

Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020

Emmanuel Vigneron

Université Montpellier III
Directeur Scientifique du Groupe de
Prospective "santé et territoire"
Emmanuel.Vigneron@univ-montp3.fr

Alain Corvez

ARH du Languedoc-Roussillon
Directeur-Scientifique Adjoint du Groupe
arh.lr.sysinfo@wanadoo.fr

Roland Sambuc

Faculté de Marseille
Président du Groupe
rsambuc@ap-hm.fr
et le Groupe de prospective "Santé et Territoires"

En ce début de siècle, le monde de la santé est en pleine évolution sous le coup du progrès scientifique et des innovations techniques qui s'entrechoquent bruyamment avec le flot des crises sanitaires qui malmènent notre société. Chaque jour ou presque, d'une page à l'autre, les journaux relatent des progrès inouïs dans le traitement de telle ou telle maladie tandis qu'ils exposent les derniers développements de la crise de la vache folle tout en faisant ressurgir de vieilles peurs de l'humanité.

Les enjeux du futur sont d'abord celui-là : que voulons-nous ? Certainement ne plus "marcher sur la tête" pour reprendre une expression de Martine Aubry à propos des enjeux sociaux, mais espérer, croire en une société où la santé serait un bien précieux, offert à tous, choyé par tous. Une valeur plus qu'un simple droit... C'est, au fond, ce que dit le préambule de la Constitution. Mais, au-delà de cette générosité partagée, le monde de la santé est aussi en proie à de profondes inquiétudes liées aux difficultés lancinantes de son financement, aux problèmes éthiques que suscitent progrès et innovations et, ce qui est sans doute plus nouveau, à l'attachement de nos concitoyens à des soins de proximité et dans tous les cas à une bonne accessibilité aux soins. La Santé est aujourd'hui très largement conçue comme un droit fondamental et fait l'objet d'une exigence très forte d'égalité entre les citoyens. Cette dernière source d'inquiétude et même, parfois, de révolte,

domine certainement les deux précédentes : l'accès aux soins est encore trop inégal en France et l'adoption de la CMU déplace la question du champ économique et social au champ géographique.

En cela, la santé et les territoires sont fortement imbriqués. Il importe tout d'abord de préciser ces relations. Du fait de l'importance de ces liens, l'aménagement sanitaire du territoire, s'il est appuyé sur les valeurs fondamentales de notre société, est un moyen de répondre à ces inquiétudes et à ces interrogations. Pour cela, il faut commencer par dresser l'inventaire des idées reçues qui motivent ces inquiétudes, des tendances qui domineront nécessairement l'action à venir et des enjeux sur lesquels on pourra agir. C'est à cette tâche préliminaire que la prospective doit tout d'abord répondre. Ce sont les ingrédients du futur. Cette phase précède celle de l'établissement de scénarios d'évolution probables, possibles au sein desquels se mêlent ceux que l'on redoute et ceux que l'on souhaite. Favoriser ces derniers constitue la phase ultime de la prospective même si celle-ci est un perpétuel recommencement. C'est la phase de propositions d'action publique. Elle n'aurait pas de sens et surtout pas de chances de réussite sans un inventaire préalable et raisonné des enjeux du futur.

Santé et territoires

La santé au-delà des soins

L'un des apports majeurs de l'approche territoriale des questions de santé est de privilégier la demande et les besoins par rapport à l'offre et aux structures. Ceci conduit à prendre en compte la santé dans toutes ses dimensions et à ne pas se concentrer sur les seuls soins et leur distribution spatiale. L'approche territoriale conforte le passage d'une logique d'institutions à une logique de services de santé... Ce qui peut paraître banal... Mais qui ne l'est pas toujours tant il est commode de partir de l'offre. Au plan philosophique, ce n'est rien d'autre qu'une perspective humaniste et une volonté de faire vivre la déclaration universelle des droits de l'Homme. Toutes les études géographiques ou épidémiologiques ont en effet largement démontré que les déterminants de la santé n'étaient pas liés à la seule offre de soins... Sur les 60 000 décès évitables avant 65 ans que l'on déplore chaque année dans notre pays, les deux tiers seraient évitables par une prévention des risques individuels, un tiers seulement étant évitable par le système de soins : or, les dépenses pour les maladies représentent 95 % des dépenses tandis que celles pour la prévention et l'éducation n'en représentent que 2 %. Il est clair qu'à l'heure où l'on réintroduit l'instruction civique à l'école et au lycée, l'enseignement de règles de base pour ce qui consomme quand même plus de 10 % des richesses nationales, pourrait utilement concourir à une meilleure maîtrise de la demande et donc faciliter l'aménagement du territoire sanitaire. Les exemples pourraient être multipliés qu'il s'agisse des causes de la souffrance psychique de trop nombreux adolescents et jeunes adultes ou des personnes âgées.

On n'a sans doute pas assez tiré les leçons pratiques de ces enseignements : dans la plupart des pays du monde, les ministères de la santé sont d'abord et avant tout des ministères des soins, préoccupés de gérer des structures, notamment hospitalières et des professionnels de soins, plutôt que de répondre de manière large à des besoins de santé ou de les prévenir. L'effort financier pour

la santé est en fait pour l'essentiel un effort en faveur des soins. Pourtant les outils existent, notamment au travers des dispositifs législatifs et réglementaires :

- en 1978, la planification "territorialisée" entre en vigueur, avec la carte sanitaire instituée par la loi hospitalière ;
- en 1991, se développe une programmation de l'offre (SROS en juillet 1991) : l'offre hospitalière doit répondre aux besoins qu'il faut déterminer au préalable par des taux d'équipements différenciés localement ;
- en 1996, les ordonnances Juppé mettent en place la régionalisation des services de santé et la gestion régionale : ARH, URCAM, URML, Conférences de santé ;
- 1999, dans le cadre de la loi d'orientation sur l'aménagement et le développement durable des territoires (LOADDT, juin 1999), planification à partir de la demande, Schémas de service collectif sanitaire parmi les 8 SSC.

Désormais les services de santé sont intégrés à l'ensemble des autres services publics dans des schémas nationaux de services collectifs comme pour les transports, l'énergie, la culture, les loisirs...

Il est clair toutefois que l'on ne saurait négliger l'importance des soins. En effet, s'ils ne contribuent plus que pour une part relativement faible à l'état de santé, ils sont tout à la fois suffisamment complexes et coûteux pour justifier d'être fortement organisés en vue de leur bonne utilisation car il s'agit là d'une ressource à la fois rare et limitée.

La santé et les territoires

Entre la santé et les territoires, la rencontre aurait dû être ancienne. Elle est récente pourtant :

- ancienne, tout simplement parce que les infrastructures médicales et hospitalières structurent de longue date l'espace géographique ;
- ancienne également parce que les flux qu'engendrent les déplacements des malades vers les

Études et prospective

D A T A R

soignants polarisent le quartier, la ville, la région, le pays tout entier en fonction de leur plus ou moins grande rareté : les villes sont depuis longtemps, mais la révolution industrielle l'avait fait négliger, d'abord et avant tout des hôpitaux ;

- ancienne encore parce que les états de santé des groupes humains qui composent une nation sont variés, largement déterminés par " l'environnement " et qu'ils commandent des réponses sanitaires qui doivent être adaptées, " ciblées ", localement ;
- mais récente, pourtant, parce que l'installation des professionnels est libre dans notre pays, parce qu'elle paraît donc déterminée par le libre arbitre individuel et, à ce titre, insoumise à de quelconques régularités statistiques qui permettraient d'envisager sa maîtrise ;
- récente aussi parce que la fonction hospitalière était jusqu'à il y a peu de temps le fait des municipalités, une " affaire de clocher " laïc après avoir été religieux pendant des siècles ;
- récente encore parce qu'à l'opposé des visions locales, la centralisation à la française rendait impossible, voire sans objet, toute prise en compte des territoires locaux au bénéfice d'une vision égalitaire, lisse et sans aspérités du territoire national par une sorte de glissement facile mais dangereux de la définition constitutionnelle d'une France une et indivisible ;
- récente enfin, et ne soyons pas naïfs, parce que l'hôpital, avec la fin de la société industrielle, est soudain devenu, en cette fin de siècle, non seulement le premier employeur, ce qu'il était déjà souvent, mais aussi souvent le dernier gros employeur de la plupart des villes françaises. Cette situation concerne toutes les villes, petites bien sûr, où la fermeture projetée de tel ou tel hôpital résonne comme le glas d'une ville, d'un " pays " tout entier, mais aussi des plus grandes car que se passerait-il en termes économiques et sociaux si l'on fermait les établissements des plus grandes villes ? Non seulement pour les villes concernées mais aussi pour leur région : dans 14 des 22 régions françaises métropolitaines, c'est un hôpital qui arrive en tête des plus grands établissements de la région, dans le sud du pays

mais aussi dans de vieilles régions industrielles comme le Nord-Pas-de-Calais ou la Lorraine. Il est clair que les services de santé participent à la cohésion territoriale et aux économies locales : l'approche sanitaire est ici tributaire d'une approche territoriale.

Et pourtant cette rencontre entre santé et territoires est bien concrète :

- De nombreuses études ont été menées qui montrent que les populations ont tissé des liens étroits entre leurs territoires et leur consommation de soins au travers de la formation de bassins de santé autour des pôles hospitaliers.
- Par ailleurs, les structures et les matériels lourds sont déjà implantés selon des logiques territoriales (département, secteur sanitaire, Schémas Régionaux d'Organisation des Soins, Priorités stratégiques des ARH et des URCAM).
- Au delà de ces seules considérations pratiques et de manière bien plus fondamentale, les inégalités géographiques de la santé demeurent une plaie de notre pays. Régulièrement, la presse se fait l'écho d'un rapport qui met en évidence ce qui finit par apparaître comme un invariant de la santé en France : les inégalités entre CSP, sexes, mais aussi entre les territoires. À la fracture sociale s'ajoute la fracture spatiale !
- De même, la question de la répartition de l'offre de soins, prise en charge par des exercices de planification territoriale apparaît toujours irrésolue tandis que l'approche régionale apparaît comme la bonne échelle de maîtrise des risques et de contrôle des dépenses, particulièrement dans le domaine sanitaire,
- Se posent également, dans le quotidien des responsables et des populations, des questions d'accessibilité et de distance, de qualité des soins de proximité, donc d'articulation dans l'espace des différents services de santé.
- L'accord est général sur le fait que le progrès technique suppose une mise en réseau des acteurs de soins et de l'offre de soins. Ces réseaux ont nécessairement une traduction et des conséquences territoriales.

D'autres raisons plus profondes et moins circonstancielles justifient aussi cette actualité :

- Le renouveau du débat de philosophie politique autour des principes fondamentaux de Liberté, d'Égalité, de Fraternité. Et particulièrement autour de l'idée d'égalité qui se pose aussi en termes d'égalité territoriale d'accès aux services publics.
- Il est possible qu'un progrès historique "naturel" de la philosophie morale et politique nous ait conduits du concept classique de salubrité à celui moderne d'équité pour arriver enfin, dans une France riche très bien équipée à celui d'égalité. Une valeur forte s'affiche alors en corollaire : la santé n'est pas un marché, la santé est un droit. C'est un devoir de la Nation que celui de l'assurer à tous. Comme le disait le général de Gaulle à propos de l'aménagement du territoire, la santé aussi est "une ardente obligation de toute la nation !" De ce point de vue, il faut bien considérer l'adoption de la CMU comme un pas de géant. Elle achève le principe de solidarité et permet de se consacrer à la résolution du problème de fond que constitue la justice spatiale.
- Enfin, la France est désormais engagée dans une vaste entreprise de recomposition territoriale sous l'effet conjugué des dispositions adoptées par la représentation nationale et de la volonté citoyenne qui se manifeste notamment par le succès que rencontrent les lois Chevènement et Voynet. Les territoires de la santé tels qu'ils se manifestent au travers des "bassins de santé" dont nous avons montré toute la réalité et l'importance ne sont sans doute pas très différents des autres zonages existant dans les autres administrations. Pour autant, il ne s'agit pas de rajouter encore de nouveaux découpages aboutissant à une complexité néfaste alors que la tendance est aujourd'hui à la simplification des zonages pour l'action autour de l'élaboration des "Pays" et des "Agglomérations".

Ces réflexions préliminaires sur les liens entre santé et territoires en montrent suffisamment l'ampleur et l'enracinement pour inciter à une réflexion sur la façon dont la santé pourra - devra - être organisée, voire planifiée dans ces nouveaux terri-

toires en tenant compte du fait que tout ne saurait être disponible partout et qu'une gradation de l'offre est nécessaire. Cette réflexion trouve une légitimité incontestable dans l'intégration des services sanitaires aux Schémas de Services Collectifs prévus par la LOADT. Cette réflexion sur la façon dont il conviendrait d'organiser l'offre de santé tout entière dans les vingt prochaines années suppose d'avoir préalablement repéré les enjeux, tendances, signaux, idées reçues qui la détermineront.

Enjeux, tendances, signaux, idées reçues...

Question de méthode

La méthode qui a été suivie s'inspire grandement des travaux théoriques et appliqués des prospectivistes tels que Michel Godet et Hugues de Jouvenel. Elle s'est dessinée au Colloque de Prospective organisé par la DATAR à Arc-et-Sénans en mai 2000. Cette méthode de travail s'est également inspirée de ce qui avait déjà pu être fait dans le passé des groupes de prospective de la DATAR au travers de la lecture des nombreux ouvrages issus des travaux des deux premières générations de la prospective. Le caractère pratique et concret de certains de ces travaux nous a plus particulièrement motivés comme celui du groupe Agriculture et Territoires 2015 dirigé par Philippe Lacombe. Notre méthode de travail s'est également nourrie du rapprochement effectif avec d'autres groupes actuels : Espaces Naturels et Ruraux, Représentations, Temps et Territoires.

Dès lors la méthode de travail, s'est voulue efficace, pratique et partagée. Notre démarche prospective, pour être fructueuse, c'est-à-dire développer " le réflexe proactif " et contribuer concrètement à la prise de décision éclairée au regard des futurs possibles, a cherché à respecter les six " critères de qualité " suivants :

- la démarche doit être pertinente, poser les bonnes questions sur l'avenir du système " santé et des territoires " à l'horizon 2020 ;

Études et prospective

D A T A R

- pour autant la démarche doit aussi intégrer les prochaines années et s'assigner à bien décrire les cheminements ;
- ces réflexions sur le futur doivent s'ancrer dans la réalité du système " santé et des territoires ", de leur environnement et des stratégies contrastées des acteurs concernés par le champ de l'étude, être vraisemblables ;
- elles doivent contribuer à développer des visions cohérentes de ce futur ;
- les travaux doivent avoir la transparence nécessaire à leur appropriation par les acteurs impliqués afin de créer une vision partagée sur les enjeux du système " santé et des territoires " ;
- ils doivent déboucher sur des recommandations opérationnelles, à même d'identifier les modalités et les axes prioritaires de travail du Groupe DATAR " santé et territoires " pour les deux prochaines années.

Les enjeux du futur se révèlent à travers ce qu'il est convenu d'appeler des tendances lourdes mais aussi des signaux faibles. La recherche de ces signes constitue la première tâche d'une action prospective : ce sont les germes du futur. Ils se cachent derrière un certain nombre d'idées reçues qu'il faut tout d'abord débusquer.

La reconnaissance de ces tendances et de ces idées reçues, se fonde d'abord sur l'analyse des propos, écrits ou non, de la palette d'acteurs la plus large possible. Sans doute cette dernière eut-elle pu être plus large encore, mais, telle qu'elle, elle représente néanmoins l'équivalent de plus d'une dizaine de milliers de pages de documents divers, discours, entretiens, écrits, qui ont été rassemblés et synthétisés. L'un des avantages de cette méthode est certainement de mettre l'accent sur les tendances lourdes, celles qui sont communes à de nombreux acteurs plutôt que sur les signaux faibles pouvant se nicher ici ou là. Nous avons toutefois cherché à les relever autant que possible.

Cette approche s'est également nourrie de l'audition de nombreux rapports et interventions sur

des sujets clés. Enfin, cette approche a été complétée par la tenue d'ateliers de prospective stratégique en vue d'établir d'une part une synthèse des travaux précédents en les nourrissant d'autres points de vue. Ces ateliers avaient pour objectifs :

- de débusquer les idées reçues qui encombrant une réflexion saine sur la question ;
- d'initier et de simuler une pédagogie du changement pour mettre en perspective les tendances lourdes, les incertitudes majeures, les signaux faibles (ou germes de changement) et les ruptures possibles dans la dynamique du système santé et territoires à l'horizon 2020 ;
- de repérer les enjeux clés du système santé et territoires à l'horizon 2020.

Ils constituent ainsi le socle sur lequel appuyer la réflexion prospective, bâtir des scénarios et formaliser des propositions et des recommandations stratégiques pour l'action publique.

Diagnostic

Idées reçues

Une idée reçue, qu'elle soit ou non fondée, est généralement admise sans qu'il soit nécessaire de l'argumenter ou de la justifier. Les idées reçues sont toujours présentes et par définition enracinées. On ne peut que difficilement s'en défaire. Il faut les connaître car elles révèlent les " croyances " et " non dits " qui tendent à façonner les attitudes et stratégies et donc à influencer les jeux d'acteurs. En prenant conscience de certaines idées implicites, on objective des facteurs dont le caractère subjectif ne saurait être évacué de la réflexion sur le futur. Il s'agit pour cela d'en dresser l'inventaire.

Les idées reçues qui circulent sont extrêmement nombreuses dans un domaine d'importance comme celui de la santé. Nous en avons relevé plus d'une cinquantaine. Malgré le caractère d'inventaire à la Prévert de cette liste, il importe de la donner telle quelle :

Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020

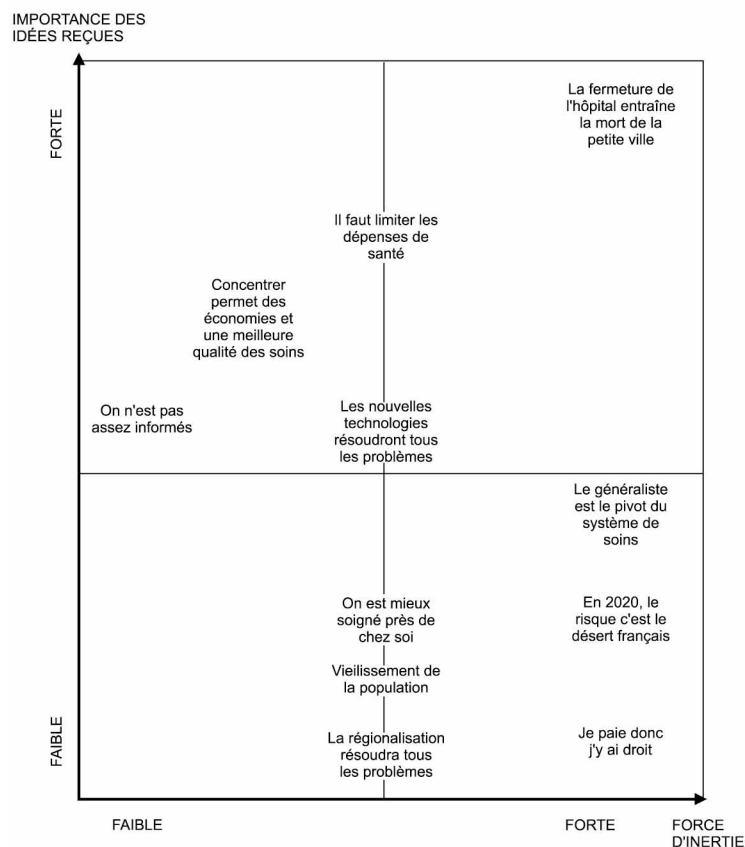
Toutes ces idées reçues ne sont pas aussi importantes les unes que les autres et beaucoup sont contradictoires. Onze d'entre elles paraissent plus fortement ancrées dans les esprits de nos contemporains. Ce sont, par ordre d'importance décroissant :

- 1) la fermeture de l'hôpital entraîne la mort de la petite ville ;
- 2) il faut limiter les dépenses de santé (supprimer le paiement à l'acte et limiter les dépenses de santé) ;
- 3) concentrer fait faire des économies et permet d'améliorer la qualité des soins ;
- 4) les nouvelles technologies résoudront tous les problèmes de coordination ;

- 5) on n'est pas assez informé ;
- 6) le généraliste est le pivot du système de soins ;
- 7) en 2020, le risque c'est le " désert français " ;
- 8) le vieillissement de la population va poser des problèmes de santé ;
- 9) on est mieux soigné près de chez soi ;
- 10) la régionalisation (ou décentralisation) résoudra tous les problèmes ;
- 11) je paie donc j'y ai droit.

Toutes ces idées reçues sont donc plus ou moins importantes. Elles ont aussi plus ou moins de force d'inertie. Le graphique ci-dessous permet de les situer dans un plan décrivant ces deux dimensions. La position des points figurant une idée reçue doit s'apprécier relativement à celle des autres.

Importance et inertie des principales idées reçues sur le système "santé et territoires" aujourd'hui et d'ici à 2007-2010.



Études et prospective

D A T A R

Tendances

Ce que nous appelons "tendances" et dont la liste résulte à la fois de la tenue des ateliers de prospective et de la revue de la littérature, est constitué de facteurs d'évolution ou d'inertie relativement importants pour l'avenir du système mais dont le degré d'incertitude à venir est faible. Leur analyse est une affaire de technique plus que de jugement de valeur. Elle doit faire l'objet de documents du type "tableau de bord" largement diffusés pour éclairer le débat démocratique. Elle est largement engagée par les études scientifiques comme on en trouvera la marque en bibliographie mais elle doit encore être synthétisée au moyen de documents adaptés.

Douze tendances principales concerneront, de toute évidence, l'organisation territoriale du système de santé au cours des vingt prochaines années :

- le vieillissement démographique de la population française ;
- le développement de la prise en charge à domicile et les alternatives à l'hospitalisation ;
- la montée en charge des pathologies chroniques et des incapacités ;
- le développement de la part des médicaments dans les traitements ;
- les exigences croissantes en matière de sécurité, qualité, accessibilité au système de soins ;
- la diminution du potentiel médical ;
- la sophistication croissante des techniques médicales ;
- le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- le corporatisme du système de formation et l'absence de passerelles au sein de l'administration et entre les métiers ;
- l'émergence de nouveaux territoires de la décision en matière de système de santé : la région et l'Europe ;
- la déconcentration administrative du système de santé publique ;

- l'élargissement du périmètre de la santé au social et au médico-social.

Ce sont ces douze tendances qu'il conviendra de soumettre à l'appréciation et à la réaction des différents acteurs du domaine considéré.

Enjeux

En regard des tendances, les enjeux sont des facteurs importants mais dont l'évolution est incertaine à l'horizon 2020. Ils posent plus de questions qu'on ne peut leur apporter de solutions mais c'est sur eux que l'on peut agir et influencer le cours des événements. Ils sont les points d'ancrage de l'action publique.

Sept enjeux assortis de questions-clés peuvent être identifiés à l'horizon 2020.

- La régulation du système de santé :
 - quel niveau de régulation du système de santé ? Quelle articulation entre les différents territoires de décision : la région, l'État, l'Europe ?
 - selon quelles modalités s'opèrera la régulation du système de santé ? Comment vont se concilier les logiques de déconcentration et de décentralisation ?
 - quel degré d'ouverture du " marché sanitaire européen " ?
- Les nouvelles technologies de l'information et de la communication :
 - quel niveau d'accessibilité du patient à l'information médicale ?
 - quel impact (de la télémédecine en particulier) sur les usages et pratiques des professionnels de santé ?
 - quelle organisation en réseaux de la filière de soins ?
 - quels impacts sur les territoires de la santé ?
 - quel développement du commerce électronique dans le domaine de la santé* ?
- Les enjeux liés à l'offre de santé :
 - quelles évolutions des métiers et des compétences des professionnels de santé ? En particulier, quels nouveaux métiers pour le généraliste* ?

- comment vont se concilier les logiques de concurrence et de complémentarités entre les offreurs de soins ?

- quels déséquilibres dans la répartition géographique de l'offre de santé ?

- quelles seront les nouvelles formes de prévention sur les territoires ?

- Quel développement des démarches qualité et des systèmes d'évaluation du système de santé ?

- La " démocratie sanitaire " à l'horizon 2020 :

- comment s'exprimera la demande sociale de santé ?

- quel degré de transparence ou d'appropriation par le patient ?

- quels seront les formes et les lieux de l'éducation sanitaire en 2020 ?

- La recomposition des territoires à l'horizon 2020 :

- à quel rythme va s'opérer la recomposition des territoires ?

- quels seront les territoires pertinents pour la santé ?

- quelle cohérence avec les différents niveaux de régulation ?

- L'activité santé et le développement économique des territoires

Tels sont les enjeux essentiels qui concernent un très grand nombre d'acteurs : plus d'un million de personnes contribuent quotidiennement au fonctionnement du système de santé, quatorze millions d'entre nous sont hospitalisés chaque année tandis que près de trois cents millions d'actes médicaux sont effectués dans le même laps de temps. Tous les acteurs sont concernés par ces enjeux même si c'est à des degrés divers. Ils les perçoivent différemment, les vivent différemment et, de ce fait, sont conduits à prendre à leur sujet des positions variées... Il importe donc de réfléchir aux positionnements de ces familles d'acteurs, d'identifier leurs contributions positives mais aussi leurs éventuelles résistances au changement.

⁵ Cette méthode d'analyse du jeu des acteurs a été mise au point à la Chaire de Prospective Industrielle du Conservatoire National des Arts et Métiers par François Bourse et Michel Godet.

Le jeu des acteurs

L'inventaire ci-dessus n'est pas un inventaire d'experts. Ou pas seulement. Il s'appuie sur un regard ouvert et tolérant aux différents acteurs, à leurs propos, à leurs écrits, avec le souci d'une absence de parti pris.

Cette analyse a été complétée et formalisée par une estimation du jeu des acteurs dans le champ de huit tendances majeures au sein de l'ensemble des douze précédemment repérées :

T1 – Les exigences croissantes en matière de santé

T2 – Le développement de la prise en charge à domicile

T3 – Le développement de la part des médicaments dans les traitements

T4 – La diminution du potentiel médical

T5 – La sophistication des techniques médicales

T6 – Les nouvelles technologies de l'information et de la communication

T7 – L'élargissement du périmètre de santé

T8 – La recomposition des territoires

L'analyse du jeu des acteurs, la confrontation de leurs projets, l'examen de leurs rapports de force sont en effet essentiels pour mettre en évidence l'évolution des enjeux stratégiques et se poser les questions-clés pour l'avenir (issues et conséquences des conflits prévisibles). Tel est l'objet de la méthode MACTOR⁵, qui a été utilisée ici.

Quinze groupes d'acteurs ont été reconnus comme jouant ou devant jouer un rôle majeur sur les tendances du système santé et territoires au cours des vingt prochaines années. Ce sont par ordre d'importance décroissante :

- 1) les Agences Régionales de l'Hospitalisation ;
- 2) les hospitaliers, médecins ou non ;
- 3) les industries biomédicales et pharmaceutiques ;
- 4) les médecins généralistes exerçant à titre libéral ;
- 5) les financeurs : Sécurité sociale et URCAM ;
- 6) les maires et les élus locaux ;
- 7) les formateurs (et universités) des profession-

Études et prospective

D A T A R

- nels de santé ;
 8) le patient, le citoyen ;
 9) les médecins spécialistes ;
 10) les assurances complémentaires et mutuelles santé ;
 11) les médias ;
 12) le Ministère de la Santé ;
 13) les associations de malades ;
 14) la Communauté européenne ;
 15) les paramédicaux et syndicats associés.

Il apparaît clairement dans le classement de cette liste le rôle majeur que l'on suppose devoir jouer aux acteurs locaux, régionaux et le peu de croyance dans celui des superstructures de l'État.

L'étape suivante de l'analyse consiste à apprécier le degré d'implication de chaque acteur dans le

jeu d'ensemble, compte tenu de sa position sur les tendances, et à repérer les convergences et les divergences entre les acteurs. Le remplissage du tableau de positionnement des acteurs sur les tendances s'effectue à l'aide de la convention suivante :

+ 2 si un acteur est tout à fait d'accord avec une tendance ;

+ 1 si un acteur est partiellement en accord sur une tendance ;

0 si un acteur n'est pas concerné (neutre ou indifférent) par une tendance ;

- 1 si un acteur est partiellement opposé à une tendance ;

- 2 si un acteur est tout à fait opposé à une tendance ;

Les résultats sont synthétisés sous la forme de la matrice acteurs x tendances ci-dessous.

ACTEURS	TENDANCES								
	Exigences en matière de santé	Développement prise en charge à domicile	Part médicament dans traitement	Diminution du potentiel médical	Sophistication des techniques médicales	NTIC	Elargissement périmètre santé	Recomposition des territoires	Implication (Σ des valeurs absolues)
1. ARH	+ 2	+ 2	0	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 2	10
2. Hospitaliers	+ 1	0	0	- 2	+ 2	+ 1	0	- 1	7
3. Industries bioméd & pharm	+ 2	0	+ 2	- 2	+ 2	+ 1	+ 2	0	11
4. Généralistes	+ 1	+ 2	+ 1	- 1	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1	9
5. Financeurs (Sécu + URCAM)	+ 1	+ 1	0	+ 2	- 1	+ 1	0	- 1	7
6. Maires	0	+ 1	0	- 1	+ 1	+ 1	+ 1	- 1	6
7. Formateurs	+ 1	0	+ 1	- 2	+ 2	+ 1	- 1	0	8
8. Patient/Citoyen	+ 2	+ 1	+ 1	- 1	+ 1	0	+ 1	0	7
9. Spécialistes	+ 1	+ 1	+ 1	- 1	+ 2	+ 2	0	0	8
10. Complémentaires	+ 1	0	0	- 1	+ 1	+ 1	+ 1	0	5
11. Médias et Internet	+ 2	0	+ 2	0	+ 2	+ 2	+ 1	0	9
12. Ministère de la Santé	+ 2	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1	9
13. Associations de malades	+ 2	+ 1	+ 1	- 2	+ 1	+ 1	+ 1	0	9
14. Communauté européenne	+ 1	+ 1	+ 1	0	+ 1	+ 2	+ 1	+ 1	8
15. Paramédicaux & syndicats	+ 1	+ 1	0	- 1	+ 1	0	+ 1	- 1	6
Implication (Σ des valeurs absolues)	20	12	11	18	19	16	14	9	119
Accords (Σ des +)	+ 20	+ 12	+ 11	+ 3	+ 18	+ 16	+ 13	+ 5	
Désaccords (Σ des -)	0	0	0	- 15	- 1	0	- 1	- 4	

Les principaux enseignements que l'on peut tirer de l'analyse du jeu des acteurs autour des tendances du système santé et territoires ne sont pas sans portée pratique :

- sur le comportement des acteurs :
 - excepté pour trois d'entre eux (maires, médias, paramédicaux et syndicats), l'ensemble des acteurs sont globalement impliqués par l'évolution du système santé et territoires ;
 - l'acteur considéré comme le plus impliqué - les industries biomédicales et pharmaceutiques (il a obtenu une note de 11 qui représente le total le plus important en valeur absolue) - est également celui qui a les positions les plus affirmées sur l'ensemble des tendances.
- sur les alliances et les conflits :
 - l'évolution du système est perçue plutôt comme consensuelle : la grande majorité des acteurs a des positions communes sur les tendances retenues (ce constat ne tient pas compte des rapports de force des acteurs) ;
 - une seule tendance apparaît comme conflictuelle : la recomposition des territoires (la somme des accords est globalement égale à celle des désaccords), mais c'est aussi la tendance qui mobilise le moins d'acteurs. On peut penser qu'il y a là non pas un désintérêt pour la question mais plutôt une méconnaissance de la façon qu'il y aurait d'aborder un problème perçu comme délicat et conflictuel.

Conclusion

Cette grille d'analyse nous fournit un cadre d'action pour la poursuite de notre activité prospective. Deux grandes orientations semblent devoir être prises pour affiner la réflexion prospective. Il conviendra d'abord d'interviewer les familles d'acteurs de la santé et de recueillir plus exactement leurs positions sur les enjeux. Ceci permettra d'intégrer leur rôle dans l'élaboration de scénarios prospectifs.

Identifier aujourd'hui les enjeux forts, conduire les

acteurs à réagir, construire des scénarios aboutira nécessairement à des propositions d'action publique. À ce stade, mais aussi dès maintenant, ces propositions concernant les territoires de la santé ne pourront être dissociées des réflexions d'ensemble menées par ailleurs dans l'ensemble du champ de l'aménagement du territoire, en matière de services collectifs tout particulièrement, et des thèmes retenus pour la prospective territoriale de la DATAR. De toute évidence, il sera utile de rechercher une plus grande imbrication avec les autres groupes pour mesurer nos zones d'intérêt commun et favoriser la coordination de nos actions.

Par ailleurs, si nos réflexions et propositions portent avant tout sur :

- la réduction de la fracture spatiale qui commande d'agir partout sur les déterminants de la santé, de définir des priorités régionales ou locales de santé publique et à laquelle les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de deuxième génération ont cherché à répondre pour la partie hospitalière et les Programmes Régionaux de Santé (PRS) d'une manière plus générale ;
- l'organisation territoriale du système de santé, commandée par la nécessaire mise en réseau des structures, le progrès technique et les mutations de la répartition de la population, et qui demande une réforme de la carte sanitaire ;

Elles ne sauraient être séparées de l'ensemble des autres grandes réflexions qui ne sont pas territoriales a priori mais qui affectent toutefois le champ de la santé et qui en constituent les autres grands défis :

- les difficultés de financement et de régulation du système, au travers de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale et de l'ONDAM ;
- les questions éthiques et républicaines soulevées par le progrès technique, auxquelles le Comité d'Éthique et le Haut Comité de Santé Publique s'attachent, de même que la représentation nationale ;

- l'universalité de la couverture médicale, qui suppose l'accomplissement de la CMU ;
- la demande de démocratie, au travers des travaux des Conférences Régionales et Nationales de la Santé, notamment, insistant sur les droits des malades ;
- l'exigence de solidarité, avec la Prestation Solidarité Dépendance (PSD), les textes sur les handicapés, tout particulièrement.

Références bibliographiques

- André P.**, Rapport d'information fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification (1) sur les troisièmes contrats de plan État-Régions (1994-1999), 28 juin 2000.,
- Assemblée nationale**, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Proposition de loi n° 2657 de M. Jean-Luc Prél relative à la régionalisation du système de santé déposée le 18 octobre 2000.
- Assemblée nationale**, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé (groupe présidé par Claude Evin), 7 mars 2000.
- Aubry M.**, 1997, *Il est grand temps*, Albin Michel et 1998, Le Livre de Poche.
- Aubry M.**, Discours au Congrès de la fédération hospitalière de France, 16 mars 2000 (disponible sur le site www.sante.gouv.fr).
- Bailly A. et al.**, *Une conception globale de la santé*, compte-rendu de la première journée Forum Santé 2000, Les Diabliets, Suisse, 14 janvier 1999, Sanofi/Synthelabo et université de Genève, 35 p.
- Bailly J.-P.**, " Prospective, débat, décision publique. Avis du Conseil économique et social ", *Futuribles*, octobre 1998, pp. 27-51.
- Bailly J.-P.**, 1999, *Demain est déjà là*, éditions de l'Aube.
- Béraud C.**, " La France à la recherche d'un système de soins ", *Futuribles*, décembre 1996.
- Beuscart R.**, Rapport sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé, rapport pour la MTIC (disponible sur le site, www.mtic.pn.gouv.fr).
- Brodin M.**, *Rapport 2000*, Conférence nationale de santé, 21-23 mars 2000.
- Busson O., Lucas-Gabrielli V., Rochereau T., Sermet C., Tonnelier E.**, 1999, *Environnement local, santé, soins et protection sociale*, CREDES.
- Brunet-Léchenault C.**, 2000, *La décentralisation et le citoyen*, Avis et rapports du Conseil économique et social, Les éditions des Journaux officiels.
- Charpin J.-M., Hespel V.**, 2000, *Rapport sur l'avenir de la France*, Paris, Commissariat Général du Plan.
- CNAMTS**, *Plan stratégique – Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins*, 12 juillet 1999.
- Collectif**, " La santé en questions ", *Revue des deux mondes*, avril 1991.
- Collectif**, " Santé : l'impossible choix ? ", *Revue politique et parlementaire*, 101e année, n°998, janvier/février 1999.
- Commissariat général du Plan**, 1993, *Santé 2010, équité et efficacité du système*, Paris, La Documentation française.
- Conseil national de l'ordre des médecins**, 2000, *La Plate-forme des propositions, l'avenir du système de soins*, Paris.
- D'Armagnac J., Blayo C., Parant A.**, 1996, *Démographie et aménagement du territoire*, actes du Xe colloque national de démographie, conférence universitaire de démographie et d'étude des populations.
- De Sédouy A.**, 1989, *De quoi souffrez-vous docteur ? Voyage à l'intérieur de la médecine française*, éditions Olivier Orban.
- Delmas P.**, *Le maître des horloges. Modernité de l'action publique*, éditions Odile Jacob.
- DREES**, 2000, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- DREES**, " Les revenus sociaux ", *Dossiers solidarité et santé*, n° 4 octobre 1998, La Documentation française.
- École nationale d'administration, Promotion René Char (1993-1995)**, 1995, *Les nouveaux enjeux des politiques de santé*, La Documentation française.
- Échanges santé-social**, " La lutte contre les exclusions ", n° 92, décembre 98, La Documentation française.
- Échanges santé-social**, " Projets régionaux de santé ", n° 83, octobre 96, La Documentation française.
- Girard J.-E.**, 1998, *Quand la santé devient publique*, Hachette Littératures.
- Godet M.**, " La boîte à outils de prospective stratégique ", *Cahiers du LIPS*, n° 5, avril 2000 (4e édition).
- Godet M.**, 1997, réédition 2000, *Manuel de prospective stratégique*, Paris, Dunod.

Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020

- DATAR**, 2000, *Aménager la France de 2020, mettre les territoires en mouvement*, Paris, Datar-La Documentation française.
- Guigou J.-L.**, 1993, *France 2015. Recomposition du territoire national*, La Tour d'Aigues, Datar/éditions de l'Aube.
- Guigou J.-L.**, 1995, *Une ambition pour le territoire : aménager l'espace et le temps*, La Tour d'Aigues, Datar/éditions de l'Aube.
- Haut comité de la santé publique**, 1997, *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*, rapport de la Conférence nationale de santé.
- Haut comité de la santé publique**, 1998, *La santé des Français : un constat sans concessions*, La Découverte.
- Haut comité de la santé publique**, 1998, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP.
- Haut comité de la santé publique**, 2000, *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, éditions ENSP.
- Haut comité de la santé publique**, 2000, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, éditions ENSP.
- Henrad J.-C. & Ankri J.**, 1996, *Systèmes et politiques de santé*, éditions ENSP.
- Honoré B.**, 1996, *La santé en projet*, Interéditions.
- IEPS**, 1996, *La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de soins*, Flammarion Médecine-Sciences.
- IEPS**, 1997, *Politiques de santé en France : quelle légitimité pour quels décideurs ?*, Flammarion Médecine-Sciences.
- IEPS**, 1997, *Politiques de santé en France : quelle politique de santé pour le grand âge ? Une réflexion européenne*, Flammarion Médecine-Sciences.
- IEPS**, 1998, *Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale*, Flammarion Médecine-Sciences.
- IEPS**, 1999, *Les choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire*, Flammarion Médecine-Sciences.
- IEPS**, 1996, *Qu'est-ce qu'une politique de santé ?*, Flammarion Médecine-Sciences.
- INSEE**, CDROM édition 2000 des *Tableaux de l'économie française*.
- Johanet G.**, 1995, *Dépenser sans compter*, éditions Santé de France.
- Kermarec J. (dir)**, " Soins palliatifs et accompagnement ", *ADSP*, n° 28 septembre 1999, Haut comité de la santé publique.
- Kervasdoué J. (de)**, 1996, *La Santé intouchable*, Paris, Jean-Claude Lattès.
- Kervasdoué J. (de)**, 1999, " Santé, pour une révolution sans réforme ", Paris, *Le Débat*, Gallimard.
- Kervasdoué J.** *Le carnet de santé de la France en 2000*, Mutualité française-Syros.
- Kouchner B.**, Congrès des hôpitaux locaux, Colloque sur les hôpitaux de proximité, Chateaubriand, décembre 1998 (disponible sur le site www.sante.gouv.fr).
- Lacoste O., Sampil M., Spinosi L., Debeugny S., Declercq C., Mathieu S., Tillard B., Salomez J.-L.**, 1999, *La population et le système de soins*, ORS Nord-Pas-de-Calais.
- Lambert D.-C.**, 2000, *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, éditions du Seuil.
- Lazerges C. & Balduyck J.-P.**, 2000, *Réponses à la délinquance des mineurs, rapport au Premier ministre*, collection des Rapports officiels, La Documentation française.
- Lebas J. & Chauvin P.**, 1998, *Précarité et Santé*, Flammarion.
- Le Pen C.**, 1999, *Les habits neufs d'Hippocrate : du médecin artisan au médecin ingénieur*, Paris, Calmann-Lévy.
- Lucas V., Tonnellier Fr., Vigneron E.**, 1998, *Typologie des paysages socio-sanitaires en France*, Paris, CREDES.
- Lucas-Gabrielli V., Nabet N., Tonnellier E.**, 2000, *Les soins de proximité, un regard sur l'international*, Paris, CREDES.
- Mauroy P.**, 2000, *Refonder l'action publique locale*, collection des Rapports officiels, La Documentation française.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**, *Indicateurs socio-sanitaires. Comparaisons internationales - Évolution 1980-1994*.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité** " Handicap et dépendance ", *Dossiers solidarité et santé*, n° 4 octobre 1997, La Documentation française.
- Mossé Ph.**, 1997, *Le lit de procuste - L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, Érès.
- Mougeot M.**, 1994, *Systèmes de santé et concurrence*, Economica.
- Mougeot M.**, 1999, *Régulation du système de santé*, rapport du Conseil d'Analyse Économique, Paris, La Documentation française.
- MSA**, 2000, *2000-2005 : de nouvelles orientations stratégiques pour la MSA*, Paris, Mutualité sociale agricole.
- Penoff J.**, 2000, *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*, éditions Métailié.
- Salem G., Rican S., Jouglé E.**, 2000, *Atlas de la mortalité en France*, Paris, John Libbey.
- Sambuc R. et al.**, 2000, *Le panier de biens et de service*, rapport au Haut Comité de la santé publique, Paris.
- Sermet C.**, 1998, *Évolution de l'état des personnes âgées en France*, CREDES-éditions Inserm.
- Spaeth, J.-M.**, 1999, *La Sécu : une idée neuve*, Paris, la Découverte.
- Tanti-Hardouin N.**, 1996, *L'hospitalisation privée : crise identitaire et mutation sectorielle*, La Documentation française.

Tonnellier E. et Vigneron E., 1999, *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, col. QSJ ? n° 3435. 128p.

Vigneron E. et Corvez A. (dir.), " Santé publique et aménagement du territoire ", *dossier de Actualité et dossier en santé publique*, revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique, décembre 1999

Vigneron E., 1999, *Le territoire et la santé*, Paris, CNRS, coll. " Espaces et milieu ", 281 p.

Vigneron E., 2000, " Les noces d'Asclépios et de Gaïa, géographie et santé publique " in Lejeune, Pomey, Poullier (dir.), *Traité de santé publique*, Paris, Ellipses.

Vigneron E., 2000, " Santé et territoires ", *La Documentation photographique*, n° 8016, Paris, La Documentation française.

Vigneron E., 2000, *Distance et santé, la question de la proximité des soins*, Paris, PUF, coll. " Territoires et économie de la santé ".

Résumé

L'ampleur des liens entre la santé (au-delà des soins) et les territoires, incite à une réflexion sur l'aménagement sanitaire du territoire. Elle se fonde sur des méthodes prospectives afin de dresser l'inventaire des idées reçues, de déterminer les tendances et de définir les enjeux qui domineront l'action à venir. Cette grille d'analyse fournit un cadre d'action à l'établissement de scénarios d'évolution et de propositions d'action publique.

Mots clés

Santé, système de soins, territoire, prospective, enjeux.

Les personnalités suivantes ont apporté leur concours à nos réflexions au cours de l'année 2000 par des contributions écrites ou en participant activement aux travaux du groupe. Qu'elles en soient remerciées :

Dr. Bruno Aublet-Cuvelier, CHU de Clermont Ferrand, Dr Bernard Azema, CREAL Languedoc-Roussillon, Pr. Antoine Bailly, Université de Genève, Dr Dominique Baubeau, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des statistiques, Isabelle Bongiovanni, Laboratoire de Santé Publique, CHU de Marseille, Jean-Michel Budet, Directeur du CHU de Rouen, Bénédicte Devictor, Laboratoire de Santé Publique, CHU de Marseille, Gérard Dumont, ARH Nord Pas de Calais, Marc Duriez, Haut Comité de la Santé Publique. Rémi Duval, MIIAT Sud-Ouest, Dr Christophe Duvaux, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pr. Yvonne Phyllis Glanddier, Faculté de Médecine de Clermont Ferrand et ORS Auvergne. Dr. Kamel Guelmi, AP-HP Hôpital Boucicault, Claude Humbert, Directeur URCAM de Rennes, Olivier Lacoste, ORS Nord Pas de Calais, Stéphane Le Boulter, Commissariat Général du Plan, Diane Lequet-Slama, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des statistiques, Marie-Claire L'Helgouach, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction des Hôpitaux, Dr. Alain Lopez, DRASS Auvergne, Véronique Lucas-Gabrielli, CREDES, Dr. Jacques Mayneris, St-Girons, Andrée Mizrahi ARGES, Arié Mizrahi, ARGES, Xavier Niel Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des statistiques. Benoit Péricard, ARH Pays de la Loire, Pr. Raymonde Séchet, Université Rennes II, Jean-Paul Segade, CH Le Vinatier, Bron, François Tonnellier, CREDES, Dr. Martin Winckler, romancier.