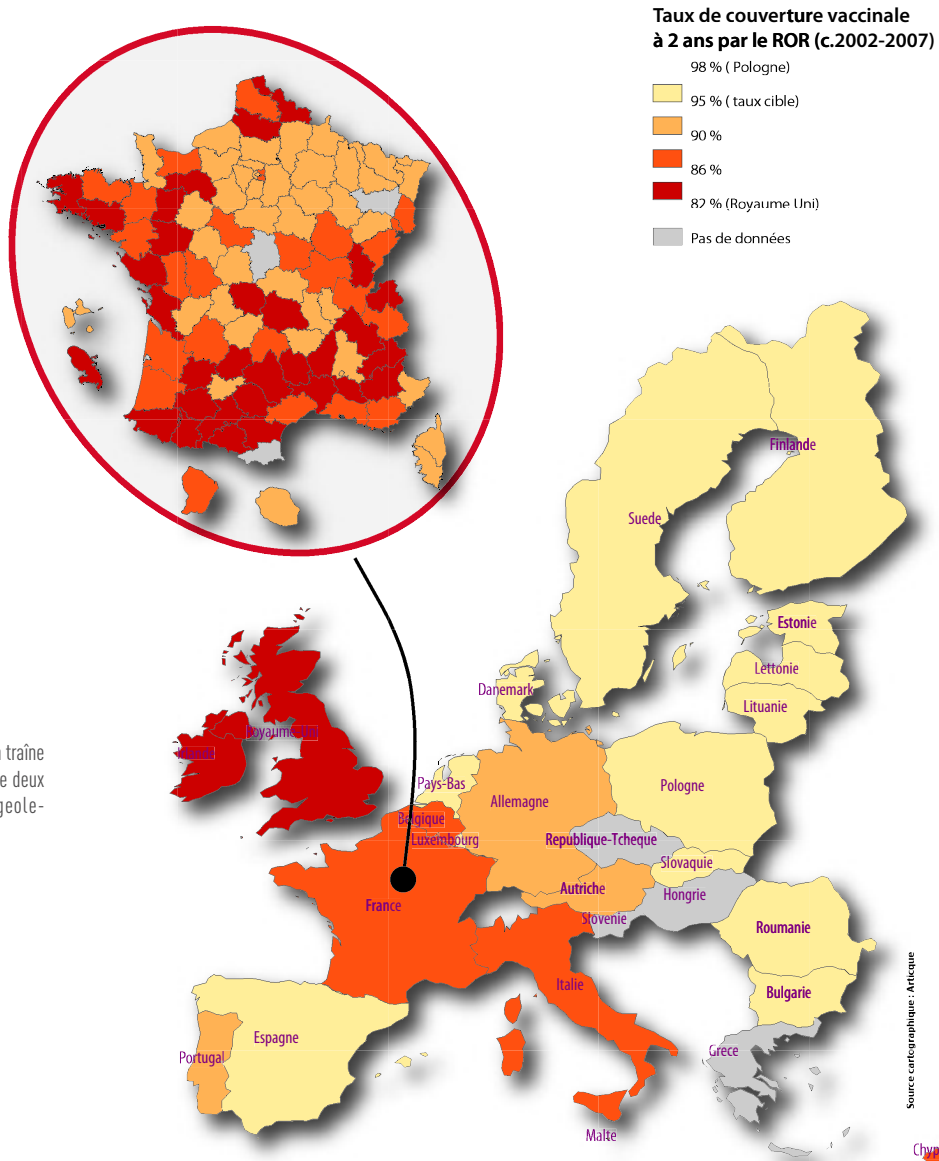
SANDRINE HAAS est directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires. Sandrine-Haas@nft.fr

EMMANUEL VIGNERON est professeur d'Aménagement du Territoire, université de Montpellier. Emmanuel-Vigneron@nft.fr





Le "retard français"



Sources : DREES, 2010, Certificats de santé du 24e mois

© NFI 2010

sociaux, prophylactiques et géographiques. Par ailleurs, pour agir il faut aussi trouver les leviers d'action, les bons points d'ancrage, les bonnes pratiques de gestion.

Des inégalités niées au nom de la République

L'analyse de la littérature sur les inégalités de santé montre de quelle manière la République, et le dépassement de l'ordre ancien qu'elle a incarné, a favorisé en France le développement des travaux sur les inégalités sociales de santé : dès le début du 19^e siècle s'est affirmée l'idée selon laquelle la mortalité n'était pas le fait de Dieu mais bien celui des conditions de vie. L'état de santé des populations admet donc bel et bien des déterminants sociaux, qui, avec les progrès d'enregistrement de l'état civil et des données de population, feront l'objet d'analyses de plus en plus systématiques au cours du 20^e siècle.

Mais en même temps qu'elle a permis de lutter contre la conception de l'ordre ancien de la mortalité et de la santé et ainsi reconnu les déterminants sociaux de la santé, l'approche républicaine des inégalités de santé en a estompé les dimensions géographiques. La conception jacobine de la République, qui considère la Nation comme une et indivisible, nie, et ce faisant renforce parfois, l'existence de ces aspérités territoriales, qui représentent autant d'obstacles à sa cohésion. Elle s'est dotée d'une administration centralisée, qui marquera la gestion des politiques publiques en France jusque dans les années 1980.

Nécessité d'une approche territoriale

Dans ce contexte, les travaux sur l'approche territoriale des inégalités de santé ont connu un développement plus discontinu et moins affirmé que ceux consacrés aux inégalités sociales de santé.

Il faut refuser le débat stérile et académique qui, trop souvent, oppose les inégalités sociales et territoriales de santé. De la même manière que les inégalités territoriales de santé ont été politiquement occultées par la volonté unificatrice de la République, les inégalités sociales de santé, quoique mieux décrites, sont loin d'avoir eu l'attention qu'elles méritent, car leur reconnaissance est politiquement dérangeante : elles mettent en cause le mythe de l'égalité des chances qui fonde le modèle capitaliste libéral, et les politiques de réduction des inégalités sociales

appellent à refonder les rapports sociaux de production.

Il serait au contraire utile que les solides connaissances acquises sur les déterminants sociaux de la santé soient abondées par une approche plus territoriale de la question. Le mouvement engagé de décentralisation des politiques publiques, et, en matière de santé, la place qui est accordée aujourd'hui aux territoires et aux besoins de santé, le développement d'outils de gestion de ces politiques décentralisées, les préoccupations grandissantes des élus sur ce thème, sont autant de tendances qui rendent opportun et nécessaire le développement des travaux sur l'approche territoriale des inégalités de santé.

En France aujourd'hui, des signaux d'alerte

Bien entendu, la France n'est pas le Niger, ni même l'Algérie ou la Russie, et les différences de deux ans d'espérance de vie entre les départements du Nord et le reste du pays ne doivent pas masquer les différences de plus de dix ans avec ces nations presque voisines. De même, les quatre années qui, en 1990, séparent les départements où les femmes vivent le plus longtemps des départements moins bien lotis n'ont rien de comparable aux quinze années d'écart d'espérance de vie entre ces mêmes extrêmes au début du 20^e siècle.

Et pourtant, les inégalités territoriales de santé ont cessé de reculer en France depuis la fin des années 1990. Cet arrêt du progrès doit alerter. Derrière l'amélioration du taux de mortalité prématurée en France, les écarts se creusent à l'échelle cantonale. La grande majorité (85 %) des cantons qui étaient en surmortalité au début des années 90 le reste dix ans plus tard, et près de 60 % d'entre eux voient même les écarts se creuser : les progrès enregistrés en matière de mortalité prématurée ne touchent donc pas tous les cantons.

On constate également une dégradation de la situation d'un grand nombre de cantons qui bénéficiaient dix ans plus tôt d'un taux de mortalité prématurée inférieure à la moyenne, soit parce que leur situation est moins favorable qu'elle ne l'était (36 %), soit parce qu'elle devient défavorable, offrant en fin de période des taux de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne (23 %). C'est l'évolution de la mortalité dans la région PACA ou encore le Languedoc-Roussillon, qui illustre le mieux cette sourde détérioration de l'état de santé qui frappe de nombreux cantons.

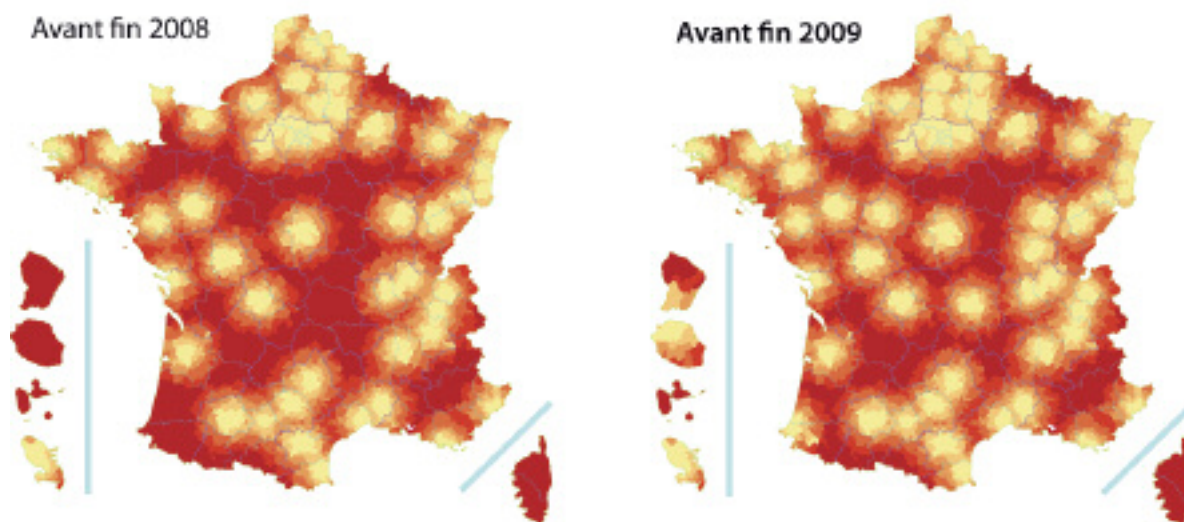
Dès le début du 19^e siècle s'est affirmée l'idée selon laquelle la mortalité n'était pas le fait de Dieu, mais bien celui des conditions de vie.

Les inégalités territoriales de santé ont cessé de reculer en France depuis la fin des années 1990.

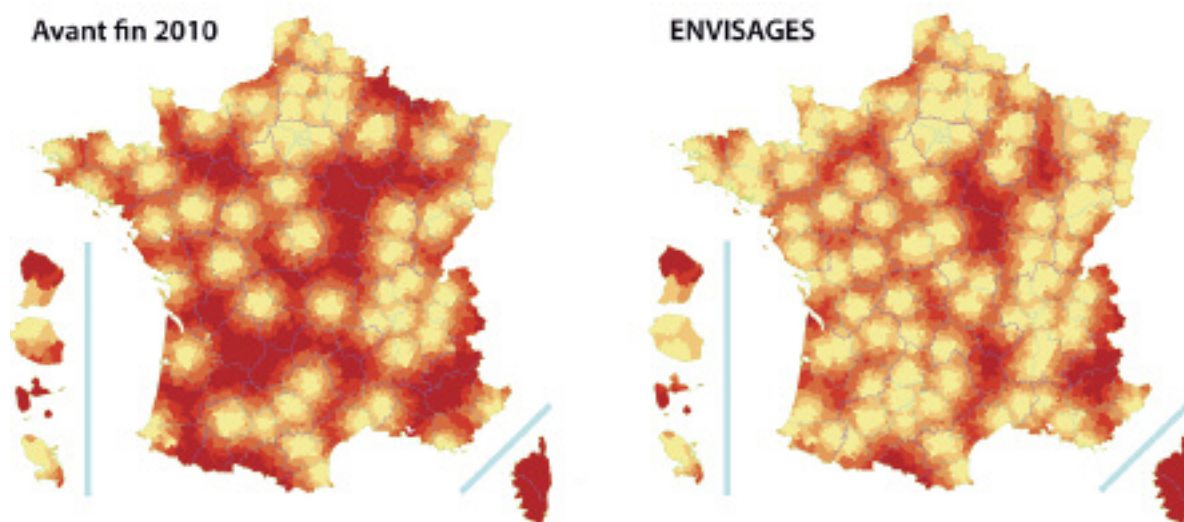




Accessibilité aux unités neuro-vasculaires pour les accidents vasculaires cérébraux



Le temps mis pour accéder aux unités AVC selon les territoires: de 0 minutes (en jaune clair) à 60 minutes (en rouge), et l'amélioration de ce délai ces dernières années.



© Emmanuel Vigneron - fév.2010

Temps d'accès

0 10 20 30 45 60'

Trois constats alarmants

La géographie des inégalités de santé pourrait être décrite à l'infini, puisqu'elle change selon les pathologies observées. Les plus récentes études mettent en évidence trois faits stylisés, caractérisant la géographie des inégalités de santé en France :

- le poids persistant du fait régional, traduisant l'influence des modes de vie et de consommation, comme on peut le supposer dans de très nombreux cas, ainsi, par exemple, pour le cancer de l'œsophage ; ou l'influence du climat, très probablement en première ligne explicative des différences géographiques de la prévalence de l'asthme ;

- la convergence des situations des grandes villes, certainement liée à leur dynamisme démographique et économique et à l'homogénéisation relative des modes vies qu'elles abritent ;

- corrélativement la situation fragile des périphéries et marges départementales, clairement illustrées en Île-de-France, et plus généralement dans l'observation de différences significatives de mortalité prématurée entre les cantons proches et éloignés des villes préfectorales de leur département.

Cette géographie des inégalités de santé doit être mise en relation avec différents facteurs tels que le dynamisme démographique, la desserte médicale, ou encore le niveau de vie. La France n'est décidément pas la même ici et là : les problèmes de santé n'ont pas partout la même ampleur, ne sont pas de même nature, n'admettent pas les mêmes déterminants sur tous les territoires. La portée de l'approche territoriale est bien de discerner ces territoires et de cibler l'action des politiques publiques sur les leviers les plus pertinents.

Pour des actions locales ciblées

Refusant d'opposer inégalités sociales et inégalités territoriales de santé, il faut analyser les relations étroites de l'une à l'autre. L'existence de liens entre l'état de santé et la position sociale des individus est aujourd'hui bien établie. Il convient d'insister sur les conséquences géographiques de ce constat.

D'une part, les inégalités sociales de santé laissent leur empreinte territoriale par un simple effet dit « de composition » de la population résidant sur les territoires. En effet, si tous les territoires accueillent dans les mêmes

proportions les différentes catégories socio-économiques d'habitants, les inégalités sociales de santé resteraient invisibles sur le territoire. Mais ce n'est pas le cas. Différentes études du paysage socio-économique de la France illustrent les phénomènes de différenciation spatiale, ou, disons-le, de ségrégation spatiale, théoriquement analysée autour de trois mouvements : la « gentrification » dans les centres-villes, la « périurbanisation », et la « relégation » dans les proches banlieues. Dans ce contexte, gradient social de santé et gradient territorial s'épousent. Sur les territoires où se concentrent les difficultés sociales se concentrent aussi les besoins de santé.

Il faut en outre souligner la nature potentiellement cumulative des difficultés sociales et de santé : les études réalisées sur les Zones urbaines sensibles montrent que lorsqu'il y a une forte concentration de populations vulnérables sur des territoires peu ouverts, où les populations sont peu mobiles, et installées depuis longtemps, il peut y avoir une amplification des relations négatives entre situation sociale et état de santé. Ainsi, pour une même catégorie sociale et économique, l'état de santé diffère selon qu'elle vit dans un territoire ou dans un autre. C'est ce que l'on nomme l'effet de contexte.

Des leviers pour agir localement

Les inégalités territoriales de santé sont en partie déterminées par les inégalités sociales, mais ne se résument pas à elles. Le territoire compte parce que le territoire joue. En termes d'action publique, cela permet d'agir sur les inégalités de santé sans attendre l'avènement improbable d'un nouvel ordre économique des rapports sociaux de production. Les politiques de croissance, d'emploi, de répartition et de salaires sont évidemment des instruments essentiels de lutte contre les inégalités de santé, mais ce ne sont pas les seuls, et d'autres leviers doivent aujourd'hui être mobilisés, localement, sur les territoires les plus vulnérables.

Les recommandations s'inscrivent sur trois axes, qui visent ensemble à outiller l'action locale, par le développement d'instances de gouvernance décloisonnées, l'élaboration d'outils d'observation et la diffusion de pratiques d'évaluation, l'incitation et la mobilisation des acteurs et de la population locale dans des actions bien ciblées et durables.

On constate un poids persistant du fait régional. Il traduit l'influence des modes de vie et de consommation ou bien celle du climat.

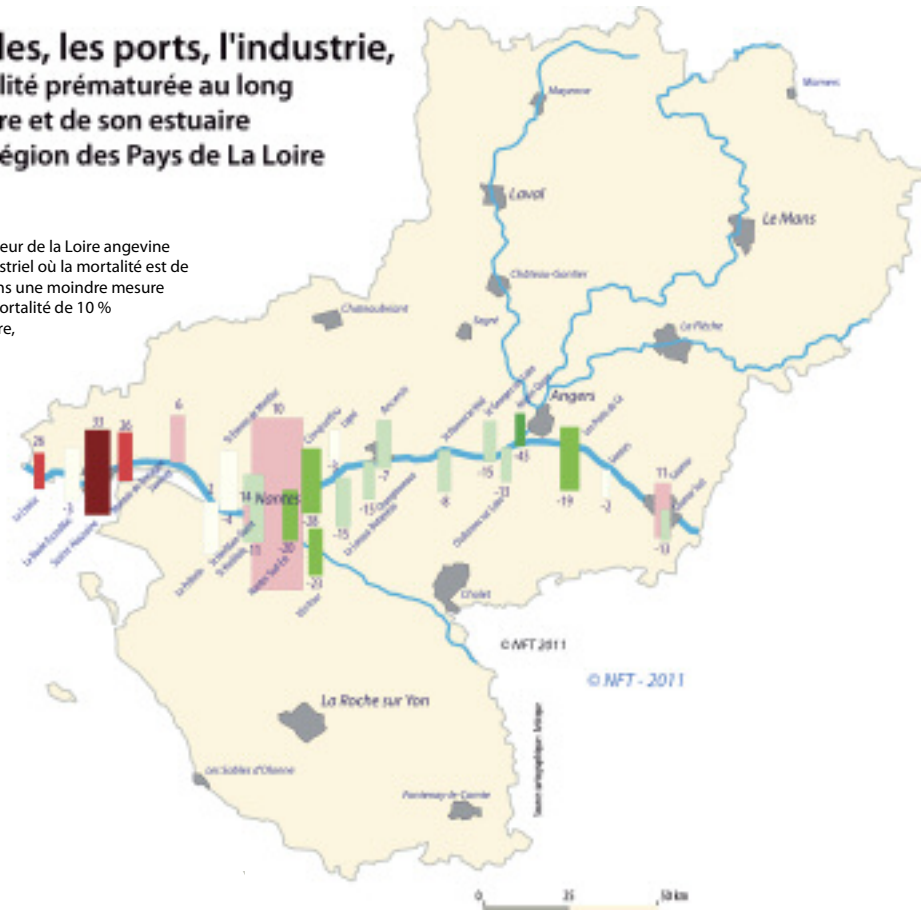
La géographie des inégalités de santé doit être mise en relation avec des facteurs comme le dynamisme démographique, la desserte médicale ou le niveau de vie.





Les villes, les ports, l'industrie, la mortalité prématurée au long de la Loire et de son estuaire dans la région des Pays de La Loire

Que de contrastes entre la fameuse douceur de la Loire angevine et la situation des villes de l'estuaire industriel où la mortalité est de 25 à 30 % supérieure à la moyenne et dans une moindre mesure des villes Nantes, Saumur, avec une surmortalité de 10 % mais aussi Angers, qui n'est pas sur la Loire, et dont la surmortalité atteint 6 %



La Loire est une rivière traversant un pays favorable à son cours Jean de la Fontaine

Indices Comparatifs de Mortalité prématurée pour la période 2005-2009 (base 100 = France)

La surface des barres est proportionnelle à la population des communes. La couleur des barres correspond à la surmortalité (en rouge) ou à la sous-mortalité (en vert). L'écart de mortalité est indiqué en % par rapport à la moyenne nationale en dessous (sous-mortalité) ou au-dessus (sur-mortalité) de chaque barre. Source des données : IINSEE Etat-Civil et INSEE RP 07
Calculs et mise en forme : NFT 2011

Emmanuel-Vigneron@nft.fr

Le long de la Loire, un important contraste pour la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans) entre Angers et Saint-Nazaire où elle se situe à 30% au dessus de la moyenne.

Quelques indicateurs de contexte

Canton	Revenus*	Chomage**	Forme d'emploi***	Logement****	Médecins spécialistes
Le Croisic	18 382	13	16	8	13
La Baule-Escoublac	21 360	11	14	5	14
Saint-Nazaire	16 458	15	20	25	15
Montoir-de-Bretagne	16 177	12	18	14	8
Savenay	17 470	8	14	6	8
Le Pellerin	17 533	7	13	5	11
Saint-Etienne-de-Montluc	18 841	6	12	10	8
Saint-Herblain-Ouest	18 074	9	13	12	11
Saint-Herblain	17 752	11	13	24	14
Nantes	18 158	14	21	21	16
Nantes Sud-Est	19 854	8	12	8	11
Carquefou	21 118	7	11	8	10
Vertou-Vignoble	20 719	6	10	3	9
Ligné	17 764	7	13	1	6
Le Loroux-Bottereau	17 713	6	15	4	8
Champtoceaux	16 254	6	16	6	6
Ancenis	17 155	7	16	11	8
Saint-Florent-le-Vieil	15 369	7	17	12	10
Saint-Georges-sur-Loire	17 585	6	14	8	13
Chalennes-sur-Loire	16 526	8	16	10	11
Angers-Ouest	21 489	7	12	10	8
Les Ponts-de-Cé	19 110	8	14	13	12
Gennez	15 912	10	18	9	10
Saumur	15 647	14	21	22	15
Saumur-Sud	16 727	9	20	7	8

* Moyenne pondérée cantonale du revenu médian par Unité de consommation en 2006 en euros
 ** Part des chômeurs de 15 à 64 ans dans la population active de 15-64 ans en 2006 en %
 *** Part des emplois précaires dans la population salariée de 15 ans et plus en %
 **** Part des résidences principales HLM louées vides dans le total des résidences principales en %
 Nb de médecins Spécialistes pour 10 000 habitants

Accès aux soins : les inégalités s'accroissent

L'accès aux soins primaires demande aujourd'hui toute l'attention des politiques publiques, car il présente de sérieuses failles, dont il est impératif de prévenir l'extension, qui laisserait décrocher la santé d'une grande partie de la population.

Il existe dans cette lutte trois principales difficultés. La première est relative à la répartition des professionnels de santé. Si les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'actuellement, leur répartition ne cesse d'approfondir les déséquilibres anciens entre le nord et le sud de la France, et plus récemment entre les littoraux et l'intérieur des terres, entre villes et campagnes, entre centres des agglomérations et périphéries, entre territoires peuplés et aisés et territoires ralentis et/ou défavorisés. Plus inquiétante encore, la forte similitude des comportements d'installation de l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et para-médicaux. Une analyse détaillée de la dynamique de la répartition des professionnels de santé montre la forte inertie de ces mouvements, notamment par le rôle que jouent la répartition et la taille relative des facultés de médecine, très développées, pour des raisons historiques dans le sud de la France.

Les recommandations en matière de démographie médicale doivent trouver une ligne d'équilibre entre incitation et coercition. Les premières nominations dans la spécialité de médecine générale, devraient être l'occasion de développer les postes dans les régions les plus affectées par le manque de professionnels de santé. Par ailleurs, le financement de maisons pluridisciplinaires de santé reste territorialement discriminant. Enfin, le conseil de l'ordre devrait être engagé par la loi dans l'organisation de la mission temporaire de service public de continuité territoriale de l'offre de médecine libérale.

Le recours aux urgences faute d'argent

La seconde difficulté de l'accès aux soins a trait à l'accessibilité économique, qui s'est détériorée ces dernières années avec un renoncement aux soins accru, et le développement du secteur 2 : marginal en 1987 (moins de la moitié des départements comptait une part du secteur 2 supérieur à 25 % de l'offre des médecins spécialistes), il est devenu dominant aujourd'hui (cette part est de 60 % des départements en 2007). Ces conditions détériorées d'accès aux soins de ville ont conduit, dans toutes les ré-

gions, à une explosion du recours aux urgences hospitalières. Elles expliquent aussi les différences locales des taux d'hospitalisations potentiellement évitables, celles dont on considère qu'elles auraient pu être évitées par une prise en charge précoce par la médecine de ville, et dont la fréquence sur un territoire est largement associée à la situation socio-économique et au niveau de formation des populations résidentes : c'est notamment ce qui a pu être observé en l'Île-de-France. Le développement de centres de santé et de soins, publics ou privés non lucratifs doit être sérieusement envisagé pour limiter ces difficultés d'accessibilité économiques aux soins primaires, dont on perçoit le coût social élevé.

Une prévention insuffisante

Il existe enfin une troisième difficulté, celle de la faiblesse de la prévention en France. Au-delà des discours et des engagements on ne peut qu'être surpris de la place marginale et constante, comme une sorte de minimum syndical indexé, que tient le poste de la prévention dans les dépenses de santé. Au surplus la plupart des politiques préventives ne parviennent pas à toucher l'ensemble des territoires car elles sont insuffisamment ciblées quand pour parvenir à égaliser les situations, elles devraient être territorialement différenciées. L'observation de la couverture vaccinale à 2 ans montre à la fois le retard de la France au regard de ses partenaires européens, et les écarts interdépartementaux marqués, atteignant près de dix points entre les départements les mieux et moins bien couverts.

De la même façon, la comparaison des taux de participation au dépistage des cancers du sein et colorectal en 2010 dans la Drôme et l'Ardèche montre les forts contrastes entre la plaine et les zones montagneuses pour le premier, tandis que s'agissant du cancer colorectal les écarts suivent moins les lignes de partage géographique que les frontières administratives avec le département de la Drôme nettement mieux couvert que son voisin ardéchois.

S'organiser à l'échelle régionale

Au total, on doit souhaiter une santé publique réinvestie, qui mettrait notamment l'accent sur la médecine scolaire, et un redéploiement des contours de la santé publique, à travers une plus grande diffusion des métiers qu'elle couvre, un plus grand rayonnement des aires d'interventions des médecins au-delà de leurs établissements

Les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui, mais leur répartition approfondit des déséquilibres anciens entre le nord et le sud de la France, le littoral et l'intérieur, les villes et les campagnes, les centres des agglomérations et les périphéries, les territoires aisés et les territoires défavorisés.

Faute d'argent, le renoncement aux soins s'est accru ces dernières années.





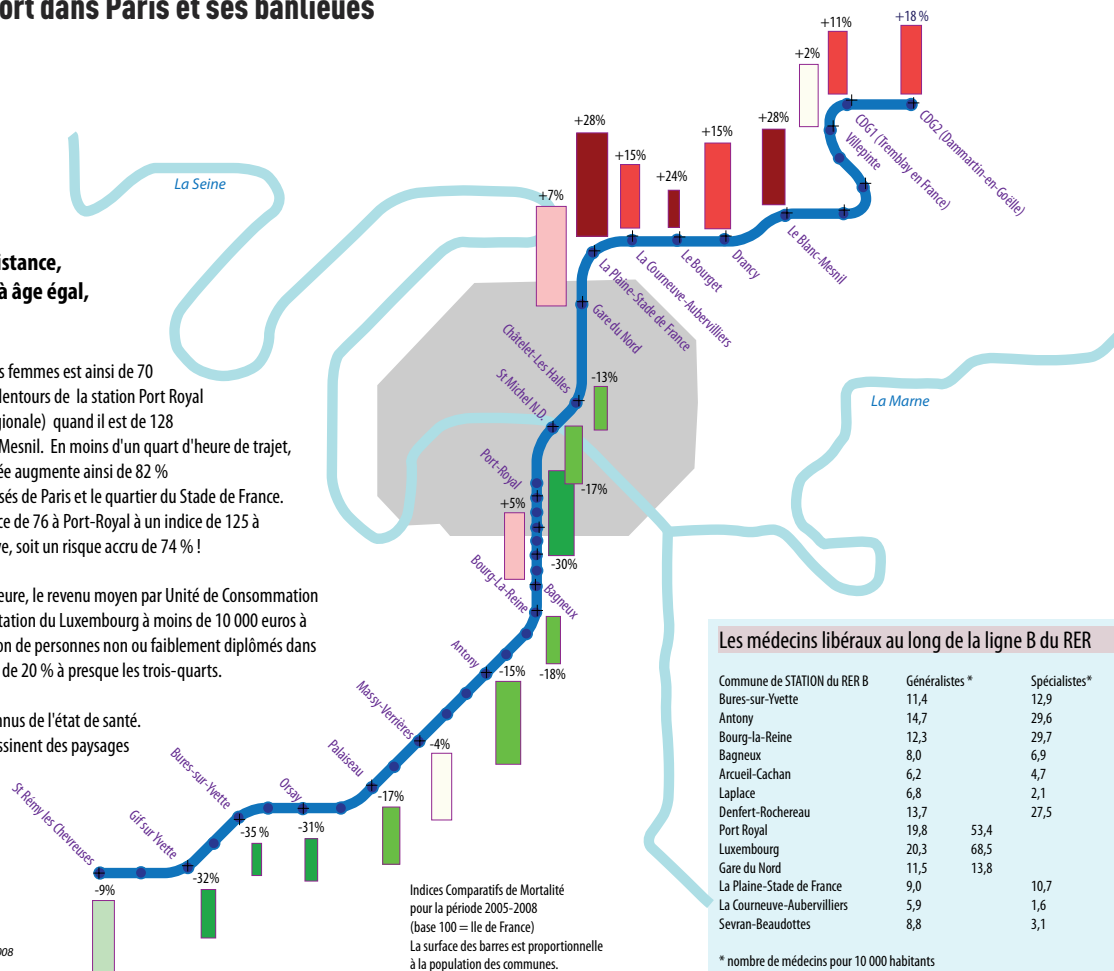
La ville, la vie, la mort dans Paris et ses banlieues au long du RER B

A quelques kilomètres de distance, le risque moyen de mourir, à âge égal, varie du simple au double.

L'indice Comparatif de mortalité des femmes est ainsi de 70 dans le VIème arrondissement aux alentours de la station Port Royal (-30 % par rapport à la moyenne régionale) quand il est de 128 à La Plaine Saint-Denis ou au Blanc-Mesnil. En moins d'un quart d'heure de trajet, le risque de mourir une année donnée augmente ainsi de 82 % entre les arrondissements les plus aisés de Paris et le quartier du Stade de France. Pour les hommes on passe d'un indice de 76 à Port-Royal à un indice de 125 à Saint-Denis et de 132 à La Courneuve, soit un risque accru de 74 % !

Dans le même temps d'un quart d'heure, le revenu moyen par Unité de Consommation passe de 37 000 euros autour de la station du Luxembourg à moins de 10 000 euros à La Courneuve tandis que la proportion de personnes non ou faiblement diplômés dans la population adulte passe de moins de 20 % à presque les trois-quarts.

Or, ce sont là des déterminants reconnus de l'état de santé. Par leur concentration même, ils dessinent des paysages socio-sanitaires tranchés que l'on ne soupçonne guère tandis que le RER B parcourt les 70 km de sa ligne.



Les médecins libéraux au long de la ligne B du RER

Commune de STATION du RER B	Généralistes*	Spécialistes*
Bures-sur-Yvette	11,4	12,9
Antony	14,7	29,6
Bourg-la-Reine	12,3	29,7
Bagneux	8,0	6,9
Arcueil-Cachan	6,2	4,7
Laplace	6,8	2,1
Denfert-Rochereau	13,7	27,5
Port Royal	19,8	53,4
Luxembourg	20,3	68,5
Gare du Nord	11,5	13,8
La Plaine-Stade de France	9,0	10,7
La Courneuve-Aubervilliers	5,9	1,6
Sevran-Beaudoctes	8,8	3,1

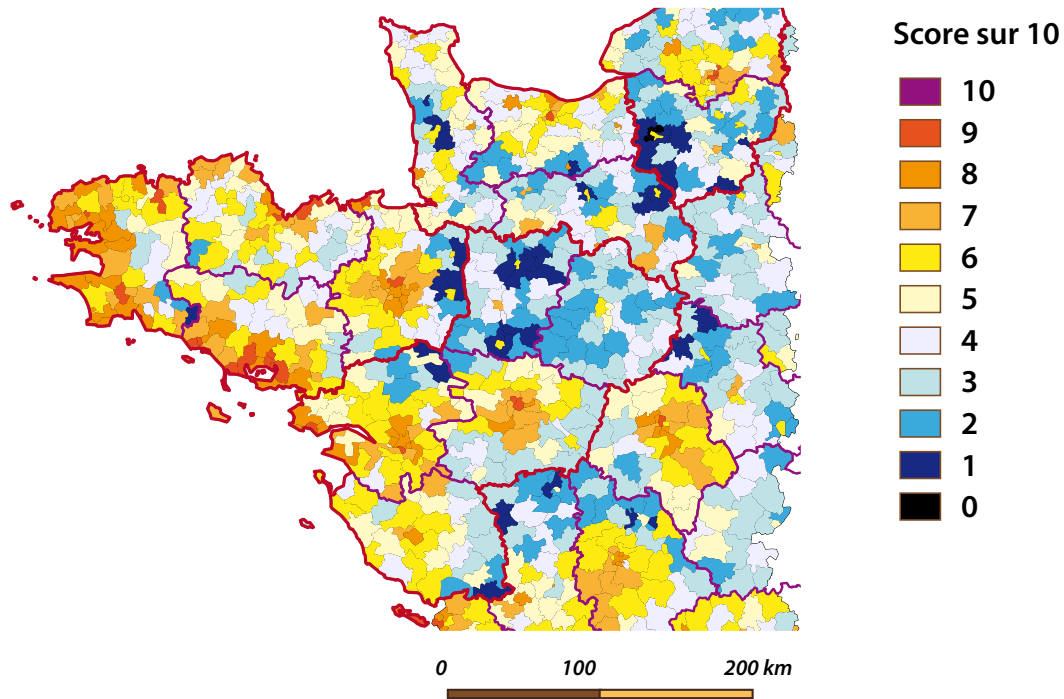
* nombre de médecins pour 10 000 habitants

© E.Vigneron/NFT 2010
Source des données : INSERM SC8 et INSEE-RP 2008
Calculs et mise en forme : NFT 2010

Le long du RER B, écart impressionnant de la mortalité entre les banlieues nord et le centre et le sud-ouest de Paris.

Les professions de santé dans les cantons de France

Métropoles médicales et déserts médicaux



Source des données - Fichier Adeli Min. de la Santé

Source cartographique : Articque

© NFT - 2010

Toute note est discutable. Elle l'est déjà beaucoup moins si l'on explicite ses critères de notation :

- Les effectifs de professionnels de santé présents dans un canton ont, bien sûr, été rapportés à la population.
- S'agissant des médecins spécialistes, aussi bien libéraux que salariés, il est naturel qu'ils ne soient pas présents dans tous les cantons. La note du canton est donc ici celle du Territoire de Santé auquel il appartient. Compte tenu de leur importance dans la médecine moderne, on les a notés sur 30. Les médecins généralistes libéraux sont le véritable pivot du système de soins. Ils prescrivent en outre des soins auprès des autres professionnels de santé. On les a notés sur 20. Compte tenu de la moins grande fréquence de leur consultation, pour les chirurgiens-dentistes, ou de leur subordination aux prescriptions médicales, pour les infirmiers libéraux ou les masseurs-kinésithérapeutes, on a noté ces professionnels sur 10. Enfin même si leur utilisation est libre mais du fait de leur importance, notamment pour les personnes âgées, on a intégré au score d'ensemble les pédicures-podologues en les notant sur 10. La note totale est donc obtenue sur 90. Elle est donnée ici en moyenne sur 10.

Les cantons de l'Ouest notés de 0 à 10 (du noir au violet) en fonction du nombre de professionnels de santé.



ou de leur cabinet, et enfin des moyens supplémentaires, notamment sur la recherche-action et la prévention médicalisée.

Progrès médical, concentration, qualité des soins : l'accessibilité géographique des soins ne s'improvise pas, mais elle peut s'organiser à l'échelle régionale.

Le lien entre distance et santé

La question proprement géographique des liens entre distance et santé est une question majeure à laquelle nous avons accordé une place centrale dans nos travaux. Loin des débats outranciers que l'on entend sur le thème, ces travaux ont permis de démontrer trois points essentiels :

– Le premier est que la concentration géographique de l'offre de soins, notamment de soins hospitaliers, est le prix à payer d'une plus grande qualité des soins : elle est à ce titre aussi inévitable qu'opportune.

– Le second est que l'éloignement des structures de soins en décourage ou en retarde l'accès. La concentration est donc un frein à l'accessibilité aux soins.

– Le troisième est que la contradiction qui semble résulter des deux premiers points n'est, dans la réalité, rencontrée que localement. Sur l'ensemble des restructurations qui ont eu lieu ces quinze dernières années, et les 121 opérations préconisées par le Conseil national de chirurgie, une trentaine seulement appellent à une réelle vigilance pour la population. C'est finalement peu, de sorte qu'il est possible que ces cas soient traités avec la plus grande attention, dans un débat ouvert entre les médecins, l'administration et les élus locaux, qui permettrait l'émergence de solutions appropriées, alternatives ou pas à la fermeture des services de chirurgie.

Qualité ou proximité : un dilemme

Il existe également diverses évolutions favorables, qui pourraient être saisies par un modèle de diffusion d'innovations susceptibles de limiter les problèmes qu'impose l'éloignement sur le recours aux soins hospitaliers. Ainsi, en est-il des équipements d'Irm, sur lesquels reposent aujourd'hui tant de diagnostics. De même en sera-t-il probablement de l'organisation des Unités neuro-vasculaires, telle qu'elle est envisagée dans le cadre du Plan Avc, et qui ne laisserait dans l'ombre qu'une dizaine de zones à risque pour lesquelles des solutions doivent être proposées. Enfin, l'hospitalisation à domicile, aujourd'hui

encore très inégalement répartie sur le territoire, constitue une opportunité insuffisamment développée. Toutes ces solutions font un large recours à la télémédecine qui n'est pas une fin en soi mais un moyen.

Finalement, s'il y a bien un dilemme entre qualité et concentration des soins, d'un côté, et accessibilité, de l'autre, les solutions existent, qui méritent d'être développées à l'échelle régionale, autour de trois axes : la graduation des soins et des filières et l'organisation des parcours de soins et de santé, incluant des solutions de transport ; la consolidation des clefs d'accès que sont justement les transports, l'hébergement ou la télémédecine ; et enfin le resserrement du maillage territorial, avec notamment l'incitation à l'émergence de projets territoriaux de santé, impliquant au-delà des médecins, les professionnels, les élus et les habitants. ■

La question des liens entre distance et santé est une question majeure.

Mais comment concilier la concentration géographique des soins, gage de qualité, et l'accès de ceux qui en sont éloignés ?

POUR ALLER PLUS LOIN

-Aïach P. *Les inégalités de santé* – Écrits, Economica, An-

thropos, Paris, 2010

-Haut Comité de la Santé Publique - *La Santé en France*, la Documentation Française, 2002.

-Kervasdoué J. et Picheral H. - *Santé et territoire Carnet de Santé de la France*, Dunod, 2004.

-Trugeon, Thomas, Michelot et Lémery - *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*, Masson-Fnors, 2010.

-Tonnellier F., Vigneron E. - *Géographie de la santé en France*, Puf, Que sais-je ?, 1999.

-Vigneron E., *Distance et Santé - La Question de la proximité des soins*, Puf, 2001.

-Vigneron E. et Haas S. - *Les Villes moyennes et la santé*, La Documentation Française, 2008.

-Vigneron E. et Haas S. - *Solidarités et Territoires*. Atlas Santé Autonomie. Paris Fepap/Le Moniteur, 2010.

-Vigneron E. - *Les Inégalités de la santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011.

-Vigneron E. et Haas S. - *Les Clefs de l'accès aux soins. Inégalités sociales et territoriales*, Fehap, 2012.

Quand la contrainte financière limite l'accès aux soins

RÉSUMÉ > *Notre système d'assurance maladie est l'un des plus généreux d'Europe. En même temps, il couvre à la marge des inégalités inacceptables. Il s'agit donc d'améliorer les principes de remboursement ainsi que la vérité des prix, toutes choses que notre période de « vaches maigres » rend épineuse. Il s'agit aussi de se doter de « vraies » statistiques afin de mesurer la part réelle du budget santé pour les ménages les plus modestes*



TEXTE > **DENIS PIVETEAU**

Sommes-nous égaux face à la maladie ? Assurément non. Mais pouvons-nous, lorsque nous sommes malades, être au moins égaux dans l'accès aux soins, malgré nos différences de niveau de vie ? C'est tout le projet de l'assurance maladie. Projet auquel la Nation consacre chaque année des sommes considérables : environ 180 milliards d'euros en 2012 : l'équivalent de la moitié du budget de l'État, et à peu près 3 000 euros par personne et par an. Une somme considérable, qui contraste avec le doute qui s'exprime de plus en plus souvent sur la solidité de notre système, le sentiment diffus qu'il couvre de moins en moins bien les soins, et l'inquiétude sur son avenir ?

DENIS PIVETEAU est maître des requêtes au Conseil d'État et ancien président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Il a co-écrit avec Jean-Baptiste de Foucauld le livre *Une société en quête de sens* (Odile Jacob, 1996)



Un système réellement généreux

La raison tient sans doute à ce que nos perceptions subjectives du système de remboursement sont assez différentes de ce que disent les données macroéconomiques : chacun voit le coût de ses soins et de ceux de ses proches, sans avoir de vue d'ensemble. Elle tient aussi à ce que beaucoup de coûts nous sont cachés, parce qu'ils font l'objet d'un paiement direct : c'est le cas des médica-





En dix ans, les dépenses de santé ont augmenté de moitié. Et la France est le pays développé où le paiement direct par le patient est le plus bas.

Pourtant, on a le sentiment que la santé coûte de plus en plus à chacun d'entre nous.

C'est que les moyennes ne veulent rien dire. Notre système couvre globalement bien, mais il peut laisser des cas de grosses dépenses qu'il n'arrive pas à rattraper.

ments en tiers payant ; c'est le cas de l'essentiel des frais hospitaliers ; c'est le cas des frais de soins en maison de retraite, etc. Il est donc utile d'écarter certaines idées reçues et de porter un diagnostic aussi précis que possible sur la façon dont notre assurance maladie garantit l'accès aux soins.

En termes globaux ou, si l'on préfère, en termes de moyennes, notre système est réellement généreux, et continue de l'être malgré la croissance très forte des dépenses de santé. En dix ans, celles-ci ont à peu près augmenté de moitié. L'assurance maladie, globalement, a suivi. Le taux global de remboursement des soins est resté à peu près stable sur la période, passant d'un petit 77% à un peu plus de 75%. Autrement dit un taux très élevé, qui d'ailleurs n'a rien d'inhabituel en Europe : en Allemagne, en Italie ou en Espagne, la part des financements publics des dépenses de santé est également supérieure à 70%, et même supérieure à 80% au Royaume-Uni. Mais, ajoutée à la part particulièrement importante, dans notre pays, des couvertures par les assurances complémentaires, elle fait de la France le pays de l'OCDE où le paiement direct par le patient est le plus bas.

Les moyennes cachent des situations contrastées

Comment expliquer, dans ces conditions, le ressenti général de ce que la santé coûte, et surtout coûte de plus en plus ? Tout simplement parce que, derrière les moyennes et les chiffres globaux, les situations particulières sont extrêmement contrastées. En d'autres termes, l'assurance maladie couvre bien dans l'ensemble, mais de manière très inégale, et les chiffres moyens ne donnent pas un reflet fidèle de la réalité des choses.

Cela s'explique en grande partie par deux particularités de notre système. Premièrement, il fonctionne très largement sur la base de taux de remboursement appliqués à des tarifs de soins ou des prix de produits de santé. Or même un bon taux de remboursement, lorsqu'il est appliqué à un tarif très élevé ou à une répétition fréquente d'actes médicaux, finit par laisser une somme importante à la charge du malade.

Deuxièmement, ces tarifs et ces prix ne sont pas toujours plafonnés. Chaque fois que le prix de l'acte médical ou du produit de santé est libre, l'assurance maladie applique le taux de remboursement à un tarif dit « de res-

ponsabilité » qui est purement conventionnel, et peut n'avoir qu'un rapport assez lointain avec la dépense réelle. C'est tout le problème des dépassements médicaux. C'est surtout celui de la liberté des prix sur les prothèses dentaires, les appareils auditifs, l'optique, qui représentent l'essentiel des quelque 15 milliards d'euros de « liberté tarifaire » non remboursée.

On peut illustrer ce phénomène de concentration par quelques chiffres frappants, qui concernent les soins les plus courants que sont les soins de ville et les soins hospitaliers en médecine et en chirurgie : en moyenne, le paiement qui reste à la charge d'un assuré social – c'est-à-dire de l'un quelconque d'entre nous – est d'environ 500 euros par an. Mais chaque année, 10% des malades paient plus de 1000 euros de leur poche pour se soigner. Et environ 1% – autrement dit, l'équivalent de la population de départements comme les Côtes-d'Armor ou de la Sarthe paie plus de 3 000 euros.

Les limites du mécanisme ALD (affections longue durée)

Voilà pourquoi les moyennes ne veulent rien dire : notre système couvre globalement bien, mais il peut laisser passer, comme par les déchirures d'un filtre, des cas de très grosses dépenses qu'il n'arrive pas à rattraper. Et pourtant, beaucoup a déjà été fait pour combler ces différentes déchirures et éviter notamment que la répétition d'actes ou le coût exorbitant d'un médicament ou d'un traitement crée des obstacles insurmontables. C'est notamment le principe du « remboursement à 100% » pour les affections dites « de longue durée » (ALD), ou encore l'introduction de règles particulières pour les médicaments très coûteux, ou les séjours hospitaliers très chers ou très longs.

Mais ces systèmes de rattrapage, malgré leurs mérites, ne répondent pas à toutes les situations. Par exemple, le mécanisme des ALD est loin de couvrir tous les cas de dépenses récurrentes, et les soins étrangers à la maladie « exonérante » restent pris en charge aux conditions de droit commun. Surtout, lorsque les tarifs sont libres, le 100% n'est plus un vrai 100%. Résultat : les sommes qui restent à payer, en montant, sont de 760 euros en moyenne par personne « en ALD » et par an, supérieures aux 450 euros en moyenne pour le reste de la population.

Variations d'un territoire à l'autre

À cela s'ajoute l'effet de deux autres inégalités, encore mal documentées, mais tout à fait certaines, que sont les inégalités territoriales et sociales. La réalité des « dépassements » est extrêmement variable d'un territoire à un autre (le taux de dépassement moyen des gynécologues de secteur 2 varie du simple au triple entre la Bretagne et l'Alsace...). Et les conditions du recours aux soins sont fortement marquées par le milieu social ou les situations de précarité.

D'où ce paradoxe étonnant d'une assurance maladie globalement généreuse et bien orientée (car les différents mécanismes de prise en charge à 100% et de couverture majorée sont fortement ciblés sur les malades qui ont les plus grosses dépenses), mais pas très équitable et qui ne parvient pas à complètement remplir sa fonction de « bouclier ». Constat d'autant plus inquiétant que font défaut deux leviers essentiels pour y apporter une réponse : un système d'observation qui permettrait de suivre attentivement la « performance d'équité » de l'assurance maladie... et les ressources publiques supplémentaires qu'il faudrait pour rembourser davantage là où cela apparaît nécessaire.

Tout rembourser au-delà d'une certaine dépense ?

D'où, à l'évidence, deux chantiers prioritaires : améliorer notre système statistique d'une part, et d'autre part – plus difficile encore ! – trouver les voies permettant d'atteindre de meilleurs remboursements en période de forte restriction sur les comptes publics.

Faut-il y ajouter, en plus, une modification des règles du remboursement comme certains le suggèrent, par exemple par l'introduction d'un mécanisme de « bouclier » qui consisterait à tout rembourser au-delà d'une certaine dépense ? Ce n'est évidemment pas à exclure. Mais outre que cela suppose réglé le problème des dépassements, cela ne peut de toutes façons que venir après : ce n'est pas la réglementation qui est la première responsable du coût des soins.

Il faut d'abord corriger notre cécité : l'amélioration du système des statistiques de santé et de remboursement n'est pas une lubie académique ou un rêve de technocrate. C'est une exigence démocratique. Beaucoup de chiffres, certes, sont déjà sur la table, et les progrès réali-

sés depuis une quinzaine d'années dans le domaine sont considérables. Mais il n'est pas normal que l'on ne sache pratiquement rien, encore aujourd'hui, de la dépense de santé des ménages, c'est-à-dire des personnes considérées non plus isolément mais dans leur foyer, autrement dit dans des conditions de vie réelle où l'on peut rapprocher la dépense de santé des revenus et du niveau de vie. Il n'est pas normal non plus qu'on n'ait aucune idée de ce que peut représenter, pour une même personne, le cumul de ce qu'elle paie pour sa santé et de ce qu'elle paie, par exemple, pour son hébergement en maison de retraite. Et on peut donner bien d'autres exemples.

Pour de vraies statistiques

Si l'on veut agir, on ne peut pas se contenter, on l'a dit plus haut, de chiffres globaux et de moyennes. Ce sont sur les marges que se joue l'équité de notre système. Il faut donc être capable de mieux connaître les situations réelles et de disposer pour cela d'un vrai tableau de bord public de notre système d'assurance maladie qui ne laisse pas de côté les situations extrêmes et les perceptions subjectives.

À ce titre, il est important de pouvoir suivre aussi les comportements déclarés de « renoncement aux soins » pour motif financier. Les chiffres les plus alarmants (on a parlé d'un Français sur trois ayant renoncé à des soins au cours des douze derniers mois) sont clairement biaisés et excessifs : ils confondent l'individu et le foyer, amalgament le renoncement et le simple report, et font masse de choses aussi diverses qu'une consultation médicale et un changement de verre de lunettes. Mais d'autres chiffres, plus suivis et plus sérieux, montrent néanmoins des niveaux élevés (de l'ordre de 15%, tous soins confondus), et surtout régulièrement croissants, qui appellent une grande vigilance.

Que dire enfin de l'objectif de restaurer de meilleures conditions de remboursement en période de « vaches maigres », où l'argent public se fait rare ? Sans prétendre apporter des recettes toutes faites, il peut s'appuyer sur deux grands principes, qui d'ailleurs vaudraient aussi bien si nous connaissions l'aisance budgétaire.

Agir sur les prix

Le premier est de ne jamais agir sur les remboursements sans agir sur les prix. L'essentiel des restes à charge les plus extrêmes se cristallise, les études le montrent,

Le taux de dépassement des honoraires des gynécologues varie du simple au triple entre la Bretagne et l'Alsace.

Il faut disposer d'un vrai tableau de bord public de notre système d'assurance maladie qui ne laisse pas de côté les situations extrêmes et les perceptions subjectives.





En matière de prothèses dentaires, d'audioprothèses, de dépenses d'optique, il ne s'agit pas d'abord d'augmenter les remboursements, mais de faire émerger une offre de qualité à des prix raisonnables.

sur les biens et services dont les prix sont libres, et donc soumis aux lois du marché. En matière de prothèses dentaires, d'audioprothèses, de dépenses d'optique, la première action ne doit donc pas être d'augmenter les remboursements, mais de faire émerger une offre de qualité à des prix raisonnables. Comme l'ont montré plusieurs initiatives de réseaux assuranciers et mutualistes, c'est un résultat qui n'est pas hors de portée, et qui mériterait d'être démultiplié par des initiatives publiques.

Le second principe, plus fondamental encore, est de ne pas oublier qu'avant de bien rembourser des actes, il faut surtout rembourser le « bon » acte. Et qu'il faut donc prioritairement travailler sur le « juste soin », sur la qualité et la pertinence, non seulement des actes et prescriptions eux-mêmes, mais aussi de leur succession au bon moment, effectuée par la bonne personne. Ce que l'on peut appeler la qualité du parcours de soins. Car à quoi bon améliorer un taux de remboursement pour des soins répétitifs, inadéquats, qui accumulent gestes et prescriptions sans vraiment améliorer le résultat final ?

Non au remboursement systématique à 80%

Doit-on, par exemple, améliorer le remboursement des prothèses dentaires, si cela aboutit à moins d'hygiène dentaire, à moins de comportements de prévention ? Doit-on garantir un haut niveau de prise en charge de la consultation médicale, si c'est pour que se multiplient des recours désordonnés à plusieurs généralistes, à plusieurs spécialistes ? Le « retour à 80% de remboursement pour tous les soins », que prônent certains, ne serait pas un emploi pertinent de l'argent public. Tous les actes, toutes les prescriptions, tous les parcours de soins ne méritent pas d'être pris en charge à 80%.

Et donc la priorité des priorités, pour garantir l'accessibilité financière des soins, c'est d'organiser les soins de sorte que soient offerts à toutes les situations d'âge et de vie des parcours de prévention et de soins, fortement appuyés sur des soins de proximité, qui permettent d'optimiser l'état de santé. Et l'accessibilité financière, c'est-à-dire le haut niveau de remboursement, doit être au service de ces parcours, et seulement d'eux. Pour mieux rembourser, il faut d'abord mieux soigner. ■

Pour mieux rembourser, il faut d'abord mieux soigner.

L'Ouest dans le combat de l'eau

RÉSUMÉ > Notre rapport à la qualité de l'eau n'est pas limpide. Eau potable, eau de qualité, eau polluée, les frontières sont floues. Difficile de faire coïncider la vérité des scientifiques avec la norme des juristes, et celle-ci avec la perception des gens. Entretien avec quatre universitaires qui travaillent selon des points de vue juridique, géographique ou psychosociologique sur cet enjeu de santé particulièrement vif en Bretagne.



PROPOS RECUEILLIS PAR > **GEORGES GUITTON**

Elisabeth Michel-Guilou



Nadia Dupont



Nathalie Hervé-Fournereau



Emmanuelle Hellier



PLACE PUBLIQUE > Selon vos observations, comment les gens perçoivent-ils l'eau ?

ÉLISABETH MICHEL-GUILLOU > Les perceptions peuvent être très divergentes. Par exemple pour un professionnel de l'eau, c'est l'analyse ou le bulletin qui fait foi. Alors que pour l'utilisateur, la première référence, c'est le goût. La façon dont est perçue l'eau est très liée au groupe d'appartenance et au contexte au sens large.

PLACE PUBLIQUE > Est-ce que tout le monde parle toujours de la même eau ?

ÉLISABETH MICHEL-GUILLOU > Justement non. Quand on cherche à savoir ce que signifie l'eau, il y a toujours deux aspects dans les réponses que nous obtenons: d'un côté l'eau comme ressource, élément naturel, avec l'idée de pureté et de source de vie ; d'un autre côté, l'eau sous son aspect consommation, l'eau comme boisson.

EMMANUELLE HELLIER > On retrouve aussi ce clivage au sein des professionnels de la gestion de l'eau, des techniciens, des élus, et dans une moindre mesure chez ceux qui s'occupent des bassins versants. Quand nous leur de-

NADIA DUPONT, géographe, (Université Rennes 2) et **EMMANUELLE HELLIER**, géographe, aménagement de l'espace, du laboratoire Espaces et Sociétés (Université Rennes 2) ; **NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU**, juriste, directrice de recherche au Cnrs, Institut de l'Ouest Droit et Europe, UMR 6262 Cnrs (Université Rennes1) ; **ÉLISABETH MICHEL-GUILLOU**, psychologue sociale et environnementale, laboratoire CRPPC (UBO Brest).





Les professionnels de la gestion de l'eau ont bien du mal à définir ce qu'est une eau de qualité : potable, simplement potable ? Bonne à l'odeur et au goût ? Abondante ?

mandons de définir ce qu'est une eau potable, ils nous répondent en termes de qualité sanitaire, chimique, biologique. Ensuite, quand on leur demande de définir une eau de qualité, ils avancent des critères de bon goût ou de bonne odeur. Dans les deux cas, l'eau en tant que ressource naturelle n'est pas évoquée. L'aspect environnemental n'intervient que lorsque l'on demande de définir ce qu'est une eau polluée. Alors, et alors seulement, on nous parle de milieu aquatique et de cours d'eau endommagés par une action humaine. C'est curieux. C'est comme s'il y avait déconnection entre les préoccupations des gestionnaires de l'eau distribuée et les politiques de l'eau qui reposent, elles, sur des logiques environnementales ou écologiques.

ÉLISABETH MICHEL-GUILLOU > On trouve aussi l'idée que la pollution, c'est ailleurs, dans d'autres lieux, dans d'autres temps. Voire dans d'autres communes, sachant que l'eau que je consomme n'est pas polluée. De plus, dans les enquêtes, l'eau polluée, c'est uniquement celle qui contient des résidus.

PLACE PUBLIQUE > Pourtant la pollution par le nitrate est invisible et tout le monde le sait bien, non ?

ÉLISABETH MICHEL-GUILLOU > Un objet devient objet de représentation à partir du moment où l'on peut se le figurer. Du coup, pour le nitrate, la figuration se fait quand même par le goût. Si l'eau a un goût chloré, on pense qu'indirectement elle est polluée. Car si elle n'était pas polluée on n'aurait pas besoin d'y ajouter du chlore.

EMMANUELLE HELLIER > Même chez les gestionnaires de l'eau, cette idée du chlore comme caractéristique d'une eau plus ou moins polluée est présente.

NADIA DUPONT > Il font un amalgame alors qu'ils savent bien que le chlore n'a rien à voir avec la qualité de l'eau au sens chimique du terme. L'autre idée force qui apparaît, c'est que pour tout le monde, la pollution, c'est d'abord de l'accidentel et du spectaculaire, des hydrocarbures, pas tout à fait l'*Erika*, mais presque... De but en blanc, une pollution est toujours quelque chose de très visible, et non pas ce que les gens vivent au quotidien en Bretagne avec une eau chroniquement polluée. Il y a là un découplage entre d'un côté la perception de la qualité et de l'autre la norme législative établie sur des paramètres chimiques et biologiques très sévères.

PLACE PUBLIQUE > Justement, cette norme, comment est-elle définie ? Admise ? Contestée ? Appliquée ?

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > L'articulation entre le droit et les sciences de l'environnement est riche de questionnements : la pertinence des données scientifiques prises en compte par le droit, le choix des experts, la faisabilité socio-économique technique de la mise en œuvre des normes. Face à des situations environnementales préoccupantes, la contestation du fondement scientifique des politiques publiques et des normes juridiques fait figure de leitmotiv. La question des algues vertes est à cet égard un véritable cas d'école. Chef de file de la remise en cause du lien de causalité entre les apports d'azote d'origine agricole et les marées vertes, un bureau d'études, l'Institut de l'environnement de Liffré (Ille-et-Vilaine), a suscité la méfiance de la profession agricole vis-à-vis du plan intergouvernemental de lutte contre les algues vertes. Confrontés à une telle tentative de discrédit, les ministères de l'Écologie et de l'Agriculture ont diligenté en septembre 2011 une mission d'expertise présidée par Bernard Chevassus-au-Louis.

ÉLISABETH MICHEL-GUILLOU > Plein de gens contestent la norme en disant : pourquoi mettre cette norme à 50 mg de nitrates par litre, si l'on est capable d'accepter 100 mg ? Dans certains milieux, on va dire : 50 mg c'est une norme trop élevée, dans d'autres on va dire : c'est insuffisant.

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > Les États membres devaient respecter la directive 75/440/CEE sur les eaux brutes destinées à la consommation humaine à l'origine de la norme impérative de 50 mg/l de nitrates à l'échéance de 1985. En 1975, les eaux bretonnes étaient bien en deçà de cette norme obligatoire. Or, au fur et à mesure des cas de dépassement de cette norme Nitrates, des interrogations sur sa pertinence scientifique ont été exprimées, en particulier du point de vue de la santé humaine. Or, le droit de l'eau conjugue la protection de la santé et les écosystèmes aquatiques. Ainsi si l'on veut protéger non seulement la santé mais certains milieux réputés fragiles, comme Saint-Michel-en-Grève, dans les Côtes-d'Armor, ce n'est pas à 50 mg de nitrates mais à 10 mg qu'il faut descendre, ainsi que le défendent certains collègues de l'Ifremer.

NADIA DUPONT > Ce qui fait débat aussi pour les professionnels, c'est qu'une analyse d'eau à un moment donné,

Dans les Côtes-d'Armor, un cheval et des sangliers ont été tués par les gaz toxiques émanant des algues vertes.



n'est pas représentative de la variabilité que l'on a au cours de l'année, variabilité qui dépend du climat ou bien des aménagements. Alors les acteurs ont peur d'être à 52 mg, ce qui n'est pas loin de la norme, mais qui est hors-norme. Cet effet couperet est mal vécu. S'y ajoute le fait que la norme est elle-même fluctuante dans le temps, au gré des avancées scientifiques et des débats législatifs. Cette variabilité est aussi assez anxiogène pour les acteurs de l'eau, qu'ils soient techniciens ou élus. Car qui dit changement de norme, dit changement de process. Ils se demandent sans cesse si d'un moment à l'autre, ils ne vont pas être contraints de s'adapter à une nouvelle norme.

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > Depuis 1975, le droit de l'eau de l'Union européenne a profondément évolué. À l'origine, les normes de qualité ont été construites en fonction des usages de l'eau. En 2000, la directive cadre sur l'eau rompt avec cette approche sectorialisée et abroge une série de directives existantes. L'eau est désormais envisagée comme une unité gérée dans le cadre

de districts hydrographiques. Parallèlement aux normes chiffrées prescrites par les directives maintenues et actualisées (baignage, eau potable...), la directive cadre sur l'eau introduit l'exigence d'un bon état des masses d'eau à l'horizon 2015, un bon état écologique des masses d'eau de surface, un bon état chimique des masses d'eau, et un bon potentiel des masses d'eau fortement modifiées ou artificielles. Son annexe V précise les paramètres biologiques, chimiques et physicochimiques pour y parvenir. Ces trois paramètres évitent l'effet couperet dont nous parlions tout à l'heure. Ils semblent plus satisfaisants du point de vue scientifique, en revanche ils compliqueront la tâche des autorités publiques et en particulier des juges. Le contentieux est plus difficile à régler que quand vous jugiez à partir du respect ou non des 50 mg.

PLACE PUBLIQUE > Hormis la question des nitrates, comment la préoccupation de santé publique est-elle prise en compte dans la gestion de l'eau ?

Comment fixer la norme légale du taux de nitrate dans l'eau ? Pour certains, 50 mg par litre, c'est trop. Pour d'autres, c'est trop peu.

D'autant que ce taux peut varier en cours d'année, en raison du climat ou bien des aménagements qui ont été effectués.





Protéger l'eau, c'est d'abord protéger la santé, qu'il s'agisse de l'eau du robinet ou de l'eau de baignade.

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > Tout le monde sait que protéger l'eau, c'est protéger la santé, qu'il s'agisse de l'eau du robinet ou de l'eau de baignade. Mais protéger l'eau, c'est aussi une question d'environnement, c'est prévenir, réduire et réparer les atteintes causées aux écosystèmes aquatiques. Je participe au Conseil scientifique de l'environnement de la région Bretagne ainsi qu'à celui des Côtes-d'Armor. En 2003, les membres du Conseil scientifique de l'environnement du Conseil général des Côtes-d'Armor se sont saisis de la question de la pollution des eaux douces par les algues bleues, les fameuses cyanobactéries présentes actuellement dans la Vilaine. Naguère, les directives sur l'eau potable et les eaux de baignade ne prenaient pas en compte ces cyanobactéries, maintenant c'est fait. Autre pollution que les nitrates et dont on parle moins : celle des pesticides, notamment le glyphosate (que l'on trouve dans le Round Up), produit qui a été utilisé après l'interdiction de l'atrazine. Or, les nouvelles obligations issues du règlement 1107/2009 sur la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et de la directive 2009/128/CE sur l'utilisation durable des pesticides augurent de nouvelles évaluations scientifiques, des usages compatibles avec la protection de l'environnement et de la santé, voire des alternatives à ces produits.

À part les associations de défense de l'environnement, personne n'avait vraiment pris conscience des risques sanitaires provoqués par les algues vertes.

PLACE PUBLIQUE > On constate toujours un temps de retard. Pour les algues vertes aussi, la prise en compte de leur dangerosité sanitaire est récente.

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > Les algues vertes, pendant longtemps on disait : « c'est pas beau », « ça sent mauvais », et c'est tout. Personne vraiment n'avait pris conscience des risques sanitaires, à part les associations de défense de l'environnement qui dénonçaient cette prolifération algale : « vous voyez, le milieu est trop enrichi de nutriments d'origine anthropique, on ne respecte pas les textes ». Il a fallu attendre l'histoire du cheval mort sur une plage en 2009 pour que les autorités publiques, y compris les scientifiques, s'accordent pour reconnaître l'existence de risques sanitaires imposant des mesures de prévention et de gestion appropriées.

PLACE PUBLIQUE > Si l'on se préoccupe de l'inégalité des citoyens face à la santé, peut-on dire que la qualité de l'eau est un facteur déterminant ?

NADIA DUPONT > Ce n'est pas tant la qualité de l'eau que la quantité d'eau, le fait d'en avoir ou pas qui crée des inégalités. La grosse question en Bretagne est celle de la ressource en eau avec des collectivités qui certaines années ont très peur de manquer d'eau. Des communes des Monts d'Arrée, dans le Finistère, ont peu d'habitants et beaucoup d'eau ; dans d'autres secteurs, c'est l'inverse. D'où la nécessité de recomposer, de sécuriser les réseaux. Après, les inégalités sont multiples : l'inégalité du prix de l'eau en fonction des traitements qui dans certaines zones doivent être ajoutés ainsi que la protection des captages. Car bien sûr, il y a l'inégalité de l'eau naturelle telle qu'elle est puisée : citons encore les Monts d'Arrée où justement elle est excellente.

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > Disons-le aussi, des inégalités peuvent être créées par le droit à l'environnement qui va imposer des contraintes plus ou moins coûteuses. En France, comme dans d'autres États membres, la répartition des avantages et des coûts n'est pas équitable. Dans la mesure où le principe pollueur-payeur n'est pas correctement appliqué, c'est principalement le secteur des ménages qui subit le paiement des politiques publiques de l'eau. Or, la directive cadre sur l'eau impose aux États membres de tenir compte du principe de récupération des coûts des services liés à l'utilisation de l'eau (incluant les coûts pour l'environnement et les ressources). Les recours intentés en Bretagne contre l'État concernant la mise en jeu de sa responsabilité pour non respect des directives et législations dans le domaine de l'eau se sont soldés par la condamnation de l'État. Pour les algues vertes, c'est l'État qui a été condamné en 2009 par la cour d'appel de Nantes, mais c'est nous qui payons en définitive. C'est pourquoi poser la question des inégalités, c'est poser aussi la question des responsabilités.

PLACE PUBLIQUE > Justement, la question de la responsabilité de l'agriculture dans la pollution par les nitrates et dans les algues vertes n'est plus mise en question?

NATHALIE HERVÉ-FOURNEREAU > Il y a encore un an, l'expertise scientifique sur l'origine des algues vertes était encore ouvertement contestée à l'image des explications présentées notamment par l'Institut de l'environnement à la profession agricole. Il était indiqué que les algues vertes, ce n'était pas que l'azote, c'étaient aussi les habitants des villes avec les lessives et autres détergents, la lu-

Les agriculteurs sont-ils les premiers responsables de la pollution de l'eau en Bretagne ?



minosité bretonne... En réponse à ces mises en doute de l'état des connaissances scientifiques, en mars 2012 le rapport, sur le bilan des connaissances scientifiques sur les causes de prolifération des macroalgues vertes, coordonné par le scientifique Bernard Chevassus-au-Louis à la demande des ministères de l'Écologie et de l'Agriculture, confirme que les « apports d'azote dans les baies sont essentiellement d'origine agricole » et que l'objectif de réduction des apports azotés sont bien fondés. Le rapport conclut qu'une telle réduction ne doit pas être présenté comme un « outil de dénonciation d'une catégorie socio-professionnelle ». Ainsi, si les agriculteurs n'ont pas d'autre choix que de diminuer l'azote, s'ils veulent poursuivre leur activité, c'est l'ensemble de la filière agro-alimentaire et les autorités publiques qui doivent également assumer leur responsabilité.

ELISABETH MICHEL-GUILLOU > Moi, je pense que le débat n'est pas clos. On ne peut pas incriminer les agriculteurs car à un certain moment on leur a demandé de produire plus. Et quand ce système s'est cassé la figure, on n'a pas trouvé d'alternatives. Sauf que, depuis, il faut reconnaître que tous ont fait un effort.

NADIA DUPONT > Des agriculteurs nous rappellent : « plus on mettait de nitrate, plus on avait une bonne note. On

nous poussait à cela et ce n'était pas forcément de gâité de cœur. » Alors, arrêtons de les pointer du doigt simplement parce qu'ils ont répondu à une demande, selon des pratiques conçues à l'époque comme vertueuses. On comprend que beaucoup soient amers aujourd'hui.

EMMANUELLE HELLIER > Nous avons rencontré un agriculteur retraité, vice-président de syndicat d'eau potable, qui avait eu ces pratiques. En fin de carrière, alors que son fils avait pris la relève en pratiquant différemment de lui, il avait lui-même évolué et fait évoluer les agriculteurs de son entourage notamment en ce qui concerne la protection des captages. Cet homme a donc une double casquette, syndicat d'eau potable et agriculteur. Je crois fortement que ces personnes peuvent être des leviers pour la politique de l'eau. Ils peuvent faire avancer les choses car ils ont une légitimité par rapport à leurs collègues. Ce sont des acteurs clés de demain. ■

Les apports d'azote dans les baies sont bien, pour l'essentiel, d'origine agricole.

Cela dit, les agriculteurs ont répondu à une demande, selon des pratiques considérées à l'époque comme vertueuses.





En Pays de la Loire, les cliniques privées assurent près de deux tiers des actes chirurgicaux, plus de la moitié en Bretagne.

L'appétit croissant des cliniques privées

RÉSUMÉ > *Les cliniques privées sont devenues un acteur majeur de notre système de santé. Quelle place occupent-elles ? Qui les possède ? Quel est leur impact sur l'offre de soins ? Comment évoluent-elles ? Quelles relations avec l'hôpital public ? Des éléments de réponse de Nathalie Destais.*



PROPOS RECUEILLIS PAR > **GABY BONNAND**

PLACE PUBLIQUE > Le secteur privé lucratif représente aujourd'hui un segment important de l'offre hospitalière. Quelle est exactement sa part ?

NATHALIE DESTAIS > Sur l'ensemble du territoire national, les quelque 1 050 cliniques privées réalisent plus du tiers (36%) du volume d'activité des établissements de santé en court séjour. Cette proportion atteint 54% pour la seule chirurgie et même 68% en chirurgie ambulatoire, puisque ce sont là les domaines de spécialisation des cliniques. Elles sont également présentes dans les soins de suite et de réadaptation (30% des séjours). Ces chiffres rendent compte d'une contribution importante des cliniques à l'offre de soins, même si elle recouvre un éventail d'activités plus resserré que celui de l'hôpital public.

PLACE PUBLIQUE > Dans l'Ouest, quelle est la part prise par les cliniques privées ?

NATHALIE DESTAIS, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) est co-auteur d'un rapport, remis en septembre 2012, sur la place et le rôle des cliniques privées dans l'offre de soins¹.



1. Fabienne Bartoli, Nathalie Destais, Isabelle Yeni, Hubert de Beauchamp, « Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins », Inspection générale des affaires sociales, Rapport n°RM2012-112P, septembre 2012.





En Pays de la Loire, la part de marché des cliniques privées est supérieure à la moyenne nationale. Et la Bretagne est en train de rattraper son "retard".

NATHALIE DESTAIS > En Pays de la Loire, la part d'activité des cliniques est supérieure à la moyenne nationale : elle atteint 43% du court séjour, dont 25% en obstétrique, 28% en médecine et 64% en chirurgie. En Bretagne, la part d'activité des cliniques est en revanche un peu moins grande : 30% du court séjour, dont 51% en chirurgie. Cependant, ces parts de marché évoluent, particulièrement en Bretagne où le secteur privé, très actif, mène depuis quelques années des opérations d'acquisition et de restructuration importantes.

PLACE PUBLIQUE > Cette importance du secteur privé est assez méconnue...

NATHALIE DESTAIS > Oui et non. Les cliniques ont une réelle visibilité pour les patients en raison de leur place dans certains types de soins. En revanche, leur visibilité est moindre dans les politiques publiques, en dehors du problème des dépassements d'honoraires qui attire régulièrement l'attention. L'administration centrale², c'est vrai, est plus familière des hôpitaux publics, en raison de son histoire et du statut des personnels. Elle connaît moins les acteurs privés à but lucratif, qu'il s'agisse de leur économie générale, de leur structure capitalistique ou de leur stratégie ; elle n'a pas de contact régulier avec les dirigeants des quelques grands groupes qui structurent ce secteur. C'est précisément pour éclairer ce segment mal connu de notre système de santé que l'IGAS a inscrit cette mission à son programme de travail 2011-2012.

PLACE PUBLIQUE > Qu'entend-on exactement par secteur privé ?

NATHALIE DESTAIS > Le secteur privé recouvre deux ensembles d'établissements: d'une part, les établissements de santé privés dits « d'intérêt collectif » (Espic – selon le terme de la loi HPST³) qui regroupe des établissements de santé gérés par des organismes à but non lucratif (associations, congrégations, fondations, mutuelles et des institutions de prévoyance, ainsi que les centres de lutte contre le cancer) ; d'autre part, les établissements de santé privés à but lucratif, que l'on appelle communément les cliniques. C'est sur ces derniers qu'a porté la mission de l'Igas. Historiquement, les cliniques ont été créées par des médecins spécialistes libéraux (chirurgiens, anesthésistes...) désireux de se doter d'un plateau technique pour exercer

leur activité, la clinique étant en quelque sorte leur outil de travail. Ces médecins fondateurs étaient à l'origine actionnaires de la clinique.

PLACE PUBLIQUE > Les cliniques ont changé. Les médecins ne sont plus aux manettes?

NATHALIE DESTAIS > Les médecins libéraux sont toujours au cœur des cliniques, même si le nombre de médecins salariés (à peine plus du dixième du corps médical de ces établissements) progresse, sous l'effet de la diversification d'activité des cliniques et de la moindre attractivité du statut libéral parmi les jeunes générations de praticiens. En revanche, la figure du médecin-actionnaire est de plus en plus rare. Un mouvement profond de restructuration et de concentration financière de ce secteur, engagé depuis les années 90, s'est accéléré dans les années 2000. Plusieurs facteurs y poussent : les surcapacités hospitalières en court séjour, le coût des investissements nécessaires pour satisfaire les normes ou pour suivre le progrès médical, la démographie médicale, l'évolution des conditions d'exercice recherchées par les médecins. Ces derniers souhaitent bénéficier de volumes d'activités suffisamment importants pour leur garantir la maîtrise de leur art et la reconnaissance de leurs pairs.

PLACE PUBLIQUE > Que représentent aujourd'hui les groupes de cliniques privés ?

NATHALIE DESTAIS > Ce mouvement s'est traduit par l'émergence de groupes de cliniques, qui ont racheté de nombreuses cliniques indépendantes et s'appuient sur un actionariat financier, remplaçant progressivement (au moins en partie) l'actionariat médical. Aujourd'hui, près de 60% des cliniques font partie de groupes de taille très variable. Un leader : la Générale de Santé avec plus de 100 établissements et environ 2 milliards d'euros de chiffre d'affaires ; quatre groupes d'envergure nationale, comptant entre 25 et 50 établissements chacun, pour des chiffres d'affaires compris entre 350 et 700 millions d'euros ; puis une vingtaine de groupes régionaux. De petits

2. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) est l'administration centrale du ministère de la santé chargée de définir le cadre juridique et économique applicable aux établissements de santé et de superviser le secteur.

3. La Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 ; les établissements privés dits PSPH (Participant au service public hospitalier) avant cette loi, sont depuis devenus des ESPIC.

Des groupes de cliniques ont racheté de nombreuses cliniques indépendantes. Elles s'appuient sur un actionariat financier qui remplace progressivement l'actionariat médical.

groupes locaux existent également⁴. Les groupes de cliniques ont connu une vitesse de croissance impressionnante au cours des années 2000, particulièrement dans la deuxième moitié de la décennie. Cette croissance se poursuit aujourd'hui, quoique plus lentement. Son fondement est toujours le même : l'acquisition de cliniques (souvent en difficultés), leur « filialisation », leur restructuration et leur modernisation en fonction de l'offre de soins locale.

PLACE PUBLIQUE > Et dans le Grand Ouest ?

NATHALIE DESTAIS > Les régions du Grand Ouest connaissent bien certains de ces acteurs. Le groupe Vedici, fondé en 2000, gère notamment les cliniques du Grand Large et du Keraudren à Brest, ainsi que quatre cliniques à Nantes (cliniques Jeanne d'Arc, Saint-Augustin, Brétèche et la Polyclinique de l'Atlantique) ; il a aussi créé au milieu de la décennie le pôle Santé Sud du Mans. Le groupe Vivalto se développe depuis 2009 à Rennes (CHP Saint-Grégoire), à Brest (clinique Pasteur-Lanroze), à Saint-Malo (clinique de la Côte d'Émeraude), à Nantes (clinique Sourdille d'ophtalmologie) ; il vient en outre racheter la polyclinique de Pontivy en redressement judiciaire. Le groupe Vitalia fondé en 2006 détient la clinique Océane à Vannes et la clinique du Ter à Ploemeur.

PLACE PUBLIQUE > On dit que des fonds d'investissements interviennent massivement dans ce secteur, c'est le cas de Blackstone par exemple. Cet investissement est-il central ou marginal ?

NATHALIE DESTAIS > L'entrée des fonds d'investissement (notion différente de celle de fonds de pension⁵) dans le capital des groupes de cliniques est un phénomène marquant des années 2000. Il a puissamment contribué à la recomposition de ce secteur. Vous parlez de Blackstone. Le groupe Vitalia est en effet emblématique : créé en 2006 par un médecin avec l'appui de ce fonds d'investissement américain, il a pu constituer en quelques années seulement un réseau de 48 établissements. L'histoire de Vedici est comparable : l'arrivée des fonds Apax Partners et Altamir en 2006 a fait passer ce groupe d'une dimension régionale à une dimension nationale ; puis leurs parts ont été cédées à deux autres fonds qui détiennent actuellement la majorité du capital. Le groupe Vivalto dispose, de manière assez originale, d'un actionnariat mixte

composé de médecins et de plusieurs fonds d'investissement (majoritaires) comme Crédit Agricole Private Equity, BNP-Paribas Développement, ING Parcom et Crédit Mutuel Arkea. Les fonds d'investissement ne s'intéressent d'ailleurs pas qu'aux grands groupes ; ils sont aussi entrés au capital de groupes régionaux plus modestes.

PLACE PUBLIQUE > L'arrivée de ces fonds d'investissement change-t-elle profondément les choses ?

NATHALIE DESTAIS > Oui, l'arrivée de ces fonds a modifié assez profondément la gestion et le positionnement des cliniques. Les fonds d'investissement ont d'abord répondu à des besoins de capitaux lorsque les apports ponctuels des médecins ne suffisaient plus. Ils ont ainsi apporté une capacité d'investissement inégalée, dans le domaine immobilier comme dans le domaine des équipements médicaux, investissements qui renforcent l'attractivité des cliniques. Ces fonds ont aussi implanté des méthodes de gestion rigoureuses, avec des ratios de gestion, des systèmes de « reporting » budgétaire précis, un suivi d'activité détaillé, une utilisation optimale des blocs opératoires et une recherche permanente d'ajustement des effectifs à l'activité afin de maîtriser la masse salariale. Leur impact dans ce domaine a été d'autant plus fort qu'un bon nombre de cliniques rachetées connaissaient des difficultés financières chroniques.

PLACE PUBLIQUE > L'arrivée de ces fonds d'investissement est donc une aubaine ?

NATHALIE DESTAIS > Pour bien comprendre, il faut intégrer l'idée que les fonds qui investissent dans le secteur des cliniques ont une stratégie de « création de valeur » à moyen terme : ils investissent pour quatre à six ans et se rémunèrent par la plus-value réalisée lorsqu'ils revendent leur part (la distribution de dividendes est en revanche rare). Cette démarche les oblige à repositionner la clinique sur une offre viable, avec des modes de gestion efficaces ; cet horizon de temps est du reste moins contrai-

4. Par ailleurs, la prise en charge des personnes âgées dépendantes (qui relève du médico-social même si sa dimension médicale s'accroît) compte aussi de nombreux acteurs privés, structurés autour de quelques groupes (Korian, Clinea-Orpea, Médica, Le Noble Âge, entre autres).

5. Le fonds d'investissement n'a pas pour objet la gestion d'un régime de retraite par capitalisation.

L'entrée des fonds d'investissement dans le capital des groupes de cliniques est un phénomène marquant des années 2000.

Ils investissent pour quatre à six ans et se rémunèrent par la plus-value réalisée quand ils revendent leur part.





La complexité juridique et capitalistique des fonds d'investissement rend assez opaque la situation financière des cliniques qu'ils ont rachetées.

gnant que celui imposé par la Bourse, qui pèse sur un groupe comme la Générale de Santé⁶. Mais ce phénomène soulève néanmoins des difficultés. Je pense notamment à leur complexité juridique et capitalistique qui rend la situation financière des cliniques assez opaque. J'évoquerai également la faible visibilité des Agences régionales de santé sur la stratégie d'établissements relevant de groupes nationaux.

PLACE PUBLIQUE > Qu'en est-il des investisseurs français dans ce secteur ?

NATHALIE DESTAIS > Parmi les investisseurs ayant acheté une part du capital des cliniques en France, on compte quelques acteurs français : filiales de BNP-Paribas Développement ou de Natixis, par exemple. Certaines cliniques indépendantes sont elles-mêmes adossées à des banques partenaires. Cependant, la plupart des investisseurs arrivés sur ce marché sont américains, britanniques, australiens, italiens, canadiens ou encore suédois (comme le groupe CAPIO qui gère, par délégation du Comté de Stockholm, un des grands hôpitaux de cette ville et qui est arrivé sur le marché français en 2002).

PLACE PUBLIQUE > La place des capitaux français reste donc minime ?

NATHALIE DESTAIS > En fait, la discrétion apparente des investisseurs français, qui peut surprendre à première vue, doit être nuancée. Il existe tout d'abord quelques opérations d'investissement atypiques, comme celle de la Mutualité Finistère Morbihan, qui a fondé en 2010 Hospitalisation Grand Ouest (HGO). HGO est en fait une holding à capitaux mutualistes issus du monde de la prévoyance⁷, qui détient actuellement une participation dans trois cliniques⁸, dans le but affiché de constituer une offre alternative (en termes de respect des honoraires conventionnels notamment) à celle des grands groupes. Par ailleurs, les investisseurs institutionnels français ont développé leur participation au secteur de soins via un autre acteur devenu très important : les sociétés foncières.

PLACE PUBLIQUE > Les sociétés foncières, c'est-à-dire ?

NATHALIE DESTAIS > La cession des murs des établissements fait partie du financement des acquisitions de cliniques. C'est sur ce dernier créneau que les investisseurs institutionnels français sont intervenus au travers de partici-

pations dans les sociétés foncières, qui ont su se positionner ces dernières années comme partenaires financiers du développement de certains groupes. Les deux principaux intervenants dans ce domaine sont Gecina et Icade Santé (une filiale de la Caisse des Dépôts). Cette stratégie n'est pas sans risque. L'externalisation des murs aboutit en effet souvent à accroître le poids de l'immobilier (sous forme de loyers) dans les comptes des cliniques et pèse sur leur rentabilité d'exploitation. Adaptée à une clinique moderne et en croissance, l'externalisation des murs peut se révéler très contraignante en cas de déclin d'activité et de besoin de restructuration. Elle risque enfin de dégrader à moyen ou long terme la valeur des cliniques, si l'écart se creuse entre la rentabilité de l'immobilier et celle de l'activité de soins; cela se retournerait finalement contre les investisseurs.

PLACE PUBLIQUE > Aujourd'hui, cette transformation est-elle terminée ou va-t-elle encore se poursuivre ?

NATHALIE DESTAIS > La transformation juridique, financière et économique du secteur des cliniques n'est probablement pas terminée. Un tiers des cliniques offrant du court séjour était en déficit en 2010 et cette proportion était plus élevée parmi les cliniques mono-disciplinaires. De nombreuses cliniques sont confrontées à un besoin de modernisation de leur infrastructure ou à un problème de transmission ; certaines équipes médicales ne parviennent plus à se renouveler. Aussi les professionnels du secteur estiment-ils qu'entre un quart et un tiers des cliniques indépendantes sont susceptibles d'être rachetées à court ou moyen terme. Les sociétés foncières anticipent d'ailleurs une expansion de leur marché, liée à la poursuite du mouvement de consolidation et de restructuration des cliniques.

PLACE PUBLIQUE > En quoi ces évolutions affectent-elles l'organisation de l'offre de soins ?

NATHALIE DESTAIS > Les évolutions mentionnées précédemment ont permis aux cliniques de réaliser des économies d'échelle et, pour certaines, de se positionner sur

Près d'un tiers des cliniques indépendantes pourraient être rachetées à court ou moyen terme.

6. Seul groupe de cliniques en France coté en bourse.

7. Malakoff Médéric, Matmut, Prevadies, Harmonie Mutualité et d'autres encore

8. Le centre Catherine de Sienne à Nantes spécialisé en imagerie et en cancérologie, le centre hospitalier privé de Saint-Brieuc et la clinique armoricaine de radiologie à Saint-Brieuc également.

des technologies de pointe et des actes complexes. Les stratégies de niche demeurent mais les plus grands établissements entreprennent une diversification de leur offre de soins, non seulement en chirurgie mais aussi dans le champ de la médecine, rapprochant ainsi leur profil d'activité de celui d'un grand centre hospitalier public. La gradation des soins mise en place au sein de certains groupes privés – avec des consultations avancées et des interventions légères effectuées dans des petits établissements isolés tandis que les interventions les plus lourdes sont rapatriées vers l'établissement phare du groupe – est une réponse à la question de l'accès aux soins et de la sécurité des soins dans certaines zones rurales. L'organisation de filières de soins intra-groupe permet d'offrir une gamme de soins plus complète au patient ; elle peut toutefois susciter des difficultés pour les autres établissements de la région, qui y voient une captation de clientèle et une déstabilisation des « bassins de santé ».

PLACE PUBLIQUE > Dans ces restructurations, on a le sentiment que le projet médical est peu présent. Qu'en est-il vraiment ?

NATHALIE DESTAIS > Le projet médical est en réalité bien présent. Les investisseurs comme les gestionnaires des cliniques, particulièrement au sein de groupes, sont attentifs au « projet industriel » consistant à rassembler, optimiser, articuler des portefeuilles d'activité d'établissements auparavant isolés ; cela passe par une révision et une mise en cohérence des projets médicaux lorsque ceux-ci n'étaient plus adaptés à leur environnement. Ce travail sur le projet médical reste souvent décentralisé au niveau de l'établissement ; le siège du groupe suit cela de plus loin. En outre les médecins, même lorsqu'ils ne sont plus actionnaires, gardent un pouvoir considérable dans une clinique : en tant qu'apporteurs d'activité, garants d'une réputation, intégrateurs de progrès technique... Les orientations stratégiques, de même que les choix d'investissement, sont donc négociés et les critères de décision ne sont pas exclusivement économiques.

PLACE PUBLIQUE > Pensez-vous que les relations entre public et privé doivent être revues ?

NATHALIE DESTAIS > Les relations entre hôpitaux et cliniques mêlent, de façon instable et variable selon les situations locales, concurrence et coopération, émulation

et complémentarité. L'attribution des autorisations par l'Agence régionale de santé met de facto les établissements en concurrence. Pourtant ces autorisations sont parfois conditionnées à une coopération public-privé, qui n'est pas simple à concrétiser, ne serait-ce qu'en raison des différences de culture professionnelle. Dans certains cas de figure, la complémentarité sur un bassin de santé est forte et peut conduire à l'exercice au sein de l'hôpital de praticiens libéraux (possibilité étendue par un décret de 2011) et la reprise d'activité d'une clinique par l'hôpital en cas de retrait de la première. Se dessine ainsi une composition de l'offre de soins fondée sur des équipes, plutôt que sur des établissements.

Il est possible que l'on aille progressivement vers une sorte d'hybridation des secteurs public et privé : avec des médecins libéraux à l'hôpital, des médecins salariés en clinique, des plateaux techniques partagés, des contributions partagées à la formation des jeunes médecins.

D'ores et déjà, la politique hospitalière est poussée à dépasser les catégories statutaires. L'unification progressive du cadre réglementaire applicable aux établissements de santé y contribue⁹. Au fond, la vraie question est celle de l'accès de tout patient à des soins de qualité ; ce qui concentre l'attention sur deux choses : l'accessibilité et la qualité.

PLACE PUBLIQUE > Justement, que sait-on de l'accessibilité et de la qualité des soins délivrés par les cliniques privées ?

NATHALIE DESTAIS > S'agissant de l'accessibilité, la question de la sélection sociale des patients par les cliniques a sans doute été exagérée en termes polémiques mais son examen mérite d'être poursuivi et approfondi. Une étude de la Cnam réalisée en 2008 apporte quelques éclairages à cet égard mais ne clôt pas le sujet. Surtout, il nous manque une vision du coût total pour le patient d'une séquence complète de soins, dépassements d'honoraires compris ; ce coût pourrait être comparé à celui supporté par un patient reçu à l'hôpital public et au coût pour l'assurance maladie. S'agissant de la qualité des soins,

Même lorsqu'ils ne sont plus actionnaires, les médecins gardent un pouvoir considérable dans les cliniques : les critères de décision ne sont pas exclusivement économiques.

Il est possible qu'on aille vers une hybridation des secteurs public et privé.

Au fond, la vraie question est celle de l'accès de tout patient à des soins de qualité ; ce qui concentre l'attention sur deux choses : l'accessibilité et la qualité.

9. La loi HPST marque une étape dans cette progressive unification en faisant prévaloir l'activité et les missions sur le statut juridique des établissements. Cette loi définit quatorze missions de service public qui peuvent être attribuées à tout établissement de santé, avec toutefois un principe de reconnaissance prioritaire des établissements publics.



Du côté des cliniques, des progrès sont nécessaires, en termes de transparence financière et de maîtrise des dépassements d'honoraire.

beaucoup reste à faire pour la promouvoir et pour la mesurer. À la notion de qualité s'ajoute celle de pertinence des soins dont l'évaluation est également indispensable pour fonder la contribution des établissements de santé publics et privés sur une idée de « service rendu ».

PLACE PUBLIQUE > Comment faire progresser la complémentarité entre public et privé pour assurer l'accès de tout patient à des soins de qualité ?

NATHALIE DESTAIS > La relation public-privé mêle, comme je l'ai dit, complémentarité et émulation ; la première vise l'utilisation la plus rationnelle possible des ressources collectives du système de santé ; la seconde sert l'innovation et la qualité de prise en charge du patient. Les cliniques ont par exemple joué un rôle clé dans le développement de la chirurgie ambulatoire, même si l'hôpital public est en train de rapidement rattraper son retard dans ce domaine (il reprend ainsi des parts de marché aux cliniques en chirurgie depuis deux ans). Il faut reconnaître au passage que la tarification à l'activité a aussi suscité des remises en question et des adaptations importantes à l'hôpital. À l'inverse, ce dernier insiste, et il a raison, sur sa mission sociale d'accueil de tout patient ; celle-ci doit aussi être un aiguillon pour le secteur privé. La complémentarité n'est pas simple. Nombreux sont les échecs des coopérations public-privé instaurées au milieu des années 2000. Le temps des coopérations alibi aboutissant finalement à superposer des surcapacités est révolu. Les coopérations supposent désormais une analyse rigoureuse des flux de patients et des modes de prise en charge, une conception partagée de l'organisation humaine et matérielle des soins qui en découle, un partage transparent des coûts de fonctionnement, et bien souvent un rôle de catalyseur de la part de l'Agence régionale de santé. Du côté des cliniques, des progrès sont nécessaires, en termes de transparence financière, d'une part, de maîtrise des dépassements d'honoraires, d'autre part. Dans l'une des cliniques visitées par la mission (une clinique indépendante), les médecins anesthésistes, exerçant en secteur I et II, redistribuent entre eux les honoraires perçus ; c'est un exemple intéressant d'autorégulation qui concilie une organisation libérale avec des préoccupations d'équité vis-à-vis des patients et des médecins. ■



Beaucoup reste à faire pour mesurer la qualité des soins dans le privé et dans le public.





Contre les déserts médicaux, les Maisons de santé

RÉSUMÉ > *À la campagne surtout, mais aussi en ville, le non-remplacement de médecins approchant de la retraite laisse craindre l'extension de véritables déserts médicaux. La création de Maisons de santé peut offrir une réponse. Mais elle suppose une véritable détermination des élus et un bouleversement des habitudes des professionnels. C'est à ce prix que se construiront de véritables projets de santé.*



TEXTE > **DANIEL COUTANT**

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France¹ mais leur répartition est hétérogène² avec des disparités entre pôles urbains et zones rurales isolées, ainsi qu'entre les centres des villes et certaines banlieues difficiles.

La notion de bassin de vie³ permet de mieux appréhender la situation en matière de démographie médicale : le nombre de médecins en activité et les perspectives à court terme. Ainsi dans les Pays de la Loire, 52 % des bassins de vie sont dotés de médecins généralistes âgés de plus de 52 ans⁴ ; les craintes de ne pas trouver de successeurs à ces médecins en fin de carrière sont réelles.

En Loire-Atlantique, il serait toutefois inexact (ou prématuré) d'établir des similitudes entre ce qui se passe dans

DANIEL COUTANT est médecin, chargé de mission à Harmonie Mutualité.

1. Le nombre de médecins n'a cessé de progresser au cours des quarante dernières années. La densité de médecins (France métropolitaine) est passée de 119 médecins pour 100 000 habitants en 1968 à 306 en 1990, puis 330 en 2000 et 335 en 2009. Rapport de la Cour des comptes 2011

2. Si l'on considère les médecins généralistes, la densité est de 147 généralistes pour 100 000 habitants en moyenne en France mais de 127 dans les Pays de la Loire. Au sein même de la région, elle est de 142 en Loire-Atlantique et seulement de 107 en Mayenne. Ordre national des médecins. Juin 2011

3. Selon l'Insee « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ».

4. Dix bassins de vie ont la particularité d'avoir des médecins généralistes âgés de 60 ans et plus. Source : Ordre national des médecins





Depuis une dizaine d'années, la question de l'offre de soins devient une préoccupation des communes, surtout à la campagne.

Pour faire face au manque de médecins, tant la campagne qu'en ville, il existe désormais une volonté politique et un cadre d'intervention.

Les Maisons de santé sont le rassemblement de professionnels autour d'un projet de santé commun.

certaines zones rurales et en ville. La densité de médecins généralistes est de 13,1 pour 10 000 habitants à Nantes et de 13,5 à Saint-Nazaire alors qu'elle oscille entre 0,7 et 3,3 généralistes pour 5 000 habitants dans les 15 bassins de vie à la plus faible densité en Loire-Atlantique. Néanmoins, la presse locale, fin décembre 2011, soulevait les problèmes posés, à Saint-Nazaire, par le non-remplacement de médecins partant à la retraite.⁵

Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé (ARS) a pour mission de cibler des zones fragiles où l'offre médicale doit être consolidée et resserrée sur des projets structurants pour ce qu'on appelle le premier recours⁶. En ce qui concerne les zones urbaines, il s'agit de concentrer les efforts sur les zones urbaines sensibles.

En Loire-Atlantique, à ce jour, les projets développés ou en cours d'élaboration pour faire face au problème de démographie médicale ne concernent que les zones rurales⁷, mais on peut penser que des solutions du même ordre sont à envisager aussi pour les villes.

Une préoccupation nouvelle pour les communes

Jusqu'à une époque récente, les collectivités locales n'avaient pas à se soucier de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire. Pour beaucoup de municipalités, la santé, c'était l'affaire des médecins et de la Sécurité sociale ; les professionnels de santé s'en accommodaient fort bien. Depuis moins de dix ans, cette perception a changé, et d'abord dans les communes rurales confrontées, d'une part, à la diminution du nombre de médecins et, d'autre part, au vieillissement de la population ainsi qu'à l'arrivée de jeunes couples n'ayant pas les moyens de se loger en ville.

Parallèlement depuis 2008, le ministère de la Santé a affiché une volonté de développer des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), en définissant un cahier des charges et en dégageant des aides financières pour les collectivités locales (communes et communautés de communes). Ces dernières sont porteuses du projet immobilier, dont les professionnels de santé deviennent les locataires, à partir du moment où ils s'engagent sur un «projet de santé».

Pour faire face au manque de médecins à la campagne (mais aussi en ville), il existe à présent une volonté politique et un cadre d'intervention. Mais pour passer

du possible au réel, il faut réunir la volonté des maires et l'acceptation d'un changement de modèle de la part des professionnels de santé. Le tout peut constituer un réel projet politique municipal.

Selon le code de santé publique, la Maison de santé est une personne morale constituée entre des médecins, des paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, diététiciennes...), pharmaciens. Ces professionnels se réunissent pour travailler ensemble⁸ autour du projet de santé... Les professionnels s'engagent, en plus de leur exercice de soignant, à se coordonner avec les autres acteurs (santé et médico-social), à s'impliquer en prévention et en santé publique, à accueillir des étudiants en formation... À côté du paiement à l'acte pour le soin (comme actuellement), il est prévu de nouveaux modes de rémunération, au forfait, pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient, pour le temps passé en concertation et coordination... Ce projet de santé est soumis à l'Agence régionale de santé, dont l'avis est transmis à la préfecture pour l'obtention de subventions de l'État et à la Région pour celles du Conseil régional. Ces subventions de l'État et de la Région, auxquelles peuvent s'ajouter d'autres aides de l'Europe, associées au financement de la mairie, de la communauté de communes et même du Conseil général pour le médico-social, vont permettre la construction de la Maison de santé⁹.

Un choix politique

La santé n'est pas une prérogative des maires¹⁰ et l'organisation de l'offre de soins ambulatoires encore moins. Investir dans une Maison de santé n'a donc rien d'évident même s'il ne s'agit pas de donner de l'argent public

5. *Presse Océan*, 28 décembre 2011

6. Par premier recours, on entend l'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), suivi du patient, relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé)

7. En Pays de la Loire, 25 projets sont financés pour l'investissement (mai 2012), 24 en zone rurale, un en zone urbaine (Angers). En Loire-Atlantique, deux MSP (avec projet de santé) sont ouvertes (Savenay et Clisson)

8. En Maison de santé les professionnels sont regroupés dans un même lieu. En Pôle de santé, ils peuvent exercer dans des lieux différents (la pharmacie par exemple ne déménageant pas) mais en adhérant au même projet de santé

9. Les aides obtenues permettent des prix de loyer moins élevés que les prix du marché

10. D'autant plus que depuis la loi HPST, le maire n'est plus président du conseil d'administration de l'hôpital. Cependant, la politique municipale menée pour l'habitat, pour les transports, les cantines scolaires... est bien en lien avec la santé de la population

à des professionnels de santé libéraux. Il ne s'agit pas de verser des subventions à des médecins mais de réaliser un investissement immobilier qui sera amorti par les loyers payés par les professionnels de santé et par les autres locataires impliqués dans la démarche de soins coordonnés : soins infirmiers à domicile, consultation de protection maternelle et infantile...

À l'opposé de cette réticence à s'engager dans la conception d'une Maison de santé, un maire peut être pressé de construire... sans trop se préoccuper du contenu. Pourtant, il s'agit de politique de santé locale : veut-on des professionnels de santé dans la commune ou dans le quartier ? Veut-on attirer des jeunes médecins et autres professionnels de santé pour être sûr de remplacer les départs en retraite ? Des médecins seulement pour faire du soin ? Pour faire aussi de la prévention ? Des professionnels de santé réunis dans une dynamique mettant à profit les compétences de tous les acteurs (importance du rôle du pharmacien, de l'infirmière...) ? Avec quelles conditions d'accès pour la population, avec ou sans dépassements d'honoraires¹¹, avec une pratique de tiers payant ? Autant de questions qui concernent les inégalités territoriales et les inégalités économiques d'accès au soin...

Un maire peut aussi faire le choix de mettre à disposition de soignants de sa commune un local¹², sans les contraintes d'un «projet de santé». Dans ce cas, il ne sollicite pas les subventions pour les Maisons de santé et il n'a pas à se préoccuper de la nature de l'offre (limitée aux soins) et encore moins des conditions d'accès pour la population (type d'accueil, tarifs pratiqués, cohérence d'exercice entre les professionnels).

Des professionnels de santé peuvent aussi créer une Maison de santé (avec «projet de santé» validé par l'ARS) sans demande de subventions pour les locaux¹³, s'ils désirent en être les propriétaires ou locataires d'un bailleur privé.

Un bouleversement pour les professionnels de santé.

Rompant avec un exercice isolé, essentiellement consacré aux soins, exercer la médecine en Maison de santé suppose un travail en équipe, de façon coordonnée avec les associés et avec les autres acteurs de santé et du secteur médico-social du territoire environnant. L'exercice n'est

pas non plus limité aux soins puisque sont prévus des programmes de prévention, de l'enseignement...

Pour les professionnels de santé les plus âgés, c'est un changement notable et brutal. Le souci de trouver plus facilement des remplaçants ou un successeur peut susciter de l'intérêt pour une Maison de santé, mais il ne faut pas oublier que la conception d'une telle Maison nécessite un long investissement avec des réunions pour apprendre à se connaître, à élaborer le projet de santé, se constituer en association, négocier... Le tout en plus d'une activité professionnelle quotidienne soutenue. Quand on a la cinquantaine passée et qu'on pourrait cheminer tranquillement jusqu'à la retraite, s'engager dans un tel projet est bien la marque d'un changement dans la profession.

Concernant les jeunes médecins, les possibilités offertes par une Maison de santé répondent aux attentes de beaucoup d'entre eux : ne pas exercer de façon isolée ni forcément à temps plein, ne pas se limiter aux soins et même pouvoir envisager des perspectives de carrière, ne pas être contraint de faire toute sa carrière au même endroit (d'où l'intérêt d'être locataire, sans avoir à s'endetter pour acheter les locaux). Des définitions par la négative... mais qui témoignent d'une volonté de rupture avec le modèle unique d'offre de soins ambulatoire imposé jusqu'à maintenant¹⁴, qui marquent aussi l'intérêt porté au paiement au forfait pour la prévention et pour la coordination des soins à côté du paiement à l'acte¹⁵.

Et les usagers ?

Face à l'échec des mesures déployées jusqu'à maintenant pour inciter les jeunes médecins à exercer en zones sous dotées, le développement des Maisons de santé devient un phénomène de société, avec comme acteurs principaux les professionnels du soin ambulatoire

Rompant avec un exercice isolé, essentiellement consacré aux soins, exercer la médecine en Maison de santé suppose un travail en équipe.

Les possibilités offertes par une Maison de santé répondent aux attentes de beaucoup de jeunes médecins.

11. La subvention du Conseil régional est conditionnée à un exercice de médecin sans dépassement d'honoraires

12. Ces regroupements de soignants facilités par les municipalités sont bien souvent appelés aussi Maisons de santé, ce qui peut quelquefois entretenir la confusion avec les MSP. En réalité, il s'agit d'une cohabitation de professionnels de santé sans le cahier des charges et le Projet de santé exigés pour une MSP

13. C'est le cas à Clisson, au sud de Nantes.

14. Voir l'expérience du centre de santé de Saint-Nazaire de 1983 à 1986. *Hier, une médecine pour demain : le centre de santé de Saint-Nazaire* par Daniel Coutant et Jean Lacaze. Éditions Syros

15. En MSP, les professionnels de santé peuvent opter pour le statut de salarié, si une structure porteuse s'y engage





Dans un quartier sensible d'Angers

La Maison de santé des Hauts Saint-Aubin à Angers vient d'ouvrir. Elle résulte de la volonté de médecins et de la Ville d'Angers de renforcer l'offre de santé sur un quartier classé en zone urbaine sensible. Ce projet réunit cinq médecins généralistes, sept infirmières, un kinésithérapeute, un orthophoniste. D'autres professionnels sont intéressés à temps partiel ; à proximité doivent s'installer un laboratoire d'analyses et une pharmacie. L'objectif est de permettre une approche globale de la santé et de faciliter l'accès aux soins par la proximité de l'offre et l'absence de dépassements d'honoraires.

Des projets de ce genre pourraient aussi voir le jour à Saint-Nazaire et à La Roche-sur-Yon.

santé, en cessant de tout focaliser sur le médecin, contraint à un exercice trop souvent isolé. C'est encore un processus en construction, librement accepté, mais qui, lorsqu'il est fait appel à des subventions publiques, impose un contenu. Il doit permettre à la population de disposer non seulement de soignants, mais de bénéficier aussi d'une offre de santé plus globale prenant en compte la prévention. Les propos bloquants du genre : « on ne va pas donner de l'argent pour des médecins » ou le politiquement correct : « on ne fera rien sans les médecins » ne sont plus en phase avec les problèmes posés par le manque de médecins qui se dessine dans certains quartiers des villes. Ne faut-il pas plutôt se dire quoi faire ensemble (professionnels de santé, collectivités locales, ARS...et usagers) ? Pourquoi et comment ? ■

(médecins généralistes, paramédicaux et pharmaciens) et les maires. Un tel constat ne mentionne pas les usagers, pourtant les premiers concernés...

Rien n'interdit que des professionnels associent à leur réflexion des patients ou des associations d'usagers (ou que des élus le proposent). Toutefois, il faut admettre que la Maison de santé reste un outil pour l'exercice libéral de la médecine. Les médecins et les autres soignants ont la responsabilité de la gestion de la Maison. S'ils ont des comptes à rendre, c'est au regard des objectifs fixés pour bénéficier des financements pour l'éducation thérapeutique et la coordination des soins. De plus la mise en place d'une Maison de santé est un processus toujours long et épuisant¹⁶ pour les professionnels impliqués, avant d'être motivant pour les usagers (pourtant dégagés des contraintes budgétaires). Ces préalables étant posés, la dynamique développée avec des professionnels motivés par ce mode d'exercice incite parfois des usagers à s'investir dans des Maisons de santé, pour évoquer l'accueil, la prise en compte de populations spécifiques, les choix en prévention... Les usagers, acteurs du terrain, pourront ainsi se porter garants du respect du projet de santé.

Plus que le développement croissant des Maisons de santé ces dernières années¹⁷, par phénomène de société il faut entendre l'évolution attendue de l'offre de soins de premier recours qui ne se limite pas aux soins. Elle s'appuie sur les compétences de chacun des métiers de la

Les Maisons de santé doivent permettre à la population de disposer non seulement de soignants, mais aussi de bénéficier d'une offre de santé plus globale prenant en compte la prévention.

16. En cas de demande de subvention pour le bâti, le délai moyen est de deux ou trois ans. Revue *Réseaux, santé et territoire*. Janvier-février 2012 n° 42
17. Xavier Bertrand, en janvier 2012, a annoncé 230 MSP et plus de 450 projets

Face à la pénurie de médecins dans la Zup de Rennes, les idées de 68 refont surface...

RÉSUMÉ > *Dans l'après-68, des jeunes médecins militants et progressistes se sont installés dans le quartier de Villejean à Rennes. Ils conçoivent un rêve de Centre de santé communautaire. Rêve avorté. Quarante ans plus tard, alors que ces pionniers partent en retraite et que personne ne veut les remplacer, l'espoir renaît. Les acteurs de santé du quartier se mobilisent au sein d'une association, une dynamique de regroupement se remet en marche.*



TEXTE > **GILLES CERVERA**

Courte histoire d'un quartier, assez typique de ce qui s'est passé partout en France après 1968. Villejean se construit vite et haut à l'ouest de Rennes. Le campus et l'hôpital en sont les axes de gravité. Tout le reste monte en pyramide : d'abord une petite périphérie de maisons basses, ensuite des barres plus hautes précédant la plateforme Kennedy, une grande place suspendue, ombrée par les plus hautes tours du Nivernais et du Bourbonnais.

Dix-huit mille habitants et dans les années 70 une hétérogénéité sociale réelle : ouvriers issus de l'exode rural breton, mais aussi profs et professions intermédiaires qui, dans les trente années suivantes, quittent le quartier. Les médecins, eux, sont restés.

Ces médecins avaient débarqué avec le reste de la population, en même temps qu'elle. Ils avaient à peine 30 ans, appartenaient à la génération 68 et voulaient une médecine clairement à gauche. D'abord se regrouper, d'abord faire connaissance, d'abord rêver. Nommons-les : Olivier Bernard, Bernard Heyman, les généralistes « historiques » ; Marie Heyman, Françoise Etchessahar,

GILLES CERVERA est psychothérapeute, membre du comité de rédaction de *Place Publique* Rennes





Le docteur Olivier Bernard, généraliste de la première heure au pied des tours de Villejean.



les pédiatres ; Dominique de Queiroz, la gynéco. Ils sont le noyau central, ils luttent contre les pouvoirs médicaux en place, dont le conseil de l'Ordre. D'autres médecins s'agrègeront.

Le souci d'une médecine « de gauche »

Notons que la faculté de médecine de Rennes en 68 et surtout lors d'une grève historique en 1972, avait davantage bougé que d'autres en France. À Rennes, moins de conservatisme, davantage de volonté d'aller vers une médecine progressiste qui se dégagerait du paiement à l'acte et de la mono-disciplinarité.

Olivier Bernard, après un passage par la PMI en Seine-Saint-Denis, puis à la coopération en Algérie, prenait appui sur sa thèse soutenue à Grenoble autour d'un Centre de santé local. De la réalisation grenobloise (ville exemplaire du maire Dubedout) à l'utopie villejeannaise ! « Utopie », c'est le mot du Dr Bernard : pratiquer autrement la médecine, penser à plusieurs, faire du curatif mais aussi et surtout une médecine sociale, préventive, ouverte.

Cette utopie les fonde à créer l'association Villejean-Santé en 1977 en prise directe avec l'ARV (l'association des résidents de Villejean), la CSCV (Confédération syndicale du cadre de vie, organisme de consommateurs et d'usagers), le CMPP créé en 1972, la Baraque verte (future Maison verte), la Maison de quartier et le Centre social.

L'utopie villejeannaise : pratiquer autrement la médecine, penser à plusieurs, faire du curatif, mais aussi et surtout une médecine sociale, préventive, ouverte.

L'utopie d'un Centre de santé communautaire

Tous rêvent d'un futur Centre de santé communautaire, éloigné de la médecine libérale, lucrative. La lutte est déclarée, elle s'épuisera, mais les médecins resteront. En attendant, pour ne pas perdre patience, ils s'installent à Villejean. Les généralistes d'un côté, les pédiatres et gynécologues de l'autre.

Ils ont une vraie lueur d'espoir quand le socialiste Edmond Hervé est nommé, dès le premier gouvernement Mauroy de 1981, ministre de la Santé. Ils se disent qu'enfin leur utopie va se réaliser, qu'ils vont être pris au sérieux, que les méfiances vont s'effriter : elles se renforcent. La gauche ne suit pas cette médecine alternative mais s'accommode des conservatismes en place en se gardant d'affronter les organisations de médecins libéraux.

En 1983, découragés, usés par les réunions, le temps sans limite du bénévolat, ils laissent tomber leur projet de Centre de santé, non sans amertume, mais en gardant leurs convictions et des pratiques médicales progressistes.

Durant la période active de Villejean-Santé, de réelles expériences ont ainsi vu le jour, cela dans un quartier où les réseaux associatifs, l'engagement politique sont des points d'appui. Villejean ou le laboratoire PSU ? Peut-être est-ce l'explication du manque de soutien de la municipalité ?

Le quartier s'est peu à peu paupérisé

Durant ces années 80, les médecins ne comptent pas leur temps pour animer au Centre social des groupes de parents ou des groupes de femmes enceintes. Les groupes sont co-animés par l'un des médecins et par Colette Le Garrec, une psychologue du Centre médico-psycho-pédagogique. Jusqu'aux années 90 les groupes fonctionnent, autour des relations parents-enfants, de la grossesse, de l'Ivg ou de la contraception. Ce qu'il est resté aujourd'hui de ces années : une réunion bimensuelle entre ces médecins, généralistes et gynécos, ce qui n'est pas rien. Au programme : recherches communes, identification des problèmes et adaptabilité aux nouvelles données.

En quarante ans, le quartier s'est fortement paupérisé. Une homogénéisation par le bas, si l'on peut dire. Pas étonnant donc de retrouver ces médecins toujours aux premières loges pour accueillir les populations les plus lourdement lésées, dont les gens sans rien, « rien », insiste

le Dr Bernard, sinon le coup de fil au 115 pour se loger. L'hôtel « Formule 1 » d'où il faut partir tous les trois jours, s'ils ont des enfants, ou « rien », il le redit, c'est-à-dire la rue, pour ceux qui arrivent de leur lointain et dont le soin est l'unique et seul droit (*voir encadré*).

La menace du désert médical

À Villejean comme dans tous les quartiers de France, comme partout ailleurs sauf au cœur de Paris, le désert médical guette! Personne pour prendre la relève. Ah, ce n'est pas faute d'avoir reçu des centaines de stagiaires ! Ces drôles de docteurs dans leur tour de la dalle Kennedy, ils en ont accueilli des internes, ravis de découvrir cette pratique exogène, ce don d'écoute, ce travail de fond dans tous les dialectes du monde. Traduire le Vidal dans la langue des misères, c'est le travail de ces cabinets si singuliers. Mais voilà, lorsque l'un de ces drôles de docteurs prend sa retraite, personne pour le remplacer ! Pas plus à Villejean qu'à Corlay (en Poher), Guéret (en Creuse) ou Clichy-sous-Bois (en neuf-trois).

Les jeunes médecins en formation qui ont vécu leur stage avec bonheur trouvent ce travail de généraliste dur, dur et dur. Face à cela et face aussi à cette autre contrainte de 2015 imposant l'accessibilité de tous les cabinets et espace recevant du public, une association renaît : Avenir Santé Villejean Beauregard, l'ASVB.

Une dynamique renaît

Quarante ans ont passé entre Villejean-Santé et l'ASVB : la méfiance s'est effacée entre les professionnels libéraux ainsi qu'avec les pouvoirs publics qui voient à chaque réunion tellement de monde s'engager ! Des médecins donc, des paramédicaux, kinés, infirmières, dentistes, pharmaciens, psychologues, podologues, une mention particulière pour celle qui crée et ajuste au fur et à mesure le site de l'association.

La Ville de Rennes, représentée activement par l'adjointe Jocelyne Bougeard, ne voit plus d'un mauvais œil cette utopie en marche. Certes, les conditions ont changé, les luttes gauchistes sont derrière, la réalité est âpre et l'heure est aux décisions. L'utopie du 21^e siècle reste fondée sur une même volonté de pluridisciplinarité qui éclaire le diagnostic et accueille mieux le patient.

Y aura-t-il grâce à cette dynamique regroupant tous les professionnels de santé et paramédicaux du quartier un

Médecin des migrants et sans-papiers

Mondialisation, oppressions, conflits ont augmenté exponentiellement l'accueil des migrants durant cette dernière décennie. La Ville de Rennes et le Département savent ce qu'il en est et leur éthique est parfois malmenée. La législation française reste exemplaire sur un droit extraordinaire : le droit au soin. Tout étranger peut être soigné. Mais ce droit est le seul qui leur est accordé !

Droit à tout acte médical, fût-il le plus coûteux. L'Aide médicale d'État permet au migrant le plus récemment arrivé (à condition de justifier d'un séjour en France de plus de trois mois, le droit d'entrée de 30 € institué par le gouvernement précédent venant d'être abrogé) de rencontrer un médecin, lequel peut enquiller, si nécessaire, les séries d'exams les plus complexes et recourir aux médications les mieux adaptées. C'est le seul droit des sans-papiers. Le médecin devient le seul interlocuteur qui les reconnaît.

Conséquences pour ces polytraumatisés qui ont eu à subir les affres des persécutions, parfois des tortures, toujours des déplacements, des dupe-ries, des trafics sordides ou toute autre expérience extrême liée à l'exil, conséquences : le médecin, cet interlocuteur qui les reconnaît en droit, devient l'objet d'un surinvestissement de la part de ces personnes. Avec tous les effets de surconsommation médicamenteuse ou d'attente d'exams les plus sophistiqués.

Si le paracétamol ne suffit pas à faire céder la migraine, l'IRM non plus ! Car c'est beaucoup plus difficile pour quelqu'un qui dort dans la rue, se bat pour manger, pousse les portes de ses enfants avec tant de peine. Les migraines résiduelles résistent et les médecins doivent installer, à Villejean notamment, une consultation d'écoute et de lien complexe.

Le droit au soin est un bien extraordinaire. On voit ici qu'il dépasse la question du corps, de la langue (les consultations où l'enfant est souvent l'interprète de ses parents !) ou celle de la santé stricte.

Les médecins de Villejean exercent cette médecine difficile, exemplaire. Exemple sans doute pour les futures générations !

espace commun en bas de la tour de grande hauteur fichée à l'entrée de Villejean ? Y aura-t-il des mètres carrés pour la rencontre entre soignants et soignés? La piste d'une église à vendre, l'église Saint-Marc, fait partie des scénarios. Rendre attractive une installation dans un espace partagé, c'est le pari fondé sur l'intérêt commun de la population, de ses élus et des professionnels.





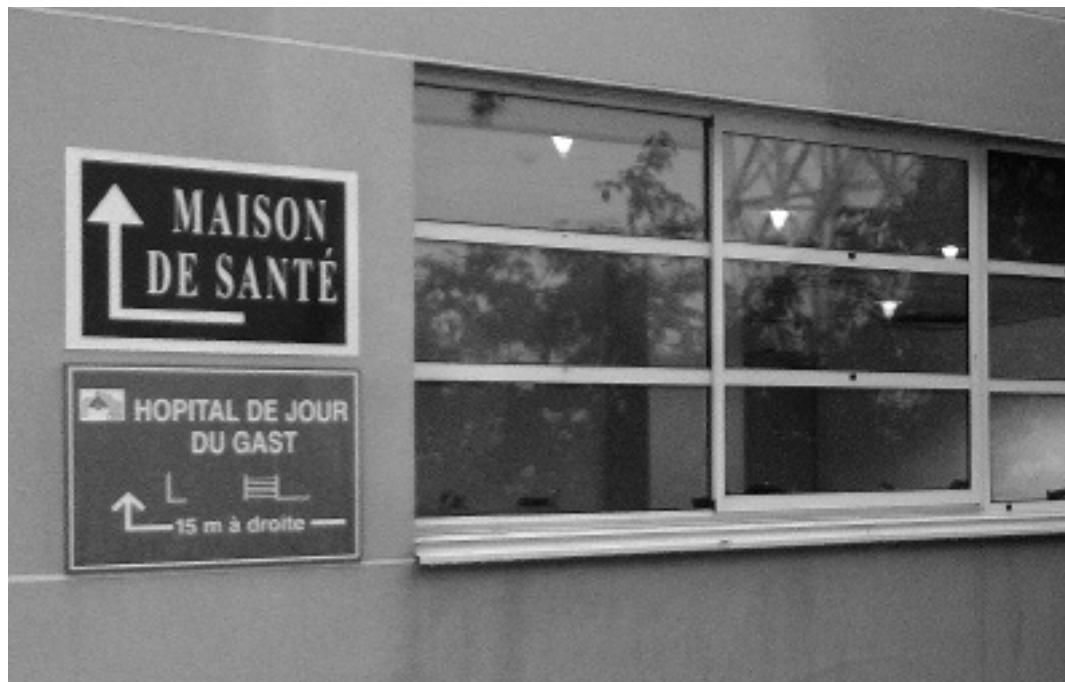
La Ville de Rennes ne voit plus d'un mauvais œil cette utopie en marche. Quarante ans après, la relève médicale est pensée collectivement à Villejean.

Une démarche collective

Première initiative de l'ASVB: une fois par mois, les « midis de Villejean » pour maintenir un lien convivial et fournir de l'information aux secrétaires médicales ou aux préparatrices en pharmacie, celles qui sont en première ligne. Donner les outils pour l'accueil, pour entendre les appels énoncés et ceux qui le sont moins. Les informations échangées tourment, dans un premier temps, autour des questions de contraception.

Une plaquette a aussi été réalisée à la suite d'alertes émanant de pharmacies décontenancées par la forte demande, le lundi, de pilules du lendemain de la part de jeunes filles jamais revues ensuite. La plaquette, écrite par l'association, est remise avec la pilule en question et une possibilité de rendez-vous avec un des médecins du quartier, dans la journée, est en train de se mettre en place.

Entre l'une et l'autre des associations, quarante ans, deux générations : Villejean a gardé ses toubibs. L'enjeu, c'est la relève. Mais désormais elle est pensée collectivement. L'âme villejeannaise est restée intacte ! ■



Dans les quartiers, la solution des Maisons de santé

RÉSUMÉ > *Les Maisons de santé apparaissent comme une voie d'avenir. Cette appellation générique ne correspond pas à un modèle unique. Un exemple : celui du Gast au nord de Rennes. Face aux difficultés du quartier, cinq médecins et deux orthophonistes ont créé une Maison de santé. Elle s'est ensuite élargie à un Pôle santé qui intègre d'autres professionnels, notamment des pharmaciens.*



TEXTE > **GABY BONNAND**

« Une Maison de santé, ce n'est pas un modèle décidé d'en haut et que l'on déclinerait sur les territoires, sans tenir compte de leur spécificité. Ce qui compte, c'est la démarche et le projet de santé que l'on élabore et que l'on porte dans une réalité concrète ». Voilà l'un des messages de trois professionnels de santé rencontrés dans le quartier du Gast à Rennes¹. Pétris d'une expérience déjà longue sur ces lieux mêmes, ils se trouvent tous trois impliqués dans la construction de la Maison et du Pôle Santé, dans ce quartier du nord de Rennes.

GABY BONNAND est membre du comité de rédaction de *Place Publique* Rennes.

Dépasser le tête-à-tête entre médecin et patient

Jean-François Besnard, un des pionniers du projet, rappelle que l'initiative est née d'une volonté de faire évoluer les pratiques dans un monde qui bouge beaucoup et où la réalité sociale et économique est responsable d'une dégradation la santé des habitants. Ainsi, le

1. Jean-François Besnard : médecin généraliste dans le quartier du Gast à Rennes. Lucien Désert : pharmacien dans le quartier et président de l'Union régionale des professions de santé pharmaciens Catherine Guibert : cadre infirmier au service de soins infirmier à domicile de la mutualité dans le quartier. Elle assure la coordination du Pôle santé.





Ne pas se contenter d'attendre dans son cabinet en répondant simplement à la demande des patients qui poussent la porte.

tête-à-tête entre le médecin et son patient, le colloque singulier, ne suffit plus à répondre aux besoins des gens. « Le risque, c'est de rester sur le curatif. On ne peut vraiment pas s'en satisfaire », estime-t-il. Donc, ne pas se contenter d'attendre dans son cabinet en répondant simplement à la demande des patients qui poussent leur porte. D'où la « nécessité d'être proactif ». En clair, faire évoluer les pratiques, afin de permettre aux gens de mieux prendre en compte leur santé en les intégrant vraiment dans un parcours de soins.

Assurer la continuité des soins

Une telle démarche ne peut exister qu'à plusieurs. « On a donc lancé une opération en direction de tous les généralistes du quartier pour voir s'ils voulaient travailler ensemble... Des réflexions se sont prolongées entre cinq médecins de deux cabinets différents et deux orthophonistes ». Le souci de tous était d'organiser un meilleur accès aux soins des habitants et d'assurer une continuité de ces soins. Pour le Dr Besnard et les professionnels mobilisés autour de lui, il s'agissait d'emblée de s'inscrire dans une démarche de long terme. Donc de construire du solide. Première étape : élaborer un projet de santé pour le quartier, en tenant compte de la situation réelle de celui-ci.

Un local accessible

Écrire un projet est une chose, le mettre en œuvre en est une autre. D'abord disposer d'un lieu. Un local situé près de l'Ehpad et une annexe de l'hôpital de jour de Guillaume-Reigner furent trouvés. Ils offraient de bonnes conditions d'accessibilité et répondaient à l'objectif d'être inséré dans le quartier. Son emplacement permettait aussi de tisser des relations de proximité avec les structures médicosociales. Le projet, porté par sept professionnels « qui avaient une expérience et une ancienneté de cinq ans à vingt-cinq ans dans ce quartier », a reçu le soutien de l'Agence régionale de santé de Bretagne.

Création d'un Pôle santé

Ensuite, la création d'un Pôle santé a permis de développer des coopérations avec d'autres professionnels. Ainsi avec des pharmaciens, ont pu se développer des actions de prévention dans le domaine de l'hypertension

artérielle. L'un des pharmaciens impliqués, Lucien Désert, par ailleurs président de l'Union régionale des pharmaciens de Bretagne, se félicite de « l'existence d'un projet de santé dans le quartier du Gast » car c'est lui qui a permis « de concrétiser notre volonté de coopérer avec d'autres professionnels pour mieux organiser le suivi des patients. La pharmacie est une des portes d'entrée dans le système de soins ».

Aujourd'hui, au-delà de cette action ciblée sur l'hypertension artérielle, les coopérations entre professionnels permettent d'assurer un meilleur suivi des patients « en prenant en compte le fait que les pharmaciens sont des professionnels du soin de premier recours ».

Éducation alimentaire

Cette coopération implique également les professionnels du service de soins infirmiers à domicile de la Mutualité, implanté dans le quartier (SSIAD). Pour Catherine Guibert, responsable du SSIAD, le Pôle santé permet de faire coopérer médecins et infirmières dans le suivi des patients. Elle cite l'exemple d'une action précise intitulée « Nutrimut », qui porte, comme son nom l'indique, sur l'éducation en matière d'alimentation. « Ce sont les médecins qui identifient les patients pour ce programme. Ensuite il y a tout un travail d'accompagnement qui se fait pour que les gens entrent dans le programme mis en œuvre par notre service ». Une autre démarche est initiée par le pôle. Elle consiste à mettre en œuvre, une évaluation de la prescription des pansements et de leur application.

À l'heure où l'organisation de la médecine de ville pose, l'initiative des professionnels du quartier du Gast mérite d'être soulignée. Il ne s'agit pas de la dupliquer partout de la même façon. Ce serait contraire à son esprit. Mais de montrer que des possibilités existent. Sachant que ces dispositifs nouveaux exigent volonté et engagement, et probablement davantage de soutien et de valorisation qu'ils n'en connaissent aujourd'hui. ■

Avec les pharmaciens, des actions de prévention ont été lancées dans le domaine de l'hypertension.

Christian Saout :

« Pour que les usagers parlent d'une même voix »

RÉSUMÉ > *Il faudrait changer le « comportement humain » du système de santé, car ce comportement est avec l'argent, l'un des obstacles majeurs à l'accès aux soins. Christian Saout, représentant des usagers de la santé, plaide également pour une meilleure implication des citoyens dans les décisions de santé et pour une politique d'éducation et de prévention qui, selon lui, fait actuellement défaut en France.*



PROPOS RECUEILLIS PAR > **GEORGES GUITTON**

PLACE PUBLIQUE > En tant que président du Ciss, vous êtes la voix des patients ?

CHRISTIAN SAOUT > Non, je dirais plutôt, la voix des usagers. Nuance. Il faut savoir que la loi Kouchner de mars 2002 a prévu la reconnaissance des associations d'usagers du système de santé, mais qu'elle n'a pas reconnu les associations de patients telles qu'elles peuvent exister en Angleterre ou aux États-Unis.

CHRISTIAN SAOUT est le président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) après avoir été le président de Aides de 1998 à 2007. Postier devenu magistrat, Christian Saout est originaire de Plounéventer (Finistère).

PLACE PUBLIQUE > Comment ce Collectif inter-associatif est-il né ?

CHRISTIAN SAOUT > Il est né en réaction aux ordonnances Juppé de 1995 sur la Sécurité sociale. Nous considérons que les sujets de santé devaient être débattus sur la place publique et pas seulement dans le cercle clos des experts. Le Ciss fédère aujourd'hui quarante associations venant de tous horizons : des patients, des familles, des consommateurs, des handicapés, des personnes âgées... Des très grosses associations comme la Ligue contre le cancer ou comme l'Union nationale des associations familiales. Mais aussi de nombreuses petites associations.





Le report ou le renoncement à la consultation d'un médecin, à des soins dentaires, à l'achat de lunettes ou de médicaments en raison de leur coût concerne de un cinquième à un tiers des Français

Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer à la consultation d'un médecin en raison de son coût du fait de l'obligation d'avancer le montant de la consultation ? Du fait des dépassements d'honoraires pratiqués ?

Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer, en raison de leur coût à des soins dentaires ? À l'achat de lunettes de vue ? À l'achat de médicaments prescrits par votre médecin mais mal remboursés ?

En raison de leur coût, vous avez reporté ou renoncé à...



* Revenu net mensuel du foyer inférieur à 1400€



Le baromètre des droits des malades - Mars 2011

Extrait du « Baromètre des droits des malades », sondage de LH2 commandé par le Ciss. Sondage effectué les 18 et 19 février 2011 auprès d'un échantillon représentatif de 1006 personnes.

PLACE PUBLIQUE > Ces associations sont plutôt catégorielles, centrées sur des pathologies particulières, avec une tentation pour chacune de défendre son pré carré?

CHRISTIAN SAOUT > Justement, ce qui nous a poussés à nous réunir, c'était l'idée de ne pas rester chacun dans son pré carré mais de s'exprimer d'une manière générale pour défendre l'intérêt de l'ensemble des usagers. Ces associations sont convaincues qu'elles ont un intérêt commun.

PLACE PUBLIQUE > Vous témoignez, vous analysez, vous agissez...

CHRISTIAN SAOUT > Oui, nous témoignons, même si notre époque préfère le chiffre au témoignage. Nous agrégeons des expériences individuelles pour proposer des expertises collectives. On nous qualifie parfois d'« experts profanes ». Nous proposons aussi des voies de changement. Par exemple, en ce moment, nous nous battons beaucoup pour que l'on instaure en France des parcours de soins, pour que les patients aient à leur côté des personnes chargées du suivi des différentes étapes de ce parcours. C'est l'un de nos chevaux de bataille actuellement.

PLACE PUBLIQUE > Êtes-vous écoutés et suivis par les pouvoirs publics ?

CHRISTIAN SAOUT > C'est selon le moment, je ne dirais même pas que c'est selon la couleur politique. Mais plutôt en fonction de la volonté ou non de faire participer la société civile. Avec Bernard Kouchner, c'était facile de travailler, on ne peut pas dire que c'était la même chose avec Xavier Bertrand. En revanche, on a plutôt bien travaillé avec Roselyne Bachelot. Au fond, c'est une question de compréhension sociétale de la part des ministres. Quant à la ministre actuelle, disons que... c'est en rodage.

PLACE PUBLIQUE > Les inégalités face à la santé sont une de vos préoccupations. Vous avez publié en décembre 2011 un rapport intitulé « Égaux devant la santé : une illusion ? »¹ où vous détaillez les différents types d'inégalités...

CHRISTIAN SAOUT > Des rapports publics et officiels dénoncent déjà depuis longtemps le fait que le système de santé français a une capacité à produire des inégalités sociales. Il y a deux ans, le rapport du Haut conseil de santé publique proposait une nouvelle stratégie pour attaquer ces inégalités. En France, malgré la quantité d'argent in-

vestie, la ségrégation reste très forte. Il faut donc lutter contre elle, tout en sachant que le système de santé n'est pas seul responsable des inégalités. La crise pèse énormément. Il y a aussi l'environnement qui joue un rôle important sur la qualité de santé. Enfin, il y a l'éducation car une partie des questions de santé a à voir avec la connaissance.

PLACE PUBLIQUE > Parmi les facteurs d'inégalités, quels sont les plus flagrants?

CHRISTIAN SAOUT > Le plus grave, ce sont les déserts médicaux, ces endroits où l'on n'a plus de professionnels de santé. Le géographe Emmanuel Vigneron montre très bien ces inégalités de territoire². En plus, ces déserts médicaux ne sont pas seulement ruraux, mais existent en ville. J'ai connu à Nantes un médecin de centre-ville qui ne trouvait pas de remplaçant. Cela vient du fait que les médecins généralistes ne veulent plus exercer seuls et que, quand il n'y a pas de possibilité de regroupement, ils ont du mal à s'installer. Et la situation va s'aggraver du fait que la ressource médicale va devenir de plus en plus rare à cause du vieillissement des médecins et du manque de générations nouvelles pour les remplacer. On n'a pas pris les devants et l'on se retrouve dans une situation difficile à rattraper car les médecins vont partir en masse à la retraite dans les cinq ans qui viennent alors qu'il faut au minimum dix ans pour fabriquer un médecin remplaçant, donc on aura cinq années extrêmement difficile.

PLACE PUBLIQUE > Pour résoudre ce problème de démographie médicale, quelles propositions faites-vous ?

CHRISTIAN SAOUT > La solution, c'est de rendre les territoires plus attractifs, notamment sur le plan financier. Il faut des organisations de santé territorialisées et organisées un peu comme en Grande-Bretagne ou en Catalogne, à savoir en fonction des bassins de santé, même pas en fonction des régions car c'est trop loin du citoyen. Un bassin, c'est en gros une communauté de communes. Pour cela il faut mobiliser les collectivités locales. On n'arrivera pas à installer des solutions uniquement avec l'assurance maladie et l'État. Nous pensons aussi qu'il

1. Le rapport *Égaux face devant la santé : une illusion ? Plaidoyer pour un système de santé qui cesse d'exclure les plus vulnérables* est téléchargeable sur le site du Ciss : www.leciss.org

2. Voir la contribution d'Emmanuel Vigneron dans ce numéro de *Place Publique*

Le système de santé français a une capacité à produire des inégalités sociales. Malgré la quantité d'argent investie, la ségrégation reste très forte.

Les médecins vont partir en masse à la retraite dans les cinq ans qui viennent alors qu'il faut au minimum dix ans pour fabriquer un médecin remplaçant.





Un Français sur trois a renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières.



De plus en plus de personnes ne peuvent plus souscrire une complémentaire santé et renvoient les soins à plus tard.

faut affecter des dotations financières différentes d'un territoire à un autre. Aujourd'hui, on a des outils financiers qui sont les mêmes, quelles que soient les difficultés des territoires. On a autant d'argent à mettre sur un endroit où il y a beaucoup de médecins que sur un endroit où il n'y en a pas. C'est anormal.

PLACE PUBLIQUE > Il existe pourtant en France des expériences de Maisons de santé, à l'échelon d'un territoire donné ?

CHRISTIAN SAOUT > Oui, mais ce sont des expériences trop timides. Le problème des Maisons de santé, c'est que l'on regroupe les médecins et que du coup on les éloigne de la population. Il faudrait mettre en œuvre un système où les citoyens aient une réponse sanitaire, même s'il n'y a peu de médecins. C'est un nouveau rôle pour les médecins, un nouveau rôle pour les infirmières et toutes les professions médicales.

PLACE PUBLIQUE > Vous êtes opposés aux incitations financières individuelles destinées à favoriser l'installation

de médecins dans ces déserts ?

CHRISTIAN SAOUT > On a fait cela depuis des années et cela ne donne rien. Résultat, il y a autant de déserts sinon plus qu'avant. Si c'était la solution, cela se saurait.

PLACE PUBLIQUE > Les déserts médicaux ne sont pas les seules causes d'inégalités face à la santé ?

CHRISTIAN SAOUT > Vous avez les inégalités financières pour l'accès aux soins, liées au revenu des gens, à l'absence de couverture sociale. Vous avez de plus en plus de personnes qui ne peuvent pas souscrire une complémentaire santé, les étudiants par exemple. Du coup comme en France les soins dentaires sont garantis par des complémentaires, on renvoie les soins à plus tard. Il y a un troisième groupe d'inégalités, ce sont celles qui dépendent du comportement du système de santé. Une anthropologue, Caroline Després³, montre que chez les

3. On peut accéder aux différentes études de Caroline Després sur le site de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Equipe/DespresBiblioComplete.htm>

15% de personnes qui renoncent aux soins, la moitié y renonce pour des raisons financières mais l'autre moitié à cause de l'expérience négative qu'elles ont vécue au contact du système de soins. Le fait par exemple que l'on n'a pas été écouté, que l'on n'a pas pris en charge la douleur. Tant et si bien que 7% des patients ont des difficultés à renouer avec le système de soins.

PLACE PUBLIQUE > Ce n'est donc pas qu'une question d'argent...

CHRISTIAN SAOUT > Cela vient de l'organisation des soins, du comportement des soignants. Comme l'avait dit Martine Aubry, on manque de *care*⁴. En France, on est très très bon sur le « *cure* », mais pas très bon sur le « *care* » ! C'est cela qui manque dans le système de santé français.

PLACE PUBLIQUE > Quel autre combat menez vous ?

CHRISTIAN SAOUT > Celui de l'éducation à la santé. Par exemple, la Norvège a décidé qu'elle mettrait le paquet sur la petite enfance de 0 à 3 ans. Cela veut dire que dans toutes les structures d'accueil, dès le plus jeune âge on apprend aux enfants à avoir conscience de leur santé, à admettre que leur santé est à la fois un patrimoine personnel et un patrimoine collectif. Contrairement à ces pays, nous n'avons en France aucune tradition dans ce domaine de l'éducation à la santé. On a une politique vaccinale assez bien identifiée, mais c'est tout. À l'école vous voyez bien, il y a une infirmière scolaire, un médecin scolaire mais pas d'action de santé publique. On identifie les pathologies et on les traite, mais il n'y a pas d'action de promotion de la santé des personnes. Même chose pour la médecine du travail. C'est un déficit français important. Il n'est pas conceptuel, il est ancré culturellement en nous. C'est cela qu'il faut changer et c'est évidemment très difficile. Souvent on entend dire que si l'on fait de la prévention, on n'aura plus d'argent pour faire du soin. Alors qu'il faut faire les deux.

PLACE PUBLIQUE > Quand vous défendez cette nécessité de la prévention, que vous répond-on ?

CHRISTIAN SAOUT > Tout le monde est bien conscient du problème, tous les rapports publics disent depuis vingt ans qu'il faut faire les deux : guérir et prévenir. Mais dans le même temps, le budget prévention reste très faible : moins de 10% des dépenses de santé.

PLACE PUBLIQUE > Parmi les combats menés par votre Collectif, quel est le plus central ?

CHRISTIAN SAOUT > Le problème clef me semble être l'implication des citoyens dans les décisions de santé. La santé est un domaine où les gens sont moins impliqués que dans d'autres. Regardez, pour l'environnement, la consommation, des choses sont faites en lien avec la société civile, alors que pour la santé, non. Notre système de santé a encore du mal avec la société civile, avec cette « expertise profane » dont je parlais tout à l'heure. ■

Le budget prévention reste très faible : moins de 10% des dépenses de santé.

4. Le *care*, notion venue d'outre-Atlantique, signifie souci des autres, sollicitude, aide et attention portée à la personne.





La plupart des anciens dockers aujourd'hui malades ont manipulé sans protection des produits dangereux.

Le cancer frappe les dockers de Nantes/Saint-Nazaire

RÉSUMÉ > *Près d'un docker sur trois du port de Nantes/Saint-Nazaire a été victime de maladies graves depuis 1992. Il s'agit souvent de cancers liés notamment à la manutention de produits dangereux. Un projet de recherche-action, baptisé Escales, s'efforce de mieux comprendre la situation et d'y trouver des remèdes.*



TEXTE > **VÉRONIQUE DAUBAS-LETOURNEUX**

Chaque année, plus de 3 000 navires marchands font escale sur les sites portuaires de Nantes/Saint-Nazaire. Cette activité logistique génère 16 000 emplois¹ dans les Pays de la Loire. Elle crée au total 2,7 milliards d'euros de valeur ajoutée et plus de 26 000 emplois² dans les régions du Grand Ouest. Le trafic extérieur 2010 du port de Nantes Saint-Nazaire s'élève à 31,1 millions de tonnes, en hausse de 4,6 % par rapport à 2009. Supérieure à la moyenne des grands ports maritimes (+ 1,3 % à fin octobre), cette progression intervient dans une période caractérisée par d'importants mouvements sociaux, liés à la réforme portuaire et à celle des retraites, et par une réelle tension économique sur les marchés. Intitulé Escales (Enjeux de Santé au travail et Cancers : Les Expositions à Supprimer dans les métiers portuaires), un projet de recherche-action démarre sur le port, avec le soutien financier de la Région des Pays de la Loire³.

VÉRONIQUE DAUBAS-LETOURNEUX est sociologue. Elle est membre du collectif constitué autour du projet de recherche-action Escales et composé des partenaires suivants : l'Association pour la protection de la santé au travail dans les métiers portuaires 44, le Centre de droit maritime et océanique (université de Nantes), l'Observatoire des droits des marins, le cabinet d'études sociologiques Daubas-Letourneux, le Centre d'histoire du travail, Droit et changement social (université de Nantes), le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis et l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables

1. Voir dossier n°31 de l'Insee Pays de la Loire, novembre 2008, insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=14166

2. D'après les universités de Nantes et de Lorient, voir le rapport annuel 2010 Port Atlantique Nantes Saint-Nazaire, www.nantes.port.fr/lautorite-portuaire/rapport-annuel/

3. Projet agréé par le conseil scientifique de la MSH (Maison des sciences de l'homme) Ange-Guépin de Nantes. Ce projet a été retenu dans le cadre de l'appel à projets régional « Expertise au profit du territoire 2011 ». La mutuelle AG2R et la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi des Pays de la Loire sont également partenaires financiers du projet.



Une alerte lancée par une association de dockers

L'Association pour la protection de la santé au travail dans les métiers portuaires (APPSTMP 44), fondée par un collectif de dockers et d'agents du Grand Port Maritime a recueilli des éléments qui constituent une alerte majeure sur les risques pour la santé des travailleurs portuaires. Ce travail a en effet mis en évidence que, depuis 1992, sur les 362 dockers que comptait le port, 99 ont été atteints de maladies graves, cancers et problèmes cardiaques en tête et 46 en sont morts, dont une vingtaine avant leurs 60 ans. La plupart des anciens dockers aujourd'hui malades ont longtemps manipulé, sans protection, des céréales traitées aux pesticides, des bois tropicaux « aspergés de fongicide », des fruits ou des légumes traités, des engrais en sacs ou en vrac, de la ferraille en vrac, sans compter les gaz d'échappement de leurs engins de manutention : « Pour faciliter le travail des dockers, des engins de manutention diesel circulaient en permanence dans les cales avec une fumée d'échappement stagnante : pendant toute ma carrière, j'ai travaillé dans ces bateaux d'engrais en vrac », précise l'un d'eux.

Une journée d'échanges organisée par l'APPSTMP 44 en mars 2011 au CHU de Nantes a été un premier temps de mobilisation⁴. « Aujourd'hui, on veut juste savoir si ces maladies sont bien liées à notre travail, comme on le redoute », indiquait alors Jean-Luc Chagnolleau, 53 ans, président et co-fondateur de l'APPSTMP 44, lui-même atteint de plusieurs cancers et décédé en septembre 2011. Dans la continuité de cette journée et du travail engagé par l'APPSTMP 44, un projet de recherche-action a été conçu par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs en sciences humaines et sociales (sociologues, juristes, historiens), en lien avec l'association. Il s'agit de passer du constat établi par l'APPSTMP 44 à une production de connaissance scientifique, dans une démarche de santé publique, c'est-à-dire dans le double objectif d'améliorer la prise en charge d'atteintes à la santé d'origine professionnelle et d'impulser des actions de prévention.

Mieux connaître les cancers d'origine professionnelle

Parmi les atteintes à la santé liées au travail, depuis la montée de l'épidémie des maladies liées à l'amiante, le cancer apparaît comme un enjeu majeur de santé au tra-

vail et de santé publique, en raison de sa gravité et de la croissance observée des indicateurs de morbidité et de mortalité, en particulier chez les actifs. C'est aussi une maladie emblématique des difficultés d'appréciation des liens entre travail et santé en raison du délai de latence entre exposition et survenue de la maladie, mais surtout du fait de la complexité des pathologies cancéreuses elles-mêmes. À cela s'ajoute l'opacité produite par un dispositif de reconnaissance en maladie professionnelle qui ne prend en charge qu'une toute petite partie des cancers d'origine professionnelle.

En 2003, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a publié une *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*. Selon l'InVS, 4% à 8,5% des cas de cancers survenant chaque année dans la population masculine seraient liés à des expositions professionnelles en France (pourcentages variant selon le mode de calcul retenu)⁵. D'après ces estimations, on note un net écart entre le nombre de cancers attribuables à des expositions professionnelles et le nombre de cancers reconnus en maladie professionnelle. Pour ne prendre qu'un exemple, pour une année donnée (1999), le nombre de cancers de la vessie attribuables à des expositions professionnelles survenus aurait été, selon ces estimations, compris entre 625 et 1 110 cas alors que le nombre de cancers de la vessie réparés dans le cadre du Régime général de la sécurité sociale en France cette même année était égal à 7 (données CNATMTS⁶). À côté de cette importante sous réparation des cancers attribuables à des expositions professionnelles, il faut souligner que le taux annuel de mortalité précoce (45 à 54 ans) par cancer est quatre fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles, ce qui fait que la France détient le record européen d'inégalité de mortalité masculine par cancer avant 65 ans⁷.

Les données sur les expositions professionnelles sont également un indicateur alarmant. Selon la dernière en-

Depuis 1992, sur les 362 dockers que comptait le port, 99 ont été atteints de maladies graves, cancers et problèmes cardiaques en tête.

Le taux annuel de mortalité précoce par cancer est quatre fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles.

4. Journée organisée avec le soutien de la Région Pays de la Loire, Nantes Métropole, la mairie de Saint-Nazaire, la Ligue contre le cancer, le CHU de Nantes, Harmonie Atlantique, Prémalliance, Viva et les Mutuelles de France.

5. Imbernon E., (2003), *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers_pro/rapport_cancer_pro.pdf

6. Caisse nationale de l'Assurance maladie pour les travailleurs salariés.

7. Chérié-Challine *et al.* (2003), « La mortalité prématurée par cancer ; une spécificité française ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 30-31 : 146-149.

quête Sumer⁸ de 2003, 2 370 000 salariés, soit 13,5% du total, sont exposés à un ou plusieurs produits cancérigènes. Ce sont majoritairement des ouvriers et des hommes⁹. L'enquête Sumer montre en outre que, parmi les salariés exposés, la part de ceux pour lesquels aucune prévention collective n'existe est loin d'être négligeable, notamment chez les ouvriers et les agriculteurs. Selon la Confédération européenne des syndicats, 32 millions de travailleurs européens sont exposés à des cancérigènes professionnels avérés¹⁰.

Dans les métiers portuaires, une étude réalisée par la médecine du travail sur le port de Marseille-Fos à la demande du Comité d'hygiène et de sécurité fait état de l'augmentation des maladies professionnelles et d'une espérance de vie « jusqu'à dix ans inférieure à la moyenne nationale », selon le Dr Guy Garnier, médecin du travail¹¹. Le dispositif local de production de connaissance mis en place sur le bassin d'emploi de Fos-sur-Mer par l'Association de médecins généralistes pour la prise en charge des maladies éliminables a pour sa part montré la multiplicité des expositions professionnelles subies par des dockers souffrant aujourd'hui de cancer, liée à la polyvalence de leur métier : amiante, ciment, charbon, nickel, phosphates, ferrocrome, bauxite, coke, chrome, zirconium, manganèse, blende, soufre, alumine, pyrite, clinker, argile, brai, soja, tourteaux, engrais, céréales, blé, coprah, arachide, colza, fongicides, vapeur de solvants, de produits pétroliers, gaz d'échappement. Par ailleurs, la section des dockers de la fédération internationale des travailleurs des transports (ITF, *International Transport Workers' Federation*) mentionne le thème «santé, sécurité et environnement» parmi les points d'intérêt à défendre aux côtés des syndicats de dockers : « Même si de nombreux ports se sont considérablement améliorés sur ce point, la santé et la sécurité restent l'un des principaux sujets de préoccupation. Cette situation est liée à l'introduction de nouvelles technologies, au désir d'augmenter la productivité, à l'augmentation des volumes et dimensions des navires ainsi qu'à l'apparition de nouvelles cargaisons chimiques et dangereuses. Il est indispensable de prévoir des formations professionnelles adéquates et d'établir des normes de santé et de sécurité internationales. »

Le Plan cancer établi en France pour les années 2009 à 2013 prévoit, parmi les trente mesures définies, deux mesures spécifiquement liées aux cancers d'origine pro-

fessionnelle : la mesure 9, vise à « améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel » ; la mesure 12, préconisant de « renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement, en particulier dans le domaine professionnel ». Le projet Escales s'inscrit dans ces deux mesures du Plan cancer 2009-2013.

Le projet Escales

La question de la connaissance des cancers d'origine professionnelle ne peut se poser en dehors d'une prise en compte d'une dimension temporelle longue, celle du parcours singulier de la personne malade, et en même temps, celle, collective, des transformations de l'organisation du travail et de la montée des risques cancérigènes dans l'environnement humain, avec la forte augmentation des substances toxiques introduites dans les procédés de travail et l'environnement¹². En effet, « le travail n'est pas une catégorie universelle et abstraite. Il n'existe que dans des formes historiques et sociales particulières, propres à un moment donné du développement d'une société »¹³. La connaissance, la reconnaissance et la prévention des cancers professionnels passent par la connaissance du travail

Selon la Confédération européenne des syndicats, 32 millions de travailleurs européens sont exposés à des cancérigènes professionnels avérés.

8. L'enquête *Surveillance médicale des risques*, menée conjointement par la Direction des relations du travail (Inspection médicale du travail) et la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), a pour objectif de dresser un état des lieux des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. Elle repose en 2003 sur 1 800 médecins du travail (soit plus de 20% des médecins du travail en exercice) qui ont cherché à identifier les produits chimiques auxquels 50 000 salariés étaient exposés lors de la semaine précédant leur visite médicale.

9. Les femmes exposées sont nombreuses dans le secteur de la santé et des services personnels.

10. Voir le dossier établi par le l'ex-Bureau technique syndical européen aujourd'hui département « Conditions de travail, Santé et Sécurité » de l'Etui, European Trade Union Institute: hesa.etui-rehs.org/fr/dossiers/dossier.asp?dos_pk=1

11. Social-Eco - *L'Humanité* du 21 Janvier 2011 Pénibilité, « Dix ans de moins d'espérance de vie pour les dockers ». Dr Guy Garnier, médecin du travail depuis 1983 au port de Marseille-Fos. Entretien réalisé par Philippe Jérôme.

12. Les travaux menés dans le cadre du projet de réglementation européenne sur les substances chimiques s'appuient sur un « livre blanc de la chimie » indiquant qu'environ 150 000 molécules chimiques sont en circulation sur le marché européen dont seulement quelques milliers ont fait l'objet de tests de toxicité. [Voir le dossier établi par le l'ex-Bureau technique syndical européen aujourd'hui département « Conditions de travail, Santé et Sécurité » de l'ETUI, European Trade Union Institute http://hesa.etui-rehs.org/fr/dossiers/dossier.asp?dos_pk=1]. À ceci, il convient d'ajouter l'ensemble des sites contaminés à l'amiante ainsi que les expositions diverses aux poussières métalliques notamment et aux rayonnements ionisants.

13. Christian Baudelot et Michel Gollac, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard, 2003, p. 19.





L'enquête s'appuie sur l'étude détaillée du parcours professionnel des dockers.

Elle repose aussi sur la connaissance fine du travail portuaire : conditions de travail, organisation du travail, conditions d'emploi, marchandises chargées et déchargées...

exposé aux cancérogènes et de l'impact de nouveaux toxiques susceptibles de provoquer des cancers, dans les formes actuelles d'organisation du travail et de division des risques. Elles supposent aussi l'étude des limites de la réglementation actuelle en matière de reconnaissance et de prévention et des obstacles à son application.

Le dispositif d'enquête mis en place dans le cadre du projet Escales s'appuie, d'une part, sur l'étude détaillée du parcours professionnel de dockers et d'agents portuaires aujourd'hui atteints de cancers, et, d'autre part, sur la connaissance du travail portuaire à Nantes et Saint-Nazaire (conditions de travail, organisation du travail, conditions d'emploi, type de marchandises déchargées et chargées, dispositifs individuels et collectifs de sécurité, contexte juridique et réglementaire) et de ses évolutions historiques. Nous bénéficions de l'expérience et de l'appui méthodologique de deux dispositifs locaux de production de connaissance en santé au travail, reconnus au plan national et partenaires associés au projet : le groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis¹⁴, et le système d'information concret, mis en place sur le bassin de Fos-sur-Mer par l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables¹⁵. Face au manque de traçabilité des expositions passées – en dépit d'obligations juridiques pourtant existantes¹⁶ – ces deux dispositifs locaux de recherche action visent à intégrer la dimension temporelle et cumulative de l'histoire d'exposition inscrite dans les parcours professionnels.

Reconstituer les parcours professionnels

L'enquête sociologique en cours vise à recueillir les parcours professionnels sur la vie entière de dockers et agents portuaires au cours d'un entretien en face à face. Les données recueillies dans ces entretiens visent à décrire le plus précisément possible l'activité réelle de travail, les conditions de travail, à quai, sur les navires, dans les cales, quelles marchandises sont chargées/déchargées, selon quel conditionnement (vrac, sacs, containers, réfrigération et fumigation de la marchandise ou pas). Dans la description de l'activité, la posture et l'environnement direct de travail (odeurs, poussières), la polyvalence ou pas, le statut, l'employeur direct ou indirect, sont des données recherchées, ainsi que l'emploi ou non de protections individuelles et l'existence ou non de protections collec-

tives. Ces données recueillies sont complétées et croisées avec des sources documentaires et historiques permettant d'approfondir la connaissance du contexte.

Des maladies professionnelles

Un groupe d'expertise, formé de professionnels ayant une bonne connaissance de la problématique des cancers professionnels et des conditions de travail portuaires (médecins du travail, médecins généralistes, sociologues, ingénieurs de prévention, responsables CHSCT¹⁷, anciens dockers et travailleurs portuaires) est constitué dans le cadre du projet. Pour les parcours de dockers et agents portuaires aujourd'hui atteints de cancers, il s'agit de qualifier les expositions professionnelles à partir du compte rendu d'entretiens listant chronologiquement les emplois et leurs conditions de travail recueillies. À partir des parcours reconstitués, ces experts vont identifier les cancérogènes présents sur le lieu de travail en fonction des données à leur disposition, notamment la cargaison et sa forme, le type de conditionnement, l'emploi des outils de travail et des protections, etc. En fonction de leur connaissance, ils qualifient les expositions (substances et formes) et les cotent (probabilité, intensité, fréquence, pics, durée). Ils effectuent ces opérations en aveugle de la pathologie. À la fin de l'expertise d'un cas, la pathologie est dévoilée et ils préconisent après discussion une orientation de tableau pour la déclaration en maladie professionnelle en fonction des chances de succès estimées. À l'issue de cette séance d'expertise, les informations de chaque travailleur portuaire sont saisies et codées dans

14. GISCOP93, Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis (www.univ-paris13.fr/giscop/) soutenu par la direction des relations du travail du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Université Paris13, le Centre d'études de l'emploi, le Conseil général de la Seine-Saint-Denis, le comité départemental de la Ligue contre le cancer, l'AMET, la Metranep, le Cancéropôle Ile-de-France, l'unité mixte INSERM U558-Université Paul-Sabatier de Toulouse, le LSTE EA 3672 Santé, travail, environnement - ISPED - Université Victor Segalen Bordeaux2.

15. APCME, Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (www.apcme.net/) soutenue par le Conseil Régional PACA, la DIRECCTE PACA, le Conseil général des Bouches-du-Rhône et la commune de Port-de-Bouc.

16. Notamment l'article L. 461-4 du *Code de la Sécurité sociale*, mentionnant l'obligation faite aux employeurs de déclarer les produits et procédés conduisant à maladie professionnelle ; et le décret CMR n° 2001-97 du 1^{er} février 2001, instituant l'obligation, pour le médecin du travail, d'établir une attestation d'exposition dans tous les cas où un salarié a été exposé à des produits cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

17. Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Il faut remonter à la source des marchandises chargées et déchargées dans les ports.



un document utilisable à la fois par lui-même et par le consortium formé pour la recherche.

L'identification des cancérrogènes présents se fonde sur la connaissance des marchandises traitées dans la zone portuaire ainsi que des procédés de travail, en référence aux listes internationales des cancérrogènes reconnus.

Dans d'autres ports européens

Le dispositif de recherche-action Escales s'appuie sur les forces institutionnelles existantes et sur les acteurs volontaires pour mettre en place des actions de prévention par la mise en forme et la mutualisation des connaissances issues de l'enquête et par la mobilisation. Il s'agit d'initier la construction d'un réseau dans lequel pourrait s'organiser le partage¹⁸ des connaissances sur les lieux (quai, navire), marchandises, procédés qui provoquent des maladies pour agir en prévention. Cet objectif de mettre en place une réflexion et des actions pour la prévention par la collaboration de tous les acteurs impliqués visant à la suppression des expositions est un objectif à long terme, qui doit tenir compte de l'existant par un état des lieux des actions menées et en cours.

Dans la perspective ouverte par l'adoption du Règlement européen Reach¹⁹ visant à la substitution des substances toxiques par des produits sans effets pathologiques, le projet Escales peut, non seulement contribuer à réduire la charge actuelle des cancers d'origine profes-

sionnelle dans les dépenses de santé, mais promouvoir l'assainissement des postes de travail dans le domaine portuaire et favoriser l'entrée de marchandises écologiquement compatibles avec la santé humaine..

Au-delà des dix-huit mois du projet, cette action pilote pourra se prolonger dans deux directions : d'une part vers d'autres places portuaires en France et en Europe, touchées par la même problématique ; d'autre part en direction des filières de production, remontant à la source des marchandises chargées et déchargées dans les ports, notamment la filière agricole, domaine où la question des cancers d'origine professionnelle est aussi une préoccupation majeure. ■

Cette recherche-action pourra se prolonger dans d'autres directions : d'autres ports européens, mais aussi les filières de production, de manière à remonter à la source des marchandises chargées et déchargées dans les ports.

18. Cf le compte rendu de la rencontre du Comité d'assainissement du 8 octobre 2008 autour du système d'information concret, www.apcme.net/theme/Instruments/telechargement/CR-CTCA/CR08-10-2008.doc

19. REACH - enregistrement, évaluation, autorisation et restriction des produits chimiques. ec.europa.eu/enterprise/sectors/chemicals/reach/index_fr.htm





Le diagnostic des politiques

CONTEXTE > *Élisabeth Hubert, la Nantaise ; Edmond Hervé, le Rennais. Ces deux personnalités politiques de l'Ouest ont été ministres de la Santé. Tout comme Claude Évin, le Nazairien, qui dirige aujourd'hui l'Agence régionale de santé d'Île-de-France. Jean-Luc Harousseau, lui, a présidé le Conseil régional des Pays de la Loire et se trouve aujourd'hui à la tête de la Haute Autorité de santé. Ils ont accepté de répondre à un questionnaire sur les inégalités devant la santé et les moyens d'y remédier.*



PLACE PUBLIQUE > Pensez-vous qu'aujourd'hui en France tous les citoyens sont égaux face à la santé ?

ÉLISABETH HUBERT > Plutôt que de s'obnubiler sur la question de l'égalité, peut-être ferait-on mieux, comme dans les pays anglo-saxons, de s'interroger sur l'efficacité de notre système de santé ? Répond-il, à un prix raisonnable, aux besoins du plus grand nombre ? Cela dit, il existe évidemment des inégalités en matière de santé. La première d'entre elles touche au savoir, à l'information des citoyens. La seconde inégalité est d'ordre territorial. La troisième est de nature financière : on connaît trop de dépassements d'honoraires exorbitants, même si ces excès sont surtout concentrés dans quelques endroits. En Loire-Atlantique, par exemple, la moitié des ophtalmologistes a choisi de rester dans le secteur 1 et pratique le tarif qui sert de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie.

EDMOND HERVÉ > Non. L'égalité citoyenne n'existe pas. Les inégalités face à la santé recoupent les inégalités sociales, culturelles, professionnelles, territoriales, financières... »





Claude Évin, éducateur spécialisé de profession, devient adjoint au maire de Saint-Nazaire en 1977 et député (PS) l'année suivante. Il préside la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales et entre au gouvernement de Michel Rocard en 1988. Il est successivement ministre délégué chargé de la Protection sociale, chargé de la Santé et de la Protection sociale, puis ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale entre 1988 et 1990, et enfin ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Il met en place les premières actions de lutte contre le tabagisme et la publicité pour l'alcool, à travers la Loi Évin. Président de la Fédération hospitalière de France depuis 2004, il dirige l'Agence régionale de santé d'Île-de-France depuis 2010.



Jean-Luc Harousseau est un cancérologue réputé qui fut, à 32 ans, le plus jeune professeur français dans sa spécialité. Chef de service au CHU de Nantes, il est la tête de liste de la droite aux élections municipales de 2001 tout comme Elisabeth Hubert en 1995, et comme elle il est battu dès le premier tour par Jean-Marc Ayrault. Premier vice-président du conseil régional des Pays de la Loire, il accède en 2002 à la présidence, à la suite de François Fillon. Il occupe ce poste jusqu'en mars 2004. Il quitte l'UMP pour rejoindre l'Alliance centriste en 2009. Il a été nommé à la tête de la Haute Autorité de santé en février 2011.



Edmond Hervé est sénateur socialiste d'Ille-et-Vilaine. Il a été maire de Rennes de 1977 à 2008 et député de 1981 à 1993 puis de 1997 à 2002. Comme ministre ou comme secrétaire d'État, il a été en charge des questions de santé à plusieurs reprises : dans le premier et dans le troisième gouvernement Mauroy (en 1981 puis en 1983-1984), dans le gouvernement Fabius (1984-1986).



Élisabeth Hubert est médecin et a exercé comme généraliste pendant douze ans. Elle s'est investie dans le syndicalisme médical comme membre du comité directeur de l'Union nationale des omnipraticiens français. Conseillère municipale de Nantes (1983-2001), députée de Loire-Atlantique (1986-1995), membre du bureau politique du RPR (1994-1995), elle est nommée ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie en 1995, dans le gouvernement Juppé, un poste qu'elle n'occupe que six mois. Elle a depuis occupé des fonctions de responsabilité dans l'industrie pharmaceutique. Elle préside la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad). En avril 2010, Nicolas Sarkozy lui a confié le pilotage d'une concertation sur la médecine de proximité.

JEAN-LUC HAROUSSEAU > Il existe de grandes inégalités face à la maladie pour ce qui concerne la fréquence et la gravité des pathologies, la rapidité et l'efficacité des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Il y a d'abord des inégalités génétiques avec, par exemple, la présence de gènes de susceptibilité à certaines maladies. Il y a ensuite des inégalités géographiques avec des zones moins bien desservies en professionnels de santé et en ressources médicales, ce qui peut entraîner un retard au diagnostic et au traitement. Il y a enfin des inégalités sociales avec des maladies plus fréquentes et plus graves dans les milieux sociaux défavorisés. Par exemple selon le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'espérance de vie d'un cadre de 35 ans dépasse de six ans celle d'un

ouvrier du même âge. De même en région Île-de-France, l'espérance de vie est beaucoup plus longue dans Paris intra muros qu'en Seine-Saint-Denis. Ces inégalités sociales ne sont pas principalement dues à un moins bon accès aux soins en cas de maladie grave même si l'augmentation du reste à charge pour les maladies chroniques pose de plus en plus de problèmes. Les renoncements aux soins pour des raisons financières concernent pour l'instant surtout les soins courants, et les soins dentaires qui sont peu ou pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Elles s'expliquent davantage par des habitudes de vie différentes (alimentation, alcool, tabac...) et par une moins bonne *compliance* aux politiques de dépistage et de prévention.

CLAUDE ÉVIN > De nombreuses inégalités de santé touchent notre pays, des inégalités sociales et des inégalités territoriales de santé. La région Île-de-France est assez emblématique de ce point de vue. C'est la région globalement la plus riche et globalement la plus favorisée. Par exemple, 97% des Franciliens résident à moins de 2 km d'un omnipraticien. Mais c'est aussi la région la plus inégalitaire. En matière de santé, ses atouts ne profitent pas de façon équitable à tous les Franciliens. On y vit en moyenne plus vieux que sur le reste du territoire métropolitain. Mais les personnes les plus défavorisées au plan socio-économique sont aussi les plus fragiles du point de vue de la santé. Ainsi, on vit deux ans de plus dans le département des Hauts-de-Seine que dans le département de la Seine-Saint-Denis.

PLACE PUBLIQUE > Quelle inégalité doit être réduite en priorité ? De quelle façon ?

ÉLISABETH HUBERT > Il est difficile d'établir des priorités de manière tranchée car les inégalités se redoublent et se combinent le plus souvent.

EDMOND HERVÉ > Il faut réduire les inégalités liées aux conditions de vie, de travail, d'environnement, d'accès aux moyens de santé. C'est une affaire de connaissance, de comportement individuel et collectif, privé et public.

JEAN-LUC HAROUSSEAU > La réduction des inégalités génétiques passe par les progrès scientifiques et les politiques de dépistage précoce

La réduction des inégalités géographiques passe par une meilleure organisation des parcours de soins et des soins de proximité.

La réduction des inégalités sociales est un problème encore plus complexe impliquant les politiques d'éducation et de formation professionnelle, de logement, d'emploi ainsi que des politiques de santé publique pour promouvoir les règles hygiéno-diététiques essentielles et lutter contre les consommations excessives de tabac et d'alcool.

CLAUDE ÉVIN > La réduction de toutes les inégalités de santé doit être un objectif partagé par tous. C'est un des objectifs stratégiques de l'Agence régionale de santé Île-de-France. Cependant, je suis particulièrement sensible à une inégalité : l'injustice qui frappe dès la naissance. La réduction de la mortalité infantile est un objectif priori-

taire du projet régional de santé de l'Île-de-France. En Seine-Saint-Denis, la mortalité du premier mois équivaut à la mortalité de l'ensemble de la première année en moyenne pour la France. Ce département présente une surmortalité infantile de 38% par rapport au taux moyen francilien. Pour susciter une prise de conscience générale autour des facteurs de risques pouvant impacter l'état de santé de la femme enceinte et de l'enfant, l'Agence pilote le projet RéMI, qui associe de nombreux partenaires, institutionnels, professionnels de la périnatalité, instituts de recherche, et représentants des usagers. Notre premier objectif est de mieux appréhender les causes de la surmortalité périnatale et néonatale qui restent insuffisamment expliquées.

PLACE PUBLIQUE > Personnellement, dans les responsabilités qui sont ou furent les vôtres, quelles mesures concrètes avez-vous défendues ou promulguées pour lutter contre ces inégalités ?

ÉLISABETH HUBERT > Tant dans mes responsabilités syndicales que comme ministre et qu'aujourd'hui dans mes fonctions actuelles, j'ai travaillé dans trois directions complémentaires. La première a consisté à rapprocher l'offre et la demande de santé, ce qui a permis de déboucher sur les Agences régionales de l'hospitalisation. Deuxième voie : le rapport que j'ai réalisé il y a deux ans pour Nicolas Sarkozy sur la médecine de proximité. J'y proposais un meilleur maillage du territoire, le développement des Maisons de santé, un nouveau partage des compétences entre professions de santé... Je dois dire que ces propositions n'ont guère été suivies d'effets, mais je ne désespère pas. Certains propos de Marisol Touraine semblent indiquer qu'elle souhaite, elle aussi, sortir de notre système hospitalo-centré. Enfin, troisième série de mesures, tout ce qui permet de prendre en charge à domicile des maladies lourdes comme le cancer. C'est désormais possible dans tous les départements alors qu'il y a encore six ans, quand j'ai pris la tête de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, les habitants de vingt départements restaient privés de cette possibilité.

EDMOND HERVÉ > Tout doit concourir à ces réductions. Nous avons mené une lutte contre les « grandes maladies » (cardio-vasculaires, cancers, sida...), réformé l'hô-





pital, développé les alternatives à l'hospitalisation, soutenu la construction et la diffusion de scanners, de RMN. Les politiques de prévention, de promotion, d'éducation à la santé sont déterminants. Le premier rapport sur l'état de santé en France a été publié en 1985. Nous avons développé les Observatoires régionaux de santé (trois en 1981, vingt-deux en 1985), mis en place des programmes locaux de prévention, des contrats santé avec les collectivités territoriales, des comités régionaux consultatifs pour la promotion de la santé.

JEAN-LUC HAROUSSEAU > La Haute Autorité de santé a pour missions d'améliorer les pratiques professionnelles et l'organisation des soins d'une part, d'évaluer les produits de santé en vue de leur remboursement et de la fixation de leur prix d'autre part. Ces deux missions visent à améliorer la qualité des soins sur l'ensemble du territoire et à optimiser l'utilisation des ressources financières. Ces actions concourent à garantir un accès aux soins efficace, équitable et pérenne. Elle a peu d'actions dans le domaine de la prévention mais participe à la promotion des dépistages de certains cancers (sein, colon, col de l'utérus)

CLAUDE ÉVIN > On sait que des éléments de la vie quotidienne sont des déterminants pour la santé. Les populations démunies en Île-de-France sont plus exposées aux difficultés spécifiques de la vie dans la région capitale : temps de transport longs, précarité des ressources économiques et des conditions de travail, difficultés de logement et exposition aux risques des logements indignes ou insalubres, expositions environnementales au bruit et à la pollution de l'aire et des sols, vulnérabilités particulières des populations migrantes ou discriminées, etc. La mobilisation de tous les acteurs est donc nécessaire pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est le rôle quotidien de l'Agence que je dirige aujourd'hui que d'orchestrer cette mobilisation, au plus près des besoins de la population et des territoires. Par exemple, l'agence a déjà signé 28 contrats locaux de santé avec des collectivités locales et 40 sont en cours d'élaboration. L'Agence s'attache à impulser une dynamique santé, en particulier sur les inégalités de santé, dans toutes les politiques publiques de la région. Des leviers, tels que l'implication de l'Agence dans des projets aussi importants que le Grand Paris, facilitent la construction de cette culture partagée.

PLACE PUBLIQUE > Les déserts médicaux ne concernent pas que le monde rural, le tissu urbain est également affecté. Quel est votre constat dans ce domaine ? Quelles sont vos propositions ?

ÉLISABETH HUBERT > En effet, l'un des secteurs de France les plus désertés par les médecins, c'est le 19^e arrondissement de Paris, l'un des plus populaires de la capitale ! Jamais les étudiants en médecine n'ont été d'origine aussi favorisée socialement qu'aujourd'hui, cela explique beaucoup de leurs réticences quand ils doivent s'installer quelque part. Cela dit, il ne faut pas méconnaître que se pose avec acuité dans les quartiers sensibles la question de la sécurité des professionnels de santé. Il faut sans doute imaginer des formes de regroupement dans un même lieu, ne pas hésiter à faire appel à des vigiles, limiter les déplacements à domicile...

EDMOND HERVÉ > Une observation : en 2008, lorsque j'ai rencontré les maires dans le cadre de ma campagne sénatoriale, ils m'ont parlé de deux sujets : la disparition de La Poste et la désertification médicale dans leurs communes. Un dialogue doit se nouer avec nos facultés de médecine. Le problème concerne des territoires et des spécialités. Il faut réhabiliter la mission du généraliste, revoir les conditions d'accès aux études médicales, faciliter l'accueil matériel dans les territoires « sous-médicalisés », mettre en œuvre d'autres formes de rémunération que la rémunération à l'acte. Tout se tient : fermeture d'écoles, communications difficiles, chute de la population ne favorisent pas la présence médicale.

JEAN-LUC HAROUSSEAU > En milieu urbain, les problèmes de démographie médicale concernent surtout certaines spécialités (pour lesquelles il peut être difficile d'obtenir un rendez-vous rapide) ainsi que la permanence des soins notamment le week-end. La Haute Autorité de santé travaille avec les professionnels et les Agences régionales de santé pour promouvoir des protocoles de coopération entre professionnels de santé (avec délégation dérogatoire de responsabilités d'un médecin à un autre professionnel de santé). Elle travaille également à l'élaboration de parcours de soins dont l'objectif est une meilleure prise en charge médicale et une meilleure utilisation des moyens.

CLAUDE ÉVIN > Effectivement, la désertification médicale concerne autant les zones rurales que les territoires ur-

bains, notamment défavorisés. Le territoire d'Île-de-France illustre parfaitement cette réalité, avec des zones sensibles comme la Seine-Saint-Denis et des zones rurales comme la Seine-et-Marne. Une des priorités de l'Agence au cours des prochaines années est de structurer progressivement l'offre de santé en fonction des besoins de la population francilienne. En Île-de-France, la densité d'omnipraticiens libéraux est inférieure à la moyenne nationale (87 pour 100 000 habitants contre 99) et la densité des infirmiers libéraux est deux fois moins importante que le niveau national. Certains territoires présentent des effectifs déjà particulièrement inquiétants ou en forte diminution, laissant craindre de forte difficultés d'accès aux soins si rien n'est fait dans les prochaines années. L'Agence œuvre actuellement avec ses partenaires (URPS, Centres de santé, collectivités territoriales, universités, usagers...) pour activer tous les leviers : déterminer les zones de la région dans lesquelles des mesures spécifiques pour favoriser une meilleure répartition des professionnels libéraux peuvent être mise en œuvre ; aider l'installation des professionnels de santé ; promouvoir, soutenir et accompagner des structures d'exercice collectif (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, cabinets de groupe) ; définir des projets territoriaux pour proposer des interventions complémentaires adaptées aux spécificités du territoire.

PLACE PUBLIQUE > Selon vous, comment se situe l'Ouest par rapport à la question des inégalités territoriales ou environnementales face à la santé ? Quel est votre diagnostic ? Quels sont les expériences ou les mesures qui, dans cette région, vous semblent prometteuses ?

ÉLISABETH HUBERT > Globalement, la situation de l'Ouest n'est pas mauvaise, même si l'alcoolisme demeure un problème dans certaines régions. Si l'on regarde les choses de plus près, il existe évidemment un contraste entre la bande côtière et l'arrière-pays. La Baule n'est pas dans la situation du centre Bretagne. D'où la nécessité de construire des solidarités médicales qui permettront d'éviter les mesures coercitives en matière d'installation des médecins. Les Maisons de santé sont des solutions intéressantes. Elles connaissent un développement remarquable dans un département comme la Mayenne. En Loire-Atlantique, je pourrais citer l'exemple de la Mai-

son de santé de Clisson qui regroupe près de 40 professionnels. C'est l'avenir : une offre de qualité permise par le regroupement des compétences.

EDMOND HERVÉ > Il faut construire un diagnostic partenarial et partagé et ne pas oublier de répondre à la question principale : qui doit financer ? Nous devons tout faire pour conserver le système de solidarité, de sécurité sociale aujourd'hui inséparable de la question fiscale. 30% des ressources de la sécurité sociale proviennent de l'impôt (et les deux tiers de ces 30% de la CSG).

CLAUDE ÉVIN > Je suis sensible aux stratégies de développement de la télémédecine dans l'Ouest. Elles participent non seulement à la réduction des inégalités de santé intra-régionales, mais aussi à l'amélioration de la qualité du service rendu au patient tout en veillant à une meilleure efficacité de la dépense. ■





« Pour combattre les inégalités de santé, il faut d'abord s'attaquer aux inégalités sociales à la racine », déclare la ministre Marisol Touraine.

Marisol Touraine

« Des leviers pour agir concrètement »

RÉSUMÉ > *Les inégalités de santé s'accroissent en France. Face à ce constat, la ministre Marisol Touraine compte agir dans plusieurs directions. Dans cet entretien elle évoque notamment la prévention en direction des jeunes et la lutte contre les déserts médicaux avec « des soins d'urgence en moins de trente minutes », des Maisons de santé et des incitations pour que les médecins s'installent dans ces zones.*



PLACE PUBLIQUE > Pensez-vous qu'aujourd'hui en France tous les citoyens soient égaux face à la santé ?

MARISOL TOURAINE > L'égalité d'accès aux soins n'est plus une réalité aujourd'hui en France. Les inégalités devant la santé sont liées à différents facteurs. Ils sont souvent d'ordre financier et la crise que nous traversons, mais également les choix politiques des dix dernières années, ne sont pas étrangers à cette situation. Toutefois, d'autres types de facteurs peuvent être avancés : les comportements à risques, les expositions professionnelles et environnementales, le recours aux services de santé et les difficultés d'accès à notre système de soins sont particulièrement discriminants.

Aujourd'hui, un enfant d'ouvrier a 3,6 fois plus de chance d'être obèse qu'un enfant de cadre supérieur. Nous constatons également qu'un cadre, à 35 ans, a 6,3 années d'espérance de vie de plus qu'un ouvrier. Ces inégalités se déclinent également en fonction des territoires et des lieux de vie. Une nette fracture existe, par exemple, entre le Nord et le Sud de la France, le premier voyant ainsi les cancers se développer de manière plus importante que le second. Cette situation n'est pas acceptable. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé est la priorité de

MARISOL TOURAINE est ministre des Affaires sociales et de la Santé dans le gouvernement de Jean-Marc Ayrault depuis mai 2012





la politique que je conduis. Pour agir concrètement, des leviers existent.

PLACE PUBLIQUE > À quel type d'inégalité convient-il, selon vous, de s'attaquer en priorité ? De quelle façon ?

MARISOL TOURAINE > Les fragilités de la vie, l'habitat, l'alimentation, la précarité, le stress, des conditions de travail pénibles, sont autant de facteurs qui ont des conséquences directes sur notre état de santé. Au quotidien, ils contribuent à creuser les inégalités de santé entre les Français. Par conséquent, pour combattre les inégalités de santé, il faut d'abord s'attaquer aux inégalités sociales à la racine. C'est tout le sens du combat pour l'éducation, pour l'emploi, pour le logement engagé par le président de la République et le gouvernement de Jean-Marc Ayrault. Redresser notre pays, c'est aussi réduire les injustices sociales.

Dans le domaine de la santé, nous devons cibler notre action, notamment en direction des plus jeunes de nos concitoyens. Nous savons que des mesures les visant spécifiquement, en matière d'éducation et de prévention, permettront de modifier les comportements à risque. Des programmes d'éducation à la nutrition, adressés aux enfants dans le cadre scolaire, aident à intégrer des habitudes alimentaires appropriées. Ce type d'action a déjà fait ses preuves et les programmes menés dans certaines municipalités sont à ce titre très éclairants.

La prévention est également un axe majeur de la politique de santé que je mets en œuvre. Ces dernières années, elle a été le parent pauvre des politiques sanitaires. Elle doit être encouragée, et plus particulièrement tournée vers ceux qui, spontanément, n'y ont pas recours. J'ai à l'esprit le dépistage du cancer, dont le taux de participation est nettement plus important chez les catégories les plus aisées.

PLACE PUBLIQUE > Des petits établissements ou de petits services à l'activité insuffisante ferment. Ce mouvement va-t-il se poursuivre ? Comment voyez-vous la relation entre la sécurité, qui nécessite une pratique régulière, et la proximité, facteur d'égalité dans l'accès aux soins ?

MARISOL TOURAINE > Je veux rompre avec la conception de l'hôpital comme une entreprise. L'action du précédent gouvernement fut essentiellement guidée par des enjeux comptables. Trop souvent, des services hospita-

liers ont été fermés pour des raisons strictement financières. Les questions de l'accès au système de santé et de la qualité des soins ont été reléguées au second plan. C'est inacceptable. En revanche, la sécurité est une exigence incontournable.

En fixant comme cap la lutte contre les inégalités de santé, la démarche que j'ai engagée est radicalement différente. Il s'agit d'abord d'assurer à chaque Français qu'il pourra accéder aux soins sur l'ensemble du territoire, en luttant, par exemple, contre les déserts médicaux, ou en leur garantissant des soins d'urgence en moins de trente minutes. Il convient également de faire progresser la qualité des soins prodigués, en particulier dans certaines zones délaissées. C'est dans ce cadre que des rapprochements entre les structures peuvent être entrepris, leur coopération permettant par exemple le maintien d'une activité programmée dans des établissements de petite taille.

PLACE PUBLIQUE > Les déserts médicaux sont devenus une réalité dans nombre de zones rurales. Que préconisera la loi sur l'accès aux soins que vous préparez pour régler cette carence ?

MARISOL TOURAINE > Je n'aurai pas recours à une politique coercitive : elle serait inefficace et injuste pour les jeunes médecins, qui souhaitent s'installer en ville. Néanmoins, sur ce sujet majeur, je n'entends pas renoncer. À la différence des précédents gouvernements, nous n'avons pas de tabous, qui nous empêcheraient d'agir dans les territoires les plus en difficulté. Nous déploierons des solutions concrètes, afin de faire parvenir dans ces zones les ressources médicales nécessaires à une offre de soins de qualité.

Tout d'abord, nous renforcerons les incitations en matière d'installation en libéral. Et cela, dès la formation initiale, en encourageant notamment les étudiants en médecine à effectuer leur stage en cabinet. Comment pourrait-on entreprendre de s'installer en ville, lorsqu'on ne connaît pas les attraits, liés à ce mode d'exercice ?

Ensuite, nous identifierons, au niveau local, les territoires où des solutions innovantes doivent être apportées. Cette réflexion sera menée en concertation avec les élus locaux et les professionnels de santé : je crois en effet que les acteurs de terrain sont les mieux à même de développer une offre de soins de qualité. Des dispositifs visant à renforcer à court terme les ressources médicales de ces ter-

ritoires seront proposés : la possibilité d'exercer quelques heures par semaine pour les médecins retraités ou les contrats salariés, sont des pistes que j'entends développer. L'incitation des jeunes libéraux doit être mieux ciblée : dès le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, nous proposons à ceux qui s'installent la création de 200 contrats de praticiens locaux de médecine générale pour soulager les territoires en difficulté.

PLACE PUBLIQUE > Les « déserts médicaux » ne concernent pas que le monde rural, le tissu urbain est également affecté. Quel est votre constat dans ce domaine et vos idées pour améliorer la situation ?

MARISOL TOURAINE > Nous savons que certains territoires cumulent les handicaps : abandon des services publics, taux de chômage record, en particulier chez les jeunes, précarité sociale généralisée. À cette longue liste, il faut aujourd'hui ajouter l'absence d'une offre de soins de proximité. Les déserts médicaux ne sont pas l'apanage des zones rurales : ils concernent également les quartiers urbains les plus en difficulté.

Il faut d'abord mettre en œuvre toutes les incitations qui permettent aux professionnels libéraux de s'installer dans ces zones. Si nous constatons que cela est insuffisant, nous devons recourir à d'autres dispositifs. Dans cette perspective, je pense notamment que les centres de santé sont des structures utiles. Nous constatons que les jeunes médecins généralistes sont souvent attirés par ce type de solution, qui propose une approche globale de la santé des patients, favorise le travail en équipe et met l'accent sur les soins préventifs.

PLACE PUBLIQUE > La politique de restriction budgétaire qui se met en place affecte les dépenses de santé. Quelles sont vos propositions pour que cette situation n'aggrave pas les inégalités ?

MARISOL TOURAINE > Il n'y a pas de restriction, dans le budget 2013, qui affecterait la santé des Français. Ce choix aurait été inacceptable. Pour autant, c'est la responsabilité qui a guidé la construction du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Responsabilité pour redresser la trajectoire de nos comptes

sociaux durablement altérée depuis de nombreuses années. Nous ramènerons ainsi le déficit du régime général

et du Fonds de solidarité vieillesse sous la barre des 14 milliards d'euros en 2013. Cela représente des efforts considérables, mais, à la différence de nos pré-décédés, ce ne sont pas les assurés sociaux qui seront mis à contribution. Que les choses soient claires : le redressement des comptes sociaux n'est pas une fin en soi. Il est l'expression d'une volonté politique, celle de préserver notre modèle social.

Responsabilité, aussi, à l'égard des Français, auxquels nous devons garantir un très haut niveau de protection. La crise ne peut en aucun cas servir de prétexte à un affaiblissement de la protection de nos concitoyens. Le taux de croissance de l'Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie), que nous avons porté de 2,5 % à 2,7 %, traduit cette ambition. Ce sont 4,6 milliards d'euros supplémentaires en 2013 que nous consacrerons à la santé des Français.

Le secteur médico-social n'est pas non plus laissé de côté. La progression de l'Ondam médico-social de 4 % nous permettra de consacrer près de 9 milliards d'euros aux établissements et services pour les personnes en situation de handicap. Dès 2013, plus de 3 000 places pourront ainsi être créées. Elles permettront de répondre aux besoins dans des domaines essentiels comme l'autisme, le vieillissement ou le handicap psychique.

Responsabilité, enfin, à l'égard des générations à venir. Nous engagerons les réformes de fond de notre système de santé, tant dans l'organisation des soins de proximité, que pour conforter le rôle de l'hôpital public, afin de garantir, à terme, la qualité des soins dans notre pays. ■



Je veux rompre avec la conception de l'hôpital comme une entreprise »