



HAL
open science

L'État français et l'offre de soins. Concentration géographique, déconcentration administrative ?

Sophie Baudet-Michel, Octavian Groza, Alessia Salaris

► To cite this version:

Sophie Baudet-Michel, Octavian Groza, Alessia Salaris. L'État français et l'offre de soins. Concentration géographique, déconcentration administrative ?. Baron M., Cunnigham-Sabot E., Grasland Cl., Rivière D., Van Hamme G. Villes et régions européennes en décroissance. Maintenir la cohésion territoriale ?, Lavoisier - Hermes Science, pp.267-288, 2010, Information géographique et aménagement du territoire, 978-2-7462-3110-8. halshs-00979986

HAL Id: halshs-00979986

<https://shs.hal.science/halshs-00979986>

Submitted on 17 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Baudet-Michel S., Groza O., Salaris A., 2010, « L'Etat français et l'offre de soins. Concentration géographique, déconcentration administrative ? », in *Villes et régions européennes en décroissance*, Baron M., Cunningham-Sabot E., Grasland Cl., Rivière D., Van Hamme G. (ed.), Hermès Science, Lavoisier, pp. 267-288.

Le texte qui suit correspond à l'avant dernière version du chapitre « L'Etat français et l'offre de soins. Concentration géographique, déconcentration administrative » paru dans l'ouvrage *Villes et régions européennes en décroissance*. Il a bénéficié de la relecture de Myriam Baron et Dominique Rivière.

L'État français et l'offre de soins. Concentration géographique, déconcentration administrative ?

10.1. Introduction

Afin de mieux saisir les interactions entre restructurations de l'État-providence et organisation territoriale, décalant volontairement la perspective, ce chapitre se présente comme un « zoom » sur un exemple sectoriel : l'offre de soins dans le contexte national français. L'offre de soins a été considérée en France depuis la mise en place de la couverture maladie (1945) comme un service auquel tous les individus doivent pouvoir accéder de manière égalitaire, quel que soit leur origine sociale, leur niveau de revenus. L'ambition égalitaire est sociale avant d'être géographique. A partir des années 1970, l'accessibilité aux soins se pose aussi en terme de répartition territoriale pour l'offre hospitalière et donne lieu à l'élaboration de la carte hospitalière. Cette perspective territoriale est reprise dans le cadre de la Loi d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire (1999) avec le Schéma de Services Collectifs Santé : la nécessité de favoriser l'accès de tous à l'offre de soins, en tous points du territoire français est soulignée. Plusieurs axes de réflexion sont alors identifiés : rééquilibrer les disparités existantes, augmenter l'offre de soins dans les espaces où la mortalité est élevée et l'espérance de vie faible, pourvoir en offre de soins les espaces en croissance démographique forte, maintenir une offre de soins dans les espaces où celle-ci diminue. La question de la présence de l'offre de soins dans les espaces en décroissance démographique s'inscrit donc dans un contexte plus général d'adéquation de la répartition de l'offre de santé aux besoins en matière de santé. Dans ce contexte, le rôle de l'Etat français en matière d'accès équitable à l'offre de soins est à la fois primordial comme garant de qualité et d'accès pour tous les types de populations (on a vu au chapitre précédent que cette préoccupation n'est pas l'apanage de la France) et singulier car il repose sur un équilibre à trouver entre offre de médecine libérale et hospitalière (dimension certes là aussi présente ailleurs, mais dont la configuration précise relève de choix nationaux). Ces deux offres se complètent et sont théoriquement accessibles financièrement à tous. Or, que l'on examine la répartition de l'offre aux échelles nationale, régionale ou infra-régionale, on ne peut que constater la contradiction entre l'objectif affiché par l'Etat de favoriser l'accès de tous en tout point du territoire, et la concentration spatiale de l'offre.

Nous choisissons ici d'aborder la question de l'accès aux services de soins en nous intéressant à la répartition de l'offre libérale et de l'offre hospitalière à différentes échelles. Nous essayerons de montrer, à travers l'examen de la répartition de l'offre libérale que les moyens de l'Etat sont indirects et limités pour

influer sur la répartition de cette offre, et que de fait, elle répond davantage aux logiques d'installation des généralistes et des spécialistes qu'à une logique d'adéquation stricte aux besoins en soins. Nous montrerons à travers l'offre hospitalière que le rôle de l'Etat est prégnant, mais que la logique à laquelle il obéit est davantage une logique de hiérarchisation et de concentration que de diffusion de l'offre. Nous nous appuyerons sur les travaux d'experts en géographie de la santé qui montrent, à travers différents exemples régionaux que l'offre de soin a tendance à se concentrer dans les villes et à délaisser les espaces où la demande est peu solvable ou peu abondante. Nous ne traiterons donc pas spécifiquement des espaces en décroissance, mais plus généralement de l'adéquation entre la répartition de l'offre et des besoins en soins.

10.2. L'offre de soin de ville : des inégalités spatiales à petite et à grande échelle

L'offre de santé en France s'appuie sur environ un million de professionnels, dont 215 000 médecins en 2008 contre 75 000 au début des années 1970 [LEG 09]. On compte des médecins généralistes (environ 90 000, dont 70 000 libéraux et 20 000 salariés), des médecins spécialistes (90 000 environ), des chirurgiens dentistes (environ 40 000 dont la quasi-totalité exerce en libéral), des pharmaciens (environ 55 000 pharmaciens dont la moitié de libéraux), des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeute, des orthophonistes.

10.2.1. Opposition nord-sud

Cette offre abondante se traduit par un niveau élevé de densités médicales : 171 généralistes et 322 médecins pour 100 000 habitants contre une moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE de 250 médecins pour 100 000 habitants [BERN 08]. Toutefois, cette densité élevée masque de fortes disparités inter-régionales qui vont d'un minimum de 142 médecins dans la région Centre à des densités de 200 médecins en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). En dépit d'une hausse générale de la densité des médecins, passée de 180 pour 100 000 habitants au début des années 1970 à 340 en 2000 puis 322 en 2008, de forts écarts subsistent entre une France du nord industrielle sous-équipée et une France du sud suréquipée.

En 2007 la densité moyenne de généralistes est de 87 pour 100 000 habitants. Leur répartition favorise globalement la France méridionale, particulièrement les départements du pourtour méditerranéen (des Alpes-maritimes au Pyrénées orientales), du littoral aquitain, les piémonts pyrénéens, mais aussi le Bas-Rhin le Nord, la Meurthe et Moselle (densités supérieures à 96) et le Var dont la densité atteint 120. En revanche les départements franciliens (hormis Paris), normands (Orne, Manche, Eure), champenois (Marne, Aube) et bourguignons (Nièvre, Saône-et-Loire) présentent des densités bien inférieures à la moyenne allant de 78 (Eure) à 59 (Aube) médecins pour 100 000 habitants. Ces inégalités ne sont pas nouvelles et Vignerot et Tonnelier (1999) signalent la permanence séculaire de cette répartition. Toutefois, au cours des 20 dernières années, cette répartition des généralistes a évolué (figure 10.1) et la carte qui présente leur répartition en 1985 montre une opposition plus nette entre France méridionale et septentrionale. Depuis 1985, certains départements, notamment du Nord-Pas-de-Calais, de Lorraine, de Bretagne et de Normandie ont augmenté leur niveau de densité en généralistes. Sur la période, l'évolution la plus marquante est celle d'un bassin parisien élargi, où les densités de généralistes ont décru nettement par rapport à la moyenne française.

Figure 10.1. Répartition spatiale des généralistes (1985 ; 2007)

10.2.2. Opposition rural-urbain à l'intérieur des départements, opposition centre-périérie à l'échelle des aires urbaines

A cette opposition nord-sud vient se surimposer une opposition urbain-rural [VIG 02] qui touche autant les régions en croissance que les régions en décroissance et montre que la question de l'accès aux services de santé doit être réfléchi à au moins deux échelles. Ainsi, en Pays-de-la-Loire, région globalement en croissance, la répartition des services de santé de proximité (pharmacie, généraliste, dentiste) montre une

opposition (figure 10.2) entre espaces urbains et ruraux. La cartographie de la densité de services de proximité met en valeur une double organisation : opposition entre départements urbanisés de Loire-Atlantique, Vendée, Maine et Loire et départements plus ruraux de la Sarthe, et de la Mayenne, et polarisation autour des zones urbaines. En effet, si les services de santé de proximité se sont diffusés dans les bourgs ruraux voire dans les communes de plus de 1 000 habitants jusqu'au milieu des années 1990, la croissance de l'offre médicale a ensuite été plus forte que celle de la population : elle a favorisé les villes et délaissé les espaces ruraux [JOU 02]. Cet accroissement a privilégié les départements les plus urbanisés dans lesquels sont implantées les facultés de médecine. On assiste depuis à une rétraction, voire à un effacement du rôle de la petite ville en tant que centre polarisant l'offre de service. Si on trouve en moyenne un généraliste pour 976 habitants dans l'ensemble de la région, on ne trouve plus qu'un généraliste pour 1 200 habitants en Sarthe et Mayenne, départements les plus ruraux. Les périphéries départementales sont les moins bien équipées : entre Mayenne et Sarthe, entre Loire-Atlantique et Maine-et-Loire, les niveaux d'équipements des communes rurales diminuent encore. Le seuil d'habitants qui permet l'apparition d'un cabinet médical est de 1 000 individus. Or en Sarthe, Mayenne, Loire-Atlantique, plus de 72% des communes hébergent moins de 1 000 habitants. Dans ces départements, l'offre médicale est donc particulièrement sporadique. Les prévisions pour la région sont de 269 médecins pour 100 000 habitants en 2020.

Figure 10.2. Les services de santé de proximité en Pays-de-la-Loire

Source : Insee 2006 – SNIR- ADELI

Enfin, les inégalités dans la répartition des médecins généralistes, et a fortiori des spécialistes, mettent à jour une opposition entre des zones urbaines centrales (117 généralistes pour 100 000 habitants) et des couronnes périurbaines (71 généralistes pour 100 000 habitants). Les villes centres sont suréquipées et les périphéries urbaines ou suburbaines sous-équipées, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques socio-économiques de ces périphéries. 68% des médecins exercent dans les pôles urbains qui n'abritent que 60% de la population résidente [CHA 00].

10.2.3. Dans quelques régions et bassins de vie, la faiblesse de l'offre de soin de proximité de ville est préoccupante

Au-delà de l'exemple des Pays de Loire, des travaux récents, menés sous la direction de l'ONDPS (Observatoire National Démographie des Professions de Santé), de la CNAMTS et des URCAM visent à identifier des zones en difficulté pour l'offre de proximité (médecins généralistes libéraux, infirmières libérales, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens d'officine). Ces travaux montrent que le nombre de cantons très mal équipés pour faire face à la demande (autrement dit dans lesquels le nombre de professionnels est faible au regard de la population, de la demande de soins, de la part de population âgée) est faible (4% des cantons (86) pour 1% de la population dans lesquels on trouve 2,6 généralistes pour 5 000 habitants contre 4,6 en moyenne nationale), concentré dans le Centre, les Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes, l'Aquitaine, le Poitou-Charente, la Bretagne, la Champagne-Ardenne, la Lorraine et la Bourgogne. En 2005, les caisses d'assurance maladie ont établi un nouveau zonage du territoire français qui repose sur 7 442 zones de recours (en gros, les bassins d'attraction des généralistes). Cette étude a identifié 391 zones en difficulté dont certaines très sous-dotées (concernant 37 600 habitants) et d'autres dites fragiles (sous-dotées mais dont les difficultés sont moins aiguës et qui concernent 2 millions d'habitants). Ces zones sont principalement situées dans un grand bassin parisien [BERN 08]. Toutefois, les chiffres varient selon les auteurs, et pour Bourgueil [BOU 07], l'accès aux soins pose problème à 5% de la population totale, avec un risque de croissance dans les 10 années à venir.

Parmi ces régions certaines sont en croissance et d'autres en décroissance : la question de la répartition de l'offre de soin n'est donc pas liée directement à la dynamique démographique, à l'échelle régionale au moins.

Type de canton	Densité des omnipraticiens installés (/100 000 hab.)	Densité des nouveaux omnipraticiens installés (/100 000 hab.)
Cantons agricoles et ouvriers plutôt défavorisés	70,7	3,6
Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8
Banlieues résidentielles	85,7	4,6
Rural isolé	91,5	4,0
Cantons urbains défavorisés	94,6	4,9
Cantons urbains favorisés	100,0	5,0
Cantons ruraux avec artisanat	102,1	4,6
Métropoles régionales et villes importantes	134,2	6,7
Moyenne nationale	99,2	5,0

Tableau 10.1. Densité des omnipraticiens par types d'espace (Source : Rapport Berland, 2005)

Si l'on s'appuie sur l'exemple de la Champagne-Ardennes, l'Observatoire de la Santé [MAG 07] considère que 32 bassins de vie sur les 56 que compte la région sont fragilisés pour l'offre de soins (définie à partir des densités de médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, des capacités des établissements hospitaliers) et des besoins (identifiés en combinant indices d'âge, de mortalité, de morbidité, nombre de bénéficiaires en affections longue durée, nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle). Dans ces 32 bassins de vie fragiles, l'offre est insuffisante par rapport aux besoins [LUC 08]. On voit ici, à travers la prise en compte des indices d'âge se dessiner une deuxième problématique en matière de satisfaction du besoin de soins : celle liée à l'âge, tant de la population que de la population médicale. On rejoint ici une facette particulière des régions en déclin, celle du vieillissement et plus généralement celle des cycles de vie (cf. infra chapitre 6). Le besoin et la consommation de soins change avec l'âge. Le recours aux soins augmente fortement à partir de 65 ans : les personnes âgées développent à la fois des pathologies spécifiques (diabète, déficience visuelle, déficience respiratoire, déficience cardiovasculaire, déficience psychologique) et des poly-pathologies [LUC 03]. Ces pathologies impliquent un recours à différents professionnels : généralistes mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes, médecins spécialisés des dentistes aux ophtalmologues, en passant par les cardiologues, les pneumologues ou les psychiatres. Après 75 ans, la mobilité et l'autonomie des personnes âgées se réduisent, et la consommation de soins s'inscrit dans un aménagement de la vie, qui se pose davantage en termes de dépendance que de recours aux soins uniquement.

D'autre part, dans certaines communes, les personnels médicaux présents sont vieillissants, les généralistes peinent à trouver des remplaçants et une diminution de l'offre de soin est à prévoir. L'âge moyen des médecins sera de 51 ans en 2015 (42 en 2007) et la proportion des médecins de plus de 55 ans devrait passer à 45% en 2015 (20% en 2002). Lerouillois [LER 02] note que la pyramide des âges des médecins montre une dissymétrie homme-femme, avec une légère sur-représentation des femmes avant 45 ans. Or les femmes ont plutôt tendance à s'installer en milieu urbain. La diminution de l'offre de soins dans les espaces fragiles ou en difficulté résulte aussi de l'aspiration des jeunes médecins à travailler dans des environnements mieux sécurisés, à avoir une pratique partagée : ils répugnent à s'installer dans les espaces où l'offre de soin est déficitaire et où les échanges d'information sur les patients seront limités par la faiblesse de la présence du personnel médical. Mais ces espaces sont autant des communes rurales isolées que des communes urbaines défavorisées. A ces inégalités de l'offre de premier recours (généralistes, pharmacies, dentistes) viennent s'ajouter des inégalités très fortes de la répartition des spécialistes : ceux-ci ne sont présents que dans 3% des communes (30% pour les généralistes). Ces pourcentages diminuent de manière drastique pour certaines spécialités comme la pneumologie, la psychiatrie. On trouve évidemment là un effet de la fréquence du recours à ces différents types de praticiens : recours banal dans le cas du

généraliste, il devient rare et donc très différenciant dans l'espace lorsqu'il s'agit d'une spécialité comme la psychiatrie ou la stomatologie.

Quoiqu'il en soit, les évolutions en cours dans des pays riches européens et nord-américains restent sans communes mesures avec les restructurations que connaît par exemple un pays comme la Roumanie. En Moldavie, bien que le nombre d'hôpitaux ait légèrement augmenté entre 2000 et 2006, le nombre de lits dans les hôpitaux publics a diminué de 16%, tout comme le nombre de médecins (-3,4%). La croissance du nombre de dentistes, de pharmaciens et l'augmentation modérée du personnel médical de qualification moyenne ne sauront pas couvrir les inégalités spatiales qui en résultent et qui sont toutes au profit des plus grandes villes.

La privatisation et, dans le système public, la mise en place du système de médecins de famille ont beaucoup touché les campagnes. La plupart des dispensaires, qui étaient l'infrastructure essentielle des services médicaux dans les campagnes, ont été fermés : des 343 existant en 1990, il n'en reste plus que 35 en 2005. Ils devaient être remplacés par les cabinets des médecins de famille. Or les médecins refusent de s'installer en milieu rural, où le manque d'infrastructures est chronique. Ils assurent plutôt l'assistance médicale quelques heures par semaine, en système plutôt ambulatoire. Les réformes et le manque de moyens, combinés avec la chute de la natalité, ont abouti à la fermeture de plusieurs maternités dans les campagnes, processus qui est allé de pair avec la fermeture de la plupart des crèches pour les très jeunes enfants (143 en 1990 et 41 en 2005).

La déstructuration du système sanitaire moldave a une forte dimension spatiale (figure 42), d'autant plus forte que la région est très en retard en ce qui concerne l'équipement des ménages en automobile et la qualité de la voirie, notamment dans les zones les plus isolées. L'Est de la région est structurellement vieilli, avec ses nombreux petits villages perdus parmi les collines, points de départ de l'exode rural entre 1960 et 1980. Mais, quantitativement, la partie occidentale de la Moldavie abrite de plus en plus de personnes âgées car l'économie plus diversifiée et l'environnement plus clément ont contribué à l'augmentation de l'espérance de vie. La diminution du nombre de lits dans les hôpitaux publics, des dispensaires ruraux, la faiblesse de l'équipement en pharmacies et la fuite du personnel médical auxiliaire sont aussi forts sur tout l'espace régional, même si la partie orientale (à l'exception de l'axe vers Iași) en souffre le plus. L'émigration internationale des médecins et du personnel auxiliaire (infirmières notamment) aggrave cette situation.

Encadré 10.1. La déstructuration du système sanitaire moldave

La question de la présence des services de santé de proximité doit être appréhendée à plusieurs échelles car elle offre des différenciations tant à l'échelle régionale que locale. Cette présence des services de santé de proximité dépend aussi et avant tout de l'agrégation des décisions des jeunes diplômés qui préfèrent une installation dans des espaces où leur pratique de soin ne sera pas isolée. De fait, le maintien d'une offre de soin dans des espaces peu attractifs dépend désormais beaucoup des réseaux de services de soins que différents acteurs locaux peuvent favoriser.

10.2.4. Modifier la répartition de l'offre de soins de ville : une ambition difficile satisfaire

Depuis les années 1970, les politiques de santé mettent l'accent sur l'égalité d'accès aux soins en tout point du territoire. Il s'agit d'assurer un niveau d'offre adéquat, une répartition satisfaisante des soins, mais aussi sécurité et qualité des soins aux patients. L'homogénéité de la qualité des soins dispensés en médecine de ville est garantie par la délivrance d'un diplôme national qui permet à tout diplômé de s'installer librement en tout point du territoire. Mais la pierre d'achoppement à toute réorientation drastique de l'offre de soin tient aux contraintes de l'installation en médecine de ville : la répartition géographique de cette activité tient à l'agrégation des choix individuels qui favorisent les espaces offrant une clientèle importante, un tissu médical complet : c'est à dire au final les espaces urbains, voire même les espaces urbains centraux. Ce statut libéral d'une partie de l'activité médicale contraint l'Etat à trouver des moyens indirects d'agir sur la répartition géographique de la médecine de ville. C'est ce qu'il fait en agissant sur le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leur formation de médecine au niveau de chaque faculté. En effet, nombre d'études montrent que les futurs médecins ont très largement tendance à s'installer dans leur région de formation. A cette action conduite par l'Etat viennent s'ajouter les tentatives ponctuelles des

responsables locaux qui cherchent à endiguer la pénurie d'offre au niveau de leur localité. Nous présenterons donc ces différents moyens d'action et les mettrons en regard des expériences étrangères visant à améliorer l'offre de soin dans les régions reculées ou peu attractives.

10.2.4.1. Jouer sur l'offre libérable à l'échelon régional : comment l'Etat français agit-il ?

L'Etat français, inquiet d'une pénurie de médecins, a proposé pour y remédier de s'appuyer sur un Plan de Démographie Médicale (2006). L'objectif est de rééquilibrer et dynamiser l'implantation des professionnels autour de trois types d'actions : relever le nombre de médecins en formation, tenter de les fidéliser au niveau régional, les inciter à se tourner vers la médecine générale, rendre visible les incitations financières et en proposer de nouvelles, inciter au recours à des modes d'exercice innovants et notamment au regroupement [BOU 07]. Les premières mesures ont concerné un relèvement du nombre de postes d'internes et du numerus clausus (nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en 2^e année de médecine).

Le numerus clausus a connu de fortes variations mais a été remonté à partir des années 2000 pour atteindre aujourd'hui 7 500. L'Etat a alors permis une augmentation différenciée par région (figure 10.2 d'après Bourguieil 2007) favorisant les régions déficitaires : en effet, nombre d'études montrent que les jeunes diplômés ont tendance à s'installer dans leur région de formation. Picardie, Champagne, Centre et Ile-de-France ont bénéficié d'un accroissement supérieur à la moyenne française depuis 1997 alors qu'il croissait moins vite dans les régions méridionales. Cependant, mes facultés situées autour du bassin parisien ou dans des régions à densité de population faible (Angers, Besançon, Clermont-Ferrand par exemple) restent moins attractives que celles de Montpellier, Toulouse, Paris, Bordeaux, Nice [DRE 10]. En outre, l'Etat a aussi agi sur les admissions en 6^e année, en restreignant le nombre de place de stage d'internat par établissement hospitalier et par spécialité. Malgré cela, à Marseille, Paris, Lyon, il reste 1,5 fois plus de candidats que de postes alors qu'il y a 1/3 de postes de plus que de candidats à Reims, Nantes, Angers.

La DREES [DRE 09] a établi des projections des effectifs de médecins d'ici à 2025 (autour de quatre scénarios). Le scénario tendanciel part d'une hypothèse des comportements géographiques des étudiants en médecine identiques à ceux observés au cours des dernières années, d'un numerus clausus évoluant autour de 8000 jusqu'en 2020 puis décroissant jusqu'en 2030, d'un statut quo pour les Épreuves Classantes. Sous ces hypothèses (régulées uniquement par les différences dans les taux de croissance régionaux du numerus clausus), la densité médicale (nombre de médecins rapportés à la population) chuterait fortement en Corse, Languedoc Roussillon, Ile-de-France, PACA et Midi-Pyrénées tandis qu'elle augmenterait en Poitou-Charentes, Franche-Comté, Basse-Normandie, Bretagne, Auvergne et Lorraine. En 2030, la carte des écarts régionaux serait la suivante : l'Ile-de-France et PACA ne se distingueraient plus par des densités élevées tandis que la Bretagne, la Franche-Comté, Poitou-Charente, le Limousin, l'Auvergne et l'Aquitaine seraient mieux dotées en médecins que les autres régions. En outre, à l'horizon 2030, le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25%, et le nombre de médecins exerçant en couronne périurbaine de 10%, le nombre de médecins exerçant dans un pôle urbain sans CHU diminuerait de 6%. En revanche il augmenterait dans les pôles urbains avec CHU de 5%. Avec ce scénario, la question des inégalités régionales se trouverait résorbée alors que celle des inégalités intra-régionales (et particulièrement urbain-rural) demeurerait prégnante.

Figure 10.2. Modulation régionale du Numerus Clausus en France entre 1997 et 2005

10.2.4.2. À une échelle plus fine, comment agir ?

L'Etat français s'inquiète aussi d'une pénurie de médecins à une échelle plus fine : on vu que l'accès aux soins est problématique pour 5% de la population en France métropolitaine et que cette proportion est en augmentation. Elle concerne à la fois les zones rurales éloignées des villes, mais aussi des zones urbaines défavorisées ou des espaces péri-urbains. C'est la raison pour laquelle l'Etat autorise les communes ou intercommunalités à pratiquer l'exonération de charges pour les professionnels s'installant dans les communes de moins de 2 000 habitants, les Zones Franches Urbaines ou encore les Zones de Revitalisation Rurales (LOADT, Février 1995). Certaines communes cherchent à attirer des étudiants

stagiaires en proposant des aides financières, des facilités pour une installation future. Mais une des difficultés de l'exercice dans ces zones déficitaires tient à la charge supplémentaire de travail, à la difficulté de s'adresser à des confrères pour des conseils notamment dans les premières années d'exercice. C'est pourquoi les URCAM proposent aux médecins installés dans ces zones déficitaires des aides au remplacement, à la vacation. À cela vient s'ajouter une majoration de 20% des consultations directement versée par les URCAM. Enfin, plus récemment, les intercommunalités semblent avoir investi dans l'accompagnement de réseau de santé et dans la création de maison de santé : A Horps Lassay, en Mayenne, 13 communes regroupant 6750 habitants s'appuient sur l'intercommunalité pour créer une Maison de Santé et le Conseil général a recruté une personne chargée de promouvoir le territoire auprès des jeunes médecins et stagiaires pour les inciter à s'implanter dans l'un des deux cabinets vacants. La Maison de Santé regroupe 3 généralistes, un orthophoniste, deux kinésithérapeutes et un infirmier. Certaines intercommunalités cherchent aussi à mieux articuler offre libérale et offre hospitalière. Ainsi dans l'Hérault, le pays Larzac C?ur d'Hérault a élaboré un projet de santé qui tente de garantir un système de garde médicale pour l'ensemble des habitants du pays (75 000 habitants) en s'appuyant sur la constitution d'un réseau de 44 médecins adossés à l'hôpital local de Clermont-l'Hérault. Dans un esprit similaire, l'intercommunalité du Bavaisis (14 communes, 10 300 habitants) envoie désormais ses habitants les plus démunis, lorsqu'ils souffrent de pathologies légères à l'hôpital de Maubeuge : c'est l'intercommunalité qui prend en charge le transport de ces patients et elle a pour cela contractualisé avec une compagnie de taxi locale.

Toutefois, les évaluations de la CNAMTS montrent que ces contrats attirent peu de médecins et ne peuvent contrer l'attraction qu'exercent les zones métropolitaines pour l'installation de la médecine de ville.

Il est utile, à ce stade de l'analyse, de mettre en perspective ces évolutions françaises avec celles d'autres pays, européens ou non. Ainsi au Canada, le Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Université de Montréal) montre que le facteur déterminant d'implantation des médecins dans les zones rurales isolées est le fait d'y avoir vécu. La mise en place d'une formation spécifique à la pratique en milieu rural semble également avoir un effet positif. Le Canada a mis en place des mesures visant à favoriser l'installation des médecins dans des zones rurales particulièrement isolées. Celles-ci sont principalement financières : bourses aux étudiants s'engageant à s'installer dans ces régions, primes d'installation, prises en charge des frais de déménagement, majorations tarifaires pouvant aller jusqu'à 25% en cabinet, 40% en établissement, 45% pour les spécialistes, mais aussi des facilitations de remplacement, des offres de formation continue. Ces mesures sont complétées par une carte sanitaire qui définit les besoins par territoire avec des niveaux d'incitations différents et des mesures contraignantes pour l'installation des omnipraticiens dans les régions bien équipées (avec rémunération amputée de 30% même dans le cas des cabinets privés). L'impact de ces mesures est réel, mais conduit à un taux de roulement élevé des médecins dans les zones rurales, et à se préoccuper désormais de leur maintien. D'autres modes de soutien sont actuellement à l'œuvre : développement de facultés de médecine en milieu rural, développement des systèmes de remplacement, organisation d'un système de mentorat pour assister les jeunes médecins.

En Allemagne, la loi concernant la structure de la santé interdit l'installation dans une circonscription qui a une densité médicale supérieure de 10% à la densité nationale. Toutes les autres zones sont ouvertes et les médecins ont le droit d'y exercer librement. Des admissions dans les circonscriptions interdites sont possibles dans le cas d'une succession. Mais à l'heure actuelle des hôpitaux en zone rurale et en périphérie des villes éprouvent aussi des difficultés à recruter.

Encadré 10.2. Solutions étrangères à la pénurie d'offre de soins : l'exemple du Canada et de l'Allemagne

Si l'offre de soins libérable constitue un volet important de l'offre de soin, elle est complétée par l'offre hospitalière. De ce côté-ci les différenciations spatiales sont d'abord dues à la hiérarchie des centres hospitaliers, et sont davantage calquées sur les hiérarchies urbaines. La répartition spatiale de cette offre se contracte depuis les années 1970. Ici, les moyens de l'Etat sont nettement plus coercitifs et la trame hospitalière évolue rapidement.

10.3. Du côté de l'offre hospitalière

10.3.1. Les métropoles favorisées

On comptait ainsi en 2000 quelques 5 000 établissements de soin, dont la moitié était privée (dont une large partie sous contrat avec l'Etat), l'autre moitié publique. La répartition de l'offre hospitalière obéit à une hiérarchie des centres urbains : la corrélation entre le nombre de lits d'hôpital (public ou privé) et la population est de 0,5 pour les lits d'obstétrique de court-séjour, de 0,4 pour le court-séjour et la chirurgie-médecine. Lucas-Gabrielli et Tonnelier observent que la densité de lits est plus élevée dans les métropoles régionales, souvent en raison de la présence du Centre Hospitalier Régional (CHR) [LUC 00]. Toutefois des inégalités subsistent entre les métropoles, qui tiennent à leur appartenance régionale : ainsi, Valenciennes ou Béthune, avec plus de 250 000 habitants chacune, n'ont pas de Centre Hospitalier Régional, tandis que Nîmes, Angers, Metz (moins de 200 000 habitants) en ont. La Bretagne, le Centre, les Pays-de-la-Loire, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon, PACA et Rhône-Alpes comptent plusieurs CHR tandis que le Nord-Pas-de-Calais n'en héberge qu'un. Depuis 1987, le nombre de lits a diminué : fortement dans les régions sur-équipées comme l'Île-de-France, PACA ou la Lorraine, plus faiblement dans les régions sous-équipées comme Poitou-Charentes, le Centre, la Haute-Normandie [LUC 00].

Ici encore, c'est à une échelle plus fine, celle de la commune, que les disparités sont mieux saisies. Bernier montre que les plateaux techniques sont inégalement répartis sur le territoire : 6% de la population française habite dans une commune située à plus de 20 kilomètres, soit 40 minutes du service de chirurgie public ou privé et de la maternité les plus proches, et 450 000 personnes à plus de 50 kilomètres [BERN 08]. La distance de 45 kilomètres est d'ailleurs mentionnée dans les Schémas Régionaux Organisation Sanitaire (SROS) comme une distance maximale de sécurité à la maternité : elle n'est d'ailleurs pas toujours respectée. Certaines zones sont aussi situées à plus de 30 minutes d'une structure d'urgences, c'est à dire au-delà de la distance que les experts jugent raisonnable. Ces distances de recours élevées sont le fait de communes principalement situées aux limites des mailles départementales. Dans la Nièvre, ce difficile accès aux services hospitaliers a conduit à réunir dans une association des médecins libéraux pour la prise en charge des urgences vitales [BERN 08].

10.3.2. Deux casquettes pour l'État : parlement, administrations déconcentrées

L'État français intervient principalement à deux échelles pour organiser la répartition de l'offre de soins hospitalière : à l'échelle nationale par l'intermédiaire des administrations centrales et du Parlement, à l'échelle régionale par l'intermédiaire de ses services déconcentrés (les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales) ou plus récemment en confiant cette mission à des établissements publics indépendants, les Agences Régionales de Santé. A l'heure actuelle, plusieurs contraintes influent sur la manière actuelle de penser l'adéquation de la répartition entre les besoins et l'offre de services de santé. La maîtrise des dépenses de santé est une des premières raisons évoquées pour expliquer la nécessité de réorganiser la géographie de l'offre de soin. Viennent ensuite la sécurité des soins proposés et la nécessité d'équiper les établissements en matériel de pointe coûteux. D'une manière plus générale, ce sont aussi les évolutions démographiques parmi lesquelles le vieillissement et la concentration de la population dans les régions métropolitaines qui imposent à l'Etat de penser la réorganisation des services publics, en cherchant à développer les complémentarités entre les offres publique et libérale de soins.

10.3.2.1. L'inscription dans la loi de l'organisation territoriale et du financement des services de santé

Le Parlement inscrit l'organisation territoriale des services de santé dans ses préoccupations depuis 1999 en votant la Loi d'Orientation d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire qui comprend un volet relatif à l'organisation des services sanitaires et à leur répartition territoriale. Cette préoccupation se retrouve dans la Loi relative à la politique de santé publique en août 2004 et enfin dans la Loi 'Hôpital, Patients, Santé, Territoire' d'août 2009. Le Parlement a aussi un rôle actif dans l'autorisation et le contrôle des dépenses de santé par l'intermédiaire du vote des Lois de financement de la sécurité sociale.

10.3.2.2. Des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales aux Agences Régionales de Santé : déconcentration nationale, recentralisation régionale

L'échelon régional, même si son rôle est moins important que dans les pays à forte régionalisation (encadré 10.3) prend de l'importance, principalement dans le cadre de la déconcentration. Avec la création des Agences régionales de Santé en juillet 2009, l'Etat cherche désormais à mettre en cohérence médecine de ville et hospitalière. Les ARS sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Placées sous la tutelle des ministères de la santé, elles réunissent au niveau régional sept services de l'Etat : les agences régionales de l'hospitalisation, les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les Unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM), les missions régionales de santé (PRS), les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Elles ont pour objectif (affiché dans la loi) de permettre l'accès à la même qualité de soins pour tous, quels que soient les lieux de résidence ou les moyens financiers. Le directeur, nommé en conseil des ministres, a un rôle clé : il prépare le projet régional de santé, exécute le budget de l'Agence. Ce projet régional détermine l'enveloppe financière dont bénéficiera chaque agence après arbitrages gouvernementaux et vote parlementaire. On voit donc ici à l'œuvre une double dynamique : déconcentration des pouvoirs de l'Etat central vers des agences indépendantes mais aussi recentralisation par le pilotage de l'ensemble de l'offre : privée et publique (Lerouvillois, Pinclét, 2002) et plus récemment de ville et hospitalière. Pour l'instant, l'action des ARS, notamment sur le volet de la complémentarité entre médecine de ville et hospitalière est trop récent pour être rapporté. En revanche, leur ancêtre, les Agences Régionales d'Hospitalisation ont favorisé la rétraction de la trame hospitalière que nous décrivons maintenant.

Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires ont d'abord présidé à la réflexion en matière de planification territoriale de l'offre hospitalière (publique et privée) en dirigeant l'organisation des premiers Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire. Elles ont ensuite laissé la place aux Agences Régionales d'Hospitalisation (1996). Ces agences ont organisé jusqu'en 2009 la répartition géographique de l'offre hospitalière publique et privée, par le biais des accréditations (autorisations d'exercer) et des restructurations. Ces restructurations ont affecté en priorité les établissements publics et ont adopté diverses formes juridiques : fusion, communauté d'établissement, transfert d'activité, groupements coopératifs, reconversions. Les recompositions ont été particulièrement fortes (concernant plus de 25% des établissements) en Normandie, Picardie, Champagne, Bourgogne, Franche-Comté, Auvergne, Limousin, Poitou-Charentes. Elles ont été plus restreintes (moins de 13% des établissements) en Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées. Elles ont généralement débouché sur une concentration de l'offre hospitalière et sur une diminution de l'offre de lits autant dans les régions en croissance qu'en décroissance : Lucas-Gabrielli et Tonnelier rapportent que la capacité d'accueil des établissements hospitaliers diminue de 20% entre 1987 et 1997 et passe de 600000 lits en 1980 à 500000 lits environ en 1996 (soit 9 lits pour 1000 habitants).

10.3.2.3. Concentration de l'offre de soin hospitalière : les exemples des Pays-de-la-Loire et de la Basse-Normandie

Les travaux de Jousseau sur les Pays-de-la-Loire illustrent les effets de ces recompositions. Au début des années 1970, les services chirurgicaux ou obstétricaux étaient présents dans les bourgs de 4 000 habitants en Pays-de-la-Loire. En 2000, ils ne l'étaient plus que dans les préfectures et sous-préfectures. En effet, au milieu des années 1970, la quasi-totalité des bourgs centres des Pays-de-la-Loire ont perdu leurs services de chirurgie et de maternité tandis que les hôpitaux ruraux se sont transformés en centre de convalescence et n'ont gardé que le service de médecine. A partir de 1991, la réforme hospitalière a aussi remis en cause les centres hospitaliers des petites villes : l'accessibilité aux grands centres urbains s'étant trouvée améliorée, les impératifs de coût et de sécurité ont conduit à accentuer la concentration de l'offre de chirurgie et d'obstétrique dans une quinzaine d'agglomérations (environ trois par département).

Figure 10.3. Les établissements de santé en Pays-de-la-Loire en 2008

De la même manière le cas de la Basse-Normandie, étudié par Lerouvillois et Vinclét, illustre les tensions

auxquelles est soumise la trame hospitalière [LER 02]. En Basse-Normandie, le nombre de secteurs sanitaires (qui ont pour charge de desservir la population en soins hospitaliers) est passé d'une vingtaine en 1973 à sept en 1993. Cette diminution a accompagné une hiérarchisation de l'offre hospitalière. En 1993, au sein des sept secteurs un établissement pivot est devenu le pôle de référence pour tous les établissements du secteur : cela signifie qu'il assure des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, urgence et possède un plateau technique développé pour répondre à la plus grande partie des besoins de soins de la population du secteur tandis que les autres établissements se spécialisent dans certaines activités de soins : par exemple les soins de moyens ou longs séjours. Cette recomposition s'est appuyée sur une coopération entre établissements publics et privés. Ainsi le nombre des établissements, et plus encore le nombre des services hospitaliers a diminué : à Bayeux par exemple, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont désormais exclusivement assurées par le centre hospitalier. La clinique de la Croix-Rouge dans la même ville assure quant à elle les soins de suite et de réadaptation. A Avranches-Granville, l'hôpital des Armées a été fermé et son activité moyen-séjour a été transférée vers Valognes tandis que les autres activités ont été transférées à Cherbourg. Or, pour Bernier, la fermeture de ces structures hospitalières pose d'autant plus problème qu'elle se produit dans des zones déficitaires [BERN 08]. En effet dans ces espaces, les structures hospitalières constituent un appui à l'offre de soin de premier recours : les centres hospitaliers de proximité offrent des plateaux techniques qui permettent de sécuriser le travail des professionnels de santé sur le territoire. Leur absence constitue un facteur répulsif pour l'installation des médecins libéraux sur qui repose alors la prise en charge des urgences vitales. Un bon maillage hospitalier est nécessaire pour maintenir une offre de soins de premier recours sûre, et pour assurer le maintien de consultation de spécialistes dans des zones de carence de l'offre de soin.

10.3.2.4. Et les conseils régionaux ? Un rôle très modeste en France

Le Conseil Régional agit de façon marginale : en étant présent dans les conseils d'administration, ou parce que la collectivité a inclus dans l'un de ses programmes une mission sur la promotion de la santé. Ainsi le Conseil régional breton a-t-il un programme intitulé « participer à la promotion de la santé publique ». On reste donc loin des compétences exercées par la Basilicate (encadré 10.3).

Le système de santé peut aussi se réorganiser à l'échelle régionale dans un cadre de décentralisation. Par exemple, en Italie, où la régionalisation du système de santé fait partie des thèmes les plus polémiques du débat sur la réforme de l'Etat, les régions sont d'ores-et-déjà en première ligne. En effet, depuis la réforme constitutionnelle de 2001, la santé fait partie des matières « concurrentes » entre l'Etat et les régions – celles-ci avaient déjà des compétences pour « la bienfaisance publique et l'assistance hospitalière ». En Basilicate, la loi régionale 4/2007 affiche comme objectif la cohésion territoriale, et vise « à garantir à tous les citoyens lucaniens un accès égal aux opportunités de participation active à la vie sociale ». Afin de lutter contre une fragmentation territoriale trop élevée et le manque de professionnels médicaux spécialisés, la région prévoit entre autres une rationalisation qui baissera de 15 à 6 les domaines où on pratique la gestion associée des services. Le modèle de gouvernance choisi (Figure 45) donne à la région la tâche d'élaborer les lignes de conduite, de coordination et de programmation ; aux provinces (NUTS 3) celle de former les opérateurs, de gérer le contrôle et l'intégration avec les services pour l'emploi ; aux mairies la responsabilité de l'activité de programmation, de la mise en place et de l'évaluation au niveau local des interventions sociales et, de concert avec les ASL (Aziende Sanitarie Locali- Agences Sanitaires Locales), celle d'évaluation des interventions socio-sanitaires. Pour chaque domaine socio-sanitaire, il est prévu de désigner une Marie chef de file.

La Basilicate : le modèle de gouvernance issu de la loi 4/2007 – Réseau intégré des services de citoyenneté sociale

Encadré 10.3. La gouvernance de la santé en Basilicate (Italie)

A l'échelon le plus fin, les communes françaises ont peu de compétences officielles en matière de santé (hormis indirectement à travers les compétences en matière d'hygiène) mais sont souvent interpellées sur les questions d'accès au soin. Présentes dans les conseils d'administration de structures hospitalières, sollicitées par l'Etat pour coordonner des Ateliers Santé Ville, par les professionnels pour mettre en place des structures, notamment des permanences de soins, elles peuvent exercer certaines compétences de l'Etat en matière de services de soins, par exemple en animant des centres de soins, en proposant des services de soins à domicile pour les personnes âgées. Certaines collectivités locales, intercommunalités ou communes

se saisissent de compétences sociales et médico-sociales, de compétences en matière de santé et environnement. Ainsi en Bretagne, une huitaine de pays s'est lancée dans l'animation territoriale de santé : Saint-Malo, Vitré, Guingamp, Trégor Goëlo, Ploërmel, Centre Ouest-Bretagne et la ville de Rennes ont développé des postes d'Animateurs Territoriaux de santé Pour ces animateurs il s'agit de faire entendre la spécificité de leur pays au sein des instances de discussion sur la priorité de santé en Bretagne. Les pays ont aussi créé des points d'accueil et d'écoute pour les jeunes ; ils initient des actions en matière de prévention du suicide, ils contribuent à la professionnalisation des aides à domicile. Enfin, constatant que la plupart des volets territoriaux des contrats de plan comprenaient des actions en matière de Santé, le Comité Interministériel à la ville du 4.12.1999 a mis en place les ateliers Santé Ville. Ceux-ci ont pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé et doivent favoriser la prévention et l'accès aux soins.

Enfin, le rôle de l'Union européenne est pour l'heure mineur dans ces problématiques qui relèvent des compétences exclusives des Etats, sauf lorsqu'il s'agit d'améliorer la situation des espaces transfrontaliers.

La santé est en effet également un thème porteur de la coopération trans-frontalière en Europe, où « elle constitue un pan important des bassins de vie qui émergent progressivement sur les frontières » (MOT, 2007). L'ouverture des frontières et la coopération participent aussi d'une certaine banalisation des services d'intérêt général : la santé devient « un service comme un autre dont la proximité, le niveau d'excellence ou la rapidité d'accès motivent les « clients » potentiels » (id).

Ce domaine s'est ouvert grâce aux aménagements administratifs, dans le cadre d'accords bilatéraux, suscités en particulier par le cas des frontaliers. Explicitement soutenu par les programmes européens comme Interreg, ce processus est avant tout porté par les structures hospitalières elles-mêmes (62 initiatives sur les 66 jouant en France !). Paradoxalement, dans le cas français, le fait que les organismes hospitaliers disposent d'une grande autonomie vis-à-vis des collectivités territoriales contribue sans doute à leur aptitude à déployer aujourd'hui des relations trans-frontalières ... mais pose le problème de l'insertion de leur démarche dans un projet territorial plus global, ce qui pourrait être la « valeur ajoutée » des pouvoirs publics locaux et régionaux (MOT, id).

C'est par excellence à partir des problématiques de régions densément peuplées que se nouent ces contacts transfrontaliers, toutefois des interactions se nouent aussi de part et d'autres des Pyrénées : les opérations sont alors plus limitées (les opérations de sécurité civile sont surreprésentées), l'essentiel se jouant sur les portions littorales, urbanisées, de ces régions. Plus localement, la coopération transfrontalière hospitalière implique aussi quelques hôpitaux de zone alpine peu peuplée en France et en Italie, avec en particulier une attention aux personnes âgées. (MOT, 2007).

Encadré 10.4. La santé dans les régions transfrontalières

10.4. Conclusion

La géographie actuelle de la médecine hospitalière résulte d'une combinaison entre une trame dense, irrégulière et héritée des établissements de soins et une planification récente qui vise à concentrer les équipements. Quant à la géographie de la médecine libérale, qui bénéficie d'une quasi totale liberté d'installation, elle laisse de côté les implantations géographiques peu attractives et semble difficile à orienter géographiquement. A l'échelle nationale ou régionale, dans les régions ou espaces peu denses, voire en rétraction, l'offre de soins est elle aussi déclinante et repose souvent sur une population médicale vieillissante qui n'est pas remplacée. Mais ces espaces sont loin d'être les seuls et c'est aussi dans les espaces péri-urbains en forte croissance, dans les espaces urbains défavorisés que l'offre de soins de ville fait défaut. Si l'on peut dire que globalement l'offre de soin a augmenté depuis les années 1970, il est clair aussi que cette offre a suivi les mouvements généraux de population : de manière spontanée pour ce qui relève de la médecine de ville, de manière contrainte pour ce qui relève de l'offre hospitalière. Les tensions sur l'offre de soins, qu'il s'agisse des zones en rétraction ou des zones en croissance signalent les ajustements à opérer pour l'Etat en matière d'égalité d'accès aux services publics. Pour l'instant, c'est sur l'offre hospitalière que l'Etat a agi le plus directement et son action n'a pas été dans le sens d'une densification de la trame hospitalière : pour des raisons de sécurité des actes mais aussi pour des questions de maîtrise des coûts. Reste à savoir comment agiront les Agences Régionales de Santé et comment les collectivités territoriales inventeront de nouveaux moyens de remédier à la carence d'offre de soins sur leur territoire.

10.5. Bibliographie

- [BERN 08] BERNIER M., *L'égal accès de tous aux soins de premier recours : une priorité de santé publique*, Rapport d'information de l'Assemblée nationale, n° 1132, 206 p., 2008
- [BOU 07] BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., MAREK A., TAJAHMADI A., *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : Etude pour l'Observatoire des Professions de Santé 2005*, Rapport IRDES n°1635, 2007
- [BUD 02] BUDET J.M., « Intercommunalité et gestion hospitalière », dans Vigneron E. (ed.), *Santé et territoire : une nouvelle donne*, Paris, Datar, Editions de l'Aube, coll. Bibliothèque des territoires, p. 39-65, 2002.
- [CHA 00] CHARRAUD A., RICAN S., SALEM G., SIMON M., « Hiérarchie urbaine et densités médicales », dans PUMAIN D., MATTEI M.-F. (ed.) *Données urbaines 5*, Paris, Anthropos, coll. Villes, p. 261-273, 2000.
- [DRE 10] DRESS, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 », *Etudes et Résultats*, Février 2010, n° 720, 8p., 2010.
- [DRE 09] DRESS, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et Résultats*, Février 2009, n° 679, 8p., 2009.
- [JOU 02] JOUSSEAUME V., 2002, « Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000) », dans SECHET R. (ed.) *La santé, les soins, les territoires, Penser le bien-être*, Rennes, PUR, p. 33-49, 2002.
- [LEG 09] LEGMANN M., KAHN-BENSAUDE I., ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} janvier 2009*, Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2009.
- [LER 02] LEROUVILLOIS G., VINCLET P., « Hôpitaux sous contraintes : des restructurations aux recompositions de l'offre : l'exemple de Basse-Normandie », dans SECHET R. (ed.) *La santé, les soins, les territoires, Penser le bien-être*, Rennes, PUR, pp. 49-63, 2002.
- [LUC 03] LUCAS-GABRIELLI V., TONNELIER F., « Vieillesse et territoires », dans Vigneron E. (ed.), *Santé et territoire : une nouvelle donne*, Paris, Datar, Editions de l'Aube, coll. Bibliothèque des territoires, p. 205-219, 2002.
- [LUC 00] LUCAS-GABRIELLI V., TONNELIER F., « Les équipements hospitaliers en France », dans PUMAIN D., MATTEI M.-F. (ed.) *Données urbaines 5*, Paris, Anthropos, coll. Villes, p. 189-199, 2000.
- [LUC 08] LUCAS-GABRIELLI V., CODELFY M., « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Document de Travail n°10*, IRDES, 31 p., 2008.
- [MAG 07] MAGNIEZ C., TONNELIER F., OSWALT N., LUCAS V., CASTEL TALLET M.A., *Quelles zones « fragiles » pour l'accès aux soins en Champagne-Ardenne ?*, Observatoire Régional de la Santé Champagne-Ardenne, 225 p., 2007.
- [PER 03] PERICARD B., « Déconcentration, décentralisation, régionalisation du système de santé, in 'Pour une approche territoriale de la santé », dans VIGNERON E. (ed.), *Santé et territoire : une nouvelle donne*, Paris, Datar, Editions de l'Aube, coll. Bibliothèque des territoires, p.43-65, 2002.
- [VIG 02] VIGNERON E.(ED), *Santé et territoire : une nouvelle donne*, Paris, DATAR, Editions de l'Aube, coll. Bibliothèque des territoires, 2002.
- [VIG 99] VIGNERON E., TONNELIER F., *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1999

q[u]e [c]e [l]e [s] [é]t [a]n [t] [a]p [p]e [l]é [e]s [d]a [n]s [l]e [c]h [a]p [i]t [r]e [& [A] [b]i [e]n [v]é [r]i [f]i [e]r []

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]