

Introduction

Les restructurations hospitalières et la ville

par Jany Dhervillez*

Les établissements hospitaliers comptent parmi les équipements les plus importants d'une ville. Ils contribuent à sa structuration, à son développement et à son rayonnement, sur le plan sanitaire et social, symbolique, foncier et immobilier, économique, et par là au fonctionnement urbain et à l'emploi. Depuis quelques années, le redéploiement des soins en milieu ambulatoire, sous l'action des importants progrès médicaux fait que l'hôpital, lieu où s'exerce la médecine de pointe, n'est plus seul dans ses fonctions. De nouveaux modes de prise en charge naissent et se développent, impliquant directement les collectivités locales pour leur mise en place et leur fonctionnement.

Dans ce contexte, la priorité du schéma national de services collectifs sanitaires est la définition des "conditions d'un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité dans un contexte où le malade devient un acteur de santé à part entière"⁽¹⁾.

Quels sont les principaux facteurs des mutations en cours dans le système hospitalier et plus largement dans le système de soins⁽²⁾ ?

Quelles sont les pistes de réflexion sur les évolutions à venir concernant la ville et l'hôpital et leurs rapports ?

Une population plus âgée et plus précaire

Le système de soins est un secteur particulièrement tributaire des grands mouvements démographiques et l'allongement de la durée de vie va imposer une évolution dans la prise en charge des personnes, du fait de la très forte croissance de la population âgée attendue dans les prochaines années. Le nombre des personnes de plus de 85 ans devrait en effet passer d'un million en 2000 à deux millions en 2020 et quatre millions en 2050.

D'autre part, selon le Haut comité de la santé publique, "la précarité est devenue un phénomène massif touchant aujourd'hui 20 à 25 % de la population en France et risquant de provoquer une réelle dégradation de la santé des couches sociales les plus défavorisées et à moyen terme une partie beaucoup plus importante de la population". Selon

une enquête du Credes⁽³⁾, un Français sur sept renonce à se soigner par manque d'argent en 1998. La précarité retentit sur la santé directement et indirectement, emplois non qualifiés et dangereux, habitat de mauvaise qualité ou dans un environnement nuisant voire à risques, alimentation déséquilibrée, affaiblissement des relations sociales. À l'inverse, la dégradation de l'état de santé retentit sur chacun de ses aspects. La mise en place ces dernières années de la Couverture médicale universelle tente d'atténuer les effets de la précarité sur la santé. Enfin les états de "mal être" augmentent et constituent de 30 à 50 % des demandes de soins. "La souffrance psychique est actuellement dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité" estime le HCSP.

* Jany Dhervillez est chargée d'études à l'Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise.

(1) CIADT du 9 Juillet 2001 à Limoges - Adoption des schémas de services collectifs.

(2) Le système de soins se définit comme l'ensemble des hôpitaux cliniques, médecine de ville, réseaux ambulatoires, établissements médico-sociaux. Le système de santé englobe, pour sa part, l'ensemble des facteurs concourant à la santé, à l'éducation, à la prévention, aux modes de vie et à l'environnement.

(3) Centre de recherche et d'études de documentation en économie de la santé.

Le patient, un acteur exigeant

Aujourd'hui, "l'homme s'intéresse à sa santé comme bien personnel et comme propriété collective à haute valeur sociale"⁽⁴⁾. Les besoins de la population ne se limitent plus au traitement des maladies aiguës, mais s'expriment sous la forme d'un droit à la promotion et au maintien de la santé. Il ne s'agit plus seulement de guérir, mais aussi de prévenir, d'éduquer, de soutenir psychologiquement, d'améliorer, d'accompagner⁽⁵⁾.

L'élaboration du second Schéma régional d'organisation sanitaire en Rhône-Alpes a donné lieu à un débat, intitulé "Hôpital 2004", qui fait émerger une cohérence de points de vue autour de deux centres d'intérêt principaux, mis en avant de façon massive :

- la place de l'homme : prise en compte globale, urgences, relation avec le personnel médical et soignant, conditions matérielles de l'hospitalisation, rupture complète avec le monde extérieur,
- la proximité : maintien des hôpitaux à proximité des lieux de vie.

La confiance donnée à l'hôpital n'est cependant pas mise en cause : c'est là que l'on veut être soigné, car c'est là qu'on a les meilleures chances de guérir. En résumé, " l'art est à son summum, mais la manière gâche tout " ! Le malade se transforme en sujet actif et concerné et veut participer à son traitement. Grâce aux moyens d'information dont il dispose, notamment par voie télématique, l'utilisateur peut mettre en concurrence les professionnels de santé, y compris les systèmes de soins nationaux à l'échelle mondiale, ce qui lui permet, fait nouveau, de rentrer en négociation avec ses médecins. La santé fait donc son entrée au sein de la " chose publique " tout en devenant un bien de consommation, tandis que le système de santé évolue vers une logique de marché dans lequel, chaque usager, chaque professionnel et l'industrie de la santé, jouent en fonction de leurs contraintes et de leurs intérêts.

Les hôpitaux vivent de profondes mutations

Celles-ci sont induites par les adaptations indispensables de l'institution au monde moderne, qu'elles soient d'ordre technique, social, culturel, environnemental ou économique. Les grands projets hospitaliers en cours dans la plupart des villes en témoignent. Lieu d'hospitalité charitable au moyen âge, puis d'enfermement massif des pauvres et des fous à l'époque classique, l'hôpital se médicalise à partir du XIXe siècle. À chaque époque correspond une forme, un mode d'insertion urbaine et une localisation dans la ville.

Au XXe siècle, les progrès techniques de la construction permettent des constructions plus hautes : hôpitaux compacts, grands équipements monoblocs, enfin barres et tours modèles des années 60 symbolisent la modernité, la fonctionnalité et l'hygiène, mais se coupent de leur environnement urbain. La dernière décennie marque une

nouvelle évolution : l'architecture hospitalière se renouvelle et l'hôpital se préoccupe davantage de la qualité de son accueil. Son insertion architecturale et urbaine et sa relation avec son environnement commencent à être pris en compte.

La médecine et les technologies sanitaires progressent à un rythme croissant : diagnostics et chirurgie font appel à des moyens de moins en moins invasifs ; imagerie médicale numérique, télé-médecine, réseaux de transmission des informations, etc., permettent des traitements et des interventions de plus en plus sophistiqués et performants. L'ambulatorio et les traitements réguliers en milieu hospitalier accroissent les flux d'entrées-sorties aux établissements et réduisent la durée des séjours. Le rôle de l'hôpital dans le paysage sanitaire, avec son plateau technique sans cesse plus performant, ainsi que son rapport à la ville s'en trouvent modifiés.

Le rôle croissant des urgences

Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics croît (+ 43 % entre 1990 et 1998). Cette augmentation traduit de nouveaux comportements des usagers, en matière de recours

aux soins. "Plus qu'une demande de soins urgents, c'est une exigence de soins immédiats que les gens expriment", affirme le Docteur Claude Leicher, membre du syndicat de médecins généra-

(4) Cf. Jean François Girard, in "Quand la santé devient publique".

(5) Les soins curatifs contribuent pour 90 % aux dépenses de santé, mais seulement pour 11 % à la réduction de la mortalité. Les "styles de vie", en revanche, qui ne coûtent que 1,5 %, contribuent pour 43 % à la réduction de la mortalité (Source : Mission Prospective et stratégie d'agglomération du Grand Lyon, " Cahier Millénaire 3 " n° 13, p. 11).

listes MG-France. Dans son rapport de 1989, le Professeur Steg estime que 70 % des urgences accueillies relèvent de la médecine générale. De plus, le recours à l'hôpital pour les urgences médico-sociales est courant et appelle à la fois une réponse médicale pluridisciplinaire et une réponse sociale pour laquelle l'hôpital n'est pas compétent. La séparation des fonctions sanitaire et sociale handicape gravement la prise en charge globale des personnes et les soins d'urgence échouent en totalité à l'hôpital.

Toutefois, les hôpitaux ne sont plus seuls avec les médecins de ville, généralistes et spécialistes, dans le système de soins français. Le développement de la médecine ambulatoire, le vieillissement de la population, la précarité, l'apparition de nouvelles maladies et de maladies chroniques ont conduit au

développement de réseaux de soins et à la prise en charge des malades en ville. Ainsi en est-il des centres de santé municipaux, mutualistes ou associatifs, de l'hospitalisation à domicile ou des réseaux de soins spécialisés. Ils ont pour objectif de mobiliser des ressources sanitaires, sociales et d'autres sur un territoire donné. Cependant la prise en charge globale du malade et la continuité des soins en amont et en aval de l'hospitalisation sont encore peu ou mal assurées. L'hospitalisation à domicile est peu développée et les centres de santé peu nombreux. Les malades et leur entourage se retrouvent bien souvent, dans un paysage illisible, à l'accès non repérable pour eux. Les réseaux de soins manquent encore de coordination entre eux et avec les acteurs sociaux, mais ils sont peu à peu reconnus par la loi.

Aujourd'hui, le paysage sanitaire bouge

Devant la nécessité d'adaptation aux besoins de la société et à ses impératifs sociaux, techniques et économiques, l'hôpital connaît actuellement une nouvelle étape de son histoire. Les mutations touchent à la fois son fonctionnement interne et son rôle dans le système de soins. Il doit faire évoluer son organisation, sa morphologie, et son rapport à son environnement proche et à la ville. Les projets actuels donnent donc lieu à la conception de nouvelles architectures au service de l'image et de la fonction contemporaine de l'hôpital, dans sa dimension sanitaire bien sûr, mais aussi sociale, culturelle et sociétale.

Cette évolution lourde n'est pourtant pas encore aboutie et la rationalisation de l'offre de soins reste jusqu'à présent encore essentiellement d'ordre

économique : enrayer l'explosion des coûts de la santé. Cependant le dernier SROS Rhône-Alpes, cadre régional de la planification hospitalière, insiste sur la nécessaire articulation du sanitaire et du social, de l'hospitalier et des soins ambulatoires, et sur une prise en charge des patients globale et de qualité. Il préconise la mise en place d'un réseau hospitalier hiérarchisé, avec l'objectif de parvenir à un maillage de l'offre garantissant la continuité des soins et une prise en charge graduée des patients. Pourtant, les Centres hospitaliers régionaux et les Centres hospitaliers universitaires, situés au niveau le plus haut dans cette hiérarchie, ont dans les faits un positionnement ambivalent où ils jouent un rôle d'établissement de pointe tout en ayant à répondre aux besoins de proximité.

Une recomposition d'ensemble

La recomposition de l'armature hospitalière à l'échelle de l'agglomération comme de la région s'opère pour l'essentiel par le biais de regroupements et de désaffectations d'établissements dans le public comme dans le privé. À Lyon, les Hospices Civils restructurent leurs hôpitaux autour de trois grands pôles : construction d'un hôpital mère-enfant neuf à l'Est, et restructuration-extension au Nord et au Sud. Deux sites sont appelés à être désaffectés. Quant aux deux hôpitaux historiques de Lyon, ils devraient conserver, après restructuration-réhabilitation, une vocation sanitaire, importante pour l'Hôpital Edouard-Herriot maintenu dans ses fonctions, et évoluant vraisem-



L'hôpital Edouard-Herriot

blement vers l'ambulatorio pour l'Hôtel-Dieu. Mais comment concilier la double attente de proximité et de sécurité exprimée fortement par la population ? Le processus de concentration de l'offre actuellement à l'œuvre, laisse sans réponse lisible la question, et les réseaux de soins de ville sont bien faibles pour pouvoir y pallier même partiellement. L'accroissement de la dimension des

établissements interroge les experts eux-mêmes : quelle est la taille critique d'un hôpital au-delà de laquelle la maîtrise du système devient extrêmement délicate ? La mise en route de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (800 lits) est là pour témoigner de ces difficultés.

Sortir de l'ignorance mutuelle entre ville et hôpital

D'autre part, pour des raisons d'accessibilité et plus largement de fonctionnement et de représentation urbaine, un rapport plus étroit devrait être recherché entre l'armature hospitalière et la structure urbaine ou territoriale à laquelle elle contribue et, à minima avec l'armature des transports, voirie et transports en commun. Or les projets actuels mettent en évidence l'ignorance mutuelle dans laquelle se tiennent encore l'hôpital et son territoire. Les opportunités foncières apparaissent déterminantes pour la localisation des hôpitaux, les décideurs considérant que la ville et notamment son réseau de transport s'adaptera à l'hôpital, ce qui ne peut qu'être très partiellement réalisable, onéreux et souvent non satisfaisant. Malgré des progrès indéniables, le cloisonnement institutionnel et profes-

sionnel demeure entre l'hôpital et son territoire. L'organisation spatiale du système de soins, particulièrement des hôpitaux, est aujourd'hui confrontée aux problématiques d'aménagement du territoire, ce dernier ne pouvant être réduit à sa dimension géo-démographique. La rencontre est récente et impose de penser les besoins à la fois en termes d'accessibilité et de sécurité. Peut-être la question devrait-elle être posée en partant des besoins au lieu de l'offre, à la répartition aujourd'hui inégalitaire pour des raisons entre autres historiques. La distribution des hôpitaux n'a en effet pas suivi l'évolution importante des dernières décennies dans certains territoires, notamment dans les grandes agglomérations, avec le développement des banlieues puis des secteurs périurbains.

La santé devient enjeu de société

"La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ". Cette définition de l'Organisation mondiale de la santé, élaborée en 1946, reste plus que jamais d'actualité. La santé est devenue un enjeu de société et ne se limite plus seulement à son aspect médical. Les citoyens et les malades sont entrés dans le débat avec les professionnels de la santé et les pouvoirs publics. Ils ne se satisfont pas d'un système de soins cloisonné sans liens entre les mondes sanitaire et social. Ils entendent que l'homme soit pris en compte globalement dans ses dimensions à la fois physique, psychique et sociale. Quelles sont,

par conséquent, les conditions d'un égal accès de tous à des soins de qualité garantissant leur continuité et une "prise en charge graduée" des patients ? Quelle(s) localisation(s) doit-on désormais privilégier pour permettre une bonne représentation de la carte hospitalière par la population et une bonne accessibilité à l'échelle de l'agglomération, d'une aire urbaine ou d'un secteur sanitaire ? Quel rôle peuvent y jouer les collectivités locales ? Par la réponse qu'il apporte aux problèmes complexes de santé de la population, imbriquant médical et social, le système de soins constitue un reflet de notre société.