

Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence

The challenges to any convergence: Place-based health care and doctors

François-Xavier Schweyer

Numéro 52, automne 2004

Le territoire, instrument providentiel de l'État social

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/010587ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/010587ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Schweyer, F.-X. (2004). Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence. *Lien social et Politiques*, (52), 35–46.
<https://doi.org/10.7202/010587ar>

Résumé de l'article

L'approche territoriale est devenue en France le cadre de mise en oeuvre des politiques de santé, et l'échelon régional est considéré comme le plus pertinent pour le pilotage des dispositifs. L'enjeu majeur pour l'avenir, qui se dégage après plus de dix ans d'expérience, est d'associer tous les acteurs de santé, et particulièrement la médecine libérale, au sein d'une politique de santé adaptée à un territoire. Or les médecins ont une approche curative individuelle qui ne donne pas sens à la notion de territoire, comme le prouve l'analyse des stratégies d'installation des généralistes. Dès lors, un déplacement du référentiel d'action professionnel devient la condition nécessaire à l'implication des médecins libéraux dans les politiques territoriales de santé. L'étude du fonctionnement des réseaux de santé met en lumière l'apprentissage collectif qui s'y développe et les difficultés à dépasser un modèle professionnel en l'absence d'un référentiel alternatif. Les territoires peuvent-ils être les outils d'une acculturation à une approche de santé publique ?

Les territoires de santé et la médecine libérale.

Les enjeux d'une convergence

François-Xavier Schweyer

L'échelon régional est considéré comme le territoire le plus propice à la mise en œuvre des politiques de santé en France aujourd'hui. Depuis le début des années 1970 la planification sanitaire s'est fondée sur des territoires, et la dynamique de régionalisation a été particulièrement renforcée à partir de 1996 par la définition et la mise en place des programmes régionaux de santé (PRS)¹. Il n'en reste pas moins qu'en matière d'offre de soins, le secteur de la santé a été historiquement dominé par deux figures tutélaires: l'hôpital et plus récemment le médecin. Les deux se sont construits sur la scène locale. Leur territoire a d'abord été celui de la proximité, la commune ou le canton.

Dans le champ de la santé, la question du territoire s'inscrit dans un double mouvement. D'une part, l'approche territoriale est devenue le cadre de définition et de mise en œuvre des politiques publiques. La

région est, depuis la loi portant réforme hospitalière de 1990 mais surtout depuis les ordonnances de 1996, le cadre territorial jugé le plus pertinent pour la «définition-adaptation» des politiques (Schweyer, 1998: 43). Cette tendance a été confirmée par la nouvelle loi de santé publique du 9 août 2004 qui, entre autres réformes, crée les groupements régionaux de santé publique (GRSP) chargés de la mise en œuvre du plan régional de santé publique (PRSP). D'autre part, et de façon apparemment paradoxale, on assiste à l'affirmation d'une centralisation de la gestion sectorielle. L'assurance maladie est sous la tutelle de l'État et le rôle des préfets a été récemment renforcé. Les réflexions actuelles en matière de décentralisation empruntent plus à la déconcentration qu'à la décentralisation proprement dite. Le mouvement de territorialisation a concerné au premier chef l'hôpital public et les politiques de santé publique. Toutefois, la volonté des

pouvoirs publics d'associer les usagers et leurs représentants à l'élaboration des politiques locales de santé dans le cadre de ce que l'on appelle la démocratie sanitaire a traduit un souci de dépasser le cercle des seuls experts. L'enjeu majeur pour l'avenir reste de créer les conditions d'une réelle collaboration entre tous les acteurs d'une région pour que leurs interventions puissent s'articuler dans le cadre d'une politique de santé régionale.

Quelle est la place de la médecine libérale dans ce mouvement de territorialisation? Comment les «médecins de ville» peuvent-ils jouer un rôle dans la régulation locale de l'offre de soins et plus largement dans la définition des services de santé? Et à quel niveau peut s'inscrire leur action? Il est couramment admis que les médecins libéraux sont les partenaires de l'hôpital public ou encore que les médecins généralistes forment la première ligne des soins

de santé. Mais ces évidences n'épuisent pas la question. Il importe en effet d'analyser comment le territoire a été construit comme une catégorie d'action dans le champ sanitaire (partie 1). On observera ensuite que le territoire n'appartient pas au vocabulaire médical et que seul un dépassement de la conception exclusivement curative des soins peut donner sens à la notion (partie 2). Pour le montrer, on étudiera l'expérience des réseaux de santé comme une tentative d'appropriation de la notion de territoire par la médecine libérale (partie 3).

L'évolution de l'approche territoriale des politiques de santé

Le territoire est, depuis les années 1970, une catégorie de l'action publique en matière de politiques sanitaires. La planification de l'offre de soins a pour but d'assurer une répartition géographique des structures et des services de santé pour répondre aux besoins de la population. La planification sanitaire se fonde donc sur des territoires avec pour objectif l'accès de la population à un ensemble de services sanitaires et dans certains cas médico-sociaux et sociaux. Comme dans d'autres domaines, l'intervention de l'État

s'est infléchi. Dans une perspective universaliste — d'intégration (Castel, 1995: 418) —, la planification a traité la question de l'accès aux soins en répartissant et en organisant l'offre par des régimes d'autorisation fondés sur l'application des indices de la carte sanitaire. Mais l'accessibilité géographique n'a pas suffi pour garantir un accès effectif, et c'est pourquoi la démarche a intégré une perspective de discrimination positive, en ciblant des zones ou des populations particulières, avec une politique d'incitation et de contractualisation. La perspective est particulariste (Castel parle de politiques d'insertion) et manifeste le souci que la population ait un recours réel aux services dont elle a besoin (Hassenteufel, 1998). Certaines régions comme la Bretagne ou Rhône-Alpes ont d'ailleurs utilisé le secteur sanitaire comme un espace de concertation avec les acteurs locaux.

La carte sanitaire créée en 1970 a instauré le secteur sanitaire comme unité de découpage géographique. Selon les instructions officielles, l'arrêté ministériel du 5 mai 1992, ce n'est pas la superficie qui le définit mais la démographie: un secteur sanitaire doit comprendre au moins 200 000 habitants. Dans les faits, certains départements sont sous le seuil fixé et constituent à eux seuls un secteur sanitaire, prouvant que l'hétérogénéité des secteurs est en partie due à la géographie. La tendance observée est celle d'une diminution du nombre de secteurs, au nombre de 150 aujourd'hui (ils étaient 223 en 1984). La planification sanitaire a été rénovée par les schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui, depuis le milieu des années 1990, visent à rationaliser l'offre de soins en respectant les principes d'égalité (et de plus en plus

d'équité), d'accessibilité, de qualité, de sécurité et de maîtrise des dépenses. Dans la majorité des régions, le découpage actuel est issu du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 1994 (CREDES, 2003). La psychiatrie est organisée selon un découpage original et plus fin. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui sont devenues un acteur majeur des politiques régionales (Pouvoirville, 2001), utilisent le secteur comme un instrument de l'organisation sanitaire, à la fois zone de distribution des moyens (activités, autorisations d'équipements, installations) et cadre des recompositions hospitalières, à commencer par les urgences et la périnatalité. Ainsi, la territorialisation a, dans le domaine sanitaire, un double référentiel d'action, la santé publique et la maîtrise des dépenses.

Les premiers SROS se sont focalisés sur les grands établissements, centres hospitaliers universitaires et principaux centres hospitaliers qui assurent l'essentiel des soins aigus, ce que l'on appelle MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). La mise en œuvre des deux premières générations de SROS a permis des apprentissages locaux et les expériences conduites ont enrichi la réflexion sur les territoires. Au-delà des catégories administratives, des notions nouvelles, comme celles de réseaux d'acteurs ou de «territoires de projet» ont traduit des approches diversifiées, nourries par la définition de zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations. Une expertise technique s'est développée pour articuler les catégories d'aires urbaines, de zones d'emploi, de bassins d'attraction de services, les comportements de consommation de soins et les ques-

tions de santé. L'intérêt des travaux menés est de mettre en lumière un enjeu essentiel pour l'évolution du système de santé que des experts formulent ainsi : « amener les professionnels globalement, à une plus grande implication dans le service d'une population sur un territoire et non seulement d'une clientèle qui franchit la porte de l'hôpital ou du cabinet médical » (CREDES, 2003 : 15). Autrement dit, la notion d'accès aux soins ne signifie pas proximité pour tous mais plutôt organisation efficace pour tous. On observe en effet une concentration des plateaux techniques hospitaliers qui semble rendue inévitée par les effets conjugués des normes de sécurité et de qualité sans cesse renforcées et de la raréfaction des médecins dans certaines spécialités. Certaines techniques médicales ou certains types de soins (les greffes par exemple) sont parfois organisés à un niveau interrégional. Mais pour être socialement acceptable, un tel mouvement doit s'accompagner d'une organisation des filières de soins des malades. Du domicile à l'hospitalisation aiguë, la chaîne de soins doit être accessible à tous quelle que soit la proximité des personnes par rapport aux structures. C'est pourquoi la troisième génération des schémas aujourd'hui en préparation s'ouvre au secteur médico-social et aux petits établissements.

Cette évolution a pour conséquence l'intégration, au moins de principe, de la médecine libérale aux schémas régionaux d'organisation sanitaire. En effet, la planification dépasse aujourd'hui le seul secteur des soins hospitaliers et privilégie une approche globale et transversale des services sanitaires sur un territoire donné. La qualité d'organisation du niveau de premier recours

devient un élément clé du dispositif. Dans une perspective médicale, il s'agit de garantir un accès effectif et efficace aux soins, mais aussi d'offrir une gamme de services de proximité permettant le retour et la prise en charge des malades dont les séjours hospitaliers sont d'une durée réduite. En termes de santé publique, il s'agit de coordonner les soins avec les services sociaux et médico-sociaux, pour les personnes âgées et les populations défavorisées ou souffrant de maladies mentales ou chroniques ou d'addictions, par exemple.

L'évolution de la planification sanitaire doit beaucoup au développement de politiques de santé publique à l'échelon régional (définition de priorités de santé et de programmes régionaux de santé [PRS]). Au début des années 1990, le Haut Comité de la santé publique préconise dans ses rapports de définir des actions de santé publique au sein de politiques régionales et de faire participer l'ensemble des acteurs à leur élaboration et à leur mise en œuvre. Des expérimentations de conférences régionales de santé ayant pour objectif d'analyser les besoins de santé et d'établir des priorités ont été menées et reconnues officiellement par les ordonnances de 1996. Une centaine de programmes régionaux de santé ont été conduits à ce jour. Ils ont fédéré un grand nombre d'institutions, de professionnels, d'associations, d'usagers, à l'exception toutefois des médecins généralistes, peu nombreux à s'impliquer (Schaezel et al., 2002). Des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont complété les dispositifs existants, dans une perspective d'accès au droit commun des personnes vivant dans des conditions précaires. Ces dispositifs ont permis des apprentissages collectifs et surtout ont diffusé une

culture de santé publique en passe de devenir un nouveau référentiel d'action partagé (Salomez, 2004 : 42). Toutefois, il convient de nuancer ce constat concernant la médecine libérale car les enquêtes révèlent au contraire un niveau d'information très modeste de ces praticiens (Levasseur et al., 2003).

La loi a introduit également un nouveau territoire : le bassin de santé, sans préciser d'ailleurs son contenu ou son utilisation, illustrant ainsi un mode d'intervention publique fondé sur la construction locale de compromis, ce que J.-D. Reynaud appelle un nouveau mode de régulation (Reynaud, 1989). Car l'enjeu n'est pas seulement d'optimiser une organisation territoriale, il est aussi de dépasser les logiques très cloisonnées du secteur sanitaire et social. En clair, il s'agit de mieux articuler les découpages territoriaux, mais surtout d'ajouter à l'ensemble de l'offre de soins une approche de prévention et une réflexion en termes de santé de la population (Fleuret et Séchet, 2002). De ce point de vue, le territoire est pensé comme un outil d'intégration des activités professionnelles et de l'action publique, comme l'instrument donnant une cohérence aux actions de santé publique.

À l'exception des zones urbaines à forte densité démographique, les secteurs sanitaires s'avèrent trop étendus pour être un cadre approprié aux démarches de projet. La pertinence des territoires de l'intercommunalité, qu'il s'agisse des pays ou des communautés d'agglomérations, est variable selon les régions. Là où les pays correspondent à des bassins de proximité hospitaliers, la cohérence territoriale est assurée. Mais parfois les pays peu peuplés ont la taille de

zones de proximité, celles des soins de premier recours. L'hétérogénéité géographique et démographique ne constitue cependant pas le principal obstacle au développement de projets de santé sur des territoires. Deux autres obstacles se présentent. Le premier est la faible implication des élus locaux dans le domaine sanitaire à l'exception des conseils d'administration hospitaliers, et dans ce cas les politiques d'emploi priment souvent. On sait par ailleurs que les questions sanitaires relèvent de l'État et de l'assurance maladie, et n'étaient donc pas *a priori* et jusqu'ici du ressort des élus locaux. Mais d'une part, la territorialisation des politiques publiques s'accompagne d'un rapprochement des politiques entre elles et les démarches deviennent intersectorielles, et, d'autre part, les questions de santé sont au cœur de l'aspiration au bien-être qui caractérise l'homme démocratique. Elles font l'objet d'une exigence sociale. L'accès aux soins est une dimension des politiques de développement local. Certains élus se sont engagés en offrant des locaux pour favoriser l'installation de médecins libéraux. L'implication des élus dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé devient un gage de réussite. Le second obstacle est la

faible implication des médecins libéraux dans les politiques régionales.

Les territoires de la médecine libérale

La notion de territoire qui est familière aux médecins est celle de territoire professionnel, qu'il s'agit de défendre ou d'affirmer dans un domaine en perpétuelle transformation (Arliaud, 1987). En ville, le généraliste voit le pédiatre et le gynécologue camper à ses frontières, tandis qu'en zone rurale son exercice risque moins d'être appauvri par les actes relevant de ces deux spécialités. Si l'on se réfère au modèle curatif individuel, la perception du territoire peut encore avoir deux dimensions. C'est d'abord la zone de recrutement de la clientèle, et Freidson (1984) compare irrévérencieusement le médecin généraliste à un épicier dont la clientèle est locale. La concurrence est variable selon le nombre de médecins exerçant sur le territoire de proximité, et, dans certains cas pour les généralistes, selon le nombre d'infirmiers libéraux (Vilbrod, 2003: 153). La seconde dimension définissant le territoire renvoie au réseau de confrères à qui l'on adresse ses patients, ou avec lesquels on partage les gardes par exemple. Le territoire est donc spontanément défini par rapport au professionnel et à son offre. Cette conception explique que si le médecin travaille pour le bien du patient, il ne connaît pas la population. Sa pratique ne le conduit pas à mobiliser son attention en termes de besoins de santé de la population.

Une recherche récente sur des médecins généralistes nouvellement installés aide à comprendre comment les médecins libéraux appréhendent la question du territoire (Levasseur et Schweyer, 2004). À la fin de leurs

études, et pendant une période de quatre ans en moyenne, la plupart des jeunes généralistes font des remplacements. Autrement dit, leur activité professionnelle n'a pas d'inscription territoriale fixe. Cette mobilité leur permet de «tester» les modes de pratique et les configurations de travail de leurs aînés. On peut analyser les remplacements effectués par les jeunes médecins généralistes sous trois angles: celui de la formation d'abord, l'expérience venant compléter l'enseignement reçu; celui d'une construction normative ensuite, car la période des remplacements permet de se «faire une idée» du métier, de se forger des critères de choix pour le futur proche; celui enfin du début de la vie adulte, des ajustements à trouver au sein de couples de doubles actifs pour la vie personnelle et la prise en charge de jeunes enfants. Les remplacements sont avant tout une période de transition entre un statut d'étudiant et une installation dans la vie. La dimension professionnelle est importante mais elle est loin d'être unique: il s'agit pour le jeune médecin d'ajuster des préférences quant au mode de vie espéré (avec ou sans enfants) et une activité professionnelle.

Deux remarques s'imposent. Ce qui est recherché, c'est un équilibre permettant une qualité de vie. Le métier n'est plus le tout d'une existence, il en est un élément et parfois un moyen pour atteindre d'autres objectifs. On constate en effet une attitude un peu distanciée par rapport à l'exercice médical, dont le sens ne se réduit pas à la mission sociale du médecin, mais concerne très directement l'épanouissement personnel. La seconde remarque a trait au choix du mode d'activité, qui n'est pas toujours un choix personnel, mais souvent au contraire un choix familial.

Ainsi, le principe de la liberté d'installation, directement issu de la charte libérale de 1927, permet aux jeunes médecins de penser leur futur mode d'exercice et leur lieu d'activité en termes de préférence personnelle sans rapport explicite avec les besoins de santé d'une population.

Tous les jeunes généralistes ne s'installent pas, loin s'en faut. Quand ils argumentent le choix d'un mode d'exercice libéral, ils soulignent leur volonté de liberté et d'autonomie (en opposition avec le mode d'exercice hospitalier) ou la diversité du métier de généraliste ou encore mettent en avant leur envie de se ménager du temps: le médecin libéral peut réguler sa charge de travail. Le choix du lieu d'exercice est un choix multifactoriel. On ne peut opposer le rural et l'urbain tels quels, car le territoire d'exercice s'analyse en termes d'environnement de travail, de charge de travail prévisible, de système de gardes, de qualité de vie enfin. Dans une telle perspective, les zones rurales touristiques peuvent avoir plus d'attraits qu'un quartier urbain défavorisé. Toutefois, seuls les résidents d'origine rurale envisagent une installation à la campagne, alors que leurs confrères d'origine urbaine excluent *a priori* cette éventualité. Il est exceptionnel qu'un jeune médecin fasse une étude de marché car le travail lui paraît assuré. Tout se passe comme si on se situait dans un régime de préférence et non de recherche de travail. La solution retenue est un compromis entre différents facteurs et avec un objectif: la qualité de vie. Sont pris en compte l'environnement écologique, l'accès aux services économiques, culturels et sociaux, la possibilité de partager la charge de travail ou encore celle de séparer le lieu d'exercice du lieu de vie. On comprend dès lors que les

incitations financières à l'installation en milieu rural ne soient jamais considérées comme de nature à orienter un choix. Les incitations sont unanimement jugées inefficaces parce que, d'une part, elles ne concernent que l'activité professionnelle alors que le choix d'installation est aussi un choix de mode de vie, et, d'autre part, parce que les incitations financières ne changent rien sur le plan de l'organisation du travail. Or ce dernier élément est jugé essentiel par les jeunes générations de médecins. Par conséquent, la question de l'installation des jeunes médecins n'est que partiellement une question médicale. Elle renvoie à l'évolution des modes de vie et aux problèmes d'aménagement du territoire. Ainsi, 83% des installations en Bretagne depuis cinq ans ont eu lieu en pôle urbain ou en couronne périurbaine.

Le milieu rural est généralement perçu comme impliquant une charge de travail plus lourde à cause de la permanence des soins à assurer². Cette perception n'est pas confirmée par les données d'activité analysées, qui montrent que les visites ont fortement diminué, même en zone rurale, et que les actes majorés ne sont pas très nombreux. La lourdeur de la charge de travail générée par les gardes n'est pas perçue à partir de l'activité proprement dite mais plutôt des contraintes associées: l'astreinte et l'impossibilité d'y échapper (Davezies et Daniellou, 2004). Trouver un remplaçant n'est pas toujours aisé et l'alternative d'un service tel SOS médecins n'existe qu'en ville. L'espace rural fait craindre aussi la solitude des médecins. Or les jeunes médecins disent vouloir travailler en groupe pour pouvoir réguler leur charge de travail. La faible attractivité de certaines zones du territoire est accentuée par la concurrence de

l'offre hospitalière en direction des jeunes généralistes. Nombreux sont les hôpitaux qui recrutent des généralistes aux urgences, en gériatrie ou dans le secteur psychiatrique.

Le territoire est donc perçu au travers d'un mode d'exercice professionnel, lequel n'attire pas une majorité de jeunes médecins. Il existe cependant des exceptions intéressantes à analyser. Il s'agit des médecins nouvellement installés, mais en seconde carrière. Ils représentent 12% des installations récentes en Bretagne. Les médecins choisissent le milieu rural pour être indépendants, autonomes et «redémarrer» une vie. Certains exerçaient en ville et se sentaient surmenés. D'autres ont voulu «recommencer à zéro» après une rupture familiale ou professionnelle. Dans leur discours, la charge de travail est relativisée ou acceptée, mais dans le cadre d'horaires et de conditions d'exercice qu'ils imposent à leur clientèle. Ainsi, à l'exception des «secondes carrières», le territoire, tel qu'il est apprécié au moment de l'installation, n'est pas décrit en termes de bassin de santé mais plutôt de risque d'isolement pour la famille, d'accès aux loisirs, aux services d'éducation. La notion centrale est celle de l'aménagement du territoire.

La question du risque de désertification médicale est inscrite sur l'agenda des pouvoirs publics. Les tensions fortes qui existent dans certains secteurs où des médecins trop peu nombreux peinent à faire face à la demande, n'attendant pas de relève au moment de leur retraite et témoignant de la dégradation progressive de leurs conditions de travail, sont largement médiatisées. Des élus se mobilisent et des communes offrent des locaux (Descours, 2003).

La question des généralistes en milieu rural, aiguë dans certaines régions, rejoint celle de la pénurie qui existe dans certaines disciplines médicales (Schweyer, 2003) pour exprimer le malaise de la profession médicale. Les pouvoirs publics réagissent conformément au postulat largement partagé selon lequel la santé est médicale avant tout : d'où le relèvement du *numerus clausus* sans remettre en cause la liberté d'installation, et, parallèlement, la politique d'incitations financières de l'assurance maladie, qui, malgré sa faible efficacité, reste la seule politique adoptée dans la nouvelle loi sur la sécurité sociale (2004). Une telle approche se caractérise par la dépolitisation des questions de santé (Hassenteufel et Pierru, 2003). Quand la santé est pensée à travers le prisme du modèle curatif, elle devient un bien privé, une question technique qui dépend d'un groupe professionnel. Or l'approche par les territoires permet de renouveler cette perspective. Les politiques de santé publique et la territorialisation de la mise en œuvre des politiques de santé offrent l'opportunité d'inscrire les missions de la médecine libérale sur un registre politique, territorial et transversal. Le fait que l'accessibilité des soins de santé, la proximité de

l'offre et sa qualité soient devenus des problèmes publics attestent que les exigences sociales en matière de santé sont plus fortes que ce que l'on observe en matière d'éducation, de loisirs, de services (Sambuc, 1999).

On peut se demander si l'échec des politiques d'incitation n'offre pas une opportunité pour concevoir autrement une politique territoriale associant la médecine libérale. On pourrait ainsi passer d'un « modèle professionnel de contact » à « un modèle professionnel intégré » qui supposerait l'implication des collectivités territoriales (Lamarche et al., 2003). Quelques unions régionales de la médecine libérale (URML) mènent des études sur les évolutions de la pratique médicale. Des expérimentations financées par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) ont été entreprises, sans avoir cependant jamais abouti à de véritables acquis. Des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) soutiennent les innovations dans un souci d'apprentissage progressif. Les partenariats noués et la volonté d'être acteur de dispositifs régionaux innovants peinent à aboutir. Tout se passe comme si le face-à-face entre la profession médicale et l'assurance maladie était dans l'incapacité d'élaborer et de faire valoir une politique au niveau régional. Toutefois, la préparation de la troisième génération de schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui est pilotée par les agences régionales de l'hospitalisation, est marquée par un rapprochement avec la médecine libérale. Cette orientation politique, qui se fonde sur des concepts et des outils empruntés à la géographie de la santé, offre un nouveau référentiel d'action aux pratiques professionnelles.

La géographie de la santé³, ou plus précisément celle des soins médicaux, étudie l'offre de soins à partir des densités de professionnels ou d'équipements à différentes échelles géographiques (Tonnelier, 2004: 519). Une ville, un canton, un pays peut être défini comme un « bassin de santé ambulatoire » (Vigneron, 2000) où des professionnels, médecins généralistes ou spécialisés et paramédicaux articulent leurs activités avec l'offre hospitalière. Cette approche est complétée par l'analyse de la consommation médicale dans le but de confronter les indicateurs de santé à l'offre et à la consommation de soins et d'en évaluer l'adéquation. En dépit de difficultés d'accès et d'hétérogénéité des données dues à l'existence de différents régimes de sécurité sociale, les analyses des disparités territoriales se sont beaucoup développées ces dernières années en France. Les experts ont montré qu'il convient de distinguer « l'accès potentiel » défini par la répartition des équipements et des professionnels (qui fut longtemps la raison d'être de la planification) du « recours effectif » qui met en lumière les inégalités de consommation de soins. À quoi s'ajoute une troisième notion, celle d'« efficacité du recours » (Ricketts et al., 1994), qui peut être approchée sur un plan technique par l'évaluation des pratiques professionnelles (un échec, selon C. Béraud, 2002: 53), mais aussi au plan spatial par l'analyse des différences de pratiques et d'usages de l'espace selon les groupes sociaux (Tonnelier et Vigneron, 1999). Les études de géographie de la santé apportent donc des éléments pour concevoir l'aménagement de l'espace sanitaire. Elles permettent encore de s'interroger en termes

«d'équité territoriale» quand elles mettent en évidence des zones «défavorisées» sur le plan des soins mais aussi sur celui de la santé. En créant des marqueurs de besoins de santé, à des échelles infrarégionales de plus en plus fines, ces études peuvent aider à définir des politiques de santé publique moins marquées par le primat des politiques de maîtrise des dépenses.

Mais une politique n'existe que par sa mise en œuvre et, s'agissant d'une politique territoriale de santé, elle ne peut exister qu'en associant les médecins libéraux. On a vu l'échec des incitations financières en matière d'installation, échec qui met en lumière l'aporie d'une approche individuelle. En effet, l'attractivité d'une zone est pour partie fonction des conditions et de l'organisation de travail offertes. Les réseaux de santé, tels qu'ils se développent depuis une dizaine d'années associent une approche territorialisée et une volonté de coopération entre professionnels. Leur analyse permet-elle de décrypter les éléments d'une politique à venir? Peut-on parler à leur sujet d'une politique territoriale de santé?

Les réseaux de santé, un outil de réforme local?

La première forme de réseau connue en France a concerné la lutte contre la tuberculose en 1914. Un dispositif global de surveillance épidémiologique et de prophylaxie a été organisé autour de dispensaires appartenant à un réseau couvrant le territoire. Les réseaux institutionnels de prise en charge des «fléaux sociaux» mis en place et financés après 1946 ont élargi la notion. Sous l'appellation de «réseaux sanitaires spécialisés», on trouve des dispositifs de prise en charge globale, au-

delà des soins curatifs, et un souci de relation opérationnelle avec les populations desservies. Sous l'effet de la crise économique issue du premier choc pétrolier, le souci de rationalisation des prises en charge a donné naissance à un nouveau type de réseau au début des années 1980: les réseaux de soins coordonnés représentant une tentative de décloisonnement entre la ville et l'hôpital, en donnant toutefois aux établissements un rôle majeur. Ces générations de réseaux ont en commun d'appartenir à des politiques publiques et de constituer les éléments d'un maillage territorial défini soit au niveau national, soit au plan local, autour d'un hôpital. Les initiatives plus récentes sont d'une autre nature. En effet, les «réseaux spontanés» apparus dans les années 1985 à la suite de l'épidémie de sida ont été des réseaux de soignants, reposant sur le bénévolat et animés par des médecins engagés dans l'aide médico-sociale auprès des populations en situation de précarité. Ces réseaux voulaient répondre aux lacunes du système de soins et à la nécessité de réhabiliter la prévention, mises en lumière par la prise en charge des malades infectés par le VIH. La volonté de remédier au cloisonnement du système de santé et les besoins de prises en charge pluridisciplinaires des maladies chroniques ont imposé le concept de réseau, qui a reçu une reconnaissance légale par les ordonnances de 1996. Mais c'est la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 qui a donné pour la première fois une définition des réseaux de santé, qui ont, entre autres objectifs, celui de favoriser l'accès aux soins et la coordination entre professionnels de santé.

Les réseaux de santé bénéficient d'un volontarisme politique fort que traduit le doublement du montant de la dotation nationale pour le développement des réseaux (DNDR) chaque année depuis 2002. Mais pour autant, les pouvoirs publics n'ont pas adopté de démarche autoritaire. Ils ont, au contraire, fait le pari de l'expérimentation locale et de l'apprentissage. En ménageant la profession médicale, les autorités sanitaires espèrent favoriser les initiatives et une forme de dynamisme territorial. Le cadre régional a été retenu pour piloter le développement des réseaux. Un comité régional des réseaux décide du financement des projets qui lui sont soumis, projets élaborés à l'initiative de médecins libéraux ou hospitaliers. Les réseaux dits «par pathologie» ont pour pivot un ou plusieurs hôpitaux et tendent à couvrir en général l'équivalent d'un secteur sanitaire, alors que les réseaux dits «de proximité» couvrent un territoire plus réduit (de l'ordre du pays) et mettent en œuvre des prises en charge globales, pour les personnes âgées par exemple. Le souci des pouvoirs publics (ici ARH et URCAM) est de tisser une offre de soins de qualité et équitable sur les différents territoires d'une région. La négociation des dotations aux réseaux est l'outil utilisé pour atteindre ces objectifs. Le financement d'un réseau rend l'évaluation de ses activités obligatoire. Dès lors le renouvellement des budgets est lié au respect des objectifs préconisés par le comité régional, comme par exemple le rapprochement de réseaux ou l'incitation à en élargir l'objet. Les réseaux de santé sont donc aujourd'hui un des modes d'action publique, qui se traduit au niveau local par la formalisation d'un travail d'articulation entre pro-

fessionnels libéraux, hospitaliers et du secteur social. Autrement dit, ils constituent sur un territoire donné une forme d'apprentissage et de définition d'un référentiel d'action partagé pour répondre de façon adaptée à des besoins de santé identifiés au plan local. De ce point de vue, les réseaux de santé peuvent être considérés comme un outil de réforme, dans un processus incrémental et territorialisé. Toutefois, de l'avis général, la preuve de leur efficacité tarde à venir et les initiatives des pionniers ne connaissent pas vraiment de relèvements. Les médecins semblent attentistes et les promoteurs de réseaux peinent à recruter des adhérents.

Ce que révèle l'analyse de ces difficultés (Schweyer et al., 2004), c'est le caractère ambigu de l'approche territoriale médicale. Le sens donné à l'inscription territoriale des réseaux est pluriel.

Les réseaux de santé se développent à partir de relations personnelles des fondateurs, qui s'inscrivent généralement sur un territoire délimité par leur lieu d'habitation ou d'exercice professionnel. L'ancrage territorial joue ainsi un rôle majeur dans le développement du réseau : le professionnel connaît les ressources de son territoire et y a déjà son réseau rela-

tionnel. En général, ce sont des professionnels de santé identifiés comme des personnalités locales qui deviennent partenaires ou encore promoteurs des réseaux. Par « effet de réputation », ils agrègent d'autres professionnels de santé autour du projet. D'une certaine façon un réseau préexiste au réseau, et c'est ce qui explique toute la difficulté qu'il y a à dépasser le noyau initial. Car l'effet de réputation peut être limité à quelques confrères, relayé ou non par des liens amicaux ou de confiance. Au-delà d'un système relationnel, la dimension essentielle d'un réseau est celle du sens de l'action. Ce qui justifie la mobilisation, les efforts, l'énergie nécessaires à la promotion des réseaux, c'est une conception du soin qui dépasse la médecine clinique et qui s'acquiert peu à peu par un mode d'apprentissage dont le vecteur est le poly-exercice (Herzlich et al., 1993). Le caractère innovant de la démarche consiste à donner du sens à une action collective en mobilisant une notion exogène à la pratique médicale quotidienne. Il ne s'agit pas de traiter un malade ici et maintenant mais de penser la prise en charge des malades d'un territoire, dans un avenir proche et dans le cadre d'une politique de santé.

La plupart des réseaux de santé ont pour projet de répondre à des besoins de santé et (ou) aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé libéraux. L'offre de services proposée est pensée à partir du territoire où exercent les professionnels libéraux ou les hospitaliers. La notion de territoire est d'ailleurs flexible et sa définition peut être le fait des professionnels eux-mêmes ou des autorités sanitaires. Par exemple, un réseau de cancérologie peut être conçu par les professionnels hospitaliers pour

répondre à un besoin de santé prioritaire défini dans le SROS 1999-2004 dans un secteur sanitaire donné. Les médecins libéraux de leur côté expriment souvent un attachement fort à leur territoire d'exercice par opposition à la centralisation des activités de santé exercée par les hôpitaux. Selon les promoteurs libéraux interrogés, excepté dans les hôpitaux locaux, qui répondent comme leur nom l'indique à une inscription territoriale localisée et où les médecins généralistes libéraux peuvent exercer, les centres hospitaliers et plus encore les centres hospitaliers universitaires sont perçus comme des offreurs de soins éloignés des réalités locales. C'est sans doute la raison pour laquelle les propositions des professionnels des établissements hospitaliers sont parfois perçues par les professionnels de santé libéraux comme ne répondant pas à leurs besoins dans le cadre de leurs activités quotidiennes. De même, l'exigence de rapprochement entre des réseaux dans un souci de cohérence peut être accueillie avec défiance par des médecins pour qui la maîtrise de « leur » territoire est une partie de leur identité professionnelle.

La notion de territoire est ici plus qu'une catégorie géographique, c'est également une catégorie professionnelle utilisée pour dire l'exercice « ancré » et multidimensionnel des généralistes. Le territoire est celui défini par l'artisan à partir du recrutement de sa clientèle. Y faire référence est aussi, pour les médecins généralistes, une façon de « réenchanter » leur pratique et indirectement d'exprimer une distance par rapport aux hospitaliers. Cette remarque vaut surtout pour les réseaux au sein desquels les prises en charge passent en partie par l'hôpital, comme c'est le cas pour les réseaux de cancérologie ou encore

pour les réseaux cardio-vasculaires. Dans la profession médicale, le poly-exercice et la réussite professionnelle sont souvent liés à la spécialisation, mais pas toujours, comme en témoigne le groupe des «généralistes diversifiés», pour qui l'implication dans un réseau peut offrir sinon une deuxième carrière, du moins une diversification d'activité salubre au regard du risque de routine ou de banalisation de l'omnipratique.

La notion de territoire est encore une catégorie professionnelle en ce qu'elle permet de valoriser une conception des soins élargie, plus globale. Pour les professionnels de santé, mettre en avant l'ancrage territorial de leur pratique, c'est se constituer une ressource d'action pour penser (et légitimer) les déterminants individuels et collectifs de la santé dans les prises en charge. Quand la santé est définie comme le bien-être global des individus placés dans leur environnement, les facteurs qui concourent à la bonne santé des personnes sont collectifs. Les soins curatifs ne sont plus le seul déterminant de la santé de la population; entrent en jeu l'environnement social, l'environnement physique, le comportement des personnes. L'ancrage territorial est censé permettre au réseau d'avoir «une vue d'ensemble» et d'agir en conséquence en recourant, par exemple, à d'autres professionnels (non médicaux) que le réseau aura permis d'identifier. Autrement dit, le territoire est une façon pour des médecins d'exprimer cette évidence de santé publique. Implicitement, cela signifie que les réseaux ont le projet de dépasser une dimension exclusivement médicale. Or il y a là un paradoxe. D'une part, les coordinateurs sont essentiellement des médecins, et, d'autre part, beaucoup

d'efforts sont déployés pour «recruter» des médecins, alors qu'ils ne jouent pas nécessairement un rôle clé dans le fonctionnement des réseaux. L'enjeu est en effet d'articuler, de coordonner des prises en charge, des activités sanitaires et sociales qui existent le plus souvent avant la création des réseaux. La difficulté est alors de passer des réseaux individuels partiels et informels à un réseau formalisé avec des objectifs précis. Le sens de l'action à entreprendre ne s'impose pas toujours et on constate qu'en l'absence de partenariats institutionnels ou d'actions de coopération à un niveau local entre professionnels de santé et un hôpital local par exemple, la notion de réseau est très floue pour beaucoup d'acteurs de santé.

Il apparaît que c'est moins la proximité en tant que telle que «l'espace de confiance» qui rend pertinente la notion de territoire. Car un réseau est le fruit d'un projet long-temps préparé et qui nécessite le partage d'une démarche et d'un sentiment d'appartenance à un territoire. La répartition des activités sur un territoire est variable selon les réseaux. Plusieurs types de situations ont pu être observés: des réseaux très étendus couvrant un secteur sanitaire voire un département; des réseaux locaux à l'échelle d'un canton ou d'une partie de secteur sanitaire. Dans le premier groupe, on peut dégager plusieurs tendances d'organisation des activités, qui ne sont pas exclusives. Certains réseaux organisent leurs activités sur de petites unités territoriales qui constituent un maillage du secteur couvert. Ainsi, dans le cadre de l'accompagnement et des soins palliatifs par exemple, des relais sont institués sur chaque unité du territoire du réseau et ont une fonction d'écoute et de conseil.

Ils sont les interlocuteurs des professionnels de santé qui exercent sur le territoire dont ils ont la charge. Une fonction transversale de coordination est par ailleurs assurée par une équipe au niveau de la globalité du territoire du réseau.

D'autres réseaux ont une organisation plus centralisée. Un réseau diabète, qui a vocation à couvrir la totalité d'un département, développe ses activités de prise en charge des patients et de service aux professionnels à partir de locaux situés au chef-lieu du département. Les éducateurs et la psychologue du réseau se déplacent pour mener des actions de prévention à l'intention des patients adhérents. Quelques réseaux de santé d'origine hospitalière (périnatalité, maladies cardio-vasculaires, par exemple) ont développé leurs activités à partir de relations entre hôpitaux situés sur un territoire. Leurs activités sont largement centrées sur les sites hospitaliers et s'étendent sur l'ensemble d'un secteur sanitaire.

Le second groupe concerne des réseaux de santé qui se sont développés sur des territoires de la taille d'un canton, du tiers d'un secteur sanitaire, du cinquième d'un département. Ces réseaux ont entrepris des activités mobiles auprès de leurs adhérents dans le cadre de réunions de formation ou d'information, voire de prise en charge des patients, à l'échelle de leur territoire. La coordination du réseau est en quelque sorte itinérante. La petite taille du territoire est défendue en référence à la plus grande proximité et à une meilleure connaissance des besoins. Dans tous les réseaux, la notion de territoire sert à valoriser la qualité et la fréquence des contacts entre professionnels libéraux, la proximité étant souvent associée à la qualité.

L'analyse du fonctionnement des réseaux de santé met en lumière deux évolutions. Il s'agit d'abord du développement d'une conception du travail de soin partagé qui tranche avec l'exercice médical, lequel reste le plus souvent solitaire. Car l'essor des cabinets de groupe ne doit pas faire illusion : les médecins partagent des locaux et un secrétariat mais continuent à travailler de façon isolée (Levasseur et Schweyer, 2004). Le travail en réseau permet de développer les échanges d'information et parfois le travail en partenariat. D'un autre côté, la mise en cohérence d'une offre de soins par une coopération accrue entre soignants, bien que présentée comme toujours positive, peut ne pas être souhaitée par les patients (Ferrand, 2003 : 221). Autrement dit, le succès d'un réseau dépend à la fois de l'offre et de la demande, et cette réalité due à la dimension structurale de tout réseau est en général ignorée. La seconde évolution tient au dépassement de la seule clientèle comme objet de l'exercice professionnel qui, dès lors que l'on travaille en réseau, concerne une population sur un territoire. Certes, la permanence des soins (les gardes) impose cet élargissement du bassin d'action, mais c'est sur le mode de la contrainte et pour un temps éphémère. Le projet de travail

en réseau rend la réflexion en termes de population à la fois explicite et volontaire. Le réseau de santé représente ainsi un outil de changement quand il participe d'une transformation des représentations et des modes d'action des professionnels. De ce point de vue, on observe que les médecins hospitaliers sont en général plus familiarisés avec les notions d'organisation sanitaire. Les réseaux par pathologie construits autour d'un ou plusieurs hôpitaux s'inscrivent dans une gradation du territoire et, bien que les promoteurs n'en aient pas toujours conscience, ils sont un moyen d'acculturation à certaines notions de santé publique.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire définissent des niveaux de pôles sanitaires, qui correspondent à des types de territoires qui peuvent être le bassin de santé, le secteur sanitaire ou la région, par exemple. La médecine libérale est désignée comme un acteur important pour les niveaux de proximité. En région Aquitaine, les médecins généralistes et spécialistes sont cités dans le schéma comme les partenaires des hôpitaux sur un territoire donné. L'hôpital local est conçu comme un pôle à partir duquel s'organisent les services, qu'il s'agisse des alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation à domicile [HAD] ou service de soins infirmiers à domicile [SSIAD]) ou des prises en charge médico-sociales et ambulatoires. Pour l'avenir, des experts imaginent ces structures de proximité comme des «acteurs territoriaux à part entière» avec un rôle «d'animation dans leur territoire», avec des professionnels qui seraient non seulement des soignants mais aussi «des animateurs du projet de vie du bassin où ils vivent» (Crede, 2003 : 32).

Ailleurs les concepteurs des politiques locales de santé mentionnent explicitement la médecine libérale, mais aussi les professions paramédicales, comme acteurs impliqués dans le retour d'hospitalisation ou l'urgence ambulatoire. De son côté, l'assurance maladie (les URCAM) mène des études pour identifier les zones à risque de pénurie et, ce faisant, est conduite à définir des territoires de soins de proximité, au sens des soins de généralistes.

Si toutes ces initiatives se rejoignent sur un point, une vision territoriale des questions de santé, la cohérence et l'articulation des initiatives restent encore aujourd'hui problématiques. Les réseaux de proximité (gérontologiques ou de soins palliatifs par exemple) sont souvent bâtis sur les territoires identitaires et affinitaires des professionnels, avec une approche globale auprès d'une population ciblée. La question sera dans un avenir proche de rapprocher ces territoires spontanés du maillage territorial défini par les politiques de santé dans le cadre régional, et cela dans le but d'assurer pour tous un accès aux soins équitable.

Les médecins libéraux sont appelés à devenir des acteurs à part entière des territoires de santé. Ceux-là sont moins définis par la géographie que par le service à rendre à la population. Or si la démarche consiste à prendre pour référence un contenu et une qualité attendus de services définis au préalable, il en découle, d'une part, que les modes d'organisation des soins peuvent être revus et, d'autre part, que les médecins ne sont pas les seuls concernés mais que le partenariat avec des infirmières, d'autres paramédicaux et parfois des auxiliaires de vie est à envisager. L'expérience des réseaux montre

qu'un tel partenariat n'est rien sans la volonté des acteurs de travailler ensemble. Le pari de la coordination et de la continuité des soins doit les réunir pour garantir à une population la proximité et la sécurité des soins souhaitées. Les territoires de santé ne peuvent être conçus à partie de critères techniques seuls, il s'agit d'un projet politique. L'intégration de la médecine libérale à un territoire de santé revient indéniablement à repolitiser la santé.

François-Xavier Schweyer
Laboratoire d'analyse des politiques
sociales et sanitaires
École nationale de la santé publique

Notes

- ¹ Le Haut Comité de la santé publique publie régulièrement des travaux concernant les politiques territoriales. On peut consulter, notamment, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 37, sur les agences dans le système de santé (décembre 2001), et surtout le n° 46 de mars 2004, consacré aux politiques et programmes régionaux de santé.
- ² Toutefois, le point de vue d'un médecin belge, pour qui la charge de travail en campagne est plus modérée que ce qu'il a connu à Liège, est intéressant, car il souligne la nécessité d'objectiver par des chiffres les perceptions spontanées des professionnels.
- ³ Pour une définition de la géographie de la santé, voir Picheral, 2001.

Bibliographie

ARLIAUD, Michel. 1987. *Les médecins*. Paris, La Découverte

BÉRAUD, Claude. 2002. «Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années: point de vue

d'un acteur», *Sciences sociales et santé*. 20, 4: 37-74.

CASTEL, Robert. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.

CREDES, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003. *Territoires et accès aux soins. Rapport du groupe de travail*. <http://www.sante.gouv.fr/html/publication/dhos/sros/sommaire.htm>.

DAVEZIES, F., et F. DANIELLOU. 2004. *L'épuisement professionnel des médecins généralistes: une étude compréhensive en Poitou-Charentes*. Poitiers, URML.

DESCOURS, Charles. 2003. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. Remis à Monsieur J.-F. Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

FERRAND, Alexis. 2003. «Visions pro-fanes des réseaux de soins: comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants», dans Geneviève CRESSON, Marcel DRULHE et François-Xavier SCHWEYER, éd. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes, Éditions ENSP: 221-236.

FLEUET, Sébastien, et Raymonde SÉCHET, dir. 2002. *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

FREIDSON, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot.

HASSENTEUFEL, Patrick. 1998. «Think social, Act local. La territorialisation comme réponse à la "crise de l'État-Providence?"», *Politiques et management public*, 16, 3: 1-11.

HASSENTEUFEL, Patrick, et Frédéric PIERRU. 2003. «De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie?», dans J. de KERVASDOUÉ, dir. *La crise des professions de santé*. Paris, Dunod: 77-120.

HERZLICH, Claudine, Martine BUNGENER, Geneviève PAICHELER, Philippe

ROUSSIN et Marie-Christine ZUBER. 1993. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris, Les éditions INSERM, Doin.

LAMARCHE, Paul A., Marie-Dominique BEAULIEU, Raynald PINEAULT, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Jean-Louis DENIS et Jeannie HAGGERTY. 2003. *Sur la voie du changement: pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Canadian Health Services Research Foundation/Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

LEVASSEUR, Gwénola, et François-Xavier SCHWEYER. 2003. «Priorités et programmes régionaux de santé: enquête auprès des médecins généralistes enseignants de Bretagne», *Santé publique*, 15, 3: 359-368.

LEVASSEUR, Gwénola, François-Xavier SCHWEYER et Arnaud CAMPON. 2004. *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*. Rennes, URML, URCAM, LAPSS-ENSP.

PICHERAL, Henri. 2001. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, Geos Université Montpellier III.

POUVOURVILLE, Gérard de. 2001. «Les agences régionales de l'hospitalisation: du modèle à la réalité», *Actualité et dossier en santé publique*, 37: 19-21.

REYNAUD, Jean-Daniel. 1993. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris, Armand Colin.

RICKETTS, T. C., L. A. SAVITZ, W. M. GESLER et D. N. OSBORNE. 1994. *Geographic Methods for Health Services Research*. Boston Way, University Press of America.

SALOMÉ, Jean-Louis. 2004. «Les programmes régionaux de santé, un outil d'acculturation en santé publique?», *Actualité et dossier en santé publique*, 46: 42-43.

SAMBUC, Roger. 1999. «Santé et aménagement du territoire. Pour une meilleure adaptation au changement», *Actualité et dossier en santé publique*, 29: 1.

SCHAETZEL, Françoise, Patricia LONCLE et A.-C. MARCHAND. 2002. « Programmes régionaux de santé: les généralistes y ont leur place », *Revue du praticien en médecine générale*, 16, 559: 1-4.

SCHWEYER, François-Xavier. 1998. « La régulation régionale du système hospitalier: pilotage par l'État ou territorialisation? », *Politiques et management public*, 16, 3: 43-68.

SCHWEYER, François-Xavier, Gwénola LEVASSEUR et Guillaume GARDIN. 2004. *Les « non adhérents » aux réseaux de santé en Bretagne*. Rennes, Rapport FAQSV.

TONNELIER François, et Emmanuel VIGNERON. 1999. *Géographie de la santé en France*. Paris, PUF.

TONNELIER François. 2004. « Géographie de la santé », dans Dominique LECOURT, dir. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris, PUF.

VIGNERON, Emmanuel. 2000. *Les bassins de santé ambulatoires en Bretagne*. Rennes, Union régionale des caisses d'assurance maladie de Bretagne.

VILBROD, Alain. 2003. « Infirmiers libéraux et médecins généralistes: dits et non-dits d'une coopération sous tension », dans Geneviève CRESSON, Marcel DRULHE et François-Xavier SCHWEYER, éd. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes, Éditions ENSP: 153-164.