

Planification sanitaire pour rationaliser

Il y a dans ce domaine un État stratège avec une « direction générale de l'offre de soins » dont l'approche globale intègre aussi bien la médecine de ville (ambulatoire) que les établissements de santé publics et privés.

Mais ce sont les ARS (Agences régionales de la santé) créées par la loi HPST (Hôpital patients santé territoires) qui sont chargées de la mise en œuvre concrète. Elles élaborent un Schéma régional d'offre de soins (SROS) appliqué dans les territoires qu'elles définissent⁽¹⁾. Une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie rend un avis sur le SROS et les mesures proposées après consultation de la Commission spécialisée d'offre de soins. C'est le volet « démocratie sanitaire » affiché par la loi HPST.

Plan régional de santé

Les orientations nationales sont déclinées localement dans un Plan régional de santé (PRS) qui décide, entre autres, de créer ou supprimer des activités de soins et d'équipements matériels lourds, de transformer et de regrou-

L'insistance sur « l'offre », au détriment de la demande et des besoins réels, est singulière

per les établissements de santé concernant le public ou le privé : des décisions qui deviennent concrètes pour les usagers.

Pour faire face aux déserts médicaux, il existe un « zonage de l'offre de soins de premier recours ». Dans les « zones en difficulté » (établies à partir d'indicateurs chiffrés calés sur les bassins de vie de l'INSEE) auxquelles certaines ARS ajoutent des « zones fragiles », des aides financières sont accordées au maintien et/ou à l'installation de professionnels de santé. L'insistance sur « l'offre », au détriment de la demande et des besoins réels, est singulière. Il s'agit d'un outil de gestion qui permet de



réguler les dépenses de santé honorées par l'assurance-maladie. En verrouillant sites et structures et à travers les « conventions prévisionnelles d'objectifs et de moyens », les ARS assurent la « gouvernance » de la santé en encadrant les recours aux soins pour respecter l'ONDAM⁽²⁾.

L'expression des organisations syndicales au titre de la démocratie sanitaire est limitée⁽³⁾ mais il existe une représentation des usagers où nos mandats doivent pouvoir être portés et entendus. Il en va de la pérennité et de la qualité des soins pour tous dans notre pays. ■

- (1) Il existe aussi des schémas interrégionaux.
- (2) Objectif national des dépenses d'assurance maladie.
- (3) La FSU, considérée comme non-représentative, en est exclue.

Les effets pervers de la T2A

Depuis 2005, les hôpitaux sont financés sur la base de la tarification à l'activité. Au niveau national est défini par acte un coût moyen mesuré sur la base d'un groupe homogène de malades. Chaque hôpital est rémunéré sur la base de ce tarif. Si la T2A est adaptée à des actes bien précis, notamment chirurgicaux, elle ne fonctionne pas pour la prise en charge des maladies chroniques, de patients qui ont plusieurs pathologies, des personnes âgées et des malades qui ont besoin d'un accompagnement interdisciplinaire et social. Elle diminue la durée des séjours (la T2A est forfaitaire quelle que soit la durée), encourage la chirurgie ambulatoire, conduit à sélectionner les malades les moins coûteux et à la spécialisation des cliniques privées dans les actes standardisés rentables.

Les déserts médicaux

SOS médecins

Actuellement, la pénurie de médecins est devenue un problème majeur de santé publique.

Il y avait 215 000 médecins en France en 2014 contre 60 000 en 1968. Pourtant, les déserts médicaux existent. Le numerus clausus a certes été relevé mais la pénurie menace. Elle est surtout liée à un problème de répartition avec une polarisation des activités médicales sur les métropoles, dans les régions et les villes les plus riches, du fait de la liberté d'installation qui permet aux médecins d'exercer là où se concentrent les activités économiques. La désertification concerne les zones rurales, mais aussi les zones urbaines les plus pauvres et celles en périphérie des métropoles. Les incitations financières ont peu d'effet sur l'installation des jeunes médecins.

Ceux qui sont prêts à s'installer dans des déserts médicaux à condition de pouvoir exercer en équipe (dans des maisons de santé)



Désertification en zones rurales, mais aussi dans les zones urbaines les plus pauvres

n'y vont pas toujours car ils n'y trouvent pas les spécialistes qui leur permettraient de travailler réellement en réseau.

Les spécialistes, qui sont plus nombreux que les généralistes en France, s'installent en effet de préférence dans les grandes villes.

Enfin les dépassements d'honoraires sont en cause. La pénurie de médecins en secteur 1 sur Paris fait ainsi de la capitale... un désert médical pour les patients ordinaires. ■