Norois

Environnement, aménagement, société

233 | 2014

Mobilité, santé et développement territorial : de nouveaux défis pour la gouvernance des territoires ruraux

Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance

Territorialisation of primary care: actions of local authorities and healthcare professions for another governance in the Massif Central

Adélaïde Hamiti

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/norois/5317>

DOI : 10.4000/norois.5317

ISBN : 978-2-7535-4127-6

ISSN : 1760-8546

Éditeur

Presses universitaires de Rennes

Édition imprimée

Date de publication : 20 décembre 2014

Pagination : 55-66

ISBN : 978-2-7535-4083-5

ISSN : 0029-182X

Référence électronique

Adélaïde Hamiti, « Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance », *Norois* [En ligne], 233 | 2014, mis en ligne le 20 décembre 2016, consulté le 14 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/norois/5317> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/norois.5317>

Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance

Territorialisation of Primary Care: Actions of Local Authorities and Healthcare Professions for Another Governance in the Massif Central

Adélaïde HAMITI

CERAMAC-EA 997, Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand, Maison des Sciences de l'Homme, 4 rue Ledru
– 63057 CLERMONT-FERRAND cedex 1, France (schindleradelaide@yahoo.fr)

Résumé : Afin de surmonter les problèmes croissants pour le maintien des soins primaires, notamment en milieu rural, le principal levier est d'agir à la fois sur les contraintes multifactorielles du renouvellement des professionnels de santé et sur l'évolution des organisations interprofessionnelles. Pour ce faire, les collectivités territoriales soutiennent et impulsent de plus en plus d'actions, en particulier pour la création des maisons et des pôles de santé pluridisciplinaires, occasionnant des échanges nouveaux avec les professionnels de santé de leurs territoires. Nous avons cherché à montrer les contextes d'émergence des initiatives des collectivités, leurs motivations, leurs actions, leurs difficultés et l'impact de leur implication sur les professionnels de santé présents localement. Nous nous sommes appuyés sur les propos des élus et des techniciens des collectivités ainsi que sur ceux des professionnels de santé exerçant dans des territoires ruraux du Massif central, recueillis lors d'entretiens individuels et collectifs et lors de réunions de projets dans quatorze Pays et deux projets de réseaux territoriaux de santé de proximité. Nous retiendrons que les collectivités et les professionnels de santé constituent les nouveaux acteurs dans la gouvernance territorialisée des soins primaires. Au cœur des projets pour maintenir et développer l'offre de soins, nous avons identifié un enjeu fort autour de la nécessité du dialogue mutuel entre collectivités et professionnels de santé, qui s'ajoute au défi de coopération intercommunale et politique pour les élus et celui de collaboration pluridisciplinaire pour les professionnels de santé. Afin de faciliter le dialogue, nous avons constaté le rôle prépondérant des acteurs intermédiaires que sont les Pays, avec l'appui des cabinets de conseils, vers la construction des stratégies et des actions innovantes localement.

Abstract: In order to deal with primary care problems that arise in rural areas, it is deemed necessary to act on both, the multifactorial constraints related to the renewal of healthcare professionals and on the requisite support to inter-professional organisations. To this end, local authorities are taking a deeper action by initiating and supporting many new projects, particularly the local healthcare centres to bring various healthcare professions together in a collective practice. From the outset, the research effort has focused on the context in which the initiatives taken by local authorities emerge, their motivations and actions along with the difficulties they are facing and the impact of their actions on local healthcare professions. This work is based on interviews of local elected representatives, technicians, and healthcare professionals practising in rural areas of the Massif Central (14 "Pays" (territories of local projects) and 2 territories with a network project of health care proximity). Early observations established that new actors are now carrying out the governance of primary healthcare: to wit, the local authorities and healthcare professionals. We later identified the pivotal role of the involvement of principal local actors, such as health professionals and political representatives on the success of the projects to maintain and develop the supply of

health care. Furthermore, the necessity to establish dialogue between those actors is of paramount importance and requests the support of project management, "Pays", which represent intermediary' actors.

Mots clés : services – santé – démographie médicale – politiques publiques – collectivités territoriales – Massif central.

Keywords: services – health – health demography – public policy – local authorities – french Massif central

INTRODUCTION

De plus en plus de territoires connaissent des difficultés pour le maintien d'une présence médicale de proximité, à commencer par le médecin généraliste. Ce problème inquiète populations et élus et est largement relayé dans les médias. Bien que la compétence santé incombe à l'État, les collectivités locales, en particulier les communes et intercommunalités ainsi que les territoires de projets, participent, initient et animent des actions de manière récente et croissante dans le domaine de la santé. Les professionnels de santé, que l'on connaissait peu ou pas dans le « théâtre » du développement local, sont des acteurs de plus en plus impliqués dans l'organisation des soins, aux côtés des acteurs territoriaux. Aussi, de nouvelles relations s'installent entre des acteurs qui se connaissent peu et qui possèdent des logiques différentes. Peraldi et Pieri (2009), à travers l'exemple de la Corse, montrent l'intérêt d'une gouvernance de l'offre de soins fortement territorialisée, fondée sur le diagnostic territorial et la coopération entre acteurs, particulièrement en milieu rural. Les territoires ruraux présentent en effet des spécificités dans l'organisation de l'offre de soins. Roca *et al.* (2000) identifient en particulier la médecine rurale comme davantage globale et intégrée (en appréhendant le patient, dans son environnement, comme une personne et non plus sous le prisme de la maladie). Ainsi, la médecine rurale semble mieux composer avec les caractéristiques de sa population : les conditions de vie, la sociologie des communautés rurales, les contextes socio-économiques, les croyances, les comportements face à la maladie et à la prévention. L'approche des chercheurs, en dégagant les spécificités des territoires ruraux en matière d'offre de soins, favorise l'élaboration de réponses ciblées (Roca *et al.*, 2000). À partir des situations présentes sur le Massif central, nous montrons dans cet article en quoi les mécanismes à l'œuvre dans les réponses apportées localement

aux problèmes de renouvellement et d'implantation de l'offre de soins dans les territoires ruraux fragiles renforcent la pertinence d'une gouvernance territorialisée des soins primaires. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous revenons d'abord sur les difficultés du renouvellement de l'offre de soins de premier recours auxquelles font face les territoires ruraux et leurs causes. Nous présentons ensuite les postures et les initiatives que nous avons pu observer, à la fois des élus et techniciens des collectivités territoriales et des professionnels de santé, ces nouveaux acteurs dans la gouvernance du système de santé. Nous avons cherché à identifier leurs motivations, leurs craintes, leurs actions et en quoi les initiatives des uns et des autres et leurs collaborations sont nouvelles. Enfin, nous nous interrogeons sur les conditions et les acteurs de l'accompagnement de ces différentes initiatives, faisant apparaître les pays comme des acteurs intermédiaires structurants pour les changements dans l'offre de soins en milieu rural.

Les principaux résultats de cet article sont issus d'un travail de terrain, réalisé entre mai 2009 et octobre 2011, dans le cadre d'une thèse en entreprise à l'Agence régionale des territoires d'Auvergne (Schindler Hamiti, 2014). La position de chercheur-acteur a permis notamment une observation participante qui enrichit ce travail. Ainsi, dans le cadre de la mission professionnelle, en tant que conseil et appui technique aux territoires de projets, six pays de la Région Auvergne¹ ont été accompagnés (rédaction du cahier des charges, sélection des prestataires, suivis) pour la mise en œuvre d'étude-action en matière de santé. Cet accompagnement nous a permis, à partir de prises de note, de recueillir les problèmes d'offre de soins exprimés par les différents acteurs locaux rencontrés lors des seize réunions auxquelles nous avons participé. Cette observation participante est complétée

1. Combrailles, Vichy-Auvergne, Jeune Loire et ses Rivières, Saint-Flour, Aurillac, Vallée de la Dore.

par une analyse comparative des études-actions de 14 pays du Massif central² (figure 1 – **planche III**), qui présentent la diversité des situations que l'on peut rencontrer sur le Massif, selon deux entrées complémentaires. La première relève de la diversité des configurations géographiques pouvant influencer sur l'état de l'organisation des soins (présence de villes ou de bourgs ruraux structurants, présence ou absence d'un centre hospitalier, éloignement ou proximité d'un CHU, densité de population et dynamiques démographiques, etc.). La seconde traduit la diversité de stratégies adoptées par les pays (approche large de la santé ou ciblée sur l'offre de soins, étude volontaire ou voulue par les institutions régionales ou d'État, intervention d'un prestataire ou étude réalisée en interne). Par ailleurs, nous avons le souci d'étudier des pays de chaque région qui compose le Massif central (Auvergne, Limousin, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Bourgogne, Languedoc-Roussillon).

Enfin, nos résultats sont également issus de l'exploitation d'une vingtaine d'entretiens individuels, enregistrés et retranscrits dans leur totalité, effectués auprès de professionnels de santé (médecins libéraux, infirmiers, sage-femme, pédicure-podologue) et d'élus (maires, conseillers municipaux, conseillers généraux) porteurs d'un projet de réseau de santé de proximité, à la fois sur le PNR Millevaches (Limousin) et sur le Nord Aveyron (Midi-Pyrénées). Les territoires avaient pour caractéristiques d'être éloignés et en situation de confins avec plusieurs projets de maisons de santé. Les questions qui guidaient les entretiens portaient sur leur perception du projet de réseau, leurs intérêts et leurs attentes. Pour ceux qui en sont à l'origine, nous leur avons demandé d'en raconter la genèse, d'évoquer leurs motivations, les difficultés rencontrées, les aides dont ils ont pu bénéficier. Les élus ont été questionnés quant à eux sur leur ressenti, leur rôle et sur les actions qu'ils ont menées. Ces éléments de témoignages, mettent en perspective des données quantitatives à l'échelle du Massif central et appuient l'intérêt d'une territorialisation des politiques de santé face aux enjeux de redynamisation de l'offre de soins dans les espaces fragiles.

2. Les résultats sont développés plus largement dans la thèse intitulée « Offre de soins dans le Massif central : Territorialisation, gouvernance et initiatives pour faire face aux nouveaux enjeux », sous la direction de Laurent Rieutort.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET TERRITOIRES RURAUX : ACCROISSEMENT DES TENSIONS

Des territoires qui peinent à renouveler l'offre médicale en soins primaires

L'offre de premier recours (ou offre de soins primaires) en France était définie de manière assez floue jusqu'en 2009³. La définition des soins de premier recours ont alors été précisés⁴. Le premier recours est composé de cinq professionnels de santé (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, dentiste, pharmacien). Ces professionnels bénéficient de la liberté d'installation à l'exception des infirmiers et des pharmaciens. Le médecin généraliste constitue le pivot des soins primaires. Or, on assiste à un phénomène de vieillissement des médecins et à un grand nombre de départs à la retraite avec des difficultés de renouvellement. En janvier 2010, on comptait en moyenne au niveau national un écart croissant entre le nombre de médecins entrants (+ 1,8 % en un an) et le nombre de sortants (+ 6,6 % en un an) (CNOM, 2010). Le Massif central, terrain de notre étude, réunit des situations critiques en termes d'offre de soin. Composé de territoires de moyenne montagne (altitudes, routes sinueuses et enneigement), ce massif possède une dominante rurale, de faibles densités de population (avec une moyenne de 40 hab/km² et plus de la moitié des communes avec moins de 20 hab/km²). L'habitat y est dispersé. La croissance démographique est positive mais reste inférieure de moitié au dynamisme démographique national (+ 0,4 % en moyenne par an entre 1999 et 2006) et est due principalement à l'arrivée de nouvelles populations, avec une diminution dans les communes situées à plus de 40 kilomètres des pôles urbains⁶. Le Massif central connaît un phénomène de vieillissement de sa population, occasionnant un besoin plus important en soin et la diminution de la mobilité. La part moyenne des médecins de plus

3. Dans la circulaire du 5 mars 2004, l'organisation des soins doit être graduée et comprend différents niveaux de prise en charge. Cinq niveaux sont proposés (proximité, intermédiaire, recours, régional, interrégional). Le premier recours est alors celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.

4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST), Art. L. 1411-11.

5. La moyenne nationale française étant de 114 hab/km².

6. INSEE Auvergne, 2010. Atlas du Massif central-Démographie-Attractivité, Les Dossiers n° 25.

de 55 ans atteint dans le Massif 41,6 % en 2009, soit une augmentation de 28 % en 4 ans. De fait, le renouvellement des médecins généralistes devient un problème particulièrement ardu pour les territoires du Massif central et constitue un enjeu pour le maintien de l'offre de soins de premier recours. Nous avons établi une évolution de la présence des médecins libéraux sur un temps court, de 2006 à 2009, selon le découpage de l'espace en aires urbaines de 2010⁷ (figure 2 – **planche IV**). Si le nombre moyen de médecins est stable voire légèrement supérieur entre 2006 et 2009 dans le Massif, on constate que l'augmentation des installations des médecins se situe davantage dans les grands pôles urbains et leurs couronnes, et que les petits pôles, leurs couronnes et les communes isolées peinent à attirer les installations de nouveaux praticiens. En effet, 16 % des communes des grandes aires urbaines (soit 68 communes) comptent un ou plusieurs médecins supplémentaires en 2009 et seulement 7,6 % ont perdu un ou plusieurs praticiens. En comparaison, 14,4 % des communes appartenant aux petites et moyennes aires urbaines ou à l'espace rural isolé (soit 81 communes) ont perdu un ou plusieurs praticiens : 24 communes ont perdu leur seul médecin, 12 communes ont perdu un médecin sur deux, 9 communes un médecin sur trois et 13 communes un médecin sur 4, majoritairement dans des communes isolées et multipolarisées. De plus, la diminution du nombre de médecins généralistes dans les communes isolées et multipolarisées risque d'avoir un impact plus important que la diminution observée dans les grands pôles urbains et leurs couronnes, en raison du faible nombre total de médecins dans ces zones, la charge de travail des collègues non-remplacés s'ajoutant à celle des praticiens déjà bien occupés.

Les facteurs explicatifs pour des difficultés accrues dans les territoires ruraux

Pour la médecine générale, plusieurs éléments expliquent cette situation au niveau national ; d'une part, la diminution du nombre d'installations en acti-

vité libérale pour les jeunes diplômés, soit moins de 10 % d'installation en libéral, au profit du salariat dans les établissements qui augmente de 60 % (CNOM, 2010) ; d'autre part, même si le nombre de médecins généralistes n'a jamais été aussi important, on observe une faible démographie médicale, liée en partie au *numerus clausus*⁸ qui a longtemps restreint le nombre de médecins formés (ONDPS, 2005).

Par ailleurs, la spécialité de médecine générale souffre d'un désintérêt de la part des étudiants en médecine par rapport à d'autres spécialités. De plus en plus de jeunes diplômés souhaitent pratiquer à temps partiel et la féminisation accrue de la profession implique également des changements dans les pratiques. À cette situation s'ajoute pour les territoires ruraux un manque d'attractivité qui s'explique par plusieurs facteurs. Un premier facteur tient à la difficulté de trouver un emploi pour le conjoint du médecin. Deuxièmement, la formation des médecins se déroule essentiellement en centre hospitalier avec un faible nombre de stages en campagne. Faute d'expérience en milieu rural, les jeunes diplômés en médecine ont tendance à avoir une image négative de la campagne. Ce manque d'expérience en milieu rural se traduit par un réseau de connaissances professionnelles faible voire nul alors que ce type de réseau permettrait justement d'envisager plus facilement une installation. Troisièmement, la restructuration de la carte hospitalière depuis la fin des années 1990 a entraîné la reconcentration des services de soins et la reconversion d'établissements de santé, entraînant un éloignement important de certains territoires aux plateaux techniques (Lerouvillois et Vinclet, 2002). La proximité d'un centre hospitalier, qui rassure les jeunes diplômés, constitue pour certains un critère déterminant pour s'installer en libéral. Enfin, les jeunes diplômés ont la crainte de devoir exercer de manière isolée, de souffrir d'horaires chargés, d'être contraints par l'image du médecin de campagne dévoué qui ne correspond plus aux pratiques et aux aspirations actuelles des jeunes médecins⁹. Les obstacles au

7. Cette hiérarchie des espaces urbains est établie à partir de la concentration de l'emploi et à partir des aires d'influence basées sur les trajets domicile-travail de la population. Cette approche permet d'évaluer l'influence des villes au-delà du bâti. (Brutel et Levy, 2011).

8. Le *numerus clausus* est un nombre plafond d'étudiants ou de professionnels admis dans un cursus, fixé chaque année, dans chaque université, afin de réguler le nombre de diplômés et donc le nombre de professionnels exerçant ces métiers. Le *numerus clausus* des médecins a été mis en place par la loi en 1979, fixant par arrêté ministériel le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année d'études.

9. Ces résultats proviennent des sondages et des observations du conseil national de l'ordre des médecins et de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-MG),

renouvellement de l'offre dans ces territoires, pour les différentes raisons citées, compromettent donc de plus en plus l'accès aux soins des populations, d'autant plus que leurs besoins augmentent du fait du vieillissement (Mouquet et Oberlin, 2008). De plus, d'autres professions libérales telles que dentistes, kinésithérapeutes et certaines spécialités médicales libérales, rencontrent les mêmes difficultés de renouvellement.

INTERVENTIONS DES ÉLUS LOCAUX ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : DES HÉSITATIONS AUX INNOVATIONS

Agir en faveur de l'offre de soins : une implication croissante des collectivités territoriales

Pour les collectivités territoriales, les services de santé sont perçus comme l'un des facteurs majeurs pour le développement et l'attractivité des territoires. Les travaux de Talandier et Jousseau (2013) mettent en avant la diversité d'offre équivalente, sur le plan de la « centralité quotidienne », entre d'une part les petites villes et les gros bourgs-centres et les villes moyennes et grandes d'autre part. Cette diversité constitue un facteur d'attractivité résidentielle et favorise la captation de revenus qui contribue au développement des territoires ruraux. Les tensions et les situations de pénurie interpellent les collectivités. Elles interviennent de plus en plus dans le soutien de projets en faveur du maintien et du développement de l'offre de premier recours. Si en France un processus de régionalisation des politiques et une approche territoriale de la santé se développent depuis plusieurs années avec une série de lois portant réforme du système de santé (« Ordonnances Juppé » de 1996, loi de 2004, loi HPST de 2009), les pouvoirs décisionnels de la santé se renforcent au niveau de l'État (Vidana, 2012). Ainsi, l'approche territorialisée est privilégiée mais ne remet pas en cause la répartition des compétences entre l'État et les collectivités. Depuis la loi HPST en 2009, les institutions sanitaires ont mis en avant l'intérêt de co-construire des actions en s'appuyant sur les différents acteurs dont les collec-

tivités territoriales. Ainsi, ces dernières participent aux conférences régionales et territoriales de santé. Cependant, leur rôle demeure limité à un pouvoir consultatif. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont la possibilité d'établir des contrats locaux de santé avec différents partenaires territoriaux dont les collectivités territoriales, qui ont pour but de partager les diagnostics et de convenir des priorités d'actions localement.

Depuis la loi de 2004¹⁰ les collectivités territoriales ont la possibilité de mettre en place des expérimentations. Certaines collectivités, face aux problèmes croissants en particulier de départs non remplacés des médecins, réagissent aux sollicitations des professionnels et des habitants ou adoptent une posture proactive. « *Il n'y avait pas de souci particulier, mais c'est qu'on s'est dit qu'un beau jour, on va voir partir les médecins, on aura rien organisé.* » (Maire et conseillère générale, active sur le projet de réseau de santé Nord aveyronnais.) Initié avec « Wanted » en 2006 par le Département de l'Allier (Auvergne), la majorité des Conseils régionaux et Conseils généraux établissent des dispositifs afin de contribuer au maintien de professionnels dans leurs territoires, avec des bourses à l'intention des étudiants en médecine générale, en odontologie et en formation paramédicale (aide-soignant, infirmier, masseur-kinésithérapeute). Par ailleurs, les Régions et Départements participent aux financements d'études sur l'offre de soins, notamment en Auvergne et dans le Limousin, et octroient des aides pour l'investissement en faveur des regroupements de professionnels en maison ou pôle de santé pluridisciplinaire (MSP). À l'échelle des communes et des intercommunalités, on agit pour l'installation (mise à disposition de locaux, avantages pour l'habitation personnelle) et pour les regroupements de professionnels en maison de santé en tant que maîtrise d'ouvrage. Ainsi, face aux changements dans l'offre de premier recours que connaît le système de santé français aujourd'hui, les collectivités jouent un rôle non négligeable dans l'émergence, l'accompagnement et la création de projets dans l'organisation des soins.

repris dans le rapport Hubert sur la médecine de proximité (novembre 2010). Ce rapport présente plusieurs propositions pour réformer la formation des médecins généralistes, leur organisation, leur rémunération, et soutenir leur installation.

10. Loi de santé publique du 13 août 2004.

Des initiatives isolées des élus locaux...

Si de nombreux élus locaux du Massif central, interpellés par les professionnels et les habitants, s'engagent dans des actions, leurs postures sont davantage réactives, et les solutions élaborées émergent majoritairement dans un contexte de crise et d'urgence. S'ils sont pour la plupart volontaires, une partie des élus locaux que nous avons pu entendre au cours des réunions publiques et des entretiens exprime une certaine colère face à la situation de recul de l'offre de soin. Cette colère est dirigée principalement contre l'État et le système de *numerus clausus* qui a, pendant une période, limité le nombre de médecins formés. Selon ces élus, le manque actuel de professionnels ressenti sur leurs territoires résulterait de l'application de ce principe. Face au départ et au non-renouvellement de leurs professionnels, ils expriment leur résignation et un sentiment d'obligation à agir, pour pallier l'insuffisance des moyens de l'État et l'absence de solutions proposées. Des élus hésitent également à mettre en place des aides en direction des professionnels de santé, en particulier des médecins, car ces derniers sont considérés comme ayant une activité lucrative. Ils n'ont pas l'habitude d'être sollicité en faveur des professionnels de santé qui ont toujours fonctionné de manière indépendante et privée. Un maire d'une commune du Nord de l'Aveyron explique : « *C'est quand même un paradoxe, il faut que ce soit nous qui devenions, une fois de plus, inventifs et créatifs pour s'adapter à la situation. [...] Mais à un moment donné, cette problématique de santé, ce n'est pas quelque chose de naturel. [...] Ce sont des libéraux. On vient nous chercher là où on ne s'y attendait pas.* » Des élus s'interrogent également sur le fait d'accorder une aide au médecin sans pouvoir agir de la même manière pour le garagiste en cessation d'activité et qui a pourtant contribué aussi au développement du territoire.

Lorsqu'ils agissent, les élus interviennent principalement sur l'offre de premier recours, levier sur lequel ils ont plus de possibilité d'action, contrairement au milieu hospitalier plus complexe où la plupart ont le sentiment de n'avoir ni leur place dans l'organisation, ni les outils et les moyens financiers pour agir. Néanmoins, quelques élus, membres des conseils d'administrations, interviennent pour le maintien des services relayés fréquemment par

les médias, tels qu'à Saint-Affrique (Aveyron) ou à Guéret (Creuse) pour le maintien de la maternité ou du service de radiothérapie. L'objectif que se fixe la majorité des élus locaux est d'assurer le renouvellement du médecin sur leur commune. Pour cela, une partie d'entre eux font appel à des prestataires chargés de trouver un médecin (par exemple le maire des Ancizes dans les Combrailles ou la communauté de communes de la montagne thiernoise au nord de la Vallée de la Dore). Certains lancent leur propre prospection en publiant un « avis de recherche » sur différents supports de communication. Par dépit, certains médiatisent leur recherche, parfois par des appels atypiques (banderole, émission radio, article dans la presse locale, marche...) le plus souvent à la suite de premières recherches infructueuses. C'est le cas par exemple de la commune de Sainte-Feyre dans la Creuse avec un appel au médecin suspendu sur la façade de la mairie. La plupart des élus entendus ne sont pas très à l'aise avec le système de santé et l'organisation des soins. Ils possèdent assez peu de connaissances, pour la raison que leur collectivité ne possède pas la compétence en matière de santé. Ils entendent dire que les souhaits des professionnels évoluent et que les maisons de santé attirent de jeunes praticiens. Ainsi, certains financent des locaux, voire la création d'une maison de santé sans savoir toujours quels professionnels y travailleront, considérant que l'outil favorisera l'installation, ce qui conduit parfois à des locaux vides.

Au moment de notre enquête, plusieurs maisons cherchaient des médecins et d'autres professionnels pour exercer dans les nouveaux locaux construits ou rénovés, tels que La Bastide-Puylaurent en Lozère, Saint-Laurent-d'Olt dans l'Aveyron ou Varennes dans l'Allier. Derrière ces situations, on peut voir une démarche volontariste des élus pour trouver des solutions. Certains dépenseront sans compter pour maintenir ou attirer les professionnels de santé. « *Nous sommes prêts à perdre de l'argent dans ce projet de maison de santé. Cela ne nous fait rien de faire des actions à perte. Les cinq commerces que nous avons réhabilités et dont nous payons les loyers, on est tous à perte. Mais il y a un enjeu. C'est la vie de notre commune qui est en jeu* » affirme le maire d'une commune de Haute-Loire, lors de l'étude sur le pays Jeune Loire et ses Rivières. Plusieurs initiatives issues des collectivités traduisent une certaine absence de vision globale et à long terme. Aussi,

Dr de Haas (2013), président de la fédération des maisons et pôles de santé et médecin généraliste rappelle que le seul souci de « combler » la chaise du cabinet médical qui sera vacante ne suffit pas. Il est nécessaire de réfléchir aux besoins de la population et de trouver des solutions avec l'offre de soins encore en place. Pour cela, le champ de réflexion doit être élargi à l'ensemble des professionnels de santé, aux services sanitaires voire médico-sociaux. Cette nécessité d'élargir le champ de vision peut désenclaver plus d'un élu. Si l'implication et la co-construction avec les acteurs de santé semblent favoriser des projets plus pertinents et durables, on constate que le monde des professionnels de santé et celui des élus ne se connaissent pas ou très peu, en raison de l'absence d'échange et de travaux collectifs jusqu'alors.

...Aux projets de santé concertés entre élus et professionnels de santé

Les besoins en médecin généraliste renvoient, plus globalement, à la nécessité de repenser le système de santé du premier recours, en raison de la complexification de l'exercice. La complexité est liée à une gestion administrative plus lourde, une augmentation des maladies chroniques, des difficultés à trouver un remplaçant ou encore à assurer les gardes de la permanence des soins (De Haas, 2010). La réorganisation de l'offre de soins primaires à travers les projets de pôles, de réseaux et de maisons de santé, regroupant des professionnels de santé autour d'un projet de santé partagé, semble constituer des réponses aux problèmes de désaffection des professionnels pour le premier recours en milieu rural. Les projets de coopération interprofessionnelle répondent en effet aux aspirations formulées par les médecins généralistes, vis-à-vis notamment des horaires de travail, des relations avec les autres professionnels de santé et les établissements, ou encore sur la place accordée au temps personnel et familial (Bourgueil *et al.*, 2009). Si des initiatives en faveur d'un exercice regroupé pluridisciplinaire émergent dès les années 1970, c'est depuis les années 2000, et de manière plus marquée en 2007¹¹, que le concept d'exercice groupé et coordonné de professionnels

libéraux est progressivement développé et s'affirme comme un facteur d'innovation pour répondre aux multiples défis actuels de l'ambulatoire. Les projets de réorganisation des soins primaires, qu'ils émanent des professionnels de santé ou qu'ils soient envisagés et proposés par les collectivités et les institutions, représentent d'importants changements pour les professionnels de santé. En effet, pour la plupart, cela implique des mutations dans leurs habitudes et leurs pratiques personnelles et collectives. Le regroupement au sein d'une même structure par exemple nécessite un réel effort d'adaptation, car il signifie souvent un changement d'implantation géographique, une modification des statuts juridiques et fiscaux, de nouvelles modalités d'exercice et des surcoûts. Libéraux, ils ont le souci de maintenir leur activité économique stable et souhaitent garder leur liberté. Les professionnels craignent bien souvent des dépenses trop importantes lorsqu'il est question de loyer, de secrétariat, d'entretien et de pièces collectives dans une nouvelle structure, ce qui peut freiner leur enthousiasme. Ils redoutent également, même s'ils ne le formulent pas ou rarement dans les réunions collectives mais davantage lors des entretiens individuels, les conflits entre professionnels, car l'entente peut être bonne ou cordiale dans le même village, mais elle peut être plus difficile au sein d'un même bâtiment lorsqu'il s'agit de partager des projets. Ils ont exercé de manière individuelle pour la plupart depuis des décennies, même s'ils échangent régulièrement avec certains collègues. Un médecin généraliste investi dans un projet de réseau en Limousin explique : « *Travailler en collaboration avec les collègues, ce n'est pas si mal. Mais ça veut dire aussi accepter qu'on regarde un peu comment vous faites dans votre coin. [...] C'est très très personnel. Personne d'autre que notre patient ne sait comment on fait notre boulot. Comment on se comporte, notre relationnel, notre raisonnement, notre façon de faire. Et de mettre tout ça en commun...* » constitue un vrai challenge, que des professionnels, de plus en plus nombreux, entreprennent. « *Il faut bien voir qu'un médecin est d'un individualisme forcené. Il ne veut surtout pas qu'on lui dise que ce n'est pas comme ça qu'il faut qu'il fasse et qu'il doit faire autrement. Ce n'est pas quelqu'un de très ouvert généralement. Et là, chacun avec sa personnalité, on sent bien qu'on a envie de faire des choses ensemble. Mais ça demande de se bousculer soi-même.* »

11. En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) crée un groupe de réflexion d'où sortira une définition et un premier cahier des charges sur l'exercice coordonné et protocolé.

Les élus locaux ne mesurent pas toujours les changements qu'impliquent ces projets et souhaiteraient parfois que les projets avancent plus vite. Les réorganisations demandent une concertation et une négociation entre les professionnels, entre plusieurs collectivités et également entre professionnels et collectivités. Pour les professionnels, la co-construction d'un projet représente un double défi de compréhension mutuelle et de partage du leadership à la fois entre professionnels et avec la collectivité. Bien qu'ils partagent l'analyse des problèmes et les solutions possibles avec les élus, les professionnels ont besoin de temps pour accepter les changements et s'approprier les projets. Les collectivités se positionnent en soutien face aux professionnels de santé : « *Ce sont des gens qui bossent beaucoup, qui n'ont pas tellement de temps disponible, par rapport à d'autres professionnels on va dire. Pour faire de l'associatif, du militantisme, il faut le vouloir quand on a des boulots comme ça. Donc on est là pour les soutenir* » (directeur d'un territoire de projet). Il arrive que les élus soient confrontés à des conflits entre professionnels de santé, les obligeant à chercher des compromis face à des oppositions de professionnels et de corps de métier. Nous avons pu observer plusieurs situations de tensions, par exemple entre des professionnels du projet de maison de santé de Peyrelevade et celui de Faux-la-Montagne sur le plateau Millevaches. Dans certains contextes intercommunaux, les élus locaux sont amenés à veiller à une certaine « justice » spatiale dans la répartition des services d'une commune à l'autre, et le compromis n'est pas toujours facile pour satisfaire les différentes parties. Ces questions de répartition et de localisation de l'offre de soins peuvent exacerber des conflits liés aux intérêts divergents de l'intercommunalité. L'ancienneté des collaborations entre les acteurs, les frictions et les rapports de pouvoir politique influent sur l'élaboration du projet, facilitant ou au contraire « parasitant » la concertation, les partenariats ou encore l'obtention de financements. Nous avons pu l'identifier pour plusieurs projets sur le pays Jeune Loire et ses rivières, entre les communes de Sainte-Sigolène et Saint-Pal-de-Mons, ou entre Bas-en-Basset et Monistrol, ou encore Saint-Pal-en-Chalencon et Usson, éloignées chacune de 5 à 10 kilomètres entre elles. L'implication des élus et leur capacité à s'approprier les problématiques

sanitaires sont également déterminantes pour les projets.

La plupart des collectivités territoriales sont tentées de se positionner principalement sur le soutien financier aux projets des professionnels de santé, en particulier pour l'investissement des maisons de santé, de la même manière qu'elle le fait pour d'autres bâtiments (équipements scolaire, sportif, de loisir...). Toutefois, les choses semblent différentes pour les structures réunissant des professionnels libéraux. En amont des regroupements, un diagnostic et la réalisation d'un projet de santé doivent permettre d'évaluer l'opportunité d'un tel projet, de définir les activités au sein de la structure ainsi que les modalités de collaboration entre professionnels. Ces éléments facilitent l'acceptation des changements et favorisent un meilleur fonctionnement de la structure. En raison de la nouveauté de ces démarches, aux différents niveaux de leur implication, les élus et les professionnels de santé qui participent aux projets, ont besoin d'être accompagnés.

QUELS ACCOMPAGNEMENTS POUR LES DIFFÉRENTES INITIATIVES ?

Un cadre législatif changeant pour les projets de regroupements et de coordination

L'État et les ARS considèrent les regroupements pluri professionnels en maison, pôle ou réseau de santé comme une réponse aux problèmes de démographie médicale. Dans un cadre budgétaire national contraint, ces regroupements ne sont pas généralisés à l'ensemble des territoires mais encouragés sur des territoires prioritaires, selon l'état de l'offre. Les ARS ont pour mission d'encadrer les initiatives et de sélectionner les différents projets. Un fond d'intervention régional (FIR), selon le décret du 27 février 2012, dresse la liste des types d'actions, de structures et d'expérimentations pouvant être financés¹². Pour s'assurer de la qualité et de la pertinence, et peut-être aussi pour en limiter le nombre, l'État impose un cahier des charges, un processus de labellisation par le biais d'une commission

12. Les actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins, le développement de nouveaux modes d'exercice, les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire, les actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, ou encore les réseaux de santé.

de sélection, pour tous les projets qui souhaitent obtenir des soutiens financiers des différents partenaires. L'annonce en 2010 par le Président de la République du soutien pour la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), pour les trois ans à venir, a entraîné dans chaque région un appel à projet qui a suscité l'énergie des porteurs de projet pour répondre dans un délai assez court. Un agent de la délégation territoriale de l'ARS dans l'Aveyron explique : « *Si on divise les 250 MSP sur trois années, divisées par le nombre de départements, bref, en gros, ça faisait un, deux projets maximum par département finalement, ce qui n'est pas énorme [...]. En fait il y a une question d'opportunité dans ces moments-là, c'est-à-dire quand on a un délai, on doit présenter deux projets. Clairement, il faut que les deux projets soient prêts, donc par opportunité, malheureusement, il y a une part de chance, il y a le projet qui est prêt au bon moment, et celui qui pourrait être mieux mais qui est né trois mois après et qui du coup a raté le coche, mais bon ça c'est comme tout, y'a une part de hasard là-dedans.* » Pour les réseaux de santé, les ARS orientent et sollicitent les porteurs de projet pour qu'ils répondent au mieux aux objectifs jugés pertinents et opérationnels, selon le cahier des charges des maisons de santé. Ces sollicitations sont parfois perçues par les porteurs de projet comme excessives, pas toujours justifiées et comme un abus de pouvoir des institutions au détriment de leur investissement qui n'est pas reconnu à sa juste valeur. Un professionnel de santé investi dans la création d'un réseau nous confie : « *Finalement, ce serait plus à l'ARS de venir voir comment ça se passe, d'aller chercher comment on fonctionne et de voir si ça vaut le coup de nous donner les sous, plutôt que ce soit nous qui passions notre temps à se justifier, au lieu de faire ce que l'on sait faire, c'est-à-dire soigner et organiser la prise en charge des patients.* » La mise en œuvre de la loi HPST et des ARS en 2009 et 2010 a entraîné une instabilité et une irrégularité des positions et des soutiens. On ressent un certain antagonisme entre le fait d'élaborer rapidement le projet, du fait d'un cadre financier contraint, et le temps nécessaire de discussion et de négociation au niveau local pour installer le projet. Les cofinancements entre l'État, la Région, parfois le ou les Départements, l'intercommunalité et également d'autres fonds plus occasionnels (fonds européens notamment), participent aux coûts de

l'investissement et parfois des études. Pour financer le fonctionnement des nouvelles structures et des nouvelles actions, la tarification à l'activité présente des limites. En effet, si les maisons ou pôles de santé ont pour obligation de fonctionner en exercice coordonné entre professionnels, de développer des protocoles et des réunions pluriprofessionnelles ou encore de mettre en place des actions de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique), le paiement à l'acte ne valorise pas ce genre d'activité et les nouveaux modes de rémunérations (NMR), qui représente une alternative, ne sont pour le moment pas encore généralisés. Pour les projets de réseau enquêtés, l'absence de modèle économique freine le développement de l'exercice coordonné. L'incertitude et l'instabilité des financements perturbent les dynamiques enclenchées et empêchent les acteurs de se projeter dans le temps. Certains ne souhaitent pas engager des patients, des collègues et d'autres partenaires, car ils craignent d'être obligés d'arrêter dans deux ou trois ans faute de fonds suffisants. Les ARS souhaitent développer un système de contractualisation d'objectifs et de moyens pour les maisons et pôles de santé, mais les modalités de financement pérenne doivent encore être trouvées.

Pour que les projets soient labellisés et puissent bénéficier potentiellement d'aides financières, les porteurs doivent justifier de la pertinence et répondre aux modalités inscrites dans le cahier des charges (un projet de santé fondé sur un diagnostic des besoins de santé, de la pluriprofessionnalité, des actions de prévention, des horaires d'ouverture larges, des partenaires hors de la structure, etc.). Pour ce faire, ce sont bien souvent des prestataires qui accompagnent élus et professionnels de santé, pour définir les stratégies d'organisation de l'offre de soins, pour soutenir la maîtrise d'ouvrage et l'élaboration du projet de santé. Cet accompagnement se fait tantôt à l'échelle des pays, tantôt à l'échelle des intercommunalités.

Un accompagnement technique réalisé par les pays et les cabinets spécialisés

Face aux différentes initiatives locales, les ARS jouent partiellement le rôle d'accompagnant pour l'élaboration de projet. Ils offrent un certain nombre de services aux porteurs de projet (explications et

conseils par rapport au cahier des charges) mais n'interviennent pas dans l'animation et la définition des modalités du projet car ils ne souhaitent pas être « juge et partie », c'est-à-dire qu'ils ne peuvent à la fois participer à la construction du projet et participer à sa validation et l'octroi de fonds. Le rôle et l'importance de l'accompagnement au projet semblent avoir été mieux pris en compte du fait du possible financement d'une ingénierie dans le cadre du Fond d'intervention régionale. On notera cependant que les collectivités territoriales contribuent encore pour une large part aux financements de cette ingénierie de projet.

Nous avons pu constater que les pays, avec l'appui des cabinets spécialisés, contribuent à élaborer des stratégies et des actions en faveur de l'organisation de l'offre de soins. Ils deviennent de nouveaux acteurs intermédiaires avec toutefois une grande diversité des situations. Chaque projet varie selon les pays, leur ancienneté de création, leurs priorités, leurs compétences attribuées, leurs moyens d'actions développées. C'est pourquoi, la question de la santé n'est pas traitée de la même manière d'un pays à l'autre, et peut également ne pas être abordée du tout (Leurquin, 2007). Les pays ont un fonctionnement basé sur la concertation multi-acteur, dans une démarche intersectorielle et interterritoriale (avec les communes et intercommunalités qui les composent). Ces trois dimensions sont des éléments intéressants pour l'élaboration de solutions locales pertinentes en matière de santé. En effet, à travers les études-actions, les pays peuvent contribuer à la concertation des acteurs de proximité, favorisant une implication et une appropriation des problèmes et des solutions. La prise en compte des perceptions, des préoccupations et des vécus des différents acteurs en jeu, en particulier des élus et des professionnels de santé est un élément fondamental pour obtenir une certaine pertinence et efficacité dans les stratégies et les projets en santé élaborés localement. Pour cela, les pays permettent d'une part une démarche globale réunissant les champs du sanitaire, du social voire plus largement les préoccupations de l'aménagement et du développement du territoire. D'autre part, l'approche des pays renforce la cohérence des actions et la solidarité territoriale en rassemblant des initiatives locales éparses, notamment des projets de maison de santé, qui peuvent se faire concurrence

ou s'ignorer. Ainsi, par exemple sur le pays Jeune Loire et ses rivières, l'état des lieux des projets a mis à plat la multitude d'initiatives sur des communes voisines qui se méconnaissent, révélant un manque de concertation et l'absence de cohérence dans les réponses territoriales aux besoins.

Par ailleurs, les pays possèdent une liberté de choix dans les formes d'animation et d'intervention pour le déroulement des études. Des groupes territoriaux ont par exemple été proposés sur le pays des Combrailles (nord, centre et sud), dépassant les limites intercommunautaires et répondant à des logiques de projets en cours et de fonctionnement des professionnels. Afin d'obtenir une meilleure mobilisation des acteurs et de favoriser l'animation locale de la démarche, certains pays ont désigné des élus référents. Pour le pays Charolais Brionnais, un élu référent par commune, pour les Combrailles, un élu par communauté de communes. Le pays Haut Languedoc et Vignoble a organisé une visite de maison de santé tandis que sur le pays Vichy-Auvergne, le prestataire a organisé un séminaire pour les élus, sous forme de questionnaire-jeu et d'échange, afin de les faire réfléchir sur les besoins de leur intercommunalité et les problématiques liées à la présence et l'organisation des soins. Cette diversité de formes d'intervention et cette adaptabilité au terrain se retrouvent peu dans les interventions des services de l'État. Les ARS possèdent un mode d'intervention fondé sur l'organisation de réunions à différentes échelles (conférences régionales, conférences territoriales, projet de contrats locaux de santé). Ces rencontres sont pour la plupart régies par des protocoles (présence des représentants désignés par collège, ordre du jour défini selon les obligations nationales). Elles permettent peu de souplesse et d'innovation dans les modes de concertation. Faute de temps, de disponibilité et de personnes dédiées nécessaires pour se rendre sur le terrain, les interventions des ARS sont limitées.

Les études des pays produisent le plus souvent un plan d'actions concret au plus proche des réalités du territoire, dans la mesure où ce plan intègre les contraintes locales de réalisation, avec une priorisation des actions, les moyens financiers et humains nécessaires et un calendrier. À la suite des études-actions, le pays peut jouer le rôle de garant des orientations et de l'exécution du plan d'actions élaboré. Il n'existe pas d'autres acteurs pour le moment

qui peuvent jouer ce rôle d'animation et de coordination. Ainsi, l'action des pays peut représenter une plus-value pour l'élaboration de projets territoriaux de santé, en particulier pour les territoires peu peuplés, étendus et fragiles dans leurs dynamiques socio-économiques. En effet, il devient parfois un interlocuteur privilégié pour les institutions sanitaires et les institutions financeurs (Conseils généraux, Conseil Régional, État...) et représente une porte d'entrée pour l'élaboration des projets avec l'ARS, notamment avec les contrats locaux de santé. C'est le cas du pays des Combrailles, avec la mise en place d'une association Avenir Santé Combrailles, co-présidée par un élu et un professionnel et animé par une coordinatrice. Certaines « démarches pays » ont en 2011 déjà abouti à plusieurs contractualisations (Vallée de la Dore en Auvergne, pays Haute-Corrèze en Limousin).

CONCLUSION

Ainsi, face aux difficultés de la démographie médicale et face à la nécessité de repenser les soins primaires, des dynamiques de changement se développent. Les situations de tensions, aux multiples causes, offrent sur les territoires ruraux des opportunités d'innovation dans l'organisation de l'offre de soins et dans les modalités de gouvernance pour y parvenir. Malgré les difficultés et les écueils que rencontrent collectivités et professionnels de santé pour dialoguer et trouver des solutions adaptées aux problèmes soulevés localement, on voit se développer des initiatives (associations, maisons, pôles, réseaux territoriaux de santé) qui présentent des modalités et des actions nouvelles, originales, stimulantes, source d'amélioration, tant du côté des pratiques professionnelles que des services offerts à la population. Les différentes situations et les mécanismes de construction des projets soulevés dans cet article amènent peut-être quelques éléments de préconisations au service d'une gouvernance territorialisée des politiques de santé, notamment l'idée de respect et de compréhension mutuelle des positions des uns et des autres qui devrait guider les projets, favorisée par la concertation. Ce sont les démarches issues des pays, nouveaux acteurs intermédiaires structurants dans le système de santé, qui semblent améliorer à la fois les rencontres, les échanges des problèmes, l'élargissement des champs d'action, la

co-construction de solutions, et amènent les acteurs locaux aux innovations. On remarquera toutefois que si les pays représentent une échelle et un territoire pouvant être pertinent pour la mise en place d'une politique territorialisée de la santé voulue par l'État, en particulier dans les territoires ruraux étendus et peu peuplés, ils ont été l'échelon territorial remis en cause dans l'acte III de la décentralisation et fragilisés par la réforme des collectivités territoriales en 2010 en supprimant la possibilité d'en créer de nouveaux.

Bibliographie

- BOURGUEIL Y., CLÉMENT M.-C., COURALET P.-R., MOUSQUÈS J., PIERRE A., 2009. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 147, octobre 2009, 8 p.
- BRUTEL C., LEVY D., 2011. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 : 95 % de la population vit sous l'influence des villes. *INSEE Première*, octobre 2011, n° 1374, 4 p.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2010. *Atlas de la démographie médicale française au 1er janvier 2010*, 167 p.
- HAAS (de) P., 2010. *Monter et faire vivre une maison de santé*, Éditions le Coudrier, 173 p.
- HAAS (de) P., 2013. Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité, *Actualité et dossier en santé publique*. 2013/03, n° 82, p. 47-48.
- LEROUVILLOIS G., VINCLET P., 2002. Hôpitaux sous contraintes : des restructurations aux recompositions de l'offre : l'exemple de Basse-Normandie, in SÉCHET R. (dir.), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, PUR, p. 49-63.
- LEURQUIN B., 2007. *Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement*, Association Pour la Fondation des Pays, coll. « Services et Territoires », 2007, 288 p.
- MOUQUET M.-C., OBERLIN P., 2008. Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, *Dossiers solidarité et santé*, n° 4, juillet 2008, DREES.
- ONDPS, 2005. *Rapport annuel de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*, Tome I, Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé, La Documentation Française, novembre 2009, 582 p.
- PERALDI, X., PIERI, X., 2009. *Pour une gouvernance fortement territorialisée de l'offre de soins : quelques constants déduits de la situation corse*, XLVI^e colloque de l'Association de Science Régionale de Langue Française, 6-7-8 juillet 2009, Clermont-Ferrand, 18 p.
- ROCA R. A., LÓPEZ C. B., BURRIEL L. G., DOMÍNGUEZ P. L.-C., RODRIGUEZ S. O., FOSAS M. R., CONDON P. V., 2000. El medio rural: una visión mirando al futuro (I). *Atención Primaria*, 26/2, p. 20-130.
- SCHINDLER HAMITI, A., 2014. *Offre de soins dans le Massif central : territorialisation, gouvernance et initiatives pour faire*

face aux nouveaux enjeux, Thèse de doctorat en géographie, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, 485 p.

TALANDIER M. et JOUSSEAUME V., 2013. Les équipements du quotidien en France : un facteur d'attractivité résidentielle et de développement pour les territoires?, *Noréis*, n° 226, p. 7-23.

VIDANA J.-L., 2012. Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire, *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 267-279.

Textes législatifs

Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

Ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et Ordonnance n° 96-344 relative à l'organisation de la Sécurité sociale du 24 avril 1996 – dites également « Ordonnances Juppé ».

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST.