

2008-2014

Enjeux de mandat

Santé et territoires

Septembre 2008
Nouvelle édition



par **Hervé Joan-Grangé**
Cabinet CODE

Les notes territoriales de l'AdCF



En partenariat avec :



Sommaire

Ce qu'il faut savoir	4
Les médecins	4
<i>La démographie médicale</i>	4
<i>Le rapport aux territoires</i>	6
Les hôpitaux	13
<i>Le « point de départ »</i>	13
<i>Les réactions</i>	14
<i>Les dernières communications</i>	17
<i>Les ZUS</i>	18
Nos analyses	19
La démographie médicale	19
<i>La lecture des données</i>	19
<i>Des perspectives peu favorables</i>	22
Les hôpitaux de proximité	24
<i>La remise en cause de la maille fine des services publics</i>	24
<i>Une profonde mutation inachevée</i>	26
<i>Les communautés en première ligne</i>	29
ANNEXES	30
Annexes au rapport sur « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France »	30
• <i>Liste des établissements réalisant de 2 000 à 2 500 et moins de 2 000 actes classant par an</i>	30
• <i>Liste des 112 hôpitaux ayant trois chirurgiens titulaires ou moins, plein temps ou temps partiel</i>	33
Pour mémoire : Propositions issues du Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER (avril 2008)	38
Tableaux de synthèse sur les territoires possédant des hôpitaux qui réalisent moins de 2 000 actes opératoires par an	40



Avant-propos

Lors de l'atelier consacré à cette thématique en octobre 2007, au cours de la dernière Convention nationale de l'ADCF, deux Présidents de Communautés, médecins, ont exprimé leurs inquiétudes sur l'évolution des pratiques médicales dans les zones rurales ainsi que leurs difficultés pour trouver un successeur. Suite à ces prises de parole, un débat nourri s'est instauré entre les nombreuses personnes présentes dans la salle.

Dans un contexte chargé en matière de redéploiement des services publics, le sujet s'avère porteur d'enjeux bien particuliers, vis-à-vis desquels l'AdCF se doit d'avoir un avis, voire des propositions à formuler.

Ces perspectives donnent à penser que la question va monter en puissance au cours des prochains mois et, parmi les différentes fonctions soumises à un « détricotage » territorial, c'est probablement celle qui suscitera le plus de réaction de la part des élus et des populations.

Depuis la première diffusion de ce document, au mois de mars, l'Etat s'est fortement mobilisé sur la question hospitalière et, plus largement, les questions de santé :

- Le Premier ministre a confié quatre missions au profit du gouvernement, afin de présenter, cet automne, un projet de loi de modernisation du système de santé. Elles sont consacrées respectivement aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire (mission FLAJOLET), à l'organisation territoriale (mission RITTER), à l'hôpital (mission LARCHER) et à l'organisation de la santé (mission BERLAND-PODEUR).
- Le Ministère de la Santé a engagé des Etats généraux de l'Organisation de la Santé au début de l'année 2008. Ils ont fait l'objet d'une première synthèse le 8 février 2008, puis de la présentation des conclusions le 9 avril 2008 par Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé.
- Le Président de la République a prononcé un discours sur la réforme de l'hôpital à Neufchâteau le 17 avril 2008. Il marque l'aboutissement d'une démarche engagée le 22 mai 2007 par l'annonce d'une concertation sur les missions de l'hôpital, confirmée lors de l'installation de la Commission Larcher au CHU de Bordeaux, le 16 octobre 2007.

La tonalité de ces initiatives et prises de positions est marquée par des objectifs communs : la qualité, l'efficacité et l'accès aux soins pour tous. S'y ajoute le souci de concertation, tant avec les territoires que les milieux professionnels.

En ce qui concerne les hôpitaux de proximité, plusieurs signes ont été donnés pour rassurer les territoires, notamment par le Président de la République lors de son discours de Neufchâteau. Pour autant, ces déclarations sont assorties de conditions qui présagent de recompositions structurelles, techniques et territoriales.

Qu'en conclure ? Le rapport entre santé et territoires est bien au cœur des interrogations et des préoccupations de tous les responsables publics. Elles obéissent à des objectifs et à des logiques spécifiques, ouvrant eux-mêmes sur une arborescence particulièrement riche dès lors que l'on intègre des ingrédients tels que les relations public-privé ou l'organisation des métiers de la santé.

Il convient tout autant d'apprécier ces mutations probables, et souvent souhaitables, dans un cadre élargi, celui des fonctions exercées par certaines villes à l'heure où d'autres réorganisations majeures des services de l'Etat sont en cours ou en débat.

Plus que jamais, la concertation s'impose pour une approche globale et anticipée d'une recomposition des territoires et de leurs fonctions. Si l'expression « gagnant-gagnant » a, encore, quelque signification, elle doit s'appliquer à une modernisation qui, aussi nécessaire qu'elle soit, ne doit pas s'appeler fatalité.

Pour la présente note intitulée « Santé et territoires », nous avons retenu les sources permettant au mieux de traiter ces indicateurs à différentes échelles : régions, départements, communautés :

- La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005–2025) Pr. Jean LANGLOIS Académie de Médecine Juin 2007.
- Atlas hospitalier et médico-social de la FHF : les zones de fragilité en matière de chirurgie au 1er janvier 2007.
- Atlas de la démographie médicale Ordre des Médecins Situation au 1er janvier 2007.
- Rapport remis au Ministre de la Santé : L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France VALLANCIEN Guy Avril 2006.
- Délégation Interministérielle à la ville : Observatoire national des zones urbaines sensibles Rapport 2005.
- Rapports des Missions Régionales de Santé, 2005 ou 2006 selon les Régions.

Il en résulte un document faisant une large part à l'information, d'où l'intitulé de la première partie : « Ce qu'il faut savoir ». Vient ensuite une approche territorialisée des données recueillies sous l'intitulé : « Analyses ».

Ce qu'il faut savoir

Les médecins

La démographie médicale

Source : *La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005–2025)* - Professeur Jean LANGLOIS - Académie de Médecine - Juin 2007

Visualiser les graphes et les cartes du rapport sur :

http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/langlois_graphes.pdf

■ Le nombre de médecins

Jamais la France n'a compté autant de médecins. Au 1^{er} janvier 2006, les chiffres (la population médicale de l'année 2005) étaient les suivants :

- 212 972 docteurs en médecine en activité pour l'ensemble de la métropole et des DOM et TOM, 207 277 pour la seule métropole.
- 6 008 sont temporairement sans activité pour motif de maladie, de maternité, ou pour raison personnelle.
- 9 262 sont des remplaçants et ne sont donc pas installés soit dans un cabinet, soit en milieu hospitalier.
- 192 007 sont en exercice réel soit en secteur libéral, soit en secteur salarié, hospitalier notamment.

En 25 ans, les effectifs médicaux ont presque doublé : 112 066 en 1979, 178 530 en 1992, 212 972 en 2005, toutes disciplines confondues.

■ Le solde des entrées et des sorties

Chaque année, les effectifs sont sous la double dépendance du recrutement des nouveaux médecins et de l'arrêt d'activité professionnelle des plus âgés.

Les entrées

La formation en France procède d'une organisation soumise à un système complexe qui génère trois difficultés majeures :

- Une formation hospitalo-universitaire (vase clos, système rigide) qui aboutit à l'inertie ;
- La très longue durée des études qui ne permet pas de compenser immédiatement les anomalies constatées ;
- L'entrée dans la vie active est tardive.

Les sorties

La cause habituelle de la sortie des effectifs est le départ en retraite. Il paraît raisonnable de penser qu'il se situera encore autour de 65 ans dans les années à venir. En 2005, 3 342 médecins dont 3 230 en métropole ont cessé d'exercer (+ 15 % par rapport à 2004), faisant suite à une forte diminution de 24 % entre 2003 et 2004. L'âge moyen de sortie serait actuellement un peu plus bas que dans un passé récent, vers 63,8 ans en 2003. Il serait de 65,3 ans en 2006.

■ La répartition des médecins

Force est aussi de constater que les difficultés rencontrées dans le domaine des soins médicaux sont importantes et ce pour deux raisons :

- L'imparfaite répartition entre les disciplines et à l'intérieur de certaines d'entre elles ;
- L'imparfaite répartition des médecins sur le territoire.

L'accumulation de ces deux facteurs majore la gravité des situations. S'y ajoutent des erreurs du passé et des causes sociétales nouvelles.

■ Les disparités dans les disciplines

La répartition des médecins dans les diverses disciplines n'est pas harmonieuse et certaines, déjà en déficit, ne répondent plus pleinement à leurs obligations de soins. La formation hospitalo-universitaire et les modalités de la qualification des médecins ont beaucoup changé au cours des temps. Une réforme venant s'ajouter à la précédente, la répétition du phénomène rend les études démographiques très complexes.

Dernière née, la loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale, a réformé les procédures antérieures. Le concours d'internat est supprimé. Un examen classant le remplace et tous les étudiants, futurs généralistes et spécialistes, ont désormais accès aux fonctions d'interne. Suite aux résultats, la répartition dans les disciplines se fait en fonction des places offertes et du classement du candidat.

Les spécialités se sont multipliées : 54 sont actuellement dénombrées. Cette segmentation dans la pratique des soins n'est pas exempte d'inconvénients :

- Elle conduit à un exercice exclusif dans la discipline.
- Elle est maintenant exagérément appliquée, notamment par l'assurance maladie.
- En cas de litige, la « judiciarisation » menace aussi ceux qui seraient tentés de travailler hors de leur domaine.

Elle semble induire abusivement une augmentation des besoins en effectifs.

La rubrique répertoriant les médecins spécialistes toutes disciplines confondues, est maintenant une notion de peu d'intérêt. Ce qui compte dorénavant, c'est le nombre exact des spécialistes en formation et de ceux exerçant dans une discipline donnée, afin de mesurer les insuffisances numériques et celles de la répartition géographique dans le présent comme dans l'avenir. Certaines disciplines sont ainsi dites actuellement en crise, notamment : la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie hospitalière, la chirurgie générale, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale, la médecine du travail.

Les chiffres globaux recensés en médecine générale sont trompeurs (104 783 en métropole ; 107 918 avec les DOM-TOM). La qualification en médecine générale et l'exercice professionnel de la médecine générale ne sont pas deux notions synonymes : tous les généralistes ne pratiquent pas la médecine générale. Ceux qui exercent exclusivement celle-ci, couvrent l'activité de médecine de proximité, de premier recours, de médecine de famille comme on le disait jadis. C'est essentiellement une activité de médecine libérale. Ce profil médical ne compterait en réalité que 56 784 médecins, chiffre voisin de celui reconnu par l'Assurance-maladie qui comptabilise parfaitement les médecins généralistes libéraux par leurs feuilles de prescription.

Ces faits expliquent, en partie, les difficultés d'exercice de la médecine générale libérale qui doit répondre au premier appel des patients. Cette discipline est réellement en crise d'effectifs. Mais la démographie insuffisante de la médecine générale, en particulier dans le secteur libéral, n'explique pas tout.

■ Profil démographique des médecins

Deux constats caractérisent les effectifs actuels du corps médical : le vieillissement et la féminisation progressive. L'étude de la pyramide des âges fait apparaître que :

- Les 50-59 ans sont 55 571.
- Les moins de 49 ans 56 936.

Le nombre des moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans.

Ce vieillissement s'accroît depuis plusieurs années et va progresser, à moins que les départs en retraite à un âge plus jeune ne deviennent plus nombreux, ce qui est peu vraisemblable compte tenu du profil annoncé des pensions. Ce fait serait anodin s'il ne traduisait pas l'insuffisance programmée du renouvellement par les jeunes générations.

L'étude prospective du bilan entre les entrées et les sorties jusqu'à l'année 2025 donne à penser que :

- Les effectifs globaux resteront favorables jusqu'en 2010.
- A partir de cette date, s'amorcera le déclin qui pourrait atteindre un déficit autour de 20 % par rapport aux chiffres actuels dans le courant des années 2020... la cause en est l'insuffisance du *numerus clausus* ① actuel.
- Cela aura forcément des conséquences importantes sur la délivrance des soins.

① *Numerus clausus* : « nombre fermé ». Ce terme désigne le nombre fixe d'étudiants admis chaque année dans certaines formations, principalement dans les professions de santé, qui sont réglementées

La féminisation progressive du corps médical est en marche et ne pourra probablement que s'accroître. La proportion des femmes est d'autant plus élevée que les médecins sont jeunes : 54 % au-dessous de 40 ans. Dans une étude commune en janvier 2002, la DREES et la DEP de l'Éducation Nationale ont montré que 64 % des étudiants inscrits en médecine sont des femmes. Au concours d'entrée en médecine, les femmes reçues sont majoritaires depuis plusieurs années. En 2002, les femmes formaient 54 % des reçus à l'Internat (spécialistes) et 56 % au résidanat (généralistes). Ces données n'auraient aucune gravité si elles ne laissaient craindre une régression des moyens dans la délivrance des soins (interruptions temporaires d'exercice).

■ Interrogations sur les évolutions envisageables

- 1 La Médecine sera-t-elle en 2020 celle que nous connaissons d'elle aujourd'hui ? Répondre par l'affirmative serait nier ce que pourront apporter la recherche et le progrès scientifiques. Les connaissances se seront enrichies, des équipements nouveaux seront nés, des modifications dans la pratique médicale, dans les disciplines en découleront et probablement de nouveaux intervenants seront devenus nécessaires. Ce fait ne pourra qu'augmenter la demande en personnels car le renouvellement des connaissances et la reconversion des plus âgés ne sont pas simples à obtenir.
- 2 Les soins médicaux sont coûteux et pèsent lourdement sur l'économie. Dans le domaine de la santé, le progrès médical en est indirectement l'un des responsables. Il est facile de prévoir que les bénéfices attendus dans le diagnostic et le traitement des maladies, notamment celles qui sont encore incurables ou mal soignées, augmenteront les dépenses de santé liées non seulement aux moyens matériels mais également humains.
- 3 La féminisation progressive du corps médical telle qu'actuellement constatée continuera-t-elle à progresser dans le même sens ? De ce fait, les femmes seront-elles majoritaires dans le corps médical au cours des années 2020 ? Dans l'affirmative, le temps de travail cumulé des acteurs sera probablement moindre, accentuant ainsi le déficit en effectifs avec ses conséquences dans la réponse à la demande de soins.
- 4 Quel sera le comportement du corps médical dans ces années futures ? Sera-t-il le même qu'aujourd'hui concernant par exemple le confort de vie, le lieu de vie, le souhait de moins travailler, le besoin de repos, la nature de l'exercice médical, le rejet des charges administratives aujourd'hui chaque jour plus pesantes.
- 5 Que sera le corps social en France et son insertion à la fois dans notre pays et dans la vie européenne... quelles seront les exigences des Français vis-à-vis de leur médecin, des droits aux soins, de l'assurance-maladie, tous facteurs qui génèrent des besoins et des contraintes et par là des moyens financiers et humains ?
- 6 Quelle sera alors la politique de santé ? Quelles seront les structures sociales ? Que sera devenue la médecine dans cet ensemble, plus administrative et plus bureaucratique ou redevenue davantage libérale ? Autant de facteurs qui auront un impact sur ce que seront en mesure de faire les acteurs de soins.

Le rapport aux territoires

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études ont démontré que malgré une croissance continue du nombre de médecins en France et une densité médicale aujourd'hui à son plus haut niveau historique, la répartition géographique et disciplinaire reste inégale sur l'ensemble du territoire français.

Les travaux des Missions Régionales de Santé ¹ apportent un éclairage particulier sur les zones déficitaires, notamment en médecins généralistes. Sur la base de la densité médicale inférieure de 30% à la moyenne et du niveau d'activité supérieur d'au moins 30% à la moyenne et du niveau d'activité, complétés localement par des éléments de distance, ou d'âge des professionnels ou des populations, les Missions Régionales de Santé ont retenu des zones prioritaires ².

¹ Constituées entre les Agences régionales de l'hospitalisation et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie, les Missions Régionales de Santé sont chargées de préparer la coopération et le rapprochement de ces deux instances ainsi que d'exercer les compétences conjointes à chacune. Elles ont ainsi à charge :

Face à ce constat, des mesures ont été adoptées en France pour améliorer la répartition géographique des médecins et inciter à l'exercice dans les zones en difficultés, rurales ou urbaines :

- Au niveau national, l'État et l'Assurance maladie privilégient les aides financières à l'installation ou au maintien en exercice et les outils d'information.
- À l'échelle régionale, les mesures portent principalement sur la formation et soutiennent les initiatives des professionnels de santé visant à s'organiser autrement (médecine de groupe, délégation des tâches, télémedecine).

Le phénomène n'est pas spécifiquement français. On le retrouve dans de nombreux autres pays européens. C'est pourquoi les élus du Congrès des pouvoirs locaux et régionaux, sous l'égide du Conseil de l'Europe, viennent d'appeler les régions à mettre en place des mécanismes incitatifs pour attirer les médecins dans les zones démographiquement fragiles et prévenir les pénuries. Ces mécanismes pourraient inclure des aides à l'installation, des déductions fiscales et des honoraires majorés. Il faudrait également prévoir une décentralisation des facultés de médecine vers les régions manquant de médecins.

<< Suite de la note de la page précédente

- D'établir des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins.
- De déterminer les orientations concernant la répartition des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, en particulier dans les zones rurales ou urbaines difficiles, en tenant compte du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).
- D'assurer la conduite et le suivi des actions destinées à améliorer la coordination des acteurs du système de soins et de bâtir un programme annuel de gestion du risque, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

② Le principe est de considérer une zone comme étant en difficulté lorsqu'elle conjugue une faible densité et une forte activité des médecins généralistes en activité et un recours aux soins peu important. L'évaluation de ces trois éléments a été affinée grâce à l'introduction de nouveaux critères. La définition de l'offre de soins a ainsi fait appel aux éléments suivants :

- La densité médicale corrigée des flux et de la structure par âge de la population, parce que celle-ci conditionne fortement les besoins.
- L'activité moyenne des généralistes de la zone, ainsi que la proportion de médecins effectuant plus de 7500 consultations ou visites dans l'année.
- La proportion de médecins de plus de 60 ans.

Pour apprécier le recours aux soins, ont été intégrés :

- Les consommations et visites de personnes de 75 ans et plus, dont la consommation de soins est très sensible à l'accessibilité.
- Des indicateurs mesurant les déplacements hors de la zone pour la population générale et pour les plus de 75 ans spécifiquement.

Sur la base de scores établis grâce à ces différents indicateurs, des zones ont été identifiées comme en difficulté, fragiles ou sans problème.

■ Panorama régional

Source : DREES 2004 et Ordre des Médecins - Situation au 1^{er} janvier 2007.

Les disparités

La densité médicale (exprimée en nombre de médecins pour 100 000 habitants) mesurée en 2002 met en évidence de fortes différences selon les régions :

- Une majorité de régions ont des densités inférieures à la moyenne nationale (335).
- Les déficits les plus marqués concernent un ensemble qui du Nord vers le Sud épousent les contours de vastes territoires : Picardie, Normandies, Centre. En revanche, l'héliotropisme caractérisé des professionnels de santé (à l'exception de l'Alsace et de l'Île-de-France) bénéficie aux ensembles méditerranéens et Sud-Atlantique.
- Les différentiels sont importants : la région où la densité est la plus élevée dépasse de 90 points la moyenne nationale ; celle où la densité est la plus faible, est située près de 80 points en-dessous.

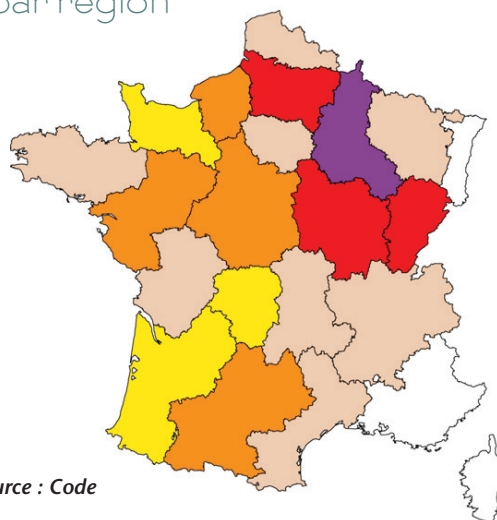
Régions	Densité 2002 *	Régions	Densité 2002 *
Ile-de-France	425	Auvergne	296
PACA et Corse	414	Nord – Pas-de-Calais	292
Languedoc-Roussillon	374	Franche-Comté	291
Midi-Pyrénées	368	Poitou-Charentes	291
Aquitaine	352	Bourgogne	281
Alsace	341	Champagne-Ardenne	274
France	335	Pays de la Loire	274
Rhône-Alpes	331	Basse-Normandie	273
Limousin	333	Haute-Normandie	269
Bretagne	306	Centre	268
Lorraine	298	Picardie	256

* exprimée en nombre de médecins pour 100 000 habitants

En 2006, les travaux des Missions Régionales de Santé confirment et complètent ces observations :

- Les zones déficitaires représentent plus de 10% de la population régionale dans trois régions (Auvergne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté).
- Dans trois régions, Alsace, Corse, PACA, aucune zone déficitaire n'a été retenue.

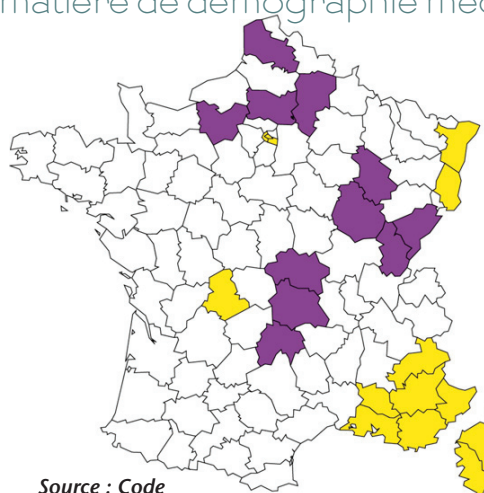
Nombre de communes déficitaires par région



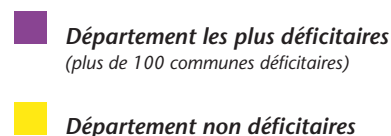
Source : Code



Disparités départementales en matière de démographie médicale



Source : Code



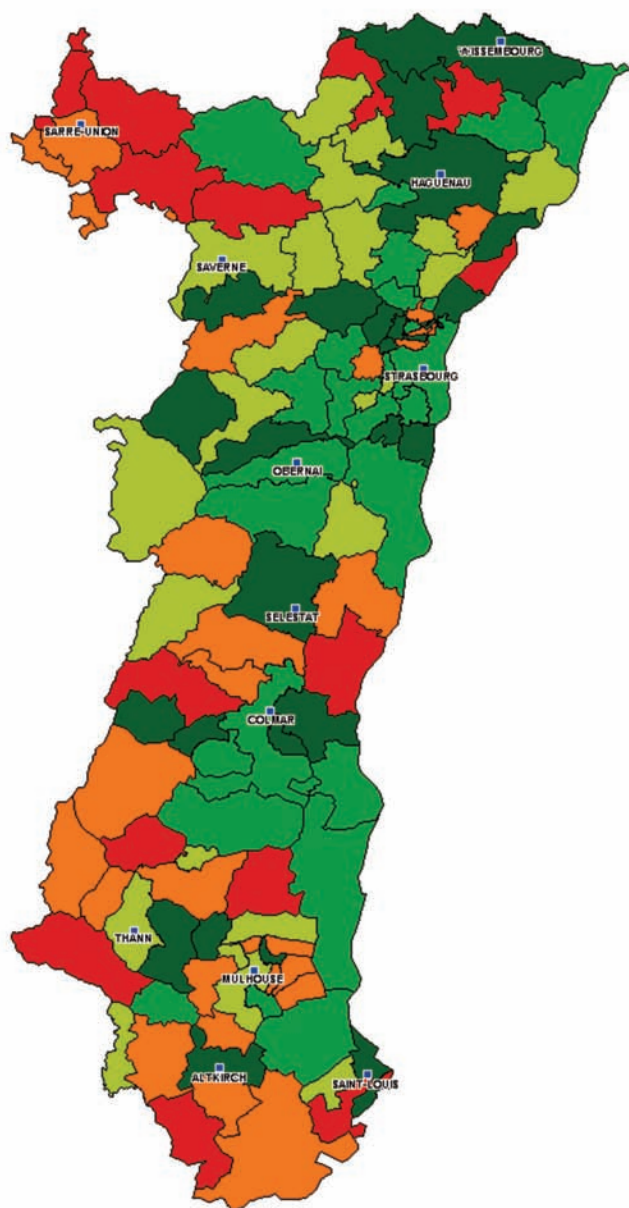
Etude de cas : l'Alsace

Pour aller plus avant, nous nous sommes intéressés à l'une des régions réputées ne comptant pas de zone déficitaire, l'Alsace, en consultant le rapport de la Mission Régionale de Santé disponible à ce jour (L'accès aux soins de proximité - Les zones déficitaires et les zones fragiles - décembre 2005).

Sur la base des données relatives à l'activité de l'année 2004, l'analyse détaillée des quatre critères (densité de médecins généralistes, part de médecins avec une activité dépassant 7500 actes, part de personnes âgées, temps d'accès au cabinet du médecin généraliste) montre la situation favorable de l'Alsace en termes d'offre de soins médicaux : aucune des 116 zones retenues ne cumule au moins trois des quatre critères utilisés pour définir une zone déficitaire.

Toutefois, la répartition territoriale n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Certaines zones, notamment rurales, souffrent d'une offre de soins plus fragile ; d'autres, les zones urbaines, connaissent une offre excédentaire.

Le classement des zones selon leur niveau de fragilité en terme d'offre de soins



Pour qualifier ces phénomènes, d'autres indicateurs ont été retenus, prenant en compte la diversité et le nombre des professions médicales (nombre de médecins généralistes, d'infirmiers et de masseurs). D'où plusieurs types de situations : très favorable, favorable, défavorable, combinant divers scores selon le nombre de professionnels présents.

La carte ci-dessous représente le niveau de fragilité de chaque zone en termes d'offre de soins. Une zone sera d'autant plus fragile que sa coloration tend vers le rouge et que le niveau indiqué est élevé.

Les zones ainsi déterminées concernent essentiellement les vallées vosgiennes ainsi que les zones très rurales telles que le Sundgau et le pays de Saverne par exemple où l'âge moyen des médecins, infirmiers ou masseurs kinésithérapeutes est élevé, les densités des professionnels de santé faibles et le recours aux soins de la population importants.

Niveau de fragilité de la zone

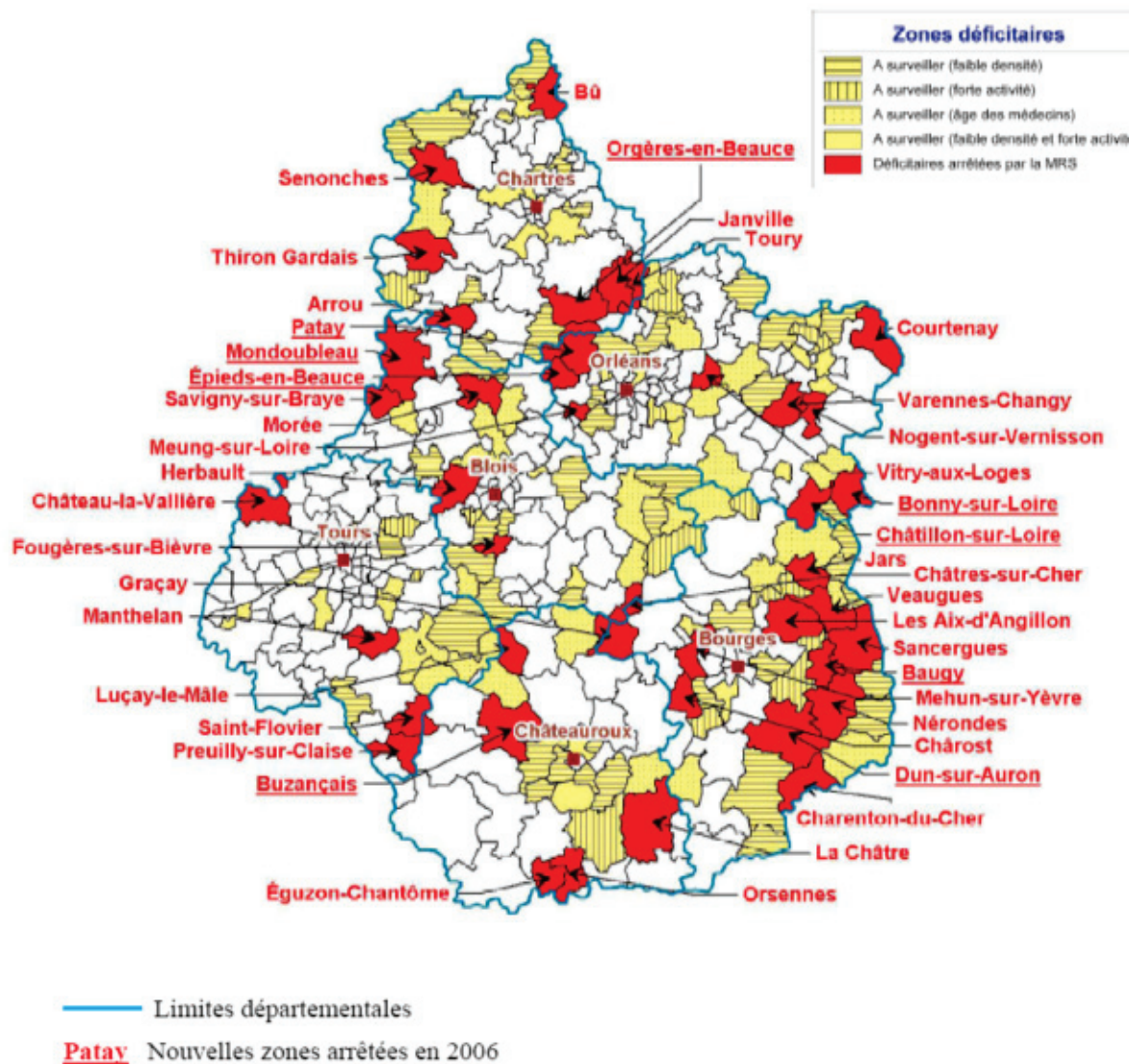
- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3
- Niveau 4
- Niveau 5

Source : URCAM Alsace - C. Fröh

Exemple du Centre

Le tableau d'actualisation des zones déficitaires pour 2006, établi par la Mission Régionale de Santé fait état de :

- 42 zones « prioritaires » (33 en 2005), dont 9 le sont devenues (8 étaient « à surveiller » et une était « non fragile ».
- 116 zones « à surveiller » (110 en 2005), 99 le restent depuis la dernière analyse, 17 « non fragiles » le deviennent.
- 210 zones « non fragiles » (225 en 2005), 207 restent « non fragiles », 3 zones « à surveiller » passent « non fragiles ».



Source : MRS Centre (janvier 2007) – Cartographie URCAM Centre

De ces premières investigations, il convient de retenir deux enseignements : le caractère évolutif des situations ainsi que la nécessaire différenciation entre population et territoires concernés.

■ Panorama départemental

Source : Ordre des Médecins - Situation au 1^{er} janvier 2007.

Nettes entre les régions, les inégalités entre les départements et même à l'intérieur de ceux-ci dessinent une carte plus fine des réalités territoriales. Ces inégalités géographiques sont encore plus accentuées quand, à l'intérieur d'un département, l'on étudie en médecine générale les différences entre les agglomérations et la campagne.

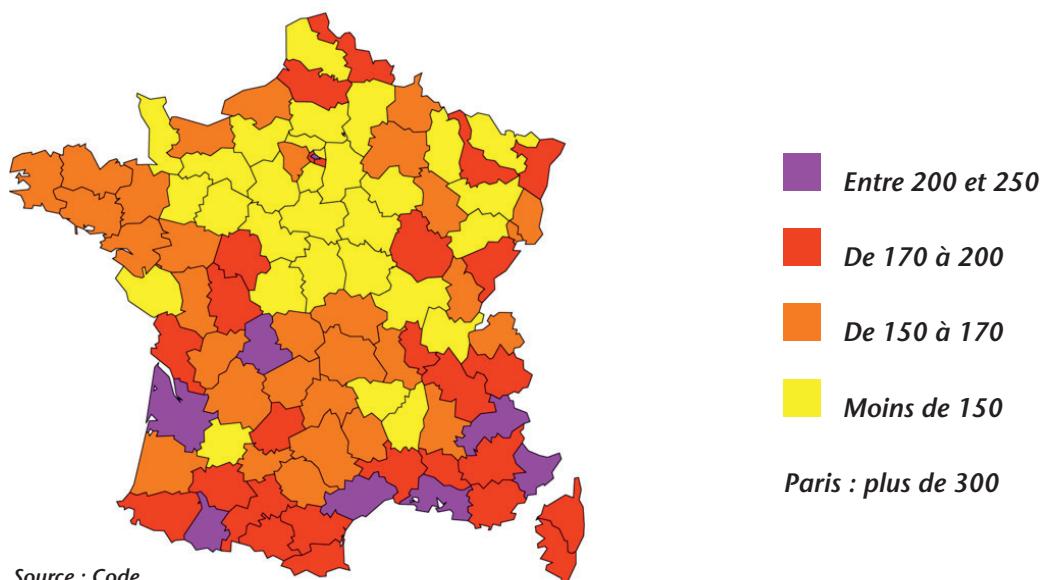
Début 2006, les zones sous médicalisées, dites zones prioritaires définies par les Missions Régionales de Santé (MRS) concernent 1 600 médecins et 4 500 communes.

Les enquêtes menées tant au plan professionnel qu'au plan géographique font apparaître des causes sociétales qui sont liées, les unes à l'environnement et à l'aménagement du territoire, les autres à l'exercice professionnel lui-même, enfin à l'isolement et la solitude professionnelle. Les femmes ou les compagnes désirent demeurer en ville, les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer seuls et recherchent le regroupement professionnel, les pressions excessives de certains malades sont mal ressenties... La qualité de vie, le souhait de moins travailler que les aînés sont devenus des priorités.

Afin de mieux comprendre ces phénomènes, nous avons procédé à une lecture détaillée des densités médicales pour l'ensemble des départements métropolitains en ciblant les généralistes, réputés présents dans l'ensemble du territoire. L'analyse est fondée sur les données figurant dans l'Atlas de la démographie médicale établi par l'Ordre des Médecins (situation au 1^{er} janvier 2007).

La carte et le tableau ci-après confirment en les précisant les remarques précédentes.

Densité de généralistes pour 100 000 habitants selon le département



Densité de généralistes pour 100 000 habitants (population au 1^{er} janvier 2005)
selon le département (activité globale au 1^{er} janvier 2007)

Département	Densité	Département	Densité	Département	Densité
Paris	310,7				
300					
Hautes-Alpes	240,9	Gironde	208,9	Alpes-Maritimes	204,2
Hautes-Pyrénées	220,9	Hérault	208,7		
Bouches-du-Rhône	216,9	Haute-Vienne	208,5		
200					
Haute-Garonne	199,1	Pyrénées-Orientales	196,2	Meurthe-et-Moselle	193,2
Corse-du-Sud	196,9	Pyrénées-Atlantiques	194,1		
Alpes-de-Haute-Provence	196,7	Rhône	193,8		
190					
Bas-Rhin	186,5	Hauts-de-Seine	188,4	Gers	182,2
Ariège	186,3	Savoie	185,0	Somme	180,9
180					
Var	179,9	Nord	175,5	Gard	172,6
Haute-Corse	178,5	Aude	175,4	Côte d'Or	172,5
Vaucluse	178,1	Isère	174,7	Charente-Maritime	172,0
Lot	178,0	Val-de-Marne	174,2	Vienne	170,7
Doubs	176,6	Indre-et-Loire	172,6		
170					
Puy-de-Dôme	169,9	Loire-Atlantique	167,0	Cantal	162,9
Landes	169,5	Creuse	165,0	Seine-Maritime	161,9
Finistère	168,4	Corrèze	164,6	Ardennes	161,0
Haute-Savoie	168,1	Ille-et-Vilaine	165,9	Calvados	161,0
Loire	167,6	Tarn	163,9		
Marne	167,6	Aveyron	163,5		
160					
Haut-Rhin	159,9	Dordogne	158,1	Deux-Sèvres	154,0
Lozère	159,7	Yvelines	157,1	Tarn-et-Garonne	153,8
Jura	159,6	Drôme	156,2	Côtes d'Armor	152,7
Morbihan	159,4	Haute-Marne	156,1	Allier	152,3
Maine-et-Loire	159,1	Charente	154,7	Territoire de Belfort	152,1
150					
Lot-et-Garonne	149,4	Essonne	147,8	Manche	145,0
Pas-de-Calais	148,8	Moselle	147,4	Yonne	144,9
Nièvre	148,2	Haute-Saône	147,4	Ardèche	143,7
Vosges	148,0	Haute-Loire	145,2	Seine-Saint-Denis	140,7
140					
Saône-et-Loire	139,9	Meuse	136,3	Loiret	133,4
Loir-et-Cher	138,8	Orne	135,2	Indre	132,3
Vendée	138,3	Oise	133,8	Seine-et-Marne	132,1
Val-d'Oise	136,9	Aisne	133,4	Aube	130,5
130					
Sarthe	128,6	Eure-et-Loir	127,3	Mayenne	122,5
Cher	128,3	Eure	123,0	Ain	118,6

Le « point de départ »

La démographie médicale, si elle préoccupe, donne lieu à des décisions qui recueillent un certain assentiment. Il n'en va pas de même en ce qui concerne le devenir des hôpitaux de proximité. Le point de départ du débat national résulte, pour une bonne part, d'un rapport établi par le Professeur Guy VALLANCIEN à la demande du Ministre de la Santé courant 2006 et intitulé : « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France » (Avril 2006).

■ Ce que dit le rapport

INTRODUCTION

« La France est, au monde, le pays où le nombre d'établissements de soins publics et privés rapporté à la population est le plus élevé : 3 200 pour 63 millions d'habitants (1/20 000 habitants) contre en moyenne 1/40 000 en Europe (1/100 000 en suède). L'histoire civile et religieuse du pays, ses particularismes géographiques et climatiques, les traditions des voies d'échanges, un état garantissant le service public de proximité, se conjuguent pour expliquer une telle dispersion des ressources médicales et chirurgicales sur le territoire national. S'y ajoute une autre spécificité nationale, unique en Europe, l'importance et le dynamisme de l'activité chirurgicale libérale réalisée dans les établissements de soins privés.

L'excellence médicale que revendiquent les malades, les progrès incessants des techniques chirurgicales, les normes de sécurité sanitaire de plus en plus strictes, l'amélioration des moyens de transport et des télécommunications, l'obligation de la continuité des soins obligent à repenser aujourd'hui l'offre chirurgicale sur le territoire afin de regrouper les compétences au lieu de les maintenir éparpillées.

Offrir un accès aux techniques opératoires modernes à tous les malades et blessés pris en charge en France quelles que soient leurs conditions sociales, professionnelles et familiales est un impératif républicain qui ne se discute pas, mais dans le domaine aussi sensible que celui de la santé, deux logiques s'affrontent : l'une médicale, qui appelle à une optimisation de l'offre de soins chirurgicaux pour les raisons sus citées et l'autre politique, privilégiant l'aménagement du territoire en plaidant pour le maintien de petites structures de soins chirurgicaux dans les zones peu peuplées ou à circulation difficile.

Depuis 1996, le rapport sur « l'état de la chirurgie en France » par le Pr. H. Guidicelli et Madame M.F. Veran-Peyret, les chirurgiens ont alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une restructuration de l'offre de soins. Depuis 10 ans aussi, les deux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS 1 et 2) ont modifié cette offre de soins grâce à 130 restructurations entre établissements publics ou privés sans remise en cause d'une telle politique.

Une enquête toute récente de la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) des centres hospitaliers réalisée par Bichier et Fellingier indique 63% de satisfaction des médecins après une restructuration. 22% n'ont pas observé de différence et seulement 15% regrettaient la situation antérieure.

On n'a pratiquement jamais parlé de ces restructurations ni mis en avant leurs avantages, alors que toutes ont été acceptées. Les médias se sont focalisés sur les lieux où des résistances particulièrement vives ont retardé voire empêché la réorganisation des soins chirurgicaux dans un bassin de population donné.

Le troisième schéma régional d'organisation des soins qui débutera le 31 mars 2006, modifiera encore profondément la carte sanitaire française dans le sens d'une concentration des soins lourds, dont la chirurgie, d'un accroissement des partenariats entre établissements publics et/ou privés et du maintien de la proximité sous de nouvelles formes. »

CONCLUSION

« La carte de la répartition des petits hôpitaux qui assurent moins de 2 000 actes opératoires par an (données 2004) ne reflète pas les difficultés géo-climatiques qui pourraient expliquer leur implantation. On observe au contraire une certaine homogénéité dans la répartition territoriale liée aux traditions loco régionales d'édification des hospices et Hôtels Dieu puis des hôpitaux sous l'influence de personnalités diverses civiles ou religieuses qui ont contribué financièrement depuis des siècles à l'édification des établissements de charité puis de soins.

Toute politique moderne d'aménagement du territoire bute sur ces traditions fortement ancrées dans l'esprit des populations locales qui justifient par l'histoire le maintien sur un site donné d'un service de chirurgie à faible activité, or la fermeture de la maternité ou du bloc opératoire ne signifie pas la disparition de l'hôpital, ce qui n'est jamais arrivé en France.

Augmenter la dotation d'un hôpital dans sa part non variable hors tarification à l'activité, afin de maintenir sous perfusion un bloc opératoire ne tient pas face aux risques encourus d'une faible activité chirurgicale et d'une désaffectation des personnels médicaux pour y exercer.

La proximité et la cohésion sociale, la prise en charge des personnes âgées et des handicapés doit être maintenue grâce au développement d'autres activités médicales dont ont tout autant besoin les habitants d'un territoire de santé, comme l'accueil des urgences et leur orientation, la médecine aiguë et chronique, la rééducation fonctionnelle. On voit ainsi se dessiner le schéma développé par le rapport du Commissariat au Plan dans son approche des « maisons du bien être » et de la régionalisation du système de santé en 2025. »

■ Ce qu'a dit le rapporteur

En accompagnement du document, après sa parution, le Professeur Guy VALLANCIEN a formulé des commentaires dont les principaux termes méritent d'être évoqués :

« La proximité pour la chirurgie n'est pas un élément de sécurité mais, si le principe de la concentration des équipes chirurgicales reste le garant d'un accès pour tous à des soins de qualité, les particularités loco régionales pourront amener à d'autres formes d'exercice de la chirurgie qu'il faudra tester puis valider avec toute la rigueur nécessaire.

Le pire serait de passer d'un dogmatisme à l'autre. Seule la qualité doit guider notre action publique pour le bien des malades et blessés qui frappent à la porte de l'hôpital. »

« Notre mission concerne la qualité des activités chirurgicales et non pas celle des établissements dans leur ensemble. Dans un premier temps, nous nous sommes concentrés sur la chirurgie dans les hôpitaux publics dits de proximité. Nous avons mis en avant les établissements effectuant moins de 2 000 actes chirurgicaux par an, car ce seuil apparaît pertinent. Sans doute, ce n'est pas parce qu'on a une grosse activité qu'on fait toujours bien. Mais globalement, on fait mieux. Cela est vérifié au Royaume-Uni, aux Etats-Unis ou en Suède. A contrario, plus le volume d'activité est faible, plus le risque de mortalité et de complications s'élève. »

« Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de chirurgie dans un établissement qu'il ne remplit pas sa mission. Dans les dix dernières années, 130 restructurations d'hôpitaux ont eu lieu. Sans drame. Au contraire : ceux qui ont restructuré ont gagné. Malgré les idées reçues. On ne réorganise pas pour faire des économies ou supprimer des emplois. A la lumière de l'expérience, partout où ce type d'opération a eu lieu, l'emploi a été garanti ou a même augmenté. »

« Il ne s'agit pas de faire disparaître des établissements dont la présence est liée à la tradition religieuse et civile : la carte de France des hôpitaux de proximité, c'est l'histoire de France. Mais il faut évoluer, ils doivent conserver l'accueil des urgences, se transformer en vrais centres de diagnostic et, par exemple, accueillir plus de personnes âgées en long séjour. Au final, l'expérience prouve qu'après une réorganisation, les patients sont satisfaits. Certes, ils sont viscéralement attachés à leur hôpital. Mais ils sont prêts à parcourir quelques dizaines de kilomètres supplémentaires pour être opérés dans des conditions de sécurité optimales, sur des plateaux chirurgicaux importants et bien dotés en hommes comme en matériels. »

Les réactions

Les commentaires apportés par l'auteur et les termes mêmes de ce rapport n'ont pas apaisé les craintes de nombre d'acteurs, élus ou membres de la société civile.

Le Professeur VALLANCIEN a pu dire que la sous-production chirurgicale pose clairement la question du maintien des blocs opératoires concernés sans que les seuils d'activité ne doivent pour autant devenir un « couperet », il a pu appeler à promouvoir la conversion des petits hôpitaux vers d'autres missions de proximité, en développant des unités de proximité d'accueil des urgences, en installant des plateaux techniques de diagnostic.

Dans les esprits et dans la presse, le rapport s'est résumé en un seul mot : fermeture des 114 blocs opératoires enregistrant moins de 2 000 actes par an, induisant la fermeture des hôpitaux de proximité accueillant ces blocs.

D'autres aspects ont aussi pu irriter, notamment le fait qu'il suggère d'informer les maires de leur responsabilité potentielle en cas de manque de sécurité, de qualité et de continuité des soins médicaux. Propos complété par l'affirmation selon laquelle « la réussite de la conversion des hôpitaux de proximité dépendra de la capacité des élus à faire comprendre (aux habitants) les bénéfices d'une restructuration bien menée » en termes de « sécurité, de maintien de la proximité sanitaire et de création d'emplois ».

Inscrites dans un contexte de « détricotage » de la maille fine des services publics sur le territoire, les préconisations ont suscité des réactions d'autant plus vives qu'il s'agit d'une composante à laquelle le public est particulièrement attentif.

Plusieurs types de sensibilités se sont exprimées, nous en avons retenu deux : celle d'élus posant le problème à l'échelle nationale, celle des « comités de défense » enfourchant un cheval de bataille qui prolonge et alimente une mobilisation sur le devenir des services publics.

■ Les élus posant le problème à l'échelle nationale

L'initiateur en est Christian PAUL, député de la Nièvre. Il a souhaité engager un débat national face à « l'avancée du désert médical français », avec une table-ronde à l'Assemblée nationale. Celle-ci s'est tenue le 27 novembre 2007 ayant comme intitulé : « les hôpitaux de proximité face au désert médical », et pour objectif d'écrire et de rendre public « un manifeste contre le désert médical » à son issue.

Ce manifeste a bien été rédigé, publié et adressé à la ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT pour réclamer un moratoire de dix huit mois sur les fermetures de services hospitaliers.

Les signataires se sont prononcés pour « une coopération hospitalière garantie par les Agences régionales de l'hospitalisation » et une « modernisation négociée de l'hôpital de proximité ». Ils demandent « une politique nationale de santé » et « une médecine de premier recours accessible à tous », considérant que « les fermetures de services hospitaliers rompent l'égalité des territoires au lieu de les sécuriser ». Ils estiment qu'un tel moratoire sera utile lors de la tenue des états généraux de l'offre de soins prévus début 2008.

Soixante huit parlementaires de tous bords ont adopté ce texte.

■ Les « Comités de défense »

Autant que les réactions des maires dont la commune possède un hôpital réalisant moins de 2 000 actes par an, les initiatives les plus marquantes ont été prises par des « comités de défense ».

Une coordination très active

La structure la plus active (si tant est qu'il en existe d'autres) a pour nom « Coordination Nationale des Comités de Défense Hôpitaux et Maternités de Proximité » (CNCDHMP).

Rassemblant environ quatre vingt comités, elle milite de façon très offensive pour le maintien des établissements réputés menacés. Le Net est un moyen largement utilisé pour échanger, informer et maintenir une mobilisation locale.

Exemples des informations inscrites sur son site :

« Lézignan : Après la fermeture de la chirurgie, ce sont les urgences qui sont menacées !!!! »

« Pertuis : quand les cliniques privées profitent des fermetures !!! »

« Decize : Restons vigilants ! »

« Lure: Meeting-débat contre les franchises et pour l'accès aux soins. »

« Marennes : Menaces d'absorption de l'hôpital local par Rochefort ? »

« Carhaix : Une nouvelle maternité menacée !!!! »

« Ivry : Le ministère ferme la porte à toute discussion !!! »

« Nogent le Rotrou : Création du collectif sauvons notre hôpital ... »

« Lannemezan : Manifestation face à l'entrée principale de la psychiatrie. »

« La Ferté-Macé : Débat Quel avenir pour la médecine dans nos campagnes ? »

« Mauriac : Fermeture de la chirurgie la nuit et les week-ends pour raison d'économie ! »

« Bobigny : Pétition à l'initiative du comité de défense et de promotion de l'hôpital. »

- « Ambert : Dépôt de gerbe devant la maternité fermée voilà un an ! »
- « Lourdes : Maternité menacée, une de plus !!! »
- « Quimperlé : Communiqué suites à la fermeture brutale de la maternité et de la chirurgie ! »
- « Champagnole : Manifestation contre la fermeture de la chirurgie. »
- « Aubenas : Nouvelle menace sur la réanimation ! »
- « Dijon : Manifestation pour la défense de l'Hôpital Général devant le siège de l'ARH. »

La Coordination a été créée officiellement lors des Rencontres de Saint-Affrique (Aveyron) en avril 2004. Elle est en contact avec une centaine de collectivités. Elle travaille avec des partenaires très variés tels l'Association des Petites Villes de France, des Fédérations Santé-Social de syndicats, des Associations de Défense de la santé, et la Fédération de Défense et de Développement des Services Publics.

La Coordination se veut force de propositions avec pour but de peser dans le débat public sur l'organisation sanitaire française.

Une orientation très politique

Outre la défense de la proximité, la Coordination vise des objectifs larges et politisés : suppression de la tarification à l'activité (T2A), remise en cause des Agences Régionales de l'Hospitalisation et du plan Hôpital 2007 puis « Hôpital 2012 » et des SROS3.

L'argumentaire est souvent étayé à l'exemple des éléments contenus dans un texte d'octobre 2007 (extraits) :

- *Une santé plus coûteuse : frais de déplacement des matériels, de construction ou d'aménagement de nouveaux locaux dans l'hôpital hôte, de rénovation et réadaptation des locaux laissés vides...*
- *Des coûts économiques et écologiques supplémentaires liés à la multiplication des déplacements et des transports.*

Pour la ville et son secteur...

- *Perte d'emplois.*
- *Pertes d'activités économiques : services, commerces...*
- *Pertes d'activités sportives et culturelles... d'ampleur, car la présence rassurante de l'hôpital de premier secours a disparu !*
- *Pertes de population à moyen terme. Cette fuite démographique qui touche des milieux bien typés réduit la diversité sociologique de la région : perte de médecins, d'avocats, de cheminots... en fonction de la destruction des services publics...*
- *Perte d'attractivité : ville en déclin ?*
- *Risque de phénomène boule-de-neige : une fermeture en amenant d'autres, dans la santé et dans d'autres services, par exemple la fermeture de la chirurgie entraînant la fermeture de la maternité et des urgences...*
- *Le phénomène boule-de-neige touche aussi les médecins libéraux qui ne sont pas remplacés, le secteur devenant répulsif : accentuation de la désertification médicale et du phénomène des zones blanches. Les médecins restant sont plus isolés, plus surchargés, et fragilisés...*
- *Perte d'attractivité de l'hôpital.*

Pour les patients...

- *Obligation de déplacements et multiplication des inconvénients : coûts supplémentaires, perte de temps, risques d'accidents ou risques liés au temps supplémentaire avant traitements et soins...*
- *Moindre prise en charge. L'accès aux soins devient encore plus inégalitaire pour les gens démunis et en plus éloignés géographiquement.*
- *Éloignement des proches, familles et amis : fragilité, chute du moral, choc au contact d'un nouveau site plus froid, plus grand, plus éloigné...*
- *Surcoûts évidents : franchises supplémentaires, prix du privé plus élevés et dépassement d'honoraires plus systématiques, transports...*
- *Moindre sécurité : temps augmentés et risques liés aux déplacements. Prise en charge plus problématique dans une grande structure surchargée.*

Pour les personnels du site fermé...

- *Pertes d'emplois.*
- *Reclassements internes mal vécus.*
- *Obligation à la mobilité vers d'autres sites.*
- *Difficulté de recrutements : les personnels ne veulent plus venir dans un site fragile.*
- *Rancœurs et divisions internes...*
- *Sentiment de gâchis, de non prise en compte des efforts fournis. Démobilisation forte !*

Pour les personnels du site conservé...

- *Accroissement des cadences, des déplacements de site à site et dégradation des conditions de travail. Trop de personnes, de patients, risques accrus de maladies nosocomiales...*
- *Constitution de pôle à taille inhumaine pour personnels et patients, mais intéressant pour le privé, avec dépassements d'honoraires et hausse des coûts à la clé...*
- *Plus de stress, de nervosité et de conflits entre personnels et avec les gens touchés qui sont bouleversés et mécontents.*
- *Gestion alourdie.*
- *Site risquant d'être trop grand, moins humain, moins convivial, plus stressant, poussant les gens à sortir plus vite faute de place, et donc moins sûr pour la santé en général : économie d'échelle très discutable !*

Les dernières communications

■ Un diagnostic confirmé

Source : Atlas hospitalier et médico-social de la FHF : les zones de fragilité en matière de chirurgie au 1^{er} janvier 2007.

L'Atlas hospitalier et médico-social récemment publié par la Fédération hospitalière de France (FHF) aboutit à un diagnostic assez proche des travaux précédents : la moitié des hôpitaux et des cliniques de France présentent des critères de « vulnérabilité » dans les services de chirurgie et d'obstétrique : leur taille est trop petite et leurs chirurgiens sont proches de la retraite.

La FHF plaide pour une recomposition de l'offre hospitalière, sur la base d'une stratégie « de regroupement, de convergences et d'opportunités ». Elle préconise également une meilleure articulation avec la médecine de ville pour assurer la permanence des soins.

Selon la FHF, les services de chirurgie réalisant moins de 4 000 interventions par an et les maternités sous le seuil des 1 000 accouchements n'atteignent pas un seuil de rentabilité suffisant. Sans compter, et c'est le plus important, les risques qu'ils présentent pour les patients en terme de sécurité sanitaire.

Au vu des chiffres, les dirigeants de la Fédération s'inquiètent avant tout de la situation et de l'avenir du service public de l'hôpital, de plus en plus menacé par un secteur privé offensif, dont la réorganisation est bien engagée, et par l'insuffisante prise en compte, par l'Etat, de ses missions spécifiques d'intérêt général, de permanence de soins et d'aménagement du territoire.

■ Une traduction politique délicate

La Ministre de la Santé a récemment indiqué vouloir « accélérer la transformation des hôpitaux, mais redit qu'il n'est pas question d'envisager des fermetures ».

Roselyne BACHELOT déclare ainsi : « Les établissements se transforment de façon continue. Nous allons accélérer ce mouvement. Nous avons une très forte densité d'hôpitaux. Ce maillage est une chance, mais nous devons réfléchir à sa bonne utilisation ».

Les ZUS

Source : *Observatoire national des zones urbaines sensibles - Rapport 2005*

Les premiers résultats relatifs à l'approche de la démographie des professionnels de santé au niveau des ZUS mettent en évidence des situations contrastées, mais dans des registres bien spécifiques :

- En moyenne, les ZUS disposent de 6,5 établissements de pratique médicale pour 5 000 habitants contre 14,6 dans leurs communes et 13 dans leurs unités urbaines. Pour autant, certaines ZUS sont mieux équipées que leur commune. Cela est particulièrement vrai dans les régions Sud et Sud-Ouest de la France. Cet écart de densité n'est pas spécifique aux ZUS : il varie de 8,2 établissements en moyenne pour les communes d'Ile-de-France à 18,7 pour celles du pourtour méditerranéen.
- Parmi les établissements de pratique médicale situés dans les ZUS, 89% appartiennent au secteur libéral. Toutefois, seules 560 ZUS sont équipées d'établissement du secteur libéral ; 71 n'en possèdent pas. Ces dernières sont situées dans les régions de la moitié Nord de la France (Nord – Pas-de-Calais, Lorraine, Champagne-Ardenne, Centre et banlieue parisienne).
- Plus d'une ZUS sur cinq ne dispose pas d'établissement d'auxiliaires médicaux. Lorsqu'ils existent, leur densité moyenne est de 6,3 pour 5 000 habitants contre 11 dans leurs communes et 11,3 dans leurs unités urbaines.
- Les permanences d'accès aux soins de santé sont des cellules médico-sociales implantées dans la plupart des centres hospitaliers généraux. Elles visent l'accessibilité aux soins et aux droits à l'assurance maladie pour les personnes en difficulté. En 2003, près de 60% sont situées dans une commune ayant au moins une ZUS. Cette répartition atteste d'un assez bon maillage du territoire, essentiellement en milieu urbain.

De tout cela retenons quelques points majeurs :

- L'année 2008 sera une année de débat sur un sujet sensible, le terrain sera d'autant plus réactif qu'il est travaillé en profondeur.
- Les nouveaux élus seront interpellés comme l'ont été les candidats aux présidentielles et aux législatives.
- En tant qu'association nationale, l'AdCF devrait être partie prenante de tables-rondes et rencontres en tous genres, quel sera son message sur une problématique par essence territoriale ?

Avant d'aborder ce dernier volet, nous nous sommes essayés à mesurer l'impact de questions de démographie médicale et de réforme hospitalière sur les territoires des communautés, en particulier celles adhérentes à l'AdCF.

Nos analyses

La démographie médicale

Nous avons regardé dans le détail la liste des communes considérées comme déficitaires par le Ministère de la Santé suite aux travaux des Missions Régionales de Santé, par Région et par Département.

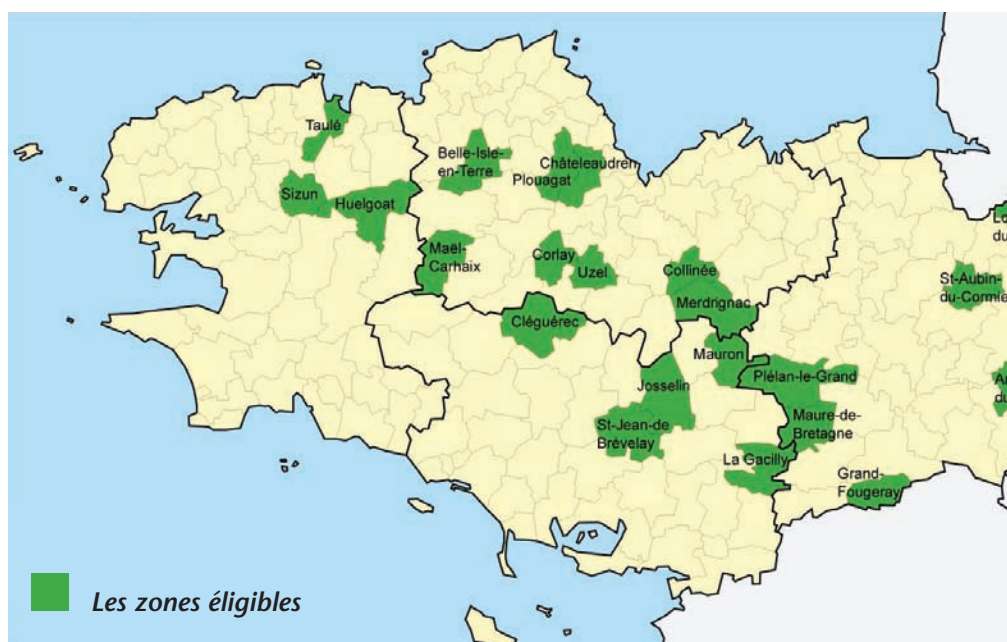
Les tableaux ci-après restituent ces résultats sachant que, pour certaines régions, les rapports détaillés des Missions Régionales de Santé sont plus défavorables que ce qui a été transmis par le Ministère. Lorsque les différences observées sont les plus flagrantes, le chiffre émanant des Missions figure en italique à la suite de celui donné par le Ministère (il s'agit des arrêtés fixant les zones déficitaires en médecins où figure la liste des communes constitutives de ces zones).

La lecture des données

■ Par région

Régions	Nb de communes déficitaires	Régions	Nb de communes déficitaires
Champagne-Ardenne	497	Rhône-Alpes	154
Franche-Comté	361	Languedoc-Roussillon	140
Bourgogne	355	Nord – Pas-de-Calais	135
Picardie	316	Auvergne	113
Midi-Pyrénées	260	Ile-de-France	102
Centre	227	Basse-Normandie	96
Haute-Normandie	227	Aquitaine	93
Pays de la Loire	214	Limousin	18
Poitou-Charentes	191	Alsace	0
Bretagne	164	Corse	0
Lorraine	160	PACA	0

Exemple : les zones éligibles aux aides à l'installation en Bretagne



Source : URCAM Bretagne, décision MRS du 22 novembre 2005

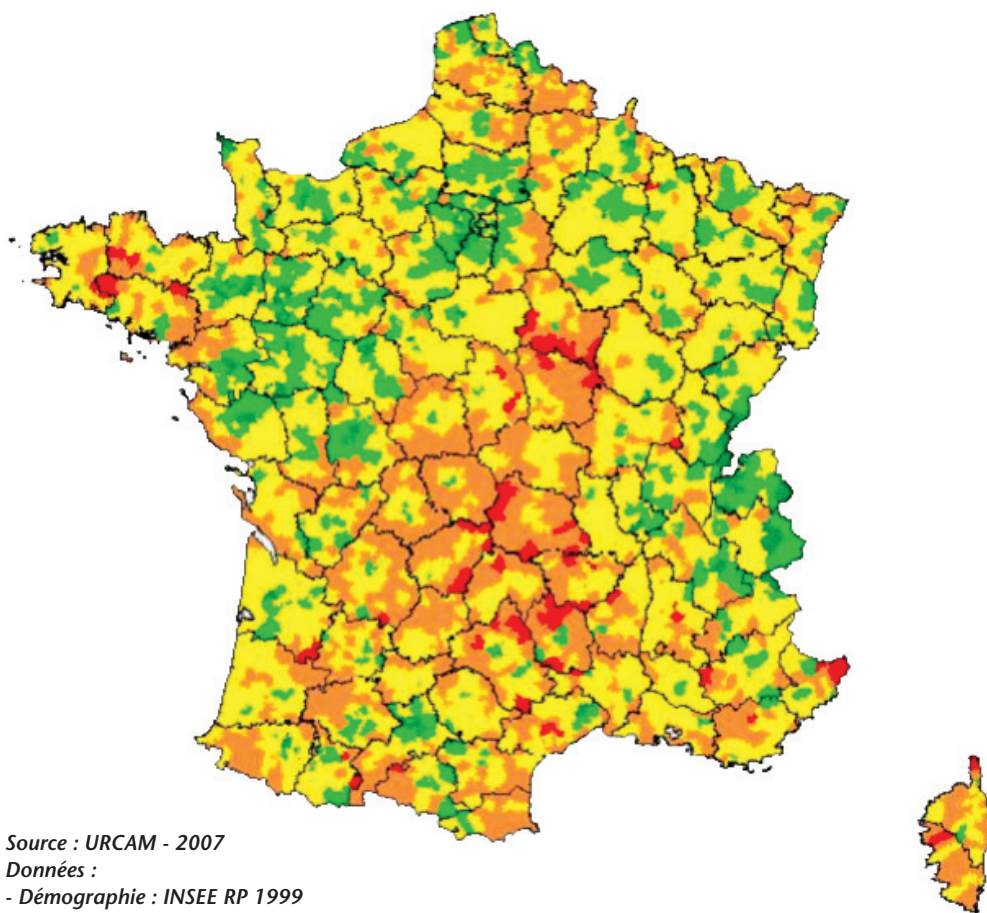
■ Par département

Département	Densité	Déficit
Paris	310,7	
Hautes-Alpes	240,9	
Hautes-Pyrénées	220,9	50
Bouches-du-Rhône	216,9	
Gironde	208,9	34
Haute-Garonne	199,1	47
Corse-du-Sud	196,9	
Alpes-de-Haute-Provence	196,7	
Pyrénées-Orientales	196,2	10
Bas-Rhin	186,5	
Ariège	186,3	38
Hauts-de-Seine	188,4	
Var	179,9	
Haute-Corse	178,5	
Vaucluse	178,1	
Lot	178,0	31
Doubs	176,6	162
Nord	175,5	21
Aude	175,4	42
Puy-de-Dôme	169,9	111
Landes	169,5	20
Finistère	168,4	17
Haute-Savoie	168,1	8
Loire	167,6	22/34
Marne	167,6	129
Loire-Atlantique	167,0	4
Creuse	165,0	10
Haut-Rhin	159,9	
Lozère	159,7	45
Jura	159,6	143
Morbihan	159,4	42
Maine-et-Loire	159,1	31
Dordogne	158,1	9
Yvelines	157,1	21
Lot-et-Garonne	149,4	9
Pas-de-Calais	148,8	114
Nièvre	148,2	79
Vosges	148,0	20/37
Essonne	147,8	15
Moselle	147,4	32
Saône-et-Loire	139,9	45
Loir-et-Cher	138,8	48
Vendée	138,3	47
Val-d'Oise	136,9	6
Meuse	136,3	62/75
Orne	135,2	52
Sarthe	128,6	50
Cher	128,3	67
Eure-et-Loir	127,3	48

Département	Densité	Déficit
Hérault	208,7	35
Haute-Vienne	208,5	
Alpes-Maritimes	204,2	
Pyrénées-Atlantiques	194,1	21
Rhône	193,8	13
Meurthe-et-Moselle	193,2	46/59
Savoie	185,0	3
Gers	182,2	63
Somme	180,9	80
Isère	174,7	57/72
Val-de-Marne	174,2	
Indre-et-Loire	172,6	44
Gard	172,6	8
Côte d'Or	172,5	137
Charente-Maritime	172,0	22
Vienne	170,7	38
Corrèze	164,6	8
Ille-et-Vilaine	165,9	14
Tarn	163,9	43
Aveyron	163,5	115
Cantal	162,9	79
Seine-Maritime	161,9	69
Ardennes	161,0	43
Calvados	161,0	14
Drôme	156,2	8
Haute-Marne	156,1	50
Charente	154,7	81
Deux-Sèvres	154,0	12
Tarn-et-Garonne	153,8	57
Côtes d'Armor	152,7	134
Allier	152,3	56
Haute-Saône	147,4	8
Haute-Loire	145,2	1/41
Manche	145,0	94
Yonne	144,9	12/60
Ardèche	143,7	5
Seine-Saint-Denis	140,7	102
Oise	133,8	8
Aisne	133,4	26
Loiret	133,4	42
Indre	132,3	55
Seine-et-Marne	132,1	164
Aube	130,5	148
Eure	123,0	148
Mayenne	122,5	82
Ain	118,6	25/53

Les confins, territoires les plus fragiles

(Carte typologique représentant l'indice global des besoins au niveau cantonal)



Source : URCAM - 2007

Données :

- Démographie : INSEE RP 1999

Indices :

- Morbidité / Ald : Assurance Maladie inter-régimes (2004)

- Mortalité : INSERM exploitation FNORS pour les URCAM (1997-2001)

Echelle des besoins par canton :

- **Classe 4** : Chacun des deux indices correspond à un niveau relativement élevé de besoins par rapport à la moyenne nationale
- **Classe 3** : Un des indices correspond à un niveau relativement moyen de besoins et l'autre à un niveau relativement élevé
- **Classe 2** : Chacun des deux indices correspond à un niveau relativement moyen de besoins ou l'un correspond à un niveau relativement modéré et l'autre à un niveau relativement élevé.
- **Classe 1** : Un des indices correspond à un niveau relativement modéré de besoins et l'autre à un niveau relativement moyen
- **Classe 0** : Chacun des deux indices correspond à un niveau modéré de besoins par rapport à la moyenne nationale

Des perspectives peu favorables

Dans un numéro consacré à la démographie médicale à l'horizon 2025 et portant sur une régionalisation des projections (n°353-novembre 2004), la DREES fait état de différentes hypothèses, dont un scénario « central » ¹ fondé sur la répartition régionale du *numerus clausus*, des effectifs et des densités médicales entre 2002 et 2025. Il figure ci-après à titre illustratif.

Scénario « central » 2002-2025

Département	Densité 2002	Evolution 2002-2025 en %	
		Nombre	Densité
Alsace	341	-5	-17
Aquitaine	352	+3	-5
Auvergne	296	+2	+7
Basse-Normandie	273	-4	-6
Bourgogne	281	-9	-8
Bretagne	306	-5	-13
Centre	268	-15	-19
Champagne-Ardenne	274	-1	+3
Franche-Comté	291	-6	-7
Haute-Normandie	269	-5	-8
Ile-de-France	425	-23	-27
Languedoc-Roussillon	374	-11	-28
Limousin	333	+1	+4
Lorraine	298	-12	-9
Midi-Pyrénées	368	-14	-23
Nord – Pas-de-Calais	292	-1	-2
PACA et Corse	414	-15	-25
Pays de la Loire	274	0	-10
Picardie	256	0	-3
Poitou-Charentes	291	-4	-9
Rhône-Alpes	331	2	-8
France	335	-9	-16

¹ La projection centrale ventile, par région, le scénario de base des projections nationales en supposant le prolongement des comportements ou des décisions passées. Ces *numerus clausus* nationaux sont ensuite répartis par région, en supposant que chacune conserve la même part de *numerus clausus* qu'en 2004. Enfin, cette projection suppose également le maintien des comportements des professionnels récemment observés, notamment en termes de mobilité entre région de diplôme et région d'exercice. Il s'agit donc d'une projection tendancielle à comportements inchangés, dont les limites doivent être prises en compte.

Plusieurs variantes existent selon la modulation du *numerus clausus*, une mobilité accrue des généralistes ou l'absence de mobilité à l'installation.

Commentaires

Le nombre total de médecins en activité en France augmenterait légèrement jusqu'en 2005 puis diminuerait ensuite, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une diminution de 9,4 %.

Au niveau régional, l'évolution apparaît assez contrastée :

Six régions connaîtraient une diminution plus prononcée qu'au niveau national. Elle atteindrait - 23 % en Ile-de-France, et serait comprise entre -15 et -9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, dans le Centre, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon et la Bourgogne.

En Franche-Comté, Haute-Normandie, Bretagne, Alsace, Basse-Normandie et Poitou-Charentes, la réduction serait moindre (-6 à -4 %). Le Nord – Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne et la Picardie n'enregistreraient, quant à eux, qu'une faible diminution (inférieure à 2 %).

Enfin, dans les Pays de la Loire, en Limousin, Auvergne, Rhône-Alpes et Aquitaine, une légère hausse serait enregistrée (0 à +3 %).

L'évolution du nombre de médecins dans une région doit toutefois être rapprochée de celle de la population au cours de la même période. Or, bien que ce ne soit pas systématique, les régions dont le nombre de médecins devrait évoluer le plus favorablement sont souvent les moins bien dotées. De ce fait, l'évolution des densités médicales serait de plus forte amplitude que celle des effectifs de médecins (de -28 % à +7 % selon les régions, contre -23 % à +3 % pour les effectifs, en raison des variations projetées de population).

En conséquence, la projection aboutit à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne. Les régions pour lesquelles la diminution projetée du nombre de médecins est la plus prononcée (Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur) verraient leur niveau reculer encore davantage. Jusqu'à présent, ces régions étaient parmi les mieux dotées en médecins. A l'exception du Languedoc-Roussillon, elles conserveraient toutes une densité médicale supérieure ou égale à la moyenne nationale.

Les régions pour lesquelles les effectifs projetés de médecins devraient connaître à l'horizon 2025 une baisse modérée (Alsace, Bretagne, les DOM et Poitou-Charentes) ou une légère hausse (Aquitaine, Rhône-Alpes) verraient également leur densité médicale évoluer un peu moins favorablement, en raison de l'augmentation de leur population attendue d'ici 2025.

Enfin, quelques régions dont la population devrait diminuer à l'horizon 2025 (Auvergne, Champagne-Ardenne, Limousin) verraient au contraire leur densité médicale augmenter entre 2002 et 2025. Le Limousin deviendrait, ainsi, la première région en termes de densité médicale avec 348 médecins pour 100 000 habitants (contre 283 pour la densité moyenne nationale)

Tous ces résultats et tendances posent un réel problème, mais plus de répartition que d'effectifs. A ce titre, il faut prendre garde à ne pas confondre populations et territoires. Certes de vastes espaces sont à considérer ; en revanche, selon un récent rapport de la Cour des Comptes ^①, seuls 4 % de la population seraient concernés par des difficultés d'accès aux soins de premier secours, invitant à relativiser le constat de pénurie.

Il en va autrement en ce qui concerne les hôpitaux de proximité.

^① « D'après ces travaux de la DREES, la densité médicale globale devrait reculer d'environ 15 % (de 335 médecins pour 100 000 habitants en 2002 à 283 en 2025, soit un niveau équivalent à celui de 1985). Dans ces conditions, il paraît difficile d'évoquer un risque de "pénurie" comme on l'entend fréquemment et cela même si la hausse attendue de la demande de soins médicaux, suite notamment à l'accroissement et au vieillissement de la population, doit être prise en considération. (...) »

« Plus que par une insuffisance globale de praticiens, la France se caractérise par leur inégale répartition tant territoriale que disciplinaire. » (...) »

(Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre VIII Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins, extraits des pages 191 et 192, Cour des Comptes, septembre 2007)

Les hôpitaux de proximité

La remise en cause de la maille fine des services publics

■ L'impact territorial

Si l'on prend comme hypothèse la fermeture des 114 blocs opératoires qui réalisent moins de 2 000 actes opératoires par an (données 2004), voire celle des hôpitaux qui les accueillent, perspective la plus pessimiste, leur répartition autant si ce n'est plus que leur nombre remet en cause le maillage du territoire avec un impact particulier dans certaines régions.

Carte des hôpitaux qui réalisent moins de 2 500 actes opératoires par an



Source : La documentation française -
Rapport Guy Vallancien - Avril 2006 - © cfgeo

Le tableau ci-après met en parallèle deux données par région : le nombre d'hôpitaux réalisant moins de 2 000 actes par an (H) et le nombre de communes considérées comme déficitaires en médecins (M). On observe combien l'une est indépendante de l'autre, les hôpitaux les plus menacés étant aussi nombreux dans des régions démunies (Picardie) comme parmi les mieux dotées (Aquitaine, Alsace). Peut-être ces deux indicateurs n'ont-ils rien à voir du point de vue sanitaire. En revanche, sur le plan de l'aménagement du territoire, un parallèle ne serait pas superflu.

Régions	H	M	Régions	H	M
Champagne-Ardenne	3	497	Rhône-Alpes	9	154
Franche-Comté	2	361	Languedoc-Roussillon	1	140
Bourgogne	5	355	Nord – Pas-de-Calais	2	135
Picardie	9	316	Auvergne	6	113
Midi-Pyrénées	8	260	Ile-de-France	5	102
Centre	6	227	Basse-Normandie	3	96
Haute-Normandie	3	227	Aquitaine	8	93
Pays de la Loire	5	214	Limousin	2	18
Poitou-Charentes	9	191	Alsace	5	0
Bretagne	10	164	Corse	0	0
Lorraine	5	160	PACA	8	0

■ Où sont les plus démunis ?

Autre éclairage, si le « couperet » passait en dessous de la barre des 2 000 actes, la cause serait d'autant plus entendue pour les hôpitaux dont le nombre d'actes est significativement inférieur (sauf autre critère de sélection). Combien sont-ils ? Où sont-ils situés ?

Combien sont-ils ?

46 établissements réalisent moins de 1 000 actes opératoires par an, dont 18 moins de 500 actes et un, moins de 50 (Saint-Yrieix-la-Perche : 48).

C'est une part importante, près d'un sur deux, pour laquelle les craintes de fermetures seraient les plus fondées.

Où sont-ils situés ?

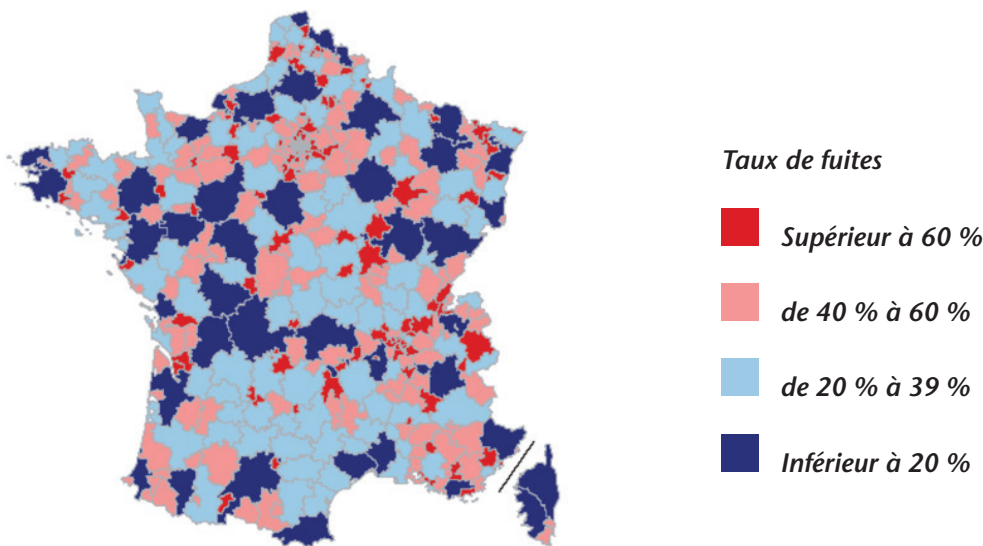
Le sujet est d'autant plus sensible que ces établissements sont associés à des villes qui « tiennent » souvent des territoires fragiles ou à l'écart des zones de prospérité, métropolitaine ou autres : Ambert et Mauriac en Auvergne, Coutances et La Ferté-Macé en Basse-Normandie, Fourmies dans le Nord – Pas-de-Calais, Hirson, Clermont-sur-Oise, Montdidier en Picardie ; la liste est longue.

Notons que certaines régions sont particulièrement concernées, traduction d'une mutation dans le maillage urbain et/ou d'une remise en cause de la trame de petites villes organisant le territoire.

Le premier cas concerne Provence-Alpes-Côte d'Azur où 6 hôpitaux sont concernés (Pertuis : 430 actes, Apt : 688, Cavaillon : 722, Valréas : 739, Sisteron : 916, Menton : 950). Le second cas se rapporte à Poitou-Charentes et à Midi-Pyrénées où, respectivement, 5 et 4 hôpitaux sont concernés :

Hôpital	Nombre d'actes
Poitou-Charentes	
Cognac	123
Confolens	248
Barbezieux-Saint-Hilaire	838
Loudun	974
Ruffec	993
Midi-Pyrénées	
Gourdon	573
Decazeville	973
Lannemezan	986
Lavaur	989

Mais il faut aussi considérer de nouvelles pratiques qui conduisent les habitants à préférer se rendre dans un établissement autre que celui de leur ville. Le phénomène a été mesuré en termes de « taux de fuite », correspondant au pourcentage de malades qui se font opérer ailleurs que dans le service de chirurgie de leur bassin de population. La carte ci-après en rend compte.



Source : ATIH PMSI 2004, CNC 2006 - © Jean-Marc Macé

Une profonde mutation inachevée

Au-delà des équipements de santé, on peut légitimement s'interroger sur le fait de savoir si ce recul de la présence des services publics n'en augure pas d'autres. En effet, après la carte judiciaire et l'administration des finances (entre autres), 2008 devrait être l'année d'une redéfinition des objectifs de restructuration des armées et de refonte de la carte militaire. Il en résultera des coupes dans les budgets (ne pas dépasser 2% du PIB), les effectifs, et parmi les implantations : plus de 400 communes sont concernées.

Reste le dernier symbole des attributs républicains : les Préfectures et les Sous-Préfectures. Aujourd'hui, tout donne à penser que l'échelon appelé à être renforcé sera celui des Préfectures de Région et la question a déjà été posée sur l'opportunité de maintenir tout ou partie des Sous-Préfectures.

Lorsque l'on rapproche la localisation des hôpitaux qui réalisent moins de 2 000 actes opératoires par an de celle des Sous-Préfectures et Préfectures, il apparaît que 60 villes cumulent, à ce jour, les deux fonctions (voir tableaux ci-après). On compte 56 Sous-Préfectures et 4 Préfectures. Hormis le cas particulier d'un établissement situé à Toulouse, il s'agit de Chaumont (1 581 actes), Bar-le-Duc (1 041 actes) et Privas (1 647 actes).

Tant par leur nombre que leur localisation, il apparaît que certains territoires, déjà fortement démunis, pâtiraient plus que d'autres de la perte de ces fonctions. Dit en d'autres mots : qu'en resterait-il ?

Le total par Région est instructif, plus encore à l'échelle départementale et infra-départementale. Ce sont des pans entiers de la trame urbaine locale qui seraient dépossédés d'attributs pourvoyeurs d'activités et de ressources, sans que l'on ait réellement prévu de contreparties ou même anticipé les impacts. A notre connaissance, rares sont à ce jour les villes qui, ayant perdu une fonction, se trouvent confortées par une autre, à l'exemple de Rodez ¹.

La remarque vaut en particulier pour les piémonts, à commencer par ceux du Massif Central et ses terres hautes : 11 sites sont concernés (Ambert, Clamecy, Figeac, Gourdon, Issoire, Mauriac, Privas, Riom, Saint-Flour, Sarlat, Thiers).

Pour toutes ces villes et départements (lorsque l'on pense à ceux dont les Préfectures sont directement concernées : Ardèche, Haute-Marne, Meuse), l'inquiétude est légitime d'autant que leurs fonctions s'érodent sans que l'on perçoive de réflexion ou de capacité/volonté de négociation « site » par « site ».

Ces différents sujets méritent une attention particulière.

¹ Perte au plan judiciaire, mais construction d'un nouvel hôpital pour le « territoire de santé » que constitue le Nord-Aveyron (400 lits, deuxième plateau technique de Midi-Pyrénées, seul établissement régional à disposer d'équipements de radiothérapie et seul de l'Aveyron doté d'équipements de médecine nucléaire et de dialyse).

Localisation des sites possédant un hôpital réalisant moins de 2 000 actes opératoires par an et sièges de préfecture ou de sous-préfecture

Région	Département	Site
Alsace	Bas-Rhin	Wissembourg
	Haut-Rhin	Altkirch
		Guebwiller
Aquitaine	Dordogne	Sarlat-la-Canéda
	Gironde	Blaye
		Langon
	Lot-et-Garonne	Marmande-Tonneins
	Pyrénées-Atlantiques	Oloron-Sainte-Marie
Auvergne	Cantal	Mauriac
		Saint-Flour
	Puy-de-Dôme	Ambert
		Issoire
		Thiers
		Riom
Basse-Normandie	Manche	Coutances
Bourgogne	Côte d'Or	Montbard
	Nièvre	Clamecy
	Yonne	Avallon
Bretagne	Côtes-d'Armor	Guingamp
		Dinan
	Ille-et-Vilaine	Redon
Centre	Eure-et-Loir	Nogent-le-Rotrou
		Châteaudun
	Indre	Le Blanc
	Indre-et-Loire	Loches
	Loir-et-Cher	Romorantin-Lanthenay
Champagne-Ardenne	Ardennes	Vouziers
		Vosges
	Marne	Vitry-Le-François
	Haute-Marne	Chaumont (Préfecture)
Franche-Comte	Jura	Saint-Claude
Haute-Normandie	Eure	Bernay
Ile-de-France	Seine et Marne	Fontainebleau
Limousin	Corrèze	Ussel

Région	Département	Site
Lorraine	Meurthe-et-Moselle	Lunéville
		Toul
	Meuse	Bar-le-Duc (Préfecture)
	Vosges	Gérardmer
Midi-Pyrénées	Ariège	Saint-Girons
	Haute-Garonne	Toulouse
	Lot	Figeac
		Gourdon
	Tarn-et-Garonne	Castelsarrasin-Moissac
Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Ancenis
	Maine-et-Loire	Saumur
	Vendée	Les Sables d'Olonne
Picardie	Aisne	Château-Thierry
	Oise	Clermont-sur-Oise
	Somme	Montdidier
		Péronne
Poitou-Charentes	Charente	Cognac
		Confolens
	Charente-Maritime	Jonzac
		Saint-Jean-d'Angély
	Vienne	Montmorillon
Paca	Vaucluse	Apt
Rhône-Alpes	Ain	Nantua
	Ardèche	Privas (Préfecture)
	Drôme	Die
	Savoie	Saint-Jean-de-Maurienne

Les communautés en première ligne

L'ampleur du phénomène interpelle de fait une France « intercommunale », selon l'expression consacrée il y a déjà quelques années : les hôpitaux considérés sont en quasi-totalité implantés dans des villes parties prenantes d'intercommunalités, 106 sur les 114 recensées (voir tableau ci-dessous).

Notons que deux d'entre eux couvrent chacun deux communautés :

- Châtillon-Montbard, en Côte d'Or, les communautés de communes du Pays Châtillonnais et du Montbardois.
- Oyonnax-Nantua, dans l'Ain, les communautés de communes d'Oyonnax et du Lac de Nantua.

Site	Membre d'une communauté		
	Oui	Non	Total
Alsace	5	0	5
Aquitaine	8	0	8
Auvergne	6	0	6
Basse-Normandie	3	0	3
Bourgogne	5	0	5
Bretagne	10	0	10
Centre	5	1 (Nogent-le-Rotrou)	6
Champagne-Ardenne	3	0	3
Franche-Comté	2	0	2
Haute-Normandie	3	0	3
Ile-de-France	2	3 (Arpajon, Nemours, Saint-Cloud)	5
Languedoc-Roussillon	1	0	1
Limousin	2	0	2
Lorraine	5	0	5
Midi-Pyrénées	8	0	8
Nord – Pas-de-Calais	1	1 (Hazebrouck)	2
Pays de la Loire	5	0	5
Picardie	8	1 (Rethel)	9
Poitou-Charentes	9	0	9
PACA	6	2 (La Ciotat, Orange)	8
Rhône-Alpes	9	0	9
Total	106	8	114

ANNEXES

Annexes au rapport sur « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France ».

Guy Vallancien - Avril 2006

Liste des établissements réalisant de 2000 à 2500 et moins de 2000 actes classant par an

Etablissement	Code postal	Commune	Nombre d'Actes
CH de L'Aigle	61300	L'Aigle	2575
CH de Thann	68800	Thann	2571
CH de Belley	01300	Belley	2327
CH Saint Cyr Villeneuve/Lot	47300	Villeneuve-sur-Lot	2325
CHIC Sud-Aveyron	12100	Millau	2114
CH de Mayenne	53100	Mayenne	2049
CH de Paray-le-Monial	71600	Paray-le-Monial	2020
CH d'Orsay	91400	Orsay	2003
CH d'Ussel	19200	Ussel	1965
CH de Fontainebleau	77300	Fontainebleau	1951
CH de Feurs	42110	Feurs	1935
CH Marmande Tonneins	47200	Marmande	1915
CH de Paimpol	22500	Paimpol	1905
CH de Saint-Jean-d'Angély	17400	Saint-Jean-d'Angély	1880
CH de Chauny	02300	Chauny	1815
CH de Romorantin-Lanthenay	41200	Romorantin-Lanthenay	1811
CH de Toul	54200	Toul	1800
CH de Langon	33210	Langon	1772
CH de Redon	35600	Redon	1757
CH de Saint-Cloud	92210	Saint-Cloud	1732
CH Louis Giorgi d'Orange	84100	Orange	1698
CH I. Oyonnax - Nantua	01130	Nantua	1685
CH de Champagnole	39300	Champagnole	1684
CH de Riom	63200	Riom	1661
CH de Jonzac	17500	Jonzac	1661
SIH Privas - La Voulte	07000	Privas	1647
CH de Saint-Morand d'Altkirch	68130	Altkirch	1645
CHIC. Ploemeur - Loudéac	22600	Loudéac	1633
CH Saint-Nicolas de Blaye	33390	Blaye	1628
CH de Vitré	35500	Vitré	1622

CH de Vitry-le-François	51300	Vitry-le-François	1600
CH d'Arcachon	33260	La Teste-de-Buch	1585
CH de Chaumont	52000	Chaumont	1581
CH de Dourdan	91410	Dourdan	1469
CH de Saumur	49400	Saumur	1440
CH de Nemours	77140	Nemours	1414
CH de Douarnenez	29100	Douarnenez	1414
CHI Châtillon - Montbard	21400	Châtillon-sur-Seine	1383
CH de Bernay	27300	Bernay	1366
CH de Guingamp	22200	Guingamp	1358
CH d'Amboise/Château-Renault	37400	Amboise	1355
CH de Wissembourg	67160	Wissembourg	1347
CHIC Castelsarrasin-Moissac	82200	Moissac	1343
CH de Château-Thierry	02400	Château-Thierry	1343
CH de Péronne	80200	Péronne	1331
CH de Montmorillon	86500	Montmorillon	1321
CH de Quimperlé	29300	Quimperlé	1301
CH des Sables-d'Olonne	85100	Les Sables-d'Olonne	1290
CH Jean Leclaire	24200	Sarlat-la-Caneda	1290
CH Obernai	67210	Obernai	1286
CH de Carhaix	29270	Carhaix-Plouguer	1266
CH de Saint-Claude	39200	Saint-Claude	1263
CH d'Issoire	63500	Issoire	1236
CH de Noyon	60400	Noyon	1223
CH de Dinan	22100	Dinan	1222
CH de La Ciotat	13600	La Ciotat	1222
CH Ariège-Couserans	09200	Saint-Girons	1214
CH d'Oloron-Sainte-Marie	64400	Oloron-Sainte-Marie	1195
SIH Juvisy-sur-Orge	91260	Juvisy-sur-Orge	1193
CH de Châteaudun	28200	Châteaudun	1187
CH de Thiers	63300	Thiers	1186
CH d'Hazebrouck	59190	Hazebrouck	1157
CH de Saint-Jean-de-Maurienne	73300	Saint-Jean-de-Maurienne	1132
CH de Rethel	08300	Rethel	1123
CH de Figeac	46100	Figeac	1108
CH de Tarare	69170	Tarare	1105
CH de Doullens	80600	Doullens	1103
CH de Loches	37600	Loches	1090
CH de Saint-Flour	15100	Saint-Flour	1082
CH de Lunéville	54300	Lunéville	1067
CH d'Ancenis	44150	Ancenis	1057
CH Le-Pont-de-Beauvoisin	38480	Le-Pont-de-Beauvoisin	1057
CH de Royan	17600	Royan	1051
CH de Bar-le-Duc	55000	Bar-le-Duc	1041
Hop. Joseph Ducuing	31300	Toulouse 3	1028
CH Ferdinand Grall Landerneau	29800	Landerneau	1001

CH de Clermont	60600	Clermont	994
CH de Decize	58300	Decize	993
CH de Ruffec	16700	Ruffec	993
CH de Lavar	81500	Lavar	989
CH de Lannemezan	65200	Lannemezan	986
CH de Loudun	86200	Loudun	974
CH de Decazeville	12300	Decazeville	973
CH de Givors	69700	Givors	952
CH La Palmosa Menton	06500	Menton	950
CH de Fourmies	59610	Fourmies	943
CH de Pont-à-Mousson	54700	Pont-à-Mousson	939
CH de Castelnaudary	11400	Castelnaudary	936
CH de Tonnerre	89700	Tonnerre	916
CH de Sisteron	04200	Sisteron	916
CH de La Risle Pont-Audemer	27500	Pont-Audemer	905
CH de Coutances	50200	Coutances	874
CH de Gisors	27140	Gisors	864
CH Hôpitaux du Sud Charente	16300	Barbezieux-Saint-Hilaire	838
CH de Nogent-le-Rotrou	28400	Nogent-le-Rotrou	764
CH Montdidier	80500	Montdidier	751
CH de Valréas	84600	Valréas	739
CH de Le Blanc	36300	Le Blanc	726
CH de Cavaillon-Lauris	84300	Cavaillon	722
CH de La Ferté Bernard	72400	La Ferté Bernard	721
CH d'Apt	84400	Apt	688
Hôpital du Neuenberg Ingwiller	67340	Ingwiller	683
CH de Guebwiller	68500	Guebwiller	661
CH d'Ambert	63600	Ambert	657
CH Clamecy	8500	Clamecy	595
CH Brisset Hirson	02500	Hirson	587
CH de Gourdon	46300	Gourdon	573
CH d'Avallon	89200	Avallon	558
CHI des Andaines	61600	La Ferté-Macé	506
CH de Crest	26400	Crest	492
CH de Die	26150	Die	434
CH de Pertuis	84120	Pertuis	430
CH de Gérardmer	88400	Gérardmer	372
CH d'Orthez	64300	Orthez	314
CH de Saint-Calais	72120	St Calais	304
CH de Confolens Labajouderie	16500	Confolens	248
CH de L'Estuaire	14600	Equemauville	248
CH de Mauriac	15200	Mauriac	234
CH de Vouziers	08400	Vouziers	184
Hôp. Suburbain	33110	Le Bouscat	130
CH de Cognac	16100	Cognac	123
CH de Saint-Yrieix	87500	Saint-Yrieix-la-Perche	48

Liste des 112 hôpitaux ayant trois chirurgiens titulaires ou moins, plein temps ou temps partiel

Spécialités considérées :

Chirurgie générale, chirurgie générale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire.

REGION ALSACE

Bas-Rhin	
Centre hospitalier, Obernai	1
Centre hospitalier, Wissembourg	3
Haut-Rhin	
Centre hospitalier, Altkirch	2
Centre hospitalier, Thann	3

RÉGION AQUITAINE

Dordogne	
Centre hospitalier, Sarlat-la-Canéda - Jean Leclaire	2
Gironde	
Centre hospitalier, Blaye - Saint-Nicolas	2
Centre hospitalier, Arcachon - Jean Hameau	3
Centre hospitalier, Langon - Pasteur	3
Pyrénées-Atlantiques	
Centre hospitalier, Oloron-Sainte-Marie	2
Centre hospitalier, Orthez	2

RÉGION AUVERGNE

Cantal	
Centre hospitalier, Mauriac	1
Centre hospitalier, Saint-Flour	2
Puy-de-Dôme	
Centre hospitalier, Ambert	2
Centre hospitalier, Issoire	2
Centre hospitalier, Thiers	3

RÉGION BASSE-NORMANDIE

Calvados	
Centre hospitalier, Honfleur - Centre hospitalier de l'Estuaire	1
Manche	
Centre hospitalier, Coutances	2
Orne	
Centre hospitalier, La Ferté-Macé - intercommunal des Andaines	2
Centre hospitalier, Argentan	3
Centre hospitalier, Flers	3

RÉGION BOURGOGNE

Côte-d'Or	
Centre hospitalier, Châtillon - Montbard - hôpital de Châtillon-sur-Seine	2
Nièvre	
Centre hospitalier, Clamecy	2
Centre hospitalier, Decize	2
Saône-et-Loire	
Centre hospitalier, Montceau-les-Mines - syndicat interhospitalier	1
Centre hospitalier, Paray-le-Monial	2
Yonne	
Centre hospitalier, Avallon	2
Centre hospitalier, Tonnerre	2

RÉGION BRETAGNE

Côtes-d'Armor	
Centre hospitalier, Guingamp	1
Centre hospitalier, Loudéac - site de Loudéac	1
Centre hospitalier, Dinan - René Pleven	2
Finistère	
Centre hospitalier, Quimperlé	2
Centre hospitalier, Douarnenez	3
Centre hospitalier, Landerneau - Ferdinand Grall	3
Ille-et-Vilaine	
Centre hospitalier, Vitré	3

RÉGION CENTRE

Cher	
Centre hospitalier, Vierzon	3
Eure-et-Loir	
Centre hospitalier, Nogent-le-Rotrou	3
Indre	
Centre hospitalier, Le Blanc	2
Indre-et-Loire	
Centre hospitalier, Amboise - Château-Renault - intercommunal	3
Loir-et-Cher	
Centre hospitalier, Romorantin-Lanthenay	3

RÉGION CHAMPAGNE-ARDENNES

Marne	
Centre hospitalier, Vitry-le-François	2

RÉGION FRANCHE-COMTÉ

Jura	
Centre hospitalier, Champagnole	2
Centre hospitalier, Saint-Claude	3

RÉGION HAUTE-NORMANDIE

Eure	
Centre hospitalier, Bernay	2
Centre hospitalier, Gisors	2
Centre hospitalier, Pont-Audemer	2

RÉGION ILE DE FRANCE

Essonne	
Centre hospitalier, Juvisy-sur-Orge	1
Centre hospitalier, Arpajon	3
Hauts-de-Seine	
Centre hospitalier, Courbevoie - Neuilly-sur-Seine	2
Paris	
Centre hospitalier, Paris - Sainte-Anne	2
Seine-et-Marne	
Centre hospitalier, Montereau-Fault-Yonne	3
Centre hospitalier, Nemours	3
Val de Marne	
Centre hospitalier, Saint-Maurice - hôpital national	1
Centre hospitalier, Fresnes - établissement public de santé national	3

RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON

Aude	
Centre hospitalier, Castelnaudary - Jean-Pierre Cassabel	2
Lozère	
Centre hospitalier, Mende	2

RÉGION LIMOUSIN

Corrèze	
Centre hospitalier, Ussel	2
Creuse	
Centre hospitalier, Guéret	3

RÉGION LORRAINE

Meurthe-et-Moselle	
Centre hospitalier, Pont-à-Mousson	2
Centre hospitalier, Lunéville	3
Centre hospitalier, Toul – Saint-Charles	3
Meuse	
Centre hospitalier, Bar-le-Duc	3
Moselle	
Centre hospitalier, Sarrebourg – établissement de santé public communal	2
Centre hospitalier, Forbach – hôpital Marie-Madeleine	3
Vosges	
Centre hospitalier, Gérardmer	1
Centre hospitalier, Remiremont	2
Centre hospitalier, Neufchâteau	3

RÉGION MIDI-PYRÉNÉES

Ariège	
Centre hospitalier, Saint-Girons - Ariège Couserans	2
Aveyron	
Centre hospitalier, Decazeville - Pierre Delpech	2
Haute-Garonne	
Centre hospitalier, Saint-Gaudens	3
Hautes-Pyrénées	
Centre hospitalier, Lannemezan - hôpitaux de Lannemezan	2
Lot	
Centre hospitalier, Figeac	1
Centre hospitalier, Gourdon - Jean Coulon	2
Tarn-et-Garonne	
Centre hospitalier, Castelsarrasin - Moissac - intercommunal	2

RÉGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Nord	
Centre hospitalier, Fourmies	1
Centre hospitalier, Hazebrouck	3
Pas-de-Calais	
Centre hospitalier, Calais	3

RÉGION PAYS-DE-LA-LOIRE

Loire-Atlantique	
Centre hospitalier, Ancenis - F. Robert	2
Maine-et-Loire	
Centre hospitalier, Saumur	2
Mayenne	
Centre hospitalier, Mayenne - Nord-Mayenne	3
Sarthe	
Centre hospitalier, La Ferté-Bernard	3
Vendée	
Centre hospitalier, La Roche-sur-Yon - Centre hospitalier départemental multisites - site de Luçon	2

RÉGION PICARDIE

Aisne	
Centre hospitalier, Hirson - Brisset	2
Centre hospitalier, Château-Thierry	3
Oise	
Centre hospitalier, Clermont	3
Somme	
Centre hospitalier, Doullens	1
Centre hospitalier, Montdidier	1
Centre hospitalier, Péronne	1

RÉGION POITOU-CHARENTE

Charente	
Centre hospitalier, Barbezieux-Saint-Hilaire - hôpitaux du Sud-Charente	2
Centre hospitalier, Ruffec	2
Charente-Maritime	
Centre hospitalier, Royan	1
Centre hospitalier, Jonzac	2
Centre hospitalier, Saint-Jean-d'Angély	2
Vienne	
Centre hospitalier, Loudun - Renaudot	1
Centre hospitalier, Montmorillon	2

RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE AZUR

Alpes-de-Haute-Provence	
Centre hospitalier, Sisteron	3
Alpes-Maritimes	
Centre hospitalier, Menton - La Palmosa	2
Var	
Centre hospitalier, Draguignan	3
Vaucluse	
Centre hospitalier, Pertuis	1
Centre hospitalier, Apt	2
Centre hospitalier, Valréas - Jules Niel	2
Centre hospitalier, Cavaillon - intercommunal Cavaillon-Lauris	3

RÉGION RHÔNE-ALPES

Ain	
Centre hospitalier, Belley	3
Ardèche	
Centre hospitalier, Privas	2
Drôme	
Centre hospitalier, Crest	1
Centre hospitalier, Die	2
Centre hospitalier, Saint-Vallier	2
Haute-Savoie	
Centre hospitalier, Bonneville - hôpital du Faucigny - Bonneville	2
Isère	
Centre hospitalier, Le Pont-de-Beauvoisin	2
Loire	
Centre hospitalier, Feurs	1
Centre hospitalier, Montbrison	2
Rhône	
Centre hospitalier, Givors	2
Centre hospitalier, Tarare	2
Savoie	
Centre hospitalier, Bourg-Saint-Maurice	3

Pour mémoire :

Propositions issues du Rapport de la commission

de concertation sur les missions de l'hôpital,

présidée par M. Gérard LARCHER (avril 2008)

Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge

L'importance des besoins sociaux notamment en termes de gériatrie et de handicap impose de revoir l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins doit être réaffirmée.

1. Favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée : redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social.
2. Assurer la continuité du parcours de soins entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales : affirmer cette mission de l'hôpital dans les référentiels (certification, EPP) et faciliter la communication entre acteurs (messageries, secrétariat...) ; mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation (aménagement du retour au domicile, organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles).
3. Développer les formes d'exercice pluridisciplinaire en ville : en fonction des réalités locales, permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes.
4. Améliorer l'organisation des soins non programmés : confier à la future ARS une mission d'organisation globale (régulation, transport, PDS, urgences) ; améliorer la régulation ; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé ; organiser les consultations non programmées à l'hôpital ; veiller à l'égalité des chances dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût

L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée.

5. Favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières de territoire : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires.
6. Aménager les conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées : développer de nouvelles formes contractuelles pour la participation aux missions de service public, garanties par un cadre ferme et intégrant l'accessibilité financière, préciser les conditions d'adhésion des médecins à ces missions (convention tripartite ; nouvelle compétence pour la CME) et mieux objectiver les coûts de ces missions ; veiller au respect du droit de la concurrence lors des opérations de concentration par une meilleure définition des segments de marché.

Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme

L'hôpital public a besoin de plus de souplesse et de responsabilité pour lui permettre d'améliorer significativement sa performance.

- 7.** Faire évoluer les règles de gouvernance interne de l'hôpital public pour améliorer son pilotage : transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance ; dans le cadre d'ARS compétentes sur la globalité de la gestion du risque, diversifier sa composition en intégrant notamment un directeur de caisse d'assurance maladie ; resserrer le conseil exécutif et le transformer en directoire dont le président serait le directeur et le président de la CME le vice-président.
- 8.** Dynamiser la gestion des directeurs d'hôpitaux : diversification des viviers de recrutement, accompagnement des carrières, nomination par le directeur d'ARS (sauf pour les DG de CHU) après sélection par le CNG sur des critères managériaux.
- 9.** Moderniser le statut de l'hôpital public : liberté d'organisation, assouplissement des procédures (en matières de marchés publics, application du régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable).
- 10.** Développer l'efficacité : centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficacité et la qualité en valorisant les outils de la performance, certifier les comptes.
- 11.** Offrir aux médecins des cadres d'exercice souples et valorisants : outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et de valences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes.
- 12.** Développer les perspectives des professionnels non médicaux : dans le cadre du statut, mise en place du LMD, développement de nouveaux métiers (coordination), délégation d'actes. Développer l'intéressement.

Développer l'enseignement et la recherche

L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de demain. Ils sont également un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés.

- 13.** Renforcer le pilotage de l'enseignement et de la recherche : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'AERES ; pilotage interrégional en lien avec les ARS ; articulation entre les conventions hospitalo-universitaires et les conventions quadriennales des universités et directeur scientifique au niveau local.
- 14.** Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche, y compris des équipes exerçant hors des CHU.
- 15.** Adapter la formation médicale et paramédicale : passerelles entre filières par le biais du LMD ; adaptation des flux aux besoins régionaux ; enrichissement des contenus et diversification des profils des étudiants ; renforcer la formation médicale continue hospitalière.
- 16.** Conforter le dynamisme de la recherche : développer l'appui à la recherche ; simplifier son cadre juridique ; développer les collaborations avec l'industrie ; élargir les champs de la recherche.

Tableaux de synthèse sur les territoires

possédant des hôpitaux qui réalisent

moins de 2 000 actes opératoires par an.

Source : Code

Département	Site(s)	Communauté	Qualification		
			Actes	Chirur.	Risque
ALSACE					
Bas-Rhin	Obernai	CC du Pays de Sainte-Odile	1286	1	
	Wissembourg	CC du Pays de Wissembourg	1347	3	
	Ingwiller	CC du Pays de Hanau	683		
Haut-Rhin	Altkirch	CC d'Altkirch	1647	2	
	Thann	CC du Pays de Thann		3	
	Guebwiller	CC de la Région de Guebwiller	661		
AQUITAINE					
Dordogne	Sarlat-la-Canéda	CC du Sarladais	1290	2	
Gironde	Blaye	CC du canton de Blaye	1628	2	
	Arcachon	CA du Bassin d'Arcachon Sud		3	
	Langon	CC du Pays de Langon	1772	3	
	La Teste-de-Buch	CA du Bassin d'Arcachon Sud	1585		
	Le Bouscat	CU de Bordeaux	130		
Lot-et-Garonne	Marmande-Tonneins	CC du Val de Garonne	1915		
Pyrénées-Atlantiques	Oloron-Sainte-Marie	CC du Piémont Oloronais	1195	2	
	Orthez	CC du canton d'Orthez	314	2	
AUVERGNE					
Cantal	Mauriac	CC de l'agglo. de Mauriac-Le V.	234	1	
	Saint-Flour	CC du Pays de Saint-Flour	1082	2	
Puy-de-Dôme	Ambert	CC du Pays d'Ambert	657	2	
	Issoire	CC Issoire Communauté	1236	2	
	Thiers	CC de Thiers Communauté	1186	3	
	Riom	CC « Riom Communauté »	1661		
BASSE-NORMANDIE					
Calvados	Honfleur	CC du Pays de Honfleur		1	
	Equemauville	CC du Pays de Honfleur	248		
Manche	Coutances	CC du canton de Coutances	874	2	
Orne	La Ferté-Macé	CC du Pays Fertois	506	2	
	Argentan	CC du Pays d'Argentan		3	
	Flers	CA du Pays de Flers		3	



Membre de l'ADCF



Selon la « Coordination »

BOURGOGNE

Côte-d'Or	Châtillon-Montbard	CC du Pays Châtillonnais	1383	2	
		CC du Montbardois			
Nièvre	Clamecy	CC des Vaux d'Yonne	595	2	
	Decize	CC Sud Nivernais	993	2	
Saône-et-Loire	Montceau-les-Mines	CU Creusot-Montceau		1	
	Paray-le-Monial	CC de Paray-le-Monial		2	
Yonne	Avallon	CC de l'Avallonnais	558	2	
	Tonnerre	CC du Tonnerrois	916	2	?

BRETAGNE

Côtes-d'Armor	Guingamp	CC de Guingamp	1358	1	
	Loudéac	CC CIDERAL	1633	1	
	Dinan	CC de Dinan	1222	2	
	Paimpol	CC Paimpol-Goëlo	1905		
Finistère	Quimperlé	CC du Pays de Quimperlé	1301	2	
	Douarnenez	CC du Pays de Douarnenez	1414	3	
	Landerneau	CC du Pays de Landerneau-D.	1001	3	
	Carhaix-Plouguer	CC du Pays de Poher	1266		
Ille-et-Vilaine	Vitré	Vitré Communauté	1622	3	
	Redon	CC du Pays de Redon	1757		

CENTRE

Cher	Vierzon	CC Vierzon Pays Cinq Rivières		3	
Eure-et-Loir	Nogent-le-Rotrou		764	3	
	Châteaudun	CC du Dunois	1187		
Indre	Le Blanc	CC Brenne Val de Creuse	726	2	
Indre-et-Loire	Amboise-	CC Val d'Amboise	1355	3	
	Château-Renault	CC du Castelrenaudais			
	Loches	CC Loches Développement	1090		
Loir-et-Cher	Romorantin-Lanthenay		1811	3	

CHAMPAGNE-ARDENNE

Ardennes	Vouziers	CC de l'Argonne Ardennaise	184		
Marne	Vitry-le-François	CC de Vitry-le-François	1600	2	
Haute-Marne	Chaumont	CC du Pays Chaumontais	1581		

FRANCHE-COMTE

Jura	Champagnole	CC Ain-Angillon	1684	2	
	Saint-Claude	CC de Val de Bienne	1263	3	

HAUTE-NORMANDIE

Eure	Bernay	CC de Bernay et ses environs	1366	2	
	Gisors	CC de Gisors-Epte-Lévrière	864	2	
	Pont-Audemer	CC de Pont-Audemer	905	2	



Membre de l'ADCF



Selon la « Coordination »

ILE DE FRANCE

Essonne	Juvisy-sur-Orge	CC « Les Portes de l'Essonne »	1193	1	
	Arpajon	CC de l'Arpajonnais		3	
	Dourdan	CC Le Dourdannais en H.	1469		
Hauts-de-Seine	Courbevoie-Neuilly-sur-S.			2	
	Saint-Cloud		1732		
Paris	Sainte-Anne			2	
Seine-et-Marne	Montereau	CC du canton de Lorris		3	
	Nemours		1440	3	
	Fontainebleau	CC Fontainebleau-Avon	1951		
Val de Marne	Saint-Maurice	CC de Charenton-Le Pont-St-M.		1	
	Fresnes	CA Val de Bièvre		3	

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Aude	Castelnaudary	CC de Castelnaudary et du B. L.	936	2	
Lozère	Mende	CC de la Haute Vallée d'Olt		2	

LIMOUSIN

Corrèze	Ussel	CC Ussel Meymac Hte Corrèze	1965	2	
Creuse	Guéret	CC de Guéret-Saint-Vaury		3	
	Saint-Yrieix-la-Perche	CC du Pays de Saint-Yrieix	48		

LORRAINE

Meurthe-et-Moselle	Pont-à-Mousson	CC du Pays de Pont-à-Mousson	939	2	
	Lunéville	CC du Lunévillois	1067	3	
	Toul	CC du Tulois	1800	3	
Meuse	Bar-le-Duc	CC de Bar-le-Duc	1041	3	
Moselle	Sarrebouurg	CC de l'agglo. de Sarrebouurg		2	
	Forbach	CA de Forbach Porte de France		3	
Vosges	Gérardmer	CC des Lacs et des Hauts Rupts	372	1	
	Remiremont	CC de la Porte des Htes Vosges		2	
	Neufchâteau	CC du Pays de Neufchâteau		3	

MIDI-PYRENEES

Ariège	Saint-Girons	CC de l'agglo de Saint-Girons	1214	2	
Aveyron	Decazeville	CC du Bassin de Decazeville-A.	973	2	
Haute-Garonne	Saint-Gaudens	CC du Saint-Gaudinois		3	
	Toulouse	CA du Grand Toulouse	1028		
Hautes-Pyrénées	Lannemezan	CC du Plateau de Lannemezan	986	2	
Lot	Figeac	CC du Pays de Figeac-Cajarc	1108	1	
	Gourdon	CC Quercy-Bouriane	573	2	
Tarn	Lavaur	CC Tarn et Agout	989		
Tarn-et-Garonne	Castelsarrasin-Moissac	CC de Castelsarrasin-Moissac	1343	2	



Membre de l'ADCF



Selon la « Coordination »

NORD-PAS-DE-CALAIS

Nord	Fourmies	CC Action Fourmies et environs	943	1	
	Hazebrouck		1157	3	
Calais	Calais	CA du Calaisis		3	

PAYS DE LA LOIRE

Loire-Atlantique	Ancenis	CC du Pays d'Ancenis	1057	2	
Maine-et-Loire	Saumur	CA Saumur Loire Dévelop.	1440	2	
Mayenne	Mayenne	CC du Pays de Mayenne		3	
Sarthe	La Ferté-Bernard	CC de l'Huisne Sarthoise	721	3	
	Saint-Calais	CC du Pays Calaisien	304		
Vendée	La Roche-sur-Yon	CC du Pays Yonnais		2	
	Les Sables d'Olonne	CC des Olonnes	1290		

PICARDIE

Aisne	Hirson	CC du Pays des Trois Rivières	587	2	
	Château-Thierry	CC de la Région de Château-T.	1343	3	
	Chauny	CC Chauny Tergnier	1815		
	Rethel		1123		
Oise	Clermont-sur-Oise	CC du Clermontois	994	3	
	Noyon	CC du Pays Noyonnais	1223		
Somme	Doullens	CC du Doullennais	1103	1	
	Montdidier	CC du canton de Montdidier	751	1	
	Péronne	CC de la Haute-Somme	1331	1	

POITOU-CHARENTE

Charente	Jonzac	CC de la Haute-Saintonge	1661	2	
	Ruffec	CC de Ruffec	993	2	
	Barbezieux-Saint-Hilaire	CC des 3 B Sud Charente	838	2	
	Cognac	CC de Cognac	123		
	Confolens	CC du Confolentais	248		
Charente-Maritime	Royan	CA du Pays Royannais	1051	1	
	Saint-Jean-d'Angély	CC du canton de St-Jean d'A.	1880	2	
Vienne	Loudun	CC du Pays Loudunais	974	1	
	Montmorillon	CC du Montmorillonnais	1321	2	

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Alpes de Haute-P.	Sisteron	CC du Sisteronais	916	3	
Alpes-Maritimes	Menton	CA de la Riviera Française	950	2	
Bouches-du-Rhône	La Ciotat		1222		
Var	Draguignan	CA Dracénoise		3	
Vaucluse	Pertuis	CA du Pays d'Aix	430	1	
	Apt	CC du Pays d'Apt	688	2	
	Valréas	CC de l'Enclave des Papes	739	2	
	Cavaillon	CC Provence Lubéron Durance	722	3	
	Orange		1698		



Membre de l'ADCF



Selon la « Coordination »

RHONE-ALPES

Ain	Belley	CC de Belley-Bas-Bugey		3	
	Oyonnax	CC d'Oyonnax	1685		
	Nantua	CC Lac de Nantua			
Ardèche	Privas-La Voulte	CC Privas Rhône et Vallées	1647	2	
Drôme	Crest	CC du Val de Drôme	492	1	
	Die	CC du Diois	434	2	
	Saint-Vallier	CC les Deux Rives de la R.St-V.		2	
Haute-Savoie	Bonneville	CC Faucigny-Glières		2	
Isère	Le Pont-de-Beauvoisin	CC des Vallons du Guiers	1057	2	
Loire	Feurs	CC de Feurs en Forez	1935	1	
	Montbrison	CA Loire-Forez		2	
Rhône	Givors	CC Rhône-Sud	952	2	
	Tarare	CC du Pays de Tarare	1105	2	
Savoie	Bourg-Saint-Maurice			3	
	Saint-Jean-de-Maurienne	CC Cœur de Maurienne	1132		

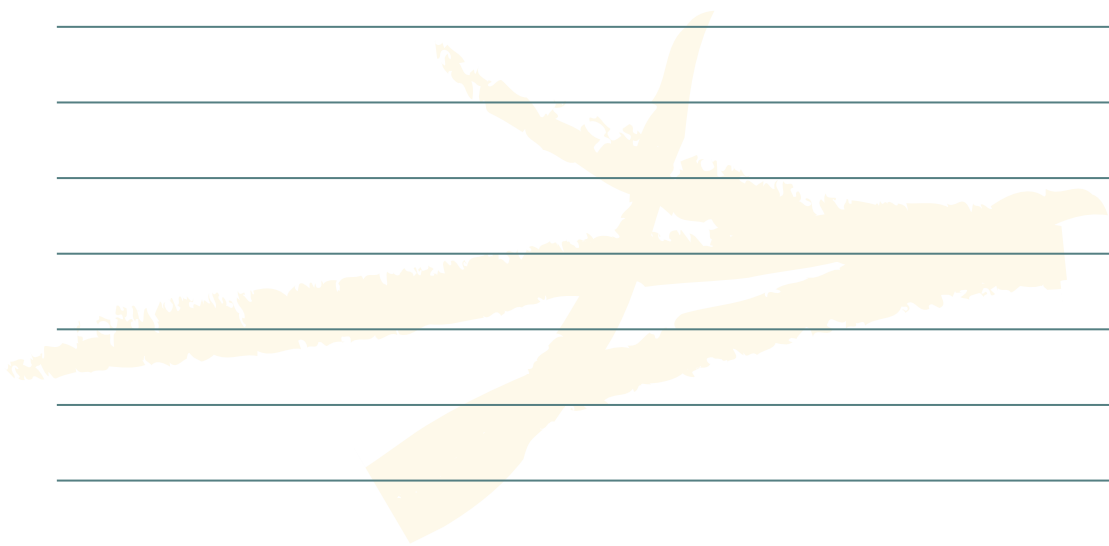


Membre de l'ADCF



Selon la « Coordination »

Notes



A large, stylized yellow 'X' mark is drawn across the center of the page. The 'X' is composed of two thick, slightly irregular strokes that intersect in the middle. The strokes are a bright yellow color and have a hand-drawn, brush-like appearance. The 'X' is centered horizontally and vertically on the page, spanning across several of the horizontal blue lines.



191, rue Saint-Honoré
75001 Paris

Tél. : 01 55 04 89 00 Fax : 01 55 04 89 01
www.adcf.org - adcf@adcf.asso.fr