



# Les inégalités territoriales de santé comme enjeu et comme objet de politiques publiques

*Patrick Hassenteufel*

Professeur de science politique

Université Paris-Saclay et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye,  
Laboratoire Printemps



## Les inégalités territoriales de santé : de quoi parle-t-on et comment en parler ?

- ① Les inégalités d'accès aux soins : renvoie à la répartition territoriale de l'offre de soins
  - ② Les inégalités territoriales en termes d'état de santé et de prévalence de pathologies : renvoie à la dimension spatiale des inégalités sociales de santé
- Si les deux sont (en partie) liés, en termes de politiques publiques c'est la première dimension qui est mise en avant, à la fois comme enjeu et comme objectif de politique publique
  - Rôle clef de la mise à l'agenda des « **déserts médicaux** » : un cadrage spécifique du problème qui, d'une part, conduit à faire passer au second plan la deuxième dimension, et, d'autre part, à élaborer des politiques publiques ne répondant que partiellement au problème.
  - Toutefois levier d'une territorialisation croissante des politiques de santé



## Un problème démographique avant d'être territorial

La démographie médicale devient un problème public au début des années 2000, la crainte d'une « pléthore médicale » (Deplaud 2015) est remplacée par celle d'un déficit d'offre localisé et d'une pénurie du fait du vieillissement des généralistes.

Travail d'objectivation du déficit démographique : par la définition des notions d'accès aux soins, de médecin actif et par l'amélioration des sources statistiques qui produisent des données territorialisées

- Création de l'ONDPS 2003 (Suite au rapport Berland, Gausseron, 2002)
- Mobilisation de l'Ordre des médecins (Atlas de la démographie médicale, depuis 2007)
- Indicateur APL (accessibilité potentielle localisée, Barlet et al, 2012), généralisé en 2018
- Inscrit dans un travail de définition des déserts médicaux (Vergier et al., 2017)





## Un enjeu mis à l'agenda politique

- Une forte mobilisation d'élus à travers un discours dramatisant, centré sur les médecins généralistes, mettant en crise le système de soins
- Expression de plusieurs facteurs d'inquiétude de la population : non remplacement de médecins partant à la retraite, déréglementation du système de garde (2003), difficulté voire impossibilité pour les nouveaux patients de s'inscrire auprès d'un médecin traitant, délai d'attente...
- Inscription dans des débats politiques plus généraux : existence d'une « France périphérique » (Guilluy, 2014), retrait de services publics, vote FN (Bussi et al., 2012), importance attachée à l'égalité territoriale en France (Estèbe, 2015)
- La mobilisation des élus locaux : associations, relais parlementaires (22 rapports parlementaires de 2007 à 2019, 11 de l'Assemblée Nationale, 11 du Sénat)
- Un enjeu électoral (national et local : cf élections régionales)



## Un nouveau répertoire d'action publique (aux effets limités et partiels)

- La remise en cause (progressive) du numerus clausus (non ciblé territorialement)
- La multiplication des mesures incitatives (ciblées territorialement mais ne portant que sur les dimensions économiques et aux effets limités) : aides à l'installation et nouveaux contrats (contrat de début d'exercice)
- L'appui à des nouveaux modes d'organisation des soins primaires (MSP-U- en particulier, mais aussi centres de santé, ESP, structures mobiles, cabinets éphémères...) qui renvoient à des enjeux de coordination interprofessionnelle (redéfinition de la division du travail de soins et soutien aux initiatives de professionnels, expérimentations) ciblés territorialement mais fortes différences
- La mise en place d'instruments de coordination territoriale : GHT et CPTS (2016) puis CTS et PLS (2019) (enjeu de l'implication des professionnels de soins)
- Le développement de la télémédecine



## L'affirmation de nouveaux acteurs territoriaux

- Les ARS sont devenues un acteur clé de la régulation de l'offre de soins : mise en place d'un nouveau mode d'action des ARS par l'accompagnement des professionnels (URPS et autres organisations) et la mise en œuvre des nouveaux instruments (incitatifs et contractuels).
- L'implication croissante des collectivités territoriales dans les politiques de santé (sans transferts de compétences santé même si avancées dans le projet de loi 4D) sous la forme d'aides à l'installation et à des structures de soins collectives
  - ✓ Communes : un échelon territorial trop restreint ?
  - ✓ Départements : possèdent des compétences santé (PMI) et surtout sociales (autonomie, pauvreté), rôle d'appui auprès des petites communes
  - ✓ Régions : un échelon territorial trop large ? + autonomie budgétaire limitée





## Les enjeux des politiques de lutte contre les inégalités territoriales de santé

- La prise en compte d'une conception territorialisée de la santé publique intégrant les dimensions environnementales et sociales (prévention)
- Les enjeux de coordination : entre les acteurs territoriaux, entre les professionnel.le.s de soins, avec l'hôpital, entre les initiatives territoriales (risque d'une différenciation territoriale inégalitaire)
- Articulation entre les aspirations des nouvelles générations des professionnel.le.s et celle des patients
- L'inscription dans des politiques plus larges de lutte contre les inégalités territoriales (politiques de la ruralité et de la « cohésion territoriale »)
- Les enjeux de formation (formation aux enjeux territoriaux, stages...)

**Merci pour votre attention !**