



HAL
open science

Les services hospitaliers à Delhi : planification, privatisation et gouvernance urbaine

Bertrand Lefebvre

► **To cite this version:**

Bertrand Lefebvre. Les services hospitaliers à Delhi : planification, privatisation et gouvernance urbaine. Géographie. Université de Rouen, 2011. Français. NNT : . tel-00782264

HAL Id: tel-00782264

<https://theses.hal.science/tel-00782264>

Submitted on 30 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Rouen

École Doctorale Savoirs Critique Expertises (ED 350)

Équipe M.T.G. – CNRS UMR 6266 I.D.E.E.S.

Les services hospitaliers de Delhi : planification, privatisation et gouvernance urbaine

Bertrand LEFEBVRE

Thèse de doctorat de géographie

Sous la direction de Michel BUSSI et d'Alain VAGUET

Présentée et soutenue publiquement le 24/11/2011

Devant un jury composé de :

BADARIOTTI Dominique, Professeur, Université de Strasbourg (Rapporteur)

BUSSI Michel, Professeur, Université de Rouen (Directeur de thèse)

MOON Graham, Professeur, Université de Southampton (Rapporteur)

TAWA LAMA-REWAL Stéphanie, Chargé de Recherche, CNRS CEIAS-EHESS Paris

VAGUET Alain, Maître de Conférences, Université de Rouen (Codirecteur de thèse)

Mentions

Cette thèse a été réalisée au sein de l'équipe M.T.G. de l'UMR I.D.E.E.S :

Laboratoire M.T.G. - UFR de Lettres
Université de Rouen
76821 Mont Saint Aignan Cedex
<http://www.umr-idees.fr/>

Cette thèse a bénéficié du soutien matériel et financier :

- du Centre de Sciences Humaines de New Delhi
- du Ministère des Affaires Étrangères (Bourse d'Aide à la Recherche, 2006-07)
- de la Région Haute-Normandie (Bourse d'Aide à la Mobilité, 2008)
- de l'Équipe M.T.G., CNRS UMR 6266 I.D.E.E.S., Université de Rouen
- de l'École Doctorale « Savoirs, Critique, Expertises », Université de Rouen.

Certains passages du chapitre 2 ont été publiés dans : Lefebvre B., De la planification au marché, *Transcontinentales*, n°5, 39-55, 2007

Les traductions, les traitements statistiques, les cartes, les illustrations, les photos et les figures ont été réalisés par l'auteur, sauf mention contraire.

Nous utilisons sur plusieurs cartes les frontières internationales reconnues par l'Inde. Nous utilisons les toponymes de Bombay (Mumbai) et de Madras (Chennai) pour l'époque coloniale.

Au 16/10/2011, 1 € = 67,57 ₹

Nombre de mots : 134033

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

À mes directeurs, Michel Bussi et Alain Vaguet, merci pour votre écoute, votre patience, votre inoxydable enthousiasme pour la recherche et vos commentaires toujours à propos. Merci à Bernard Elissalde pour avoir accompagné les débuts de cette recherche.

Je remercie les professeurs Dominique Badariotti et Graham Moon d'avoir accepté d'être les rapporteurs de cette thèse. Je remercie Stéphanie Tawa Lama-Rewal d'avoir accepté de faire partie du jury.

Un grand merci à Pierre Chapelet pour m'avoir fait découvrir Delhi en 2002. Merci pour tes conseils et ton soutien dans mon exploration de Delhi et de sa géographie.

À Véronique Dupont et Basudeb Chaudhuri, successivement directeurs du Centre de Sciences Humaines de New Delhi, merci pour votre soutien continu à ce projet de recherche. Merci à toute l'équipe administrative du CSH pour son aide.

Merci à Shankare Gowda pour son aide dans la collecte de certaines informations.

Aux chercheurs du CSH, merci pour ces cinq belles années d'échanges et de collaborations qui ont considérablement enrichi ma connaissance de l'Asie du sud, de l'Inde et de Delhi. Je tiens à remercier en particulier : Cyril Robin, Rémy Delage, Julie Baujard, Jules Naudet, Augustin Maria, Damien Krichewsky, Julien Chaisse, Renaud Égreteau, Gilles Verniers, Lionel Baixas, Nicolas Gravel, Éric Leclerc, Joël Ruet, Laurent Gayer, Samuel Berthet, Dipankar Sengupta, Himanshu, Girish Kumar, Loraine Kennedy et Marie-Hélène Zérah.

Aux collègues de l'UMR IDEES, merci pour vos encouragements et vos conseils au cours des deux dernières années. Je remercie en particulier : Olivier Telle, François Cognard, Emmanuel Éliot*, Yvette Vaguet, Zeineddine Nouaceur, Sophie de Ruffray et Éric Daudé.

Merci aux chercheurs et aux experts, croisés lors d'enquêtes ou de conférences pour les échanges qui ont nourri ma réflexion sur ce projet de recherche. Je remercie notamment : Rama Baru, Venkat Raman, Michael Koberlein, Amitabh Kundu, Laurent Ledanois, Anne Vaugier-Chatterjee, Jean-Joseph Boillot, Bijoya Roy, Mala Kapur Shankardass, Carolyn Wilson, Rupa Chanda, John Mohan, Florence Rihouey, Frédéric Landy, Christophe Jaffrelot, Jean-Luc Racine, Zoé Headley, Patricia Uberoi, Laurent

Pordié, Patricia & Roger Jeffery, Surinder Aggarwal, Anne-Cécile Hoyez et Rohini Somanathan.

Merci aux organisations qui m'ont ouvert leurs portes et une partie de leurs informations. Je remercie en particulier : Anjan Prakash (LNJP Hospital), M. Lal (DHS), Ajay Kumar Singla et Sanjay Agrawal (H&FW Department), Usha Ravichandran (DDA), Ashok Agarwal (Social Jurist), Amar Jesani (CEHAT), Geeta Rajpal (Tirath Ram Shah Hospital), Richard Larison (Indraprastha Apollo Hospital), Daljit Singh (Fortis Healthcare), H.S. Mangat (Max Healthcare), Girish Sidana (Eicher).

Merci à celles et ceux qui ont rendu ma vie à Delhi si riche de belles rencontres. Je salue en particulier : Rajeshree Sisodia, Mig, Adrien Fanet, Adrien Carpentier, Erwan Robic, Kévin Mueller, Ricky, Brhampal, la famille Touyarou, la famille Meilhac, la famille Robin, la famille Gangte. J'ai une pensée émue à la mémoire d'Ana & Umesh.

Merci aux amis, d'ici et de là-bas, pour les bons moments passés ensemble ou à distance. Je salue notamment : Cristian & Anda Bendela, Mathilde Clerc, Iris Baty, Audrey Bochaton*, Blandine Wurtz*, Marianne Viot, Céline Tschirhart (*Berthoud Team forever !*). J'ai une pensée pour les membres dévoués de l'Association Jeunes Études Indiennes : Vanessa Caru*, Aurélie Varrel, Sarah Benabou, Anne-Julie Etter.

Un grand merci à mes parents, ma sœur, mes grands-parents, et ma famille pour leurs encouragements au cours de ce long périple qui m'a mené de Boos à Delhi et qu'on appelle une thèse.

Enfin, *Last but not least*, à ma femme, Ayang, et mon fils, Adam, merci pour votre affection et votre patience au cours de ces dernières années. *Baby Taru & Baby Tajong, ni nü nang meimer.*

*: les personnes marquées d'un astérisque méritent une deuxième salve de remerciements pour leur relecture de certains chapitres. Toutes les erreurs encore présentes restent bien sûr miennes.

Résumé

Titre : Les services hospitaliers de Delhi : planification, privatisation et gouvernance urbaine

Cadre de la recherche : Par la planification urbaine, le gouvernement veut améliorer la desserte en services hospitaliers pour la population toujours croissante de Delhi. Delhi présente un cas très intéressant d'une politique hospitalière forte, aux prises avec les forces du marché. La présente thèse veut évaluer l'équité de la distribution des services hospitaliers à Delhi.

Méthodologie : Quelles sont les options du gouvernement pour atteindre une meilleure distribution des services hospitaliers à l'échelle de la ville ? Les populations les plus pauvres de Delhi bénéficient-elles d'une bonne accessibilité aux services hospitaliers ? Nous proposons une méthodologie basée sur différentes mesures d'accessibilité calculées à partir d'un Système d'Information Géographique (SIG) et de statistiques multivariées, notamment pour représenter la pauvreté à Delhi.

Résultats : Nos résultats confirment un modèle différencié de distribution des services hospitaliers. Des hôpitaux compensent l'absence d'autres services. Les hôpitaux privés tertiaires et secondaires sont à proximité des quartiers riches alors que les quartiers pauvres ont un meilleur accès aux petites cliniques privées. Les quartiers pauvres sont plus défavorisés que les autres en matière d'accessibilité aux hôpitaux.

Discussion : Si l'accessibilité et la proximité ne sont que deux dimensions de la question de l'accès aux services hospitaliers, nos résultats montrent que les quartiers pauvres n'ont qu'un choix limité en services hospitaliers de proximité. Les modèles de Partenariat Public-Privé ont surtout bénéficié aux hôpitaux privés tertiaires et n'ont pas amélioré l'accès aux soins hospitaliers pour les pauvres.

Mots clés : Delhi, Hôpital, Privatisation, Partenariat Public-Privé, Gouvernance Urbaine, Accessibilité

Abstract

Title: Hospital services in Delhi : planning, privatisation and urban governance

Background: Through urban planning and land-use regulation, the government wishes to avail services such as healthcare to Delhi's ever-growing population. Delhi presents itself as an interesting case in India of a strong hospital planning policy caught up in the net of market forces. As such, this thesis aims to assess the equitable allocation of hospital care services in Delhi.

Methods: What options are at hand for the government to achieve a better balance in the spatial distribution of hospital services in the city? Do poorer sections of Delhi's population benefit from good accessibility to hospital services? We propose a methodology based on different measures of accessibility calculated using geographic information systems (GIS) and on exploratory multivariate statistical analysis, which we employ to map poverty in Delhi.

Results: Our results support a differentiated model of hospital services distribution. Some hospitals appear to be located in ways that substitute services for one another; for example, private tertiary and secondary hospitals are closer to more affluent areas while poorer areas have better access to small private hospitals. Nevertheless, poor neighbourhoods seem to experience situations of greater deprivation than other areas.

Discussion: While accessibility and proximity are only two dimensions to the issue of access to hospital care, our results tend to show that poorer areas are left with limited choice in terms of having hospital facilities located nearby. Public-Private Partnership models have favoured private tertiary care hospitals in Delhi, with very poor results so far in improving access to hospital care for the poor.

Keywords: Delhi, Hospital services, Privatisation, Public-Private Partnership, Urban Governance, Accessibility

Glossaire

ACP : Analyse en Composante Principale
 AIIMS : All India Institute of Medical Sciences
 ASSOCHAM : Associated Chambers of Commerce and Industry of India
 BM : Banque Mondiale
 CAG : Comptroller and Auditor General of India
 CAH : Classification Ascendante Hiérarchique
 CBA : Cantonment Board Authority
 CBHI : Central Bureau of Health Intelligence
 CEHAT : Centre for Enquiry into Health and Allied Themes
 CGHS : Central Government Health Service
 CII : Confederation of Indian Industry
 DDA : Delhi Development Authority
 DDU : Deen Dayal Upadhyay Hospital
 DHC : Delhi High Court
 DHS : Directorate of Health Services
 DNHC : Delhi Nursing Home Cell
 DNHRA : Delhi Nursing Home Registration Act
 EHIRC : Escorts Heart Institute & Research Centre
 ESIC : Employees' State Insurance Corporation
 EWS : Economic Weaker Section Programme
 FICCI : Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry
 FMI : Fond Monétaire International
 GNCTD : Government of National Capital Territory of Delhi
 IDE : Investissements Directs de l'Etranger
 IFC : International Finance Corporation
 IMCL : Indraprastha Medical Corporation Limited
 IMS : Indian Medical Service
 LNJP : Lok Nayak Jai Prakash Hospital
 MAUP : Modifiable Areal Unit Problem
 MCD : Municipal Corporation of Delhi
 MoHFW : Ministry of Health & Family Welfare
 NCTD : National Capital Territory of Delhi
 NDMC : New Delhi Municipal Council
 NFHS : National Family Health Survey

NHP : National Health Policy
NRHM : National Rural Health Mission
NRI : Non Resident Indian
NSSO : National Statistical Survey Organisation
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAS : Politique d'Ajustement Structurel
PHC : Primary Health Center
PHU : Primary Health Unit
PPP : Partenariat Public-Privé
PWD : Public Works Department
RSBY : Rashtriya Swasthya Bima Yojana
SHU : Secondary Health Unit
SIG : Système d'Information Géographique
UAV : Unit Area Value
VHAI : Voluntary Health Association of India

Introduction générale

- « - Et bah, c'est que j'en vois des voyages. Et un grand voyage, même !
 - Aux Indes peut-être ?
 - Et pourquoi aux Indes, Garance ?
 - Parce que c'est loin. »

Pierre Renoir, Arletty et Marcel Herrand

Les Enfants du Paradis de Marcel Carné, dialogues de Jacques Prévert, 1945

« "Quel gâchis!", grimacent en chœur les protagonistes du dossier. Tous ont commencé à s'inquiéter en janvier dernier. Le groupe de BTP Eiffage, chargé de financer, de construire et d'exploiter le nouvel hôpital dans le cadre d'un contrat de partenariat public-privé (PPP), venait de le livrer. En inspectant le bâtiment, le directeur tombe de haut. Problèmes d'électricité, groupes électrogènes défectueux, défauts dans le circuit d'eau chaude, bras articulés mal montés, meubles en aggloméré potentiels nids à bactérie, et oubli de la biberonnerie dans le service pédiatrique... Au total, 8.000 malfaçons seront relevées par les huissiers. Ou comment ce qui devait être la vitrine des PPP imaginés par un État impécunieux pour financer ses investissements, tourne au fiasco.

Les élus locaux s'étranglent. Eiffage prendra-t-il à sa charge les travaux additionnels ? Le député-maire (PS) d'Évry, Manuel Valls, président du conseil de surveillance, dénonce "un gouffre financier". Même le sénateur (UMP) de Corbeil-Essonnes, l'industriel Serge Dassault, qui a porté le projet pharaonique à bout de bras, s'inquiète. Le montant annuel du loyer réclamé par Eiffage (38,8 millions d'euros durant trente ans, période au terme de laquelle l'hôpital deviendra propriétaire de ses locaux) paraît soudain exorbitant. Tout comme le coût total de l'opération : 1,2 milliard d'euros alors que, selon un rapport très sévère de la chambre régionale des comptes, "le recours à une maîtrise d'ouvrage publique financée par l'emprunt" n'aurait pas dépassé 760 millions d'euros. »

A-L Barret, « Un hôpital flambant neuf à l'arrêt », *Le Journal du Dimanche*, 01/10/2011¹

¹ <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Actualite/Recit-du-fiasco-du-plus-grand-chantier-sanitaire-de-France-399295/>
 accès le 3/10/2011

A. Cadre de la recherche

A.1. Décentrement et privatisation des services hospitaliers

Oui Garance, les Indes sont loin. Mais à lecture des problèmes rencontrés dans le développement du Centre hospitalier sud-francilien (Corbeil-Essones, Évry), l'Inde n'a jamais paru aussi proche. Alors que les projets de Partenariat Public-Privé (PPP) se multiplient en France dans le secteur hospitalier, les problèmes rencontrés par le très emblématique projet du Centre hospitalier sud-francilien ont quelque chose de familier pour ceux qui s'intéressent aux PPP dans le secteur hospitalier en Inde : dépassement des coûts et des délais d'ouverture, pilotage défaillant à partir du ministère central, interférences politiques, prestige local, surcoût pour la collectivité, suspicions sur les partenaires privés, dénonciations des termes du partenariat et surtout un service défaillant pour les patients... Depuis vingt ans en Inde, le secteur hospitalier et le PPP sont traversés des mêmes soubresauts. Alors que la rigueur budgétaire s'abat sur la France et que des réformes profondes des politiques publiques s'engagent dans notre pays, l'Inde possède une expérience de plus de vingt ans en matière de réformes des politiques de santé et de PPP dans le secteur hospitalier.

Cette politique de réforme n'est pas spécifique à l'Inde. De nombreux pays à travers le monde ont engagé des réformes importantes de leurs services de santé. Des pays riches (Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande,...), des pays émergents (Inde, Russie, Malaisie,...), des pays pauvres (Équateur, Bangladesh,...) ont donc privatisé tout ou partie de leur secteur hospitalier. Des hôpitaux publics ont été corporatisés, d'autres ont vu leur gestion déléguée à des opérateurs privés, certains ont externalisé une partie de leurs activités vers le secteur privé. Le développement du secteur privé a été encouragé par les pouvoirs publics par des mesures d'exemption fiscale, des mesures foncières. La privatisation du secteur hospitalier est donc un mouvement mondial mais qui est loin d'être uniforme d'un pays à l'autre. Les réformes qui ont abouti à la privatisation partielle des services hospitaliers s'inscrivent dans un cadre national, voire local, avec des objectifs spécifiques à chaque État, à chaque modèle préexistant d'organisation et de distribution des services hospitaliers. Comme le souligne John Mohan, la privatisation des soins sert de multiples intérêts et se développe à différents moments dans différents lieux pour différentes raisons (Mohan, 2002). Dans son étude comparée des réformes des systèmes de santé, Carolyn Tuohy suggère que pour bien comprendre les politiques de réforme des systèmes de soins il faut s'intéresser à leur base locale (Tuohy, 1999). Les interactions entre médecins, hôpitaux et institutions locales, et leur itération, peuvent interférer dans l'application des réformes. Comme se lamente un ancien directeur général de la santé de 1992 à 1995 en Nouvelle-Zélande, la classe politique

n'a pas eu le courage d'aller au bout des réformes lancées au début des années 1990 (Preker, Harding, 2003). Après un changement de gouvernement en 1999, la politique de privatisation et de corporatisation des hôpitaux publics a été complètement remise en cause. Les circonstances locales influent aussi sur les trajectoires et le développement des infrastructures de soins : poids des lobbys politiques et médicaux locaux, contextes économiques, capacité à l'innovation, certaines traditions locales comme l'action caritative, sont autant de facteurs qui influencent la mise en place des politiques de réformes.

Si étudier les services hospitaliers de Delhi, leur privatisation, leur inscription dans la gouvernance urbaine d'une métropole en forte croissance, peut donc paraître comme un sujet très lointain, exotique, voire anecdotique, il n'en est pas en moins révélateur d'enjeux importants sur la redéfinition du rôle de l'État, sur la montée des intérêts privés, sur les nouveaux modèles de régulation à inventer pour répondre à des objectifs de justice spatiale et de réduction de la pauvreté. S'intéresser aux expérimentations des pouvoirs publics de Delhi en matière de PPP hospitalier peut nous offrir des clés de compréhension et d'analyse face aux difficultés rencontrées par les acteurs du secteur hospitalier francilien. À une époque marquée par la mondialisation et par la multiplication des échanges de modèles d'action d'un pays à l'autre, la présente recherche veut participer à ce mouvement d'échanges et de décentrement.

A.2. L'accès aux services hospitaliers : un enjeu majeur des politiques de santé en Inde

Comme dans beaucoup de pays, le droit à la santé est garanti par la Constitution indienne. Comme nous le verrons dans le chapitre 2, aucun article de la Constitution ne vient poser le droit à la santé comme un droit fondamental, mais différents jugements de la Cour Suprême ont enjoint les pouvoirs publics de garantir l'accès aux soins pour l'ensemble de la population, notamment au nom de l'Article 21 de la Constitution indienne sur la protection de la vie et des libertés individuelles.

La question de l'accès est toujours aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique en Inde. Depuis plusieurs décennies maintenant, des enquêtes montrent régulièrement que l'accès physique aux services de santé reste difficile pour la population indienne. On doit noter ici que la présence d'une infrastructure ne garantit en rien la présence de personnel ou d'équipement médical adéquat. Les résultats de la dernière enquête du NFHS (International Institute for Population Sciences, 2009) ont encore rappelé que l'absence et l'éloignement d'infrastructures de soins pèsent sur les pratiques de santé des populations. Après la mauvaise qualité des soins, l'absence d'infrastructures situées à proximité est

la deuxième raison invoquée (à 47 %) par les Indiens qui ne fréquentent pas le système de soins gouvernemental. C'est particulièrement vrai pour les services hospitaliers qui sont concentrés dans les grandes villes et qui sont souvent dépassés par les flux de patients. Plusieurs travaux dénoncent les déséquilibres régionaux qui existent dans la distribution des services de santé, et notamment la concentration des équipements hospitaliers dans les grandes villes du pays (Banerji, 1985; Baru, 2004). La concentration et la rareté des équipements entraînent la prise en charge d'un nombre de patients toujours plus élevé dans les hôpitaux, aussi bien en soins chirurgicaux qu'en soins ambulatoires. Le *All India Institute of Medical Sciences* (AIIMS), un des plus grands hôpitaux d'Inde, soigne chaque année 1.5 M. de patients en soins ambulatoires, originaires de Delhi et du nord de l'Inde. À titre de comparaison le CHU de Rouen, qui a une capacité d'accueil supérieure, soigne 370000 patients en soins ambulatoires par an. La question de l'accès aux services hospitaliers est aujourd'hui indissociable de la privatisation de ces mêmes services en Inde. La privatisation du secteur hospitalier en Inde n'a pas pris la forme d'un transfert d'équipements du secteur public vers le secteur privé, qui est le premier sens donné terme « privatisation », mais plutôt la forme d'une augmentation constante de la capacité d'accueil des opérateurs privés. Ce mouvement a été encouragé par une politique gouvernementale de soutien. Le secteur privé est aujourd'hui le principal distributeur de soins hospitaliers en Inde aussi bien en termes de capacité (nombre de lits, nombre d'établissements) que d'utilisation par les patients.

La question de l'accès est un enjeu majeur de la politique de santé en Inde et notamment des PPP. C'est au nom de l'accès aux soins pour tous que le gouvernement indien soutient le développement du secteur privé depuis le début des années 1980 (Ministry of Health and Family Welfare, 1985). À cause de fortes contraintes budgétaires et de goulets d'étranglement dans le développement des infrastructures publiques de soins, le gouvernement considère que le secteur privé sera plus efficace à combler le manque d'infrastructures hospitalières d'un pays en pleine croissance démographique. Le développement du secteur privé doit permettre de combler le sous-équipement de certaines régions très mal équipées en services hospitaliers. Par des crédits d'impôts, des exemptions de taxes, des terrains gratuits, des contrats de délégation de service, le gouvernement central et les gouvernements des États de l'Union Indienne soutiennent, aujourd'hui comme hier, le développement du secteur hospitalier privé. Cette politique de Partenariat Public-Privé a aussi été encouragée par des bailleurs de fonds internationaux, tels que la Banque Mondiale ou le FMI. Les chaînes hospitalières privées et tout un pan du secteur hospitalier privé ont ainsi bénéficié des largesses de l'État indien à hauteur de 65 Milliards ₹ en 25 ans (National Commission on Macroeconomics and Health, 2005).

De nombreux chercheurs se sont intéressés à la question de la privatisation des services hospitaliers, et du Partenariat Public-Privé en Inde (Berman & Khan, 1993; Raman & Björkman, 2008; M. Rao, 1999).

Les mécanismes de régulation et les raisons de la privatisation sont abordés avec force de détails, et donnent lieu à des débats intenses autour de l'opportunité pour le gouvernement indien de soutenir le secteur privé au lieu d'investir dans les équipements hospitaliers publics. Toutefois, les conséquences de la privatisation et de la politique de soutien au secteur privé sur la desserte, l'accessibilité, et en général l'accès aux services hospitaliers paraissent secondaires dans ces travaux. Il existe pourtant une littérature tout aussi riche composée de monographies, d'enquêtes-foyers et d'enquêtes nationales qui s'intéresse aux inégalités d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers, et à l'utilisation des services de santé (I. Gupta, Dasgupta, & Simlai, 2000; International Institute for Population Sciences, 2009; Selvaraju & Karan, 2009). Au delà de ratio équipement/population, la mesure précise de l'accessibilité aux équipements n'est jamais abordée (R. Misra, R. Chatterjee, & S. Rao, 2003). Ces travaux se soucient aussi peu de l'impact de la desserte en services de santé, et de leur inégale répartition spatiale sur l'utilisation finale des services.

Nous aurons l'occasion de présenter en détail, ces deux pans importants de la littérature, mais ces travaux ont souvent tendance à s'ignorer mutuellement. Les travaux sur les politiques de santé se soucient peu des conséquences spatiales, notamment sur l'accès, des réorientations de la politique hospitalière, de la gouvernance mauvaise ou non du système hospitalier, qui sont pourtant la traduction directe de décisions politiques. Les travaux sur l'accès ne relient pas toujours l'observation et l'analyse de l'utilisation des services de santé à des enjeux de politique de santé, et de développement des équipements. Par ailleurs ces deux corpus de littérature abordent les hôpitaux uniquement comme service de santé. Un hôpital est aussi un équipement urbain dont la construction, la localisation et l'activité dépendent de réglementations qui dépassent le champ de la santé et dont l'impact peut être déterminant sur les conditions d'accès à ce service. La montée en puissance des opérateurs privés n'est pas restreinte au secteur hospitalier. Elle affecte aussi d'autres services comme l'eau, l'électricité, l'éducation, et questionne l'universalisation des services urbains.

A.3. Problématique

Nous voulons à travers la présente recherche créer un pont entre ces tendances de la littérature sur le système de santé en Inde, à travers l'étude des services hospitaliers et de leur distribution. Notre intérêt s'est porté sur le secteur hospitalier pour plusieurs raisons. Comme dans de nombreux pays, les services hospitaliers sont un secteur soumis à une forte pression et à de nombreuses réformes. Parce que les enjeux financiers sont colossaux à l'échelle des systèmes de santé, le secteur hospitalier est souvent le premier à connaître les réformes. En Inde par exemple, l'investissement du gouvernement central dans le secteur hospitalier s'est effondré de 60 % en quelques années (R. Misra et al., 2003). Le

gouvernement indien a été invité, notamment par la Banque Mondiale, à recentrer sa politique de santé autour du secteur de soins primaires. Pour compenser la diminution des investissements publics dans le secteur hospitaliers, les mesures de PPP ont principalement bénéficié au secteur hospitalier, et ce depuis le début des années 1980. Le secteur hospitalier privé s'est renouvelé en attirant des investisseurs privés aux projets de plus en plus importants. Depuis les investisseurs issus de la diaspora, jusqu'aux grands groupes industriels et financiers familiaux, une partie du secteur privé s'est transformée en une industrie hospitalière. Cette montée en puissance financière des grands opérateurs privés va de pair avec une diversification et une augmentation importante des petites cliniques. Cette fragmentation du secteur hospitalier privé n'a pas d'équivalent dans les soins ambulatoires et amène une dimension économique importante à la question de la desserte des territoires en services hospitaliers. Enfin, le secteur hospitalier reste assez peu étudié en Inde, notamment par rapport aux travaux sur l'accès aux services de soins primaires.

Comment la distribution spatiale des services hospitaliers a-t-elle été affectée par la redéfinition de la politique hospitalière indienne et par le soutien du gouvernement au secteur privé ? Si le PPP a permis le développement de nouvelles infrastructures hospitalières, quels territoires en ont été les principaux bénéficiaires ? La desserte et l'accessibilité aux services hospitaliers ont-elles été améliorées par le développement de nouveaux hôpitaux privés et le redéploiement des hôpitaux publics ? Au final peu de travaux évaluent les efforts du gouvernement pour améliorer l'accessibilité et notamment les résultats de sa politique de soutien au secteur privé. Surtout il existe peu de travaux qui étudient la « boîte noire » de la création de nouvelles infrastructures et les choix qui sont faits à cette occasion : comment la décision d'ouvrir un nouvel hôpital est-elle prise ? Par qui ? En fonction de quels critères sanitaires, économiques et territoriaux un hôpital est-il ouvert ? Pour desservir quelles populations et quels territoires ? Quelles normes sont suivies pour améliorer l'accessibilité aux services hospitaliers ? Comment distribuer les services de santé à l'échelle d'un territoire pour remplir cette mission de manière optimale ? Comment assurer l'équité spatiale dans l'organisation et la distribution des soins ? Quel peut être l'impact de la privatisation sur l'accessibilité aux services hospitaliers notamment pour les populations pauvres ?

A.4. Delhi : le choix d'un terrain

Notre travail porte essentiellement sur Delhi. Les chaînes hospitalières privées et leur développement à l'échelle de l'Inde étaient notre objet d'étude principal lors des premières années de ce projet de recherche. Parce qu'elles cristallisaient beaucoup des enjeux du PPP et de l'accès, les chaînes hospitalières privées nous paraissaient être un fil conducteur puissant pour comprendre les enjeux de la

privatisation, ses conséquences sur la desserte et l'accès et l'inscription territoriale de ce mouvement. Malgré plusieurs publications sur ce sujet (Lefebvre, 2008, 2010), les difficultés à accéder et à rassembler des données précises à l'échelle de l'Inde, aussi bien sur le développement des chaînes hospitalières que sur le contexte de leur croissance, nous ont poussé à revenir à une entrée non-plus par une catégorie d'opérateur, mais par un territoire circonscrit et que nous connaissions bien : Delhi. L'impossibilité de travailler sur les patients de ces hôpitaux nous a aussi poussé à changer notre approche. En travaillant sur le développement des chaînes hospitalières, il nous était apparu que le développement de ces chaînes s'inscrivait localement dans une politique de privatisation et de PPP qui ne se limitait pas au secteur hospitalier mais concernait aussi d'autres équipements et services urbains. Notre affiliation au Centre de Sciences Humaines de New Delhi (CSH) et la proximité de chercheurs travaillant sur la privatisation de secteur de l'eau, de l'électricité, de l'éducation, et sur l'inscription de ces politiques dans la gouvernance urbaine de Delhi, participèrent à un décentrement enrichissant de notre sujet, hors des politiques de santé vers les politiques urbaines.

Delhi est rapidement apparue comme un terrain très propice pour évaluer les effets de la privatisation et du soutien au secteur privé sur la desserte et l'accessibilité aux services hospitaliers. En tant que capitale fédérale, Delhi a toujours bénéficié d'un fort interventionnisme du gouvernement central. Cet interventionnisme se traduit par un bon niveau d'équipement hospitalier, notamment public, par rapport au reste de l'Inde et par une politique d'aménagement urbain très maîtrisée. Par ailleurs, toute nouvelle orientation politique décidée par le gouvernement central est souvent expérimentée à Delhi avant de s'appliquer au reste du pays. Delhi est devenue dès le début des années 1980 un laboratoire d'expérimentation pour les différents modèles de PPP dans le secteur hospitalier. La forte croissance démographique et économique de l'aire métropolitaine en faisait aussi un terrain très intéressant pour observer ce double phénomène d'industrialisation du secteur hospitalier, avec l'émergence de groupes hospitaliers privés régionaux, et l'augmentation rapide des petites cliniques parfois illégales sur ce territoire. De part sa position politique, économique, et la diversité des acteurs, l'offre de services hospitaliers à Delhi est à la fois très complète et très variée : des petites cliniques de quartiers, de grands centres hospitaliers publics contrôlés par le gouvernement central et de Delhi, des hôpitaux caritatifs, des cliniques spécialisées des chaînes hospitalières privées... Delhi paraissait être le terrain idéal pour comprendre les dynamiques territoriales de ces différentes offres, surtout au regard de la forte fragmentation urbaine de la métropole. Plusieurs autorités administratives, aux territoires d'action et aux prérogatives variables sont présentes sur le territoire de Delhi. À cela s'ajoute une forte ségrégation sociale et résidentielle, entre quartiers riches et pauvres, quartiers légaux et illégaux. La cohésion urbaine et territoriale de Delhi est sans cesse remise en question notamment sur l'équité spatiale de la desserte en services urbains, comme les services hospitaliers. La question de l'équité de la privatisation des

services hospitaliers et de la politique de soutien au secteur privé se pose donc avec force dans le contexte de Delhi. Nous allons maintenant revenir plus précisément sur le terrain et les sources d'information mobilisées dans ce projet de recherche. Parce que les informations collectées lors d'entretiens vont nous servir tout au long du texte, nous préférons introduire dès à présent le contexte du terrain et notre position par rapport à nos interlocuteurs. Nous aurons l'occasion de revenir en détail dans plusieurs chapitres sur les autres sources de données et les méthodes de traitement des données (SIG, analyse spatiale).

B. Terrains et sources de données

B.1. « I am Mr Bert from French Embassy » : position de recherche face à une élite

L'approche de l'objet de recherche nous a amené à rencontrer essentiellement des personnes impliquées dans la direction des hôpitaux, des groupes hospitaliers (directeur, directeur assistant, directeurs généraux), des médecins, mais aussi des responsables de services administratifs, des hauts fonctionnaires. De part leur pouvoir décisionnel, leur position de contrôle sur les équipements hospitaliers et leur personnel, sur l'application de la réglementation, sur la distribution des services, ces contacts forment d'une manière ou d'une autre une élite. Les élites forment des groupes très difficiles à pénétrer et à interroger, en partie parce qu'elles ont une conscience forte de leur poids et de leur influence (Richards, 1996). Les prises de contact ont parfois été très longues, notamment pour convaincre un interlocuteur de répondre aux questions d'un étudiant. L'emploi du temps de certains interlocuteurs ne leur laissent que peu de place pour des entretiens. Ainsi, même avec l'aide de contacts solides au sein de la Directorate of Health Services (DHS), il a été difficile de rencontrer physiquement les responsables de la Delhi Nursing Home Cell (DNHC), un service dédié au contrôle des cliniques et des hôpitaux privés. Après plusieurs tentatives d'entretiens avortées et alors que le rôle de ce service est central dans la régulation des services hospitaliers privés, nous avons donc conduit des entretiens téléphoniques.

Nous avons aussi essayé autant que possible de conduire les entretiens en dehors des horaires de travail, en fin d'après-midi par exemple. Les entretiens conduits en fin de journée ont souvent été très riches par comparaison avec des entretiens conduits en matinée entre deux réunions et au milieu d'un va-et-vient de mémos à signer. Dans plusieurs cas, notamment auprès des responsables de cliniques, une invitation dans le lobby d'un hôtel cinq étoiles à discuter autour d'un thé ou d'une bière ou pour déjeuner donnait lieu à de très bons entretiens. Ces questions de contexte de l'entretien peuvent paraître

triviales, mais la nature du contact qui se crée avec l'interlocuteur est souvent déterminante pour la qualité des informations recueillies et leur précision. Dans un secteur parfois sous le feu des critiques pour ses mauvaises pratiques envers les patients, le contrôle de la communication peut prendre le pas sur le désir de partager son opinion avec un interlocuteur extérieur. Comme Desmond l'a décrit pour le secteur des biotechnologies en Irlande (Desmond, 2004), le secteur hospitalier privé indien, et notamment les grands groupes cherchent à reconstruire un discours qui inscrit leur développement dans la spectaculaire croissance économique de l'Inde et ses retombées positives pour le pays. Les chaînes hospitalières privées qui bénéficient du PPP prétendent travailler au nom de l'intérêt général voir national (Lefebvre, 2008). Dès le DEA et dans la première année de terrain (2004), des chercheurs comme Rama Baru étaient relativement pessimistes quant à nos chances de pénétrer le milieu des chaînes hospitalières privées. Après une expérience de terrain de plusieurs mois avec Max Healthcare au cours de son Master, une étudiante que nous avons par la suite rencontrée, avait essayé pendant six mois de convaincre Apollo Hospitals et Max Healthcare de poursuivre l'expérience à travers une thèse sur leur développement et leurs patients. Nous avons fait face aux mêmes refus lors de nos premières prises de contact. Avec le temps nous avons découvert qu'un sésame permettait d'ouvrir bien des portes : « French Embassy ». Nous avons été affilié sous différents statuts au Centre de Sciences Humaines (CSH) de New Delhi entre 2004 et 2009. Ce centre de recherche du Ministère des Affaires Étrangères est localisé sur l'un des campus de l'Ambassade de France à New Delhi et apparaît souvent aux yeux des Indiens comme un des services de l'Ambassade. Pour établir les premiers contacts nous avons donc abandonné toutes références à notre laboratoire français et même au CSH, pour ne retenir que l'Ambassade de France. Ce « subterfuge » a été particulièrement efficace auprès des directeurs de cliniques et nous a permis d'accéder à des personnes ressources assez facilement. À New Delhi, les expatriés sont une clientèle prisée et recherchée, tout comme les accords avec les Ambassades pour l'assistance médicale lors de l'organisation de grands événements, ou plus simplement pour soigner le personnel local et expatrié qui dépend de chaque ambassade. Comme E. Sabot l'a très bien décrit (Sabot, 1999) :

« Enfin, un étranger a de meilleures chances d'accéder plus rapidement aux échelons élevés, et de recevoir des informations sensibles. Il/Elle est aussi capable de contourner les tabous culturels alors qu'un chercheur local est retenu par sa culture. En réalité, l'accueil des chercheurs étrangers devient un exercice de relations publiques de niveau international, le chercheur étranger est donc autorisé à demander presque tout. Inversement, un chercheur local doit fournir plus d'effort, et de temps pour se créer un réseau à travers la hiérarchie sans que cela lui garantisse l'accès aux informations cruciales qui influencent la prise de

décision. »²

Lors des entretiens nous avons toujours clarifié nos multiples affiliations et les raisons de notre venue. Un autre élément crucial dans nos interactions avec cette élite a été la durée de notre séjour à Delhi. Le temps a joué en notre faveur. Notre présence continue à Delhi entre 2004 et 2009, pour exceptionnelle qu'elle a été en tant qu'étudiant, nous a permis de nous faire connaître, de collecter une somme importante de données régulièrement, de suivre les soubresauts de la politique hospitalière locale, de conduire des entretiens avec les mêmes personnes sur plusieurs années, ou d'échanger avec elles au téléphone ou par email et de montrer à nos interlocuteurs que nous n'étions simplement de passage. Ces quatre années et demie de présence sur le sol indien, n'ont pas été uniquement dédiées à ce projet de recherche et nous avons eu l'occasion de travailler sur bien d'autres projets au sein du CSH. Cette durée a néanmoins renforcé notre légitimité auprès de nos interlocuteurs surtout lors des dernières années. La familiarité acquise avec le sujet, les interlocuteurs, le terrain, la réglementation, nous a permis lors des entretiens de ne plus être simplement en demande d'informations mais d'être aussi un passeur. Les entretiens se sont souvent transformés en un échange d'informations. Nos interlocuteurs étaient parfois très curieux sur le système hospitalier français, sur le PPP en France, ou sur le système d'assurance-maladie mais aussi sur le marché hospitalier européen, le tourisme médical.

B.2. Présentation du terrain et des entretiens

Les entretiens ont donc constitué une source importante d'informations sur la dynamique du secteur hospitalier de Delhi, sur l'organisation institutionnelle du système hospitalier, sur les interactions entre acteurs privés et publics, sur les formes de PPP, sur la prise en charge des patients pauvres. Après plusieurs refus, nous avons rapidement abandonné l'idée d'utiliser un enregistreur numérique. Nous avons donc préparé une liste de thèmes à discuter avec nos différents interlocuteurs en fonction de leur position et de l'organisation à laquelle ils appartenaient. Ces entretiens semi-directifs ont toujours démarré par des demandes de clarifications sur l'interlocuteur, sa carrière, ses études. Ces questions en apparence purement contextuelles nous permettaient de repérer des accroches pour créer un climat de confiance. Certains interlocuteurs avaient travaillé dans d'autres hôpitaux ou dans d'autres services du gouvernement et connaissaient parfois des personnes que nous avons déjà interrogées. Le deuxième thème abordé portait toujours sur l'organisation à laquelle appartenait l'interlocuteur, sa trajectoire

2 “Finally, a foreigner is more likely to gain access more quickly to higher echelons, and to be given more sensitive information. S/he is also able to circumnavigate cultural taboos whereas the local researcher is tied by his/her own culture. In effect, the reception given to foreign researchers becomes a sort of public relations exercise at an international level; thus the foreigner researcher is allowed to ask almost anything. Conversely, a local researcher has to expend effort and time networking through the hierarchy and, even then, may not gain access to the crucial information influencing decision-making.”

passée, présente et future. Là encore, ce thème permettait de collecter des informations sur l'institution mais nous donnait l'occasion de montrer dès le début de l'entretien que nous n'étions pas un étudiant venu de très loin et peu informé de la situation locale. Chaque entretien donnait lieu à une préparation importante en amont à partir de revue de presse sur Internet sur l'organisation, son histoire, ses objectifs, les problèmes qu'elle pouvait rencontrer. Ce deuxième thème nous permettait d'instaurer rapidement un climat de confiance avec l'interlocuteur, de renforcer notre légitimité et d'éviter ainsi que l'entretien ne tourne à un pur exercice de communication comme nous en avons parfois été la victime au début de notre thèse.

Un autre point important des entretiens a été de tester les informations collectées dans le cadre d'autres entretiens. Sans révéler nos sources précisément (« j'ai entendu dire que... »), nous avons essayé de faire parler nos interlocuteurs pas seulement sur leur organisation, ses objectifs, ses résultats mais aussi sur les autres acteurs du système hospitalier de Delhi. Ainsi lorsque nous avons interrogé des personnes de la Delhi Development Authority (DDA), nous leur avons posé des questions sur la Directorate of Health Service (DHS), les hôpitaux privés, le Health & Family Welfare Department. Lorsque nous avons fait parler des responsables d'hôpitaux sur leurs concurrents et les institutions publiques avec lesquelles ils interagissent, beaucoup d'informations sont ainsi ressorties. Ces informations ont ensuite nourri les entretiens suivants et ainsi permis de tester leur validité. Certaines informations confidentielles, notamment sur des pratiques de corruption, de fraudes fiscales, de détournements de fonds ou sur les interactions troubles entre les groupes hospitaliers privés et hommes politiques, nous ont aussi été révélées. Ces informations très sensibles, sont difficiles à vérifier directement auprès des intéressés et nous n'en faisons mention que lorsque plusieurs sources d'information nous ont permis de les confirmer, que ce soit par d'autres entretiens, des rapports, ou des articles de presse. Par soucis d'anonymat, et contrairement à d'autres informations collectées au cours des entretiens, nous ne ferons pas mention de nos interlocuteurs lorsque nous jugeons l'information trop sensible.

Le Tableau 1 (p.20) présente l'ensemble des 113 personnes que nous avons interrogées au cours de notre thèse. Certains contacts ont été interrogés plusieurs fois (voir en annexe la liste complète). Des échanges téléphoniques ou par email ont parfois permis de compléter les informations collectées lors des entretiens. Sur ces 113 contacts, 90 ont été interrogé au moins une fois à Delhi. 93 personnes occupent des postes de direction au sein de l'administration, des hôpitaux privés, ou d'entreprises privées qui investissent ou travaillent avec le secteur hospitalier (BTP, audit-conseil,...). Les entretiens avec d'autres chercheurs qui travaillent sur les politiques de santé en Inde, ou sur les questions d'accès aux services de soins ont été des moments importants d'échanges car ils nous ont permis de discuter des premiers résultats collectés. Certains chercheurs ont aussi accepté de nous guider vers certains

contacts intéressants. Au final nous avons mené 75 entretiens semi-directifs.

Secteurs	Terrains*		Position du contact		Méthodes*		Total
	Delhi	Chandigarh, Mumbai, Hyderabad, Gurgaon	Direction	Autres (docteurs, avocats,...)	Entretiens semi directifs	Participation	
Chercheurs	6	2	-	8	8	-	8
Gouvernement (DDA, DHS..)	12	6	16	2	18	-	18
Hôpitaux privés	50	10	53	4	31	30	57
Investisseurs privés (BTP, Finances,...)	8	-	8	-	2	6	8
Organisation privée (ONG, association professionnelle,...)	7	-	4	3	2	5	7
Secteur de soins privé	7	8	12	3	14	1	15
Total	90	26	93	20	75	42	113

Tableau 1: Contacts et entretiens menés au cours du terrain (2004-09)

Mais les entretiens semi-directifs n'ont pas été le seul moyen de rencontrer et d'interagir avec des personnes-clés du secteur hospitalier de Delhi et d'ailleurs. Aidé par notre label Ambassade de France, nous avons participé à plusieurs événements professionnels majeurs organisés par la Confederation of Indian Industry (CII), comme le CII Health Summit en 2004 et 2005 (Delhi). Ces événements professionnels sont l'occasion d'écouter les grands patrons du secteur hospitalier, de l'assurance-santé et de l'équipement médical échanger sur leurs résultats financiers, de découvrir les tendances du secteur et du marché, les retours d'expérience sur certaines innovations technologiques et sur les partenariats avec les pouvoirs publics. L'organisation de débats avec des personnalités politiques, d'experts internationaux, autour de questions comme l'innovation technologique, le tourisme médical, l'universalisation de l'accès aux soins, le PPP, permettent de capturer les objectifs, mais aussi les tensions du secteur. Ces événements sont l'occasion de rencontrer en quelques jours un panel important de directeurs, de responsables, venus de tout le pays, et de se constituer un réseau de contacts. Si nous n'avons pas mené d'entretiens à proprement parler, nous avons pu échanger avec des personnes autrement difficiles d'accès, poser des questions sur leurs parcours, la stratégie de leur entreprise, leurs visions pour le secteur hospitalier et les patients indiens, prendre contact pour de futurs entretiens. Le fait de prendre part à ces événements participe aussi d'une légitimation de notre démarche et de notre

position dans le milieu hospitalier privé.

La participation en juillet 2007 à une mission d'études de deux jours organisée par la CII sur quatre grands hôpitaux privés de Delhi, fut de ce point de vue, d'une remarquable efficacité. Intégré dans une délégation de directeurs d'hôpitaux originaires d'autres villes indiennes (Mumbai, Hyderabad, Kolkata, Trichy, Coimbatore) nous avons collecté un nombre important d'informations sur quatre hôpitaux emblématiques de Delhi : l'Indraprastha Apollo Hospital, le Fortis Flt. Lt. Rajan Dhall Hospital, le Max Devki Devi Heart Institute, et le Sir Ganga Ram Hospital. En dehors de la visite des hôpitaux, plusieurs tables rondes ont été organisées avec la direction des différents hôpitaux. Au milieu de débats qui ont essentiellement tourné autour de questions comme l'organisation et la rentabilité de l'hôpital, l'accueil des patients, les normes sanitaires, nous avons pu poser de nombreuses questions sur l'histoire de ces hôpitaux, leur activité en matière de soins pour les patients pauvres, leurs interactions avec les pouvoirs publics. Comme au cours des conférences professionnelles, les moments intermédiaires (pause thé, repas, transport en bus) ont été l'occasion d'interagir de manière plus informelle et de collecter des informations parfois très sensibles. Cette mission d'étude fut bien sûr l'occasion de nouer des contacts pour de futurs entretiens à Delhi mais aussi dans d'autres villes (Mumbai, Hyderabad). La présence de professionnels originaires d'autres villes, fut aussi l'occasion de confronter des points de vue extérieurs sur la situation de Delhi en matière de politique hospitalière, de marché hospitalier, de prise en charge des pauvres et de comprendre les particularités du secteur hospitalier local. Lors des conférences de la CII ou de cette mission d'étude, les informations ont été retranscrites au fur et à mesure sur un bloc-notes puis remises en forme et analysées chaque soir.

La conduite de terrains en dehors de Delhi s'inscrivait dans la dynamique nationale des chaînes hospitalières privées, qui constituaient notre fil conducteur au début de cette thèse. Un premier terrain avait été mené à Chandigarh en mars 2006. Un terrain a été conduit à Hyderabad en septembre 2007, puis à Mumbai en décembre 2007. Nous avons réactivé certains contacts rencontrés lors de la mission d'étude de juillet 2007. Au cours d'entretiens beaucoup plus poussés, ces personnes nous ont présenté la situation des marchés hospitaliers de Mumbai et d'Hyderabad, leurs interactions avec les pouvoirs publics locaux, leurs stratégies futures. Nous avons aussi profité de notre passage dans ces deux villes pour rencontrer des spécialistes des politiques de santé et du secteur hospitalier. À Mumbai en particulier, nous avons pu travailler pendant une semaine au sein du *Centre for Enquiry into Health and Allied Themes* (CEHAT), un centre de recherche indépendant spécialisé sur les questions de santé, et accéder à des rapports, des données sur les politiques hospitalières de l'Inde et de Mumbai. La collecte de ces informations s'est en effet révélée très importante sur notre sujet.

B.3. Presse, rapports, dossiers judiciaires et bases de données : des sources pas si secondaires

En effet, la constitution d'un corpus d'informations et de données issues de sources secondaires était le complément nécessaire à un état de l'art qui portait sur des questions aussi variées que la gouvernance urbaine, les politiques de santé en Inde, la privatisation du secteur hospitalier en Inde et ailleurs, les formes de PPP, l'accès aux services de santé en Inde et à Delhi, les mesures d'accessibilité aux services de santé. Dès 2004, nous avons organisé une recherche régulière d'informations à partir de sites d'informations en ligne qu'ils soient dédiés au secteur de la santé (*Express Healthcare Management*) ou plus généralistes (*The Hindu, Hindustan Times, Times of India, Indian Express, Business Standard, Mint*). Ce travail nous a permis de suivre les tendances du secteur hospitalier indien et de Delhi, pour ainsi préparer nos entretiens avec le plus d'acuité possible. Avec l'aide d'un assistant, nous avons aussi étendu ce travail au centre de ressource de la Voluntary Health Association of India qui constitue des revues de presse sur la santé, et qui collecte toutes les publications possibles sur la santé en Inde. Ce travail nous a été particulièrement utile pour revenir sur les réformes des années 1980 et 1990, une période pour laquelle Internet est d'un faible secours. Nous avons aussi approché le MoHFW pour récupérer des rapports et des documents-cadres, comme la National Health Policy de 1983 ou le rapport du Comité Bhore de 1947 avec plus ou moins de succès. Nous avons aussi travaillé un temps dans les bibliothèques universitaires de la Delhi University et de la Jawaharlal Nehru University pour trouver des travaux universitaires ayant trait au secteur hospitalier, aux réformes, à l'accès aux services de santé en Inde.

Internet fut d'un grand secours. Nous avons recherché à partir des sites gouvernementaux, mais aussi des sites de groupes hospitaliers, d'ONG, d'associations professionnelles, toute une littérature grise riche d'informations : rapports parlementaires, rapports budgétaires, rapports du gouvernement sur le PPP, la santé en Inde, rapport du contrôleur général, jugements de la Haute Cour de Delhi, réglementations foncières et urbanistiques, réglementations sur l'enregistrement des hôpitaux, états d'avancement des chantiers d'hôpitaux publics, rapport d'activité pour les actionnaires des groupes hospitaliers, rapports d'enquêtes nationales sur la santé des Indiens,... Si l'ensemble de ce corpus n'a pas été toujours utilisé pour la rédaction de la présente thèse, la plupart des documents nous ont permis de préparer les entretiens et d'enrichir notre approche.

Durant tout le mois d'avril 2009, nous avons aussi travaillé plusieurs jours par semaine dans les locaux du cabinet d'avocats Social Jurist à la Haute Cour de Delhi. Ce cabinet d'avocats a été le premier à porter plainte contre les hôpitaux privés de Delhi qui ne respectaient pas leurs engagements en matière de PPP, et notamment l'obligation de soigner des patients pauvres. Nous avons été autorisé à accéder à

l'ensemble des pièces de ces dossiers dont certains sont encore en jugement auprès de la Cour Suprême. Nous avons ainsi étudié les contrats qui lient hôpitaux privés et pouvoirs publics, ainsi que les rapports des différents comités d'experts mandatés par les juges. Les lettres entre les différentes parties ont aussi été consultées et nous ont donné à voir la vigueur de l'opposition entre pouvoirs publics et opérateurs privés.

Dans notre volonté d'évaluer la distribution des services hospitaliers et leur plus ou moins bonne accessibilité à l'échelle de Delhi, nous avons aussi passé beaucoup de temps à collecter des données sur les hôpitaux, les découpages administratifs et censitaires de Delhi, et toutes données pouvant entrer dans le cadre d'une analyse spatiale. Entre les demandes d'autorisations, les refus, les problèmes de qualité des informations collectées, nous avons approché différentes autorités qui détenaient des informations importantes : Delhi Development Authority, Directorate of Health Services, Health and Family Welfare Department. Nous avons donc collecté très régulièrement, et jusqu'à encore très récemment (été 2011) des données sur la localisation des hôpitaux publics, des hôpitaux privés, sur l'activité de différents programmes gouvernementaux pour les patients pauvres, sur les parcelles dédiées à la construction d'hôpitaux. Toutes ces données ont été intégrées au Système d'Information Géographique (SIG) développé au Centre de Sciences Humaines de New Delhi depuis 2002. Sous la houlette de Pierre Chapelet, nous avons démarré en 2002 la constitution d'un SIG au sein du CSH sur le système de soins et l'espace urbain de Delhi (Chapelet & Lefebvre, 2005). Au fil des années nous avons développé plusieurs SIG à l'échelle Delhi, de son aire métropolitaine, de l'Inde. Dès le départ le SIG était vu comme un outil devant profiter au maximum de projets de recherche d'abord sur les questions de santé (Mathilde Clerc, les espaces du VIH/SIDA, Pierre Chapelet, les réseaux du médicament, Bertrand Lefebvre, le système de soins). À mesure que les données étaient collectées et traitées, l'utilisation des SIG a profité à d'autres projets sur les élections locales, l'accès à l'eau, les politiques urbaines, le déplacement des slums, le marché immobilier,... L'augmentation de la charge de travail a encouragé l'accueil de deux étudiantes en géographie de la Jawaharal Nehru University, Swati Sachdev et Paramita Banerjee, pour développer de nouvelles bases de données à l'échelle de l'aire métropolitaine en 2006. Le partenariat tissé entre le CSH et le département géographie de Rouen a permis à partir de 2006 l'accueil de nouveaux étudiants qui ont aussi contribué au développement du SIG. La venue de Charles-Noël Ebang au printemps 2006 pour un projet de recherche sur les centres de diagnostic a été une première occasion de tester l'intégration de nouvelles bases de données issues du Delhi Eicher City Map. 2007 marque un tournant. Après des tests concluants, la décision fut prise de faire l'acquisition de l'ensemble des données géolocalisées du Delhi Eicher City Map auprès de l'entreprise Eicher Goodearth Ltd. Avec l'accroissement des besoins en cartographie au sein du CSH, cet investissement conséquent s'est rapidement traduit par la production de nombreuses cartes et de

nombreux traitements d'analyse spatiale pour plusieurs projets de recherche. L'année 2007 est aussi une année importante, avec l'arrivée d'Olivier Telle qui va permettre la (re)formation d'un binôme capable de poursuivre le développement du SIG sur le long terme. L'année 2007 est aussi une année importante car les données géographiques deviennent facilement accessibles au plus grand nombre en Inde. Des applications comme Google Earth, Google Maps, ou encore Wikimapia deviennent très populaires en Inde. Les administrations deviennent plus ouvertes aux partages de données géolocalisées mais aussi au partage de données en général. À partir de 2008-2009 nous travaillons ainsi à la création de nouveaux découpages administratifs comme les *colonies*³ et les nouveaux arrondissements de l'État de Delhi. Olivier Telle poursuit ses travaux sur la dengue et la géolocalisation des cas de maladie. Nous poursuivons la mise à jour de notre base de données sur les hôpitaux et les cliniques de Delhi. Nous reviendrons plus en détail dans les différents chapitres sur l'utilisation de ces bases de données, notamment en vue de traitements d'analyse spatiale, de mesures de desserte et d'accessibilité aux services hospitaliers.

C. Plan

Parce que le lecteur n'est pas forcément familier du système hospitalier indien, de son organisation, le **premier chapitre** de cette thèse sera l'occasion de revenir sur les origines du système hospitalier indien et de sa privatisation. Quelle place occupait le secteur hospitalier dans les politiques de santé de l'Inde colonisée ? Comment le développement du secteur hospitalier s'est-il aussi inscrit dans les dynamiques urbaines de l'Inde coloniale ? Quelle place occupait le secteur privé ? L'Indépendance a marqué une rupture importante dans l'histoire de l'Inde comme dans le secteur hospitalier. Au moment de l'indépendance, l'Inde souhaite s'orienter vers un système public de santé accessible à tous. Quelles politiques hospitalières ont été menées en vue de cet objectif ? Pour quels résultats ?

Le **deuxième chapitre** va nous permettre de revenir sur l'expérience indienne de la privatisation des services hospitaliers. Comment le secteur privé s'est-il imposé comme la principale source de soins hospitaliers en Inde ? Quel rôle a joué le gouvernement central ? Quelles sont les raisons de l'essor du secteur hospitalier privé à travers le pays ? Cet essor a-t-il permis de réduire les inégalités de desserte et d'accès aux services hospitaliers ? Comment la politique hospitalière a intégré le développement de ces nouveaux acteurs ? Quel est leur poids dans la formalisation des politiques de santé en Inde ? Quelle place occupe désormais l'État dans le secteur hospitalier ?

3 Nous utilisons et conservons ce terme de *colony* (un anglicisme) qui correspond à une réalité fiscale et administrative de Delhi. Le terme voisin de quartier est lui-même trop général pour être vraiment satisfaisant. Certains quartiers sont découpés en plusieurs *colonies*. Plusieurs quartiers peuvent former une *colony*, notamment en périphérie.

Si la première partie doit nous permettre de comprendre les dynamiques de privatisation du secteur hospitalier indien, notamment dans leurs dimensions historiques, la deuxième partie va nous permettre de revenir sur l'inscription de la privatisation dans le cadre de la ville, de Delhi en l'occurrence, et de la gouvernance urbaine. Le **troisième chapitre** nous permet de revenir sur la gouvernance urbaine par une revue de littérature sur cette question. Comment la gouvernance des villes indiennes a-t-elle été transformée par le double impact de la décentralisation et de la libéralisation de l'économie indienne ? Comment cette nouvelle gouvernance qui s'invente, influence les modèles de distribution des services ? En quoi la privatisation des services hospitaliers est-elle aussi une question urbaine ? Comment les nouvelles régulations, qui se mettent en place entre les acteurs dans le cadre de la gouvernance urbaine, influencent-elles le secteur hospitalier et la montée du secteur privé ? Comment la géographie de la santé, par ses concepts et ses outils méthodologiques, peut-elle enrichir notre compréhension des conséquences de la privatisation sur la desserte et l'accessibilité aux services hospitaliers ?

Le **quatrième chapitre** sera l'occasion d'introduire le lecteur au paysage de la gouvernance urbaine à Delhi et à son impact sur le système hospitalier local. Nous présenterons bien sûr le cadre de la gouvernance urbaine à Delhi, l'importance du gouvernement central dans la conduite des affaires de Delhi, et comment les réformes institutionnelles et économiques ont bousculé les positions des différents acteurs. L'aménagement urbain cristallise beaucoup des enjeux de la gouvernance urbaine à Delhi, et la privatisation du secteur hospitalier n'y fait pas exception. Comment les objectifs nationaux d'universalisation des services hospitaliers se traduisent-ils dans la politique urbaine de Delhi ? Qui sont les acteurs du secteur hospitalier de Delhi ? Quelle est leur position dans le système hospitalier ? Quels sont les mécanismes de régulation du secteur hospitalier et comment ces mécanismes s'inscrivent dans la gouvernance urbaine de Delhi ? Pour quels résultats ?

Le **cinquième chapitre** poursuit le questionnement autour du lien entre gouvernance urbaine et services hospitaliers à Delhi en s'intéressant aux différents modèles de PPP expérimentés à Delhi depuis 25 ans. Quels modèles de PPP ont été développés dans le secteur hospitalier ? Quels mécanismes de régulation sont mis en place pour assurer la réussite du PPP ? Qui sont les acteurs de cette régulation ? Quelles difficultés rencontrent les différents programmes de PPP ? Quels ont été les résultats des différents modèles dans l'amélioration de l'accès aux services hospitaliers notamment pour les patients pauvres ?

La troisième et dernière partie est une évaluation des conséquences spatiales de la politique hospitalière et urbaine sur la desserte et l'accessibilité aux services hospitaliers. Le **sixième chapitre** porte sur les dynamiques de localisation du secteur hospitalier. Comment les services hospitaliers se distribuent sur

le territoire de Delhi ? Le développement des réseaux privés et des réseaux publics sont-ils complémentaires ou concurrentiels dans la desserte des quartiers de la métropole ? Peut-on relier les dynamiques de diffusion et de développement des hôpitaux dans leur dimension spatiale à des décisions politiques, aux changements de la réglementation urbanistique ?

Le **septième chapitre** poursuit ce questionnement en introduisant une dimension sociale à la géographie de Delhi. Si on veut établir quels territoires bénéficient d'une bonne desserte en services hospitaliers publics et privés, et comprendre à qui profite la privatisation des services hospitaliers encore faut-il s'entendre sur une délimitation de ces territoires à l'échelle de Delhi. Alors que Delhi est frappée par une forte ségrégation sociale et résidentielle, ainsi que par une forte fragmentation fonctionnelle de l'espace, comment trouver des indicateurs adéquats pour rendre compte de phénomènes multidimensionnels (urbanistique, infrastructures, ségrégation sociale, économique) ? Ce chapitre est l'occasion d'une réflexion sur la mesure de la ségrégation sociale de Delhi.

Le **huitième chapitre** permet enfin de lier géographie sociale de Delhi et distribution des services hospitaliers. Comment la distribution des services hospitaliers, leur sectorisation et leur hiérarchisation affectent l'accessibilité aux différents niveaux de services ? Selon le type de quartiers définis dans le septième chapitre, quelle est l'accessibilité aux différents niveaux de services hospitaliers ou aux différents secteurs ? Les populations pauvres ont-elles une bonne accessibilité aux services hospitaliers ? Si oui à quel type de services ? À l'aune de ces mesures de desserte et d'accessibilité aux services hospitaliers, quelle évaluation pouvons-nous donner de la politique de soutien au secteur privé et de sa régulation par les pouvoirs publics ?

Partie 1 : La privatisation des services hospitaliers en Inde

CHP1. Legs colonial et planification : aux origines des services hospitaliers en Inde

Introduction

L'hôpital, comme infrastructure et comme institution, s'inscrit dans le temps long d'une ville, d'une région, d'un État. Les travaux de J. Mohan sur le système hospitalier britannique (Mohan, 2002, 2003) ou de Jean Labasse (Labasse, 1980) sur l'hôpital dans la ville nous rappellent l'importance du temps dans l'approche géographique des services hospitaliers. L'organisation et la distribution spatiale du système hospitalier dans son ensemble sont le reflet de décisions présentes, mais aussi le résultat d'une série de décisions passées liées à des perceptions, des pratiques et des modèles inscrits dans leur époque. L'effet de sentier de dépendance (*Path dependency*) est donc très fort lorsqu'il s'agit d'une infrastructure de santé aussi importante que l'hôpital.

Il ne s'agit pas tant de dérouler ici le fil d'une histoire des services hospitaliers en Inde que de comprendre l'inscription des choix de politique hospitalière dans leurs époques, leurs territoires, et leurs conséquences sur l'organisation et la distribution actuelles des services hospitaliers. Intégrer l'évolution historique nous donne l'occasion de mieux saisir les bifurcations et les trajectoires qui ont marqué l'organisation des services hospitaliers en Inde. L'Indépendance de l'Inde en 1947 a été une inflexion majeure, avec la mise en place d'une politique de planification au nom de l'accès universel aux services hospitaliers. Le défi du financement des services hospitaliers publics a lui été continuellement au cœur de la politique hospitalière en Inde de l'époque coloniale jusqu'à aujourd'hui. Le Partenariat Public-Privé et la régulation du secteur privé dans le secteur hospitalier, présentés comme des enjeux majeurs et nouveaux des années 1990 et 2000, ne posaient pas moins de problèmes au milieu du 19^e siècle aux autorités britanniques. Ce chapitre nous donne ainsi l'occasion d'aborder, notamment à travers l'exemple de Bombay, l'inscription ancienne des hôpitaux dans le gouvernement urbain des villes indiennes. Le lecteur trouvera en Annexe un rappel des dates importantes mentionnées au cours des deux prochains chapitres.

Nous reviendrons sur les choix et les opportunités qui ont donné forme au système hospitalier indien actuel, et notamment sur la place prise par le secteur privé dans la distribution des services hospitaliers. Nous reviendrons en particulier sur l'importance des relations entre acteurs privés et autorités publiques durant la période coloniale, et le tournant de l'Indépendance marqué par la volonté

planificatrice du nouvel État indien.

A. L'hôpital dans l'Inde coloniale (1857-1947)

A.1. La diffusion de la médecine européenne

Les premiers Européens installés régulièrement en Inde à partir du 16^e siècle n'hésitaient pas à recourir aux médecins traditionnels comme les *bakeems* et les *vaidyas* pour se soigner. Si progressivement des dispensaires et des hôpitaux furent créés par les puissances coloniales, cette offre de soins occidentale resta circonscrite aux comptoirs et réservée aux populations européennes ainsi qu'aux troupes coloniales (D. Arnold, 1993). L'*East India Company* employait des médecins civils sur la base de contrat. Au fil des conflits et de l'expansion des possessions de la *East India Company*, des chirurgiens militaires furent recrutés notamment au cours de la Guerre de Sept Ans (1756-1763). À la fin de ce conflit qui assoit la Grande-Bretagne comme puissance coloniale dominante en Inde, le *Bengal Medical Service* est établi. Les chirurgiens militaires restent donc en poste et sont assistés par des Indiens pour lesquels des positions spécifiques sont créées (*native dressers, black doctors, native doctors*). En 1767, il fut décidé de poster un médecin indigène (*native doctor*) dans chaque bataillon de cipayes. La même année le *Madras Medical Service* est créé. En 1779 le *Bombay Medical Service* est fondé. Cette offre de soins resta évidemment réservée aux troupes, aux marins et aux représentants de l'*East India Company*. Jusqu'au milieu du 19^e siècle, il n'était pas nécessaire d'avoir une formation médicale pour devenir médecin ou chirurgien, même en Grande-Bretagne (Jeffery, 1988). Une commission d'experts de l'*East India Company* organisait le recrutement des médecins et des chirurgiens. Ceux qui rejoignaient l'Inde le faisaient pour des raisons financières, la pratique privée étant autorisée en dehors des obligations réglementaires vis-à-vis de l'*East India Company*.

Toutefois, l'intérêt porté aux médecines traditionnelles au début du 19^e siècle, et le besoin croissant de main d'œuvre médicale locale, aboutirent à la création en 1822 de la *Native Medical Institution* de Calcutta. Des cours de traités d'ayurvéda et de médecine occidentale y étaient dispensés à des étudiants indiens (Kumar, 1998). En 1835, cette institution fut fermée tout comme d'autres formations médicales mises en place au *Calcutta Sanskrit College* et à la *Calcutta Madrasa*. La même année, le *Calcutta Medical College*, la première faculté de médecine en Inde, ouvrit ses portes. Il n'est plus question de syncrétisme médical entre Orient et Occident, mais il s'agit d'y dispenser un savoir médical occidental présenté comme supérieur. Rapidement l'élite marchande bengalie soutint cette nouvelle faculté par des dons, des prix et des bourses pour les étudiants les plus brillants. Avec l'approbation des Britanniques, des souscriptions publiques furent lancées pour permettre à plusieurs étudiants de partir à Londres afin de revenir avec

des diplômes anglais, seul moyen de valider la qualité de l'enseignement local et de gagner l'estime de la population indienne (Kumar, 1998). Une faculté de médecine fut fondée en 1835 à Madras et en 1845 à Bombay.

Après la Révolte des Cipayes (1857-1858), la Couronne britannique abolit l'*East India Company*, et prit le contrôle direct de ses territoires en Inde. La Révolte des Cipayes avait mis en lumière l'extrême fragilité d'une entreprise coloniale reposant sur une faible présence numérique des Britanniques en Inde. Le *Government of India Act* de 1858 ouvrait une nouvelle époque où la métropole allait se donner plus de moyens pour conserver le joyau de la Couronne et pérenniser l'appareil colonial. Le Raj Britannique fut divisé entre les Provinces, dont les Présidences, directement administrées par les Britanniques et les États princiers ou *Native States*, administrés indirectement par des princes indiens, vassaux de la Couronne. La majorité de la population et des territoires de l'Inde était sous l'administration directe des britanniques (Illustration 1 p.32⁴). La santé publique devint rapidement un enjeu majeur de la colonisation (Harrison, 1994). Une Commission Royale révéla que 69 soldats sur 1000 décédaient chaque année des suites de maladies, fragilisant la présence militaire britannique. Cette Commission Royale, commanditée en 1859, fut la première opération de santé publique de grande ampleur en Inde. Des initiatives furent alors prises pour améliorer l'environnement des cantonnements militaires, et plus tard des villes (gestion de l'eau, des déchets), pour organiser la vaccination des populations contre la variole, ou pour contenir la diffusion du choléra. En 1864, des commissaires à la santé publique sont nommés dans trois des territoires contrôlés directement par les Britanniques : la *Bombay Presidency*, la *Madras Presidency*, et la *Calcutta Presidency*.

4 Par souci de clarté, nous utilisons ici une carte représentant les limites administratives peu avant l'Indépendance, à une époque où la Birmanie, et certaines possessions Britanniques du Moyen-Orient ne font plus partie administrativement du *British Raj*.

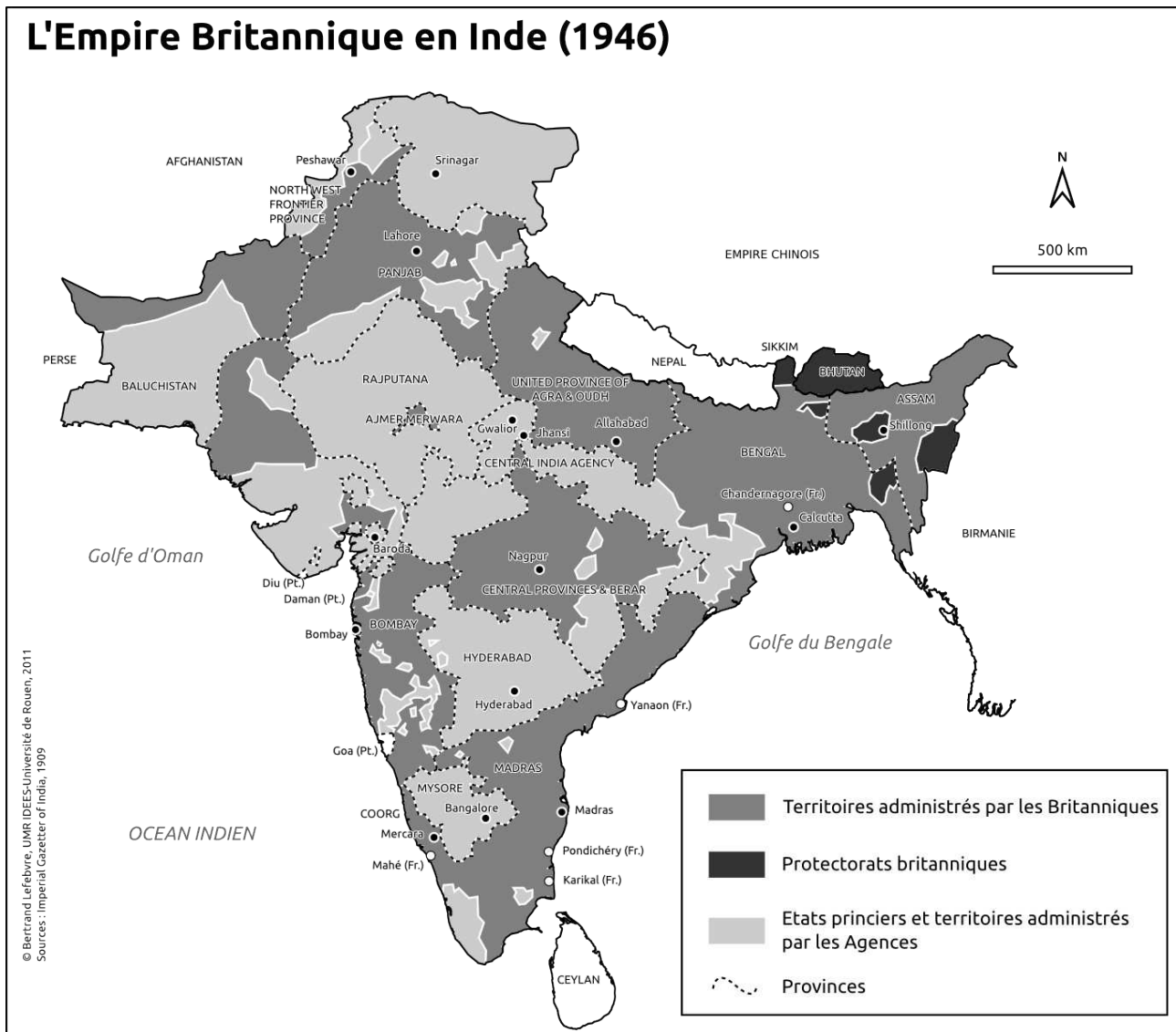


Illustration 1: L'Empire Britannique en Inde (1946)

Les Britanniques vont mettre progressivement en place un corpus réglementaire afin d'asseoir et de légitimer leurs actions de santé publique sur le territoire indien. En 1873, il devient obligatoire d'enregistrer les décès et les naissances (*Birth & Death Registration Act*). En 1880, les autorités peuvent désormais imposer la vaccination (*Vaccination Act*). Suite à une épidémie de peste et aux conclusions d'une commission (*Plague Commission, 1896*), une loi est passée pour mieux organiser la réponse face aux épidémies (*Epidemic Disease Act, 1887*). Le pouvoir colonial encouragea aussi le développement des infrastructures de soins. Ces initiatives restaient tributaires de la situation financière des Provinces. L'implication des autorités coloniales dans la santé publique resta donc minimale au vu de la situation sanitaire déplorable du pays.

À partir des années 1870, on assiste à une multiplication des écoles médicales (*Medical Schools*) à travers l'Inde. L'augmentation du nombre d'étudiants justifie l'ouverture de ces institutions souvent dans des

villes secondaires comme Dacca, Patna, Cuttack, Pune ou Ahmedabad. Ces écoles permettent d'assurer des enseignements médicaux en langues vernaculaires, comme le maharati à Pune ou le gujarati à Ahmedabad, et accélèrent la diffusion des savoirs thérapeutiques occidentaux (Kumar, 1998). À côté des écoles de médecine créées sur les territoires de la Couronne, plusieurs écoles médicales furent fondées dans les États princiers. Ainsi après avoir soigné le Nizam d'Hyderabad, W.C.Mclean, un chirurgien, fut nommé à la tête de la nouvelle école de médecine créée par le Nizam. Les élites princières et marchandes eurent recours de plus en plus régulièrement à la médecine occidentale, et furent impressionnées par les prouesses de la chirurgie.

À partir de la deuxième moitié du 19^e siècle, l'augmentation du nombre de médecins allopathiques formés en Inde se traduit par une plus grande pénétration de la médecine occidentale dans la population indienne. Le nombre de dispensaires et d'hôpitaux privés augmente notamment dans les villes. On remarque une augmentation de la fréquentation de ces infrastructures par les patients indiens. Les patients européens les moins fortunés n'hésitent pas à fréquenter les médecins allopathiques indiens, qui pratiquent des tarifs inférieurs à ceux de leurs collègues européens. La pénétration de la médecine allopathique reste toutefois mesurée à l'échelle de l'Inde et même à l'échelle des grands centres urbains. D'après les données du recensement de 1881, les médecins allopathiques ne représentaient que 16 % des 84187 praticiens médicaux masculins⁵. En 1900, Calcutta comptait par exemple un million d'habitants, mais seulement une centaine de médecins allopathiques (Kumar, 1998).

A.2. L'hôpital dans le système de soins colonial

L'hôpital occupe une place importante dans le développement du système de soins colonial. En 1510 Afonso de Albuquerque, vice-roi des Indes portugaises, crée l'Hôpital Royal de Goa. Cet hôpital est reconnu comme étant le premier établissement hospitalier créé en Inde (Kumar, 1998). Nous faisons ici abstraction des hôpitaux créés sous le règne de l'Empereur Ashoka (-304 - -232), et sous l'Empire Moghol au 16^e et 17^e siècle, qui faisaient office de centres de soins mais surtout de lieux d'accueil des indigents (Jaggi, 1979). De nouveaux hôpitaux furent établis dans les comptoirs anglais en 1664 à Madras (Chennai), en 1670 à Bombay (Mumbai), et en 1707 à Calcutta (Kolkata). Ces hôpitaux étaient réservés aux personnels militaires et civils de l'*East India Company*. Il faut attendre la création du *General Native Hospital* en 1792 à Calcutta pour que des patients indiens civils soient soignés dans un hôpital.

On doit souligner ici que la plupart des hôpitaux du 17^e au 19^e siècle tenaient souvent lieu de mouiroirs, encombrés de patients. Les malades n'étaient pas séparés ou isolés dans les cas de maladies

⁵ les femmes n'étaient pas comptabilisées dans la population active lors de ce recensement.

contagieuses. Le *Medical College Hospital* de Calcutta qui fut longtemps le plus grand hôpital d'Asie, fût l'objet de nombreuses visites par différents comités au cours du 19^e siècle, qui tous relevaient les conditions d'hygiène déplorables ainsi que la très forte mortalité des patients (Kumar, 1998). Les autorités médicales britanniques locales justifiaient cette surmortalité par des facteurs externes à l'hôpital, et blâmaient volontiers les patients : les Indiens étaient une race faible, ils souffraient du terrible climat tropical, et par ignorance ou fatalisme ils venaient à l'hôpital beaucoup trop tard pour être sauvés.

L'organisation des services hospitaliers à partir de la deuxième moitié du 19^e siècle répondait à une segmentation fonctionnelle (militaires, civils) et raciale de l'Inde (Européens, Indiens). Les hôpitaux militaires pour l'essentiel localisés dans les cantonnements étaient réservés aux troupes. Des hôpitaux de campagne pouvaient être établis le temps d'opérations militaires ou sanitaires. Les hôpitaux civils accueilleraient exclusivement des patients européens. Ces hôpitaux étaient souvent localisés dans les capitales de province et les chefs-lieux de district. Les hôpitaux militaires et civils appartenaient à la « Classe I » qui rassemblait les hôpitaux financés intégralement par les Provinces et le gouvernement de l'Inde, et qui étaient sous la direction des médecins de l'*Indian Medical Service*. Les hôpitaux généraux s'adressaient à l'ensemble de la population, européenne et indienne. Ces hôpitaux appartenaient à la « Classe II », et étaient supportés financièrement par les municipalités et les autorités locales qui devaient lever des fonds importants pour maintenir ces infrastructures. Le gouvernement pouvait attribuer une subvention afin de moderniser l'hôpital (Rammana, 2002). Des médecins indiens assuraient les soins dans ces structures. Les hôpitaux caritatifs étaient le fait d'initiatives locales ou de congrégations religieuses. Des *native doctors* pouvaient y pratiquer dès lors qu'ils justifiaient d'une expérience d'assistant au sein de l'*Indian Medical Service*. On différenciait les hôpitaux de Classe III-A qui étaient entièrement financés par le secteur privé des hôpitaux de Classe III-B qui recevaient des subventions publiques (Kumar, 1998). À côté de ces hôpitaux de soins généraux, des hôpitaux de longs séjours furent établis : des hôpitaux psychiatriques (*mental asylums*), des hôpitaux pour les tuberculeux, les lépreux et les patients souffrants de maladies infectieuses. Les autorités établirent aussi des hôpitaux temporaires en période d'épidémie. On créa aussi des *lock hospitals* pour juguler la diffusion des maladies vénériennes notamment parmi les troupes de l'Empire. En 1861 sur les 45000 soldats européens basés en Inde, 16 000 (36 %) furent hospitalisés pour une maladie vénérienne (Mishra, 2001).

L'hôpital n'échappait pas à la ségrégation raciale et sociale du British Raj, aussi bien du point de vue des patients soignés que du personnel soignant. Les médecins et le personnel médical indiens étaient cantonnés à des rangs subalternes. Des services différents furent créés pour soigner les populations européennes et indiennes. Certains hôpitaux accommodaient des services hospitaliers en fonction des

castes ou des groupes religieux. Le *Dufferin Hospital* de Karachi financé en partie par Seth Edulji Dinshaw, un philanthrope parsi, avait un service réservé aux femmes parsies.

En plus du gouvernement et de certaines élites indigènes soucieuses d'action publique, les missionnaires chrétiens furent d'autres agents de la diffusion de la médecine occidentale et du développement de l'infrastructure de santé. Pour les missionnaires, l'activité médicale paraissait le meilleur moyen de faire tomber les préjugés et de gagner la confiance de la population (Basu, 2001). Les évangélistes formèrent donc des missionnaires indigènes à la pratique médicale. Dans le sud de l'Inde, les organisations missionnaires établirent avec succès un vaste réseau d'hôpitaux et de dispensaires. Le *Christian Medical College* de Vellore, créé en 1902, est encore aujourd'hui un des hôpitaux les plus réputés d'Inde. Dans le nord de l'Inde, la pénétration fut plus difficile. Ainsi au Cachemire, si l'action missionnaire ne remporta pas un franc succès, l'hôpital créé à Srinagar en 1865, acquit une réputation régionale importante.

Ce rapide panorama montre que le secteur hospitalier de l'Inde coloniale est marqué par une forte segmentation en termes de patients soignés, de personnel médical mais surtout de sources de financement. Les différentes catégories d'hôpitaux (Classe I, II, III) rendent compte de la diversité des arrangements et des partenariats entre les différentes unités administratives (Gouvernement, Provinces, municipalités) et avec le secteur privé. Surtout on devine dès la deuxième moitié du 19^e siècle l'existence d'une forte hiérarchisation institutionnelle et de coupures importantes entre les différents échelons territoriaux qui n'est pas sans rappeler ce qui se pratiquera lors de la planification des services de santé après l'Indépendance. Les hôpitaux n'étaient pas une priorité au même titre que d'autres opérations de santé publique comme la vaccination, et dépendaient plus fortement de la situation des finances publiques. Dans la *Bombay Presidency*, les hôpitaux et les dispensaires représentaient moins de 3 % du budget des villes (Rammana, 2002). Pourtant la municipalité de Bombay jugeait exorbitants les coûts de fonctionnement d'hôpitaux comme l'*European General Hospital* (E. G. Hospital), le *Jamshetjee Jejeebhoy Hospital* (J. J. Hospital), et le *Gokuldas Tejpal Hospital* (G. T. Hospital). Il existait de fortes disparités dans le financement des hôpitaux. Le coût de financement de l'E. G. Hospital, réservé aux Européens, était de 24 ₹ par patient contre 3 ₹ par patient au J. J. Hospital et au G. T. Hospital (Rammana, 2002). Les financements étaient intermittents et des souscriptions publiques ainsi que le soutien des communautés de marchands étaient nécessaires pour financer l'équipement et les travaux nécessaires à l'extension des infrastructures.

La pratique privée des médecins gangrénait aussi ces hôpitaux. Les autorités estimaient que si de nombreuses irrégularités dans le fonctionnement des hôpitaux étaient liées à cette pratique (utilisation de l'équipement médical de l'hôpital, détournement de fonds), seule une importante mais hypothétique

augmentation des salaires pourrait y mettre fin. Certains postes se virent formellement interdits de pratique privée (chirurgiens résidents, principal de faculté). Cette double pratique privé-public était déjà autorisée par l'*East India Company*, pour améliorer la rémunération de son personnel médical et attirer plus de médecins britanniques désireux de faire rapidement fortune aux Indes (Jeffery, 1988). Cette pratique perdura durant tout le *British Raj*, et les médecins des hôpitaux publics eurent de fait un avantage concurrentiel décisif sur les médecins du secteur privé. La sécurité de l'emploi leur permettait de pratiquer des tarifs inférieurs et leur présence dans les hôpitaux publics leur donnait accès à une large clientèle et à de nombreuses thérapies. Au tournant de la Grande Dépression (1929-1930), pour encourager la pratique privée dans la *Madras Presidency*, il fut même décidé d'affilier de nombreux médecins privés sans emplois aux hôpitaux publics pour leur permettre de rivaliser avec les médecins du secteur public (Muraleedharan, 1987). Nous verrons plus loin que l'institutionnalisation de cette double pratique privé-public ne sera pas sans conséquence durant les années 1960 et 1970, aux grandes heures de la planification hospitalière publique.

A.3. Élités indigènes, hôpitaux et gouvernement urbain à Bombay

À l'instar du secteur hospitalier britannique métropolitain du début du 20^e siècle (Mohan, 2002), une place importante était laissée par les pouvoirs publics aux initiatives caritatives privées. Les élites marchandes et princières indiennes se lancèrent dans la création d'hôpitaux et de dispensaires pour les populations locales. Si de telles actions caritatives n'étaient pas spécifiques à l'Inde dans l'Empire Britannique⁶, la forte émulation entre communautés marchandes et l'ampleur du phénomène dans les grands villes indiennes donnent un relief particulier à ces initiatives indigènes dans le cadre d'un pays colonisé (Rammana, 2002). Pour des raisons économiques et budgétaires, les Britanniques voulaient que les Indiens financent la construction d'hôpitaux et de dispensaires. Si David Arnold (D. Arnold, 1993) attribue cette politique à une pratique similaire au Royaume-Uni, il n'oublie pas de signaler que les Britanniques avaient aussi une vision a minima de leurs missions en matière de santé publique en Inde. Comme nous l'avons déjà souligné les contraintes financières pesaient fortement sur les initiatives coloniales en matière de santé publique. Les relations entre philanthropes indiens et l'administration britannique furent émaillées de nombreuses tensions autour du financement et du développement de ces hôpitaux. La plupart des donations étaient issues de la communauté parsie notamment à Bombay

6 Les Britanniques avaient donné la responsabilité à chaque communauté de Singapour (Chinois, Malais, Indiens) de prendre en charge leurs malades, et leurs pauvres. Le Tock Seng Hospital fut ainsi fondé en 1844 par un commerçant, et philanthrope chinois, Tang Tock Seng. <http://www.ttsh.com.sg/>

mais d'autres groupes s'impliquèrent dans le développement de dispensaires et d'hôpitaux : les Nagar Brahmins, les Bania, et les Jains à Ahmedabad, les Bohras à Surat, les Sindhis à Karachi, et Hyderabad, les Juifs à Pune⁷. On compte de nombreuses réalisations à mettre à l'actif de ces groupes parfois sans aucun soutien du gouvernement.

M. Ramanna rend compte de ce mouvement dans plusieurs de ses travaux sur l'offre de soins de la *Bombay Presidency* (Rammana, 2001, 2002). Le développement des infrastructures de soins, notamment dans la ville de Bombay nous révèle le poids croissant acquis par les élites marchandes dans le gouvernement urbain de ce qui est entrain de devenir à l'époque la capitale économique du pays. Le développement des infrastructures de soins privées nous donne à voir les interactions entre acteurs privés et autorité publique entre collaborations, soutien bienveillant et conflits ouverts.

À partir de 1850, un nombre croissant de dispensaires furent créés à Bombay, dirigés par des médecins indiens. Les donateurs s'impliquaient fortement dans la gestion des institutions. Les philanthropes destinaient les dispensaires à leur personnel, leur famille et aux villages environnants. Le gouvernement émit une série de règles pour encadrer le développement de ces nouvelles infrastructures. Le dispensaire devait être localisé dans un endroit suffisamment peuplé et où la population avait des besoins de soins avérés. La population locale devait construire à ses frais le bâtiment et un *sub-assistant surgeon* devait y être posté. Le *Bombay Medical Board* rapporta que de nombreux dispensaires furent créés selon ces directives à Bombay et à Pune. Le parsi Bomanji Hormusji Wadia (1808-62) demanda une autorisation au gouvernement pour établir un dispensaire sur sa propriété de Kurla pour les villageois qui souffraient de fièvres. Wadia appartenait à une famille réputée, qui avait fait fortune dans la construction navale, et il fut le Sheriff de Bombay (1859). En 1856, après avoir donné 12000 ₹ et un bâtiment, le *Meethabai Hormusji Dispensary* fut créé. Shet (1802-65), un commerçant et banquier maharati, créa le *Jagannath Shankar Shet Dispensary* à Girgaum en 1858. Le *Lowji Wadia Dispensary* fut créé en 1865 suite à une pétition d'habitants de Bandora, et grâce au soutien financier de nombreux marchands parsis. Le gouvernement versait le salaire d'un *sub-assistant surgeon*.

Ces dispensaires étaient populaires auprès de la population de Bombay, mais aussi en dehors de la ville. Le *Nagdevi Charitable Dispensary*, dirigé par Bhau Daji et son frère Narayan Daji soigna 81000 patients entre 1853 et 1863. Ces patients étaient originaires de Bombay mais aussi du Sind, du Kutch, de Kathiawar, de Nasik et d'Hyderabad. Le nombre de patients traités augmenta de manière continue. Les dispensaires, et plus tard les hôpitaux, étaient perçus par les autorités britanniques comme le meilleur

⁷ Aujourd'hui encore certains de ces groupes sont très actifs dans le développement des infrastructures de santé, comme le prouve l'inauguration en 2005 du *Saifee Hospital* à Mumbai par le Premier Ministre Manmohan Singh. Cet hôpital a été entièrement financé par la communauté musulmane des Dawoodi Bohras pour un coût estimé à 1,5 Mds ₹ (23 M. €).

moyen de diminuer l'influence des médecines traditionnelles et d'encourager le développement de la médecine occidentale. Les dispensaires jouaient aussi un rôle important dans la veille sanitaire et les campagnes de vaccination. Le chirurgien A. J. Payne remarqua toutefois que le gouvernement soutenait des dispensaires répondant à la volonté des riches marchands de fournir des soins à leur famille proche ou élargie pour réaffirmer leur position au sein de leurs communautés (Rammana, 2002). Certains quartiers de Bombay, pourtant insalubres ne recevaient pas d'attention particulière ni des autorités coloniales, ni des marchands, comme les faubourgs autour des usines qui ne seront équipés qu'après la grave épidémie de peste de la fin du 19^e siècle.

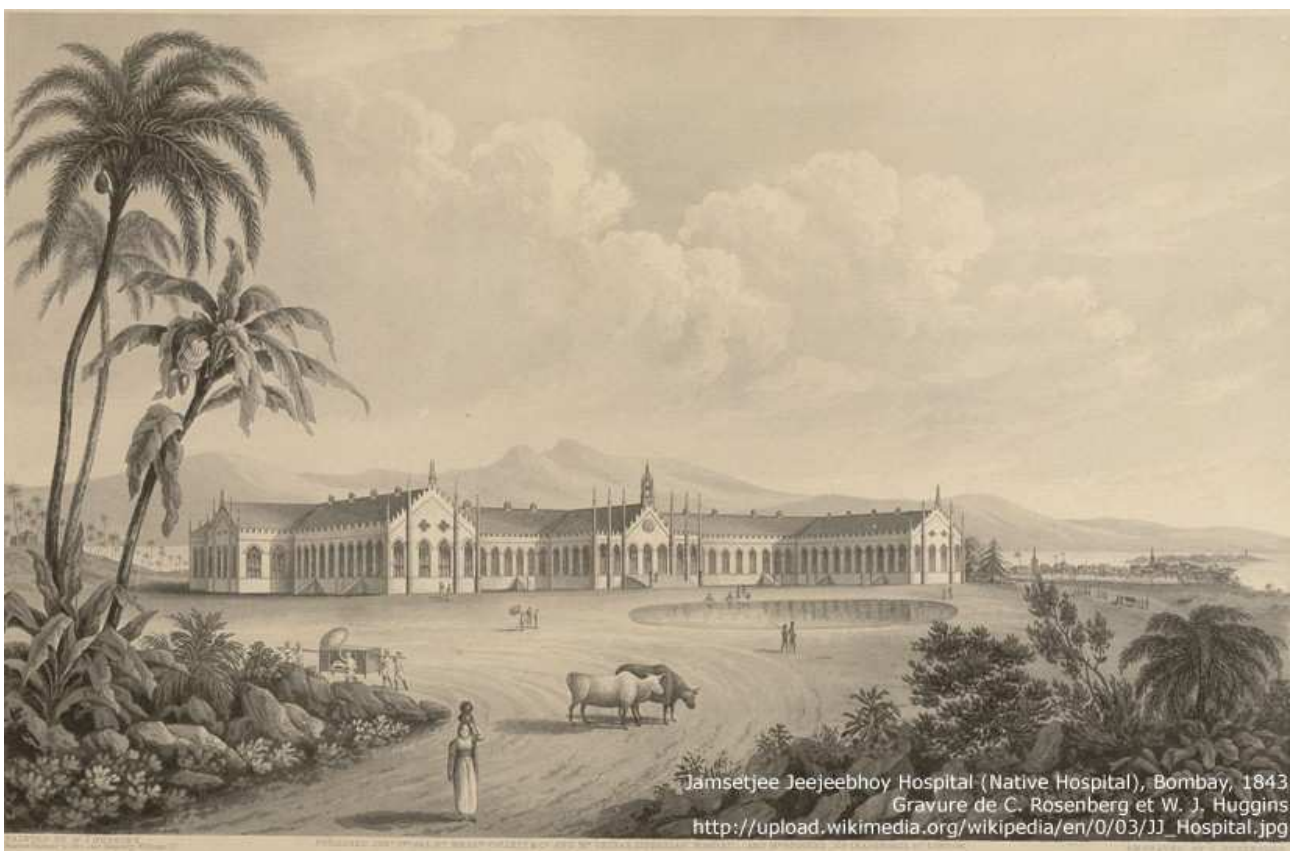


Illustration 2: Le Jamsetjee Jeejeebhoy Hospital (J. J. Hospital), 1843

Le développement d'hôpitaux se révéla être une entreprise autrement plus complexe, et une source de tensions incessantes entre les autorités britanniques et les philanthropes indiens. Sir Jamsetjee Jeejeebhoy (1783-1859) fit fortune dans le négoce de coton et d'opium entre l'Inde et la Chine. D'origine modeste, il fut un philanthrope attentif au développement de Bombay en finançant la construction de nombreuses routes, de puits et de réservoirs à travers la ville. Il fut le premier indien à être fait Chevalier (1843) puis Baron (1858) par la Reine Victoria. En 1838, Sir Jamsetjee Jeejeebhoy décida de soutenir les initiatives du gouverneur de Bombay, Sir Robert Grant, visant à encourager l'éducation médicale et à

développer l'infrastructure hospitalière de la ville. Il fit un don de 100000 ₹ pour la construction d'un hôpital général pour les Indiens (Illustration 2 p.38) qui devait fonctionner en partenariat avec la nouvelle faculté de médecine adjacente, le *Grant Medical College*. Le gouvernement devait investir une somme équivalente plus le paiement d'un intérêt de 6 % pour couvrir les frais de fonctionnement de l'hôpital. Sur les 300 lits de l'hôpital à l'ouverture en 1845, 240 lits étaient réservés pour les hommes et 60 lits pour les femmes. Un fond d'aide pour les patients plus pauvres était maintenu grâce au soutien des familles des patients fortunés (Rammana, 2002). Des médecins britanniques, membres de l'IMS, tenaient tous les postes les plus importants. Les diplômés indiens du *Grant Medical College*, servirent à partir de 1851 au poste de *sub-assistant surgeon*. Au bout de vingt ans une rénovation fut entreprise. Si le JJ Hospital était certainement un des meilleurs hôpitaux en Inde, la presse relatait régulièrement la saleté des chambres, la mauvaise nourriture et les rumeurs de détournement de fonds.

Suite à cette première initiative, d'autres grands marchands se décidèrent à investir dans le secteur hospitalier à Bombay. Sir Cowasji Jehangir Readymoney (1812-78) donna 100000 ₹ pour la construction d'un hôpital pour les soins oculaires. Ce parsi, ancien courtier pour des entreprises britanniques, avait lui aussi fait fortune dans le négoce de coton et d'opium avec la Chine. Il fut nommé plus tard commissaire aux impôts de Bombay. Il était connu pour ses actions caritatives notamment la construction de fontaines d'eau potable et de nouveaux bâtiments pour l'Université de Bombay. Le *Covasji Jehangir Ophthalmic Hospital* fut construit en 1866 et rencontra rapidement un grand succès de par son équipement moderne et les soins oculaires de pointe qu'il proposait. Le taux de succès des opérations attira des patients de toute la *Bombay Presidency* et du Moyen-Orient.

En 1867, une donation de 150000 ₹ de Goculdas Tejpal, un marchand hindou originaire du Kutch qui fit fortune dans le négoce de coton, permit la construction d'un deuxième hôpital général pour les Indiens, le *G.T. Hospital* (voir Illustration 3 p.40). Face à l'augmentation du coût du projet la municipalité de Bombay qui avait déjà attribué un terrain gratuitement dut contribuer à hauteur de 200000 ₹ supplémentaires. Le coût final du projet s'éleva à 467000 ₹. L'hôpital était équipé de 120 lits, dont 20 réservés aux femmes. De par sa proximité de la gare et du port, l'hôpital prenait en charge de nombreux accidentés du travail ainsi que les patients les plus pauvres (Rammana, 2002).

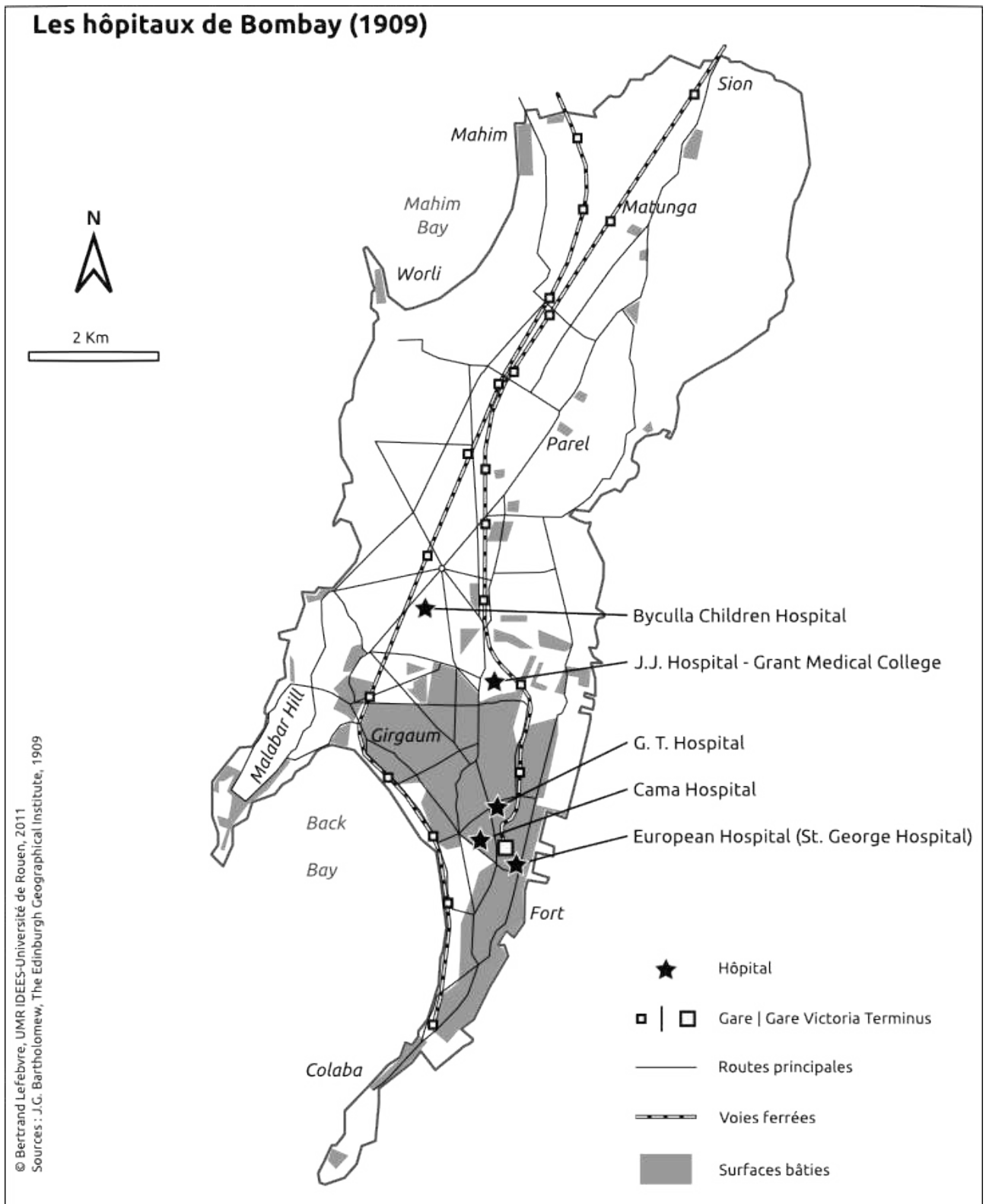


Illustration 3: Les hôpitaux de Bombay (1909)

Ce dynamisme local contrastait avec les difficultés des autorités coloniales à bâtir un nouvel hôpital général pour les Européens. L'*European General Hospital* (E.G. Hospital aussi appelé le *St. George Hospital*) servait à la fois aux troupes et à la population européenne. Ce bâtiment fut jugé insalubre par une

commission en 1860 et on décida de le vendre ainsi que le terrain pour financer la construction d'un hôpital sur un nouveau site. Après des délais administratifs et bien des tergiversations financières pour trouver un terrain bien localisé près de la gare principale, du port et du quartier du Fort (Illustration 3 p.40), le nouvel hôpital ne fut inauguré qu'en 1892. L'hôpital de 150 lits était réservé aux Européens, aux Juifs et aux Eurasiens (Rammana, 2002).

Devant le succès des initiatives indigènes, et face à la demande toujours croissante de soins dans une ville en forte croissance économique et démographique (Farooqui, 2006), Rustomji Jejeebhoy (1824-1872), le fils de Sir Jamsetjee Jejeebhoy, voulut construire un troisième hôpital général. Les trois conseillers municipaux en charge des affaires civiles refusèrent de soutenir cette nouvelle initiative. Face à ce refus, et à des difficultés de trésorerie liés à la spéculation sur le coton durant la Guerre de Sécession aux États-Unis (1861-1865), Rustomji Jejeebhoy renonça à son projet. Ce coup d'arrêt s'explique donc en partie par un changement d'attitude des autorités coloniales envers les initiatives médicales indigènes. Si les marchands indiens faisaient des dons conséquents pour bâtir des dispensaires et des hôpitaux, le personnel médical était contractuellement à la charge de l'IMS et des autorités coloniales. L'IMS, un corps de l'armée britannique, a toujours cherché à maintenir un nombre maximum de personnel médical en Inde et dans ses rangs. En cas de conflit armée, l'IMS pouvait ainsi rapidement mobiliser ses troupes qui en dehors des périodes de conflits pratiquaient dans les établissements civils. Mais la multiplication des dispensaires et des hôpitaux indigènes, pesait de plus en plus sur les finances locales, alors que le budget santé de la municipalité de Bombay demeura pratiquement inchangé pendant trente ans (Rammana, 2002). Bombay était pourtant une ville en très forte croissance économique et démographique avec des besoins accrus en équipements sanitaires. Mais la priorité des autorités coloniales était l'amélioration des infrastructures urbaines comme l'eau potable (Farooqui, 2006), et non les infrastructures de soins qui ne bénéficiaient qu'à une minorité de la population et apportait peu dans le développement économique de la ville. Dans le même temps, les philanthropes comme Sir Jamsetjee Jejeebhoy étaient peu enclin à suivre les recommandations des autorités coloniales pour financer des travaux pour l'adduction d'eau potable sur lesquels ils auraient payé des taxes (Farooqui, 2006). Le gouvernement de la Bombay Presidency refusa à plusieurs reprises de financer la rénovation du J. J. Hospital et de certains dispensaires. En 1901, ce même gouvernement décida de diminuer ses subventions à ces hôpitaux privés. Des souscriptions publiques furent nécessaires pour permettre le recrutement de nouveaux médecins indiens formés au *Grant Medical College* ou pour moderniser une partie de l'équipement médical. De par leurs positions économiques et leurs fonctions officielles (commissaire aux impôts, Shérif, Chevalier, Baron), les marchands indiens pouvaient peser sur l'appareil décisionnel colonial jusqu'à un certain point et jusqu'à un certain niveau territorial. Les marchands indiens étaient des contributeurs suffisamment importants aux impôts et aux

taxes de la municipalité et du gouvernement de Bombay pour pousser les autorités coloniales à investir dans la ville (Kumar, 1998). Mais ils ne pouvaient pas peser sur les grands arbitrages budgétaires et financiers du Gouvernement de l'Inde. À travers l'exemple de Bombay, on comprend surtout que le développement de l'infrastructure hospitalière est intrinsèquement lié à celui de la ville et à son gouvernement urbain (municipalité, élite marchandes, gouvernements).

Les initiatives des marchands n'étaient pas circonscrites à Bombay. Dans d'autres villes (Calcutta, Lahore, Karachi) cette émulation entre marchands fut tout aussi propice au développement de l'infrastructure hospitalière. Les États princiers ne furent pas en reste. À Baroda, Mysore et Travancore, des réformes administratives majeures se traduisirent par des investissements dans les infrastructures collectives et l'action sociale. De la collecte des impôts, en passant par la construction de routes, de canaux, d'écoles, jusqu'au soutien à l'action des missionnaires en matière de santé, et d'éducation, certains dirigeants avaient fait le choix du développement social et économique de leurs principautés. Le prince de Travancore offrait des bourses d'études aux femmes qui rejoignaient la faculté de médecine de Madras. Les princes et leurs épouses étaient de généreux contributeurs au Fond Lady Dufferin qui soutenait la création d'hôpitaux, de maternités et de cliniques dédiés aux soins de la mère et de l'enfant. Lors de sa première année d'existence, la moitié de son budget provenait des donations des princes et de leurs familles. La première branche du Fond Lady Dufferin ouvrit dans la Principauté de Mysore (Ramusack, 2004).

La médecine occidentale s'est introduite progressivement en Inde au gré des progrès territoriaux des Britanniques. Les élites marchandes et princières furent les premières à se convertir à cette nouvelle médecine. Mais pour la majorité de la population indienne, les médecines traditionnelles (unani, ayurvédique, siddha) restaient l'unique recours possible en cas de maladie, même au début du 20^e siècle. À partir de la deuxième moitié du 19^e siècle, le développement de la santé publique était très directement lié au besoin de préserver les intérêts économiques, militaires et stratégiques de la puissance coloniale britannique en Inde. Les campagnes de vaccination contre la variole, les mesures prophylactiques en cas d'épidémies, l'amélioration des infrastructures urbaines (l'eau potable, la voirie), le développement des stations climatiques, l'ouverture de dispensaires et d'hôpitaux ne s'envisageaient que pour préserver la minorité européenne des risques sanitaires encourus en Inde. L'intérêt porté à la santé de la population indienne tenait essentiellement à la crainte de la contagion de maladies présentes dans l'environnement immédiat des espaces des colons (cantonnements militaires, quartiers européens), et à la préservation des intérêts économiques.

La politique de santé publique, notamment en direction de la population indienne, restait

financièrement contrainte aux intérêts économiques de la métropole, et cela malgré la bonne volonté démontrée par plusieurs administrateurs coloniaux britanniques. De la même manière l'enthousiasme pour les questions de santé publique restait limité à une élite occidentalisée qui créa des hôpitaux, des dispensaires, et qui encouragea la formation médicale d'Indiens (Harrison, 1994). On doit relever ici que cette implication locale forte, en plus d'être une grande originalité dans le monde colonisé, aura des répercussions majeures au moment de l'Indépendance. Les médecins indiens formèrent dès la fin du 19^e siècle un groupe professionnel soudé face aux discriminations professionnelles au sein de l'IMS, et furent des acteurs majeurs de la diffusion de la médecine allopathique en Inde. On relèvera, avec d'autres, que certaines régions de l'Inde comme la *Bombay Presidency* et la *Madras Presidency* apparaissent privilégiées dès la fin du 19^e siècle en matière d'infrastructures de soins publiques et privées (Rammana, 2002). Des initiatives caritatives comme le Fond Lady Dufferin, et certaines actions missionnaires vont encourager le développement de nouveaux hôpitaux en dehors des grandes villes coloniales, comme à Pune, ou Sholapur. Malgré ses efforts intermittents, la puissance coloniale a bien mis en pratique l'idée que la santé des populations était une responsabilité de l'État. Dès la période coloniale, des enjeux très contemporains comme le financement des hôpitaux, la difficile césure entre intérêts privés et intérêt public, se font jour.

B. Une nouvelle politique de santé pour un nouvel État

B.1. Bâtir un État-providence dans un pays décolonisé

Après plusieurs années de lutte pour l'Indépendance et de déchirements liés à la formation du Pakistan en 1947, l'Union Indienne voit le jour le 26 janvier 1950. À l'instar d'autres pays fraîchement décolonisés, l'Union Indienne reprend une partie de l'architecture institutionnelle et légale de l'ère coloniale. Héritant de la structure administrative née des réformes de 1919 et de 1935 (*Government Act*), elle adopte un système fédéral composé d'États de l'Union et d'un gouvernement central, ainsi que les principes de fonctionnement d'une démocratie parlementaire (Jaffrelot, 2006). Le Parti du Congrès, qui domine alors la scène politique, rêve d'un pays moderne au diapason des grandes nations. Le parti de Gandhi et de Nehru veut bâtir un État-providence, capable d'améliorer la santé de tous les citoyens. La nouvelle constitution impose à l'État de garantir plusieurs droits fondamentaux aux citoyens indiens. Si le droit à la santé n'apparaît pas sous la forme d'un article particulier dans cette constitution, plusieurs articles font référence à la nécessité pour l'État indien d'assurer la santé et la protection de la vie de ses citoyens⁸. Au cours des années qui précèdent l'Indépendance, il existe un large consensus sur ce choix.

⁸ Voir en particulier : Article 21 (Protection of life and personal liberty), Article 39 (Certain principles of policy to be followed by the State), Article 42 (Provision for just and humane conditions of work and maternity relief), Article 47 (Duty of the State to raise the level of nutrition and the standard of living and to improve public health) ;

Des communistes aux grands patrons indiens en passant le Parti du Congrès, tous s'accordaient sur la nécessité pour la future Inde indépendante d'avoir un État capable de dispenser des soins gratuits et accessibles à tous. À la fin de la Deuxième Guerre mondiale, le modèle de l'État-providence était perçu comme un moteur de progrès social et économique. Les États-Unis et le Royaume-Uni avaient prouvé que l'action redistributrice de l'État, pouvait générer création de richesses et amélioration généralisée des conditions de vie pour les populations. L'État devait être au cœur de l'économie du pays en planifiant les activités et le développement de l'Inde. Jawaharlal Nehru et plusieurs leaders du Parti du Congrès furent fortement influencés par le fabianisme, un mouvement socialiste britannique de la fin du 19^e siècle, prônant une transformation graduelle de la société capitaliste vers le socialisme. La volonté planificatrice de Jawaharlal Nehru prend aussi racine dans les réalisations industrielles impressionnantes de l'économie planifiée en URSS.

Comme d'autres secteurs des activités sociales et économiques, la santé n'échappe pas à cette vision planificatrice de l'État. Dès 1938, un sous-comité à la santé existe au sein du Comité National de Planification (*National Planning Committee*) du Parti du Congrès. Des médecins engagés dans la lutte pour l'Indépendance, tels que le Dr B.C. Roy, A.R. Ansari ou Hakim Ajmal Khan, envisageaient un système de soins égalitaire, d'inspiration communiste, rompant radicalement avec les pratiques de l'époque coloniale. L'investissement dans la santé était perçu comme un investissement dans le capital humain et dans l'avenir du pays. En 1940, ce sous-comité à la santé suggéra plusieurs pistes pour la future Inde indépendante. La santé devait relever d'une responsabilité collective, et il incomberait par conséquent à l'État d'organiser et de planifier le système de santé. Une agence publique unifiée devra rassembler et coordonner les actions de prévention sanitaire et les activités curatives (dispensaires, hôpitaux). Cette agence s'appuiera sur la formation massive d'agents de santé répartis sur l'ensemble du territoire (un agent pour mille habitants dans les cinq ans qui suivront l'Indépendance). À moyen terme, après des investissements conséquents dans la formation médicale et les infrastructures de santé, l'Inde comptera un professionnel médical (infirmier, médecin) pour mille habitants et six lits hospitaliers pour mille habitants (Banerji, 1985). Le modèle d'une agence publique unique pour coordonner et dispenser les soins n'est pas sans rappeler le *National Health Service* (NHS, Service National de Santé), proposé par le rapport Beveridge en 1942, et finalement acté par le parlement britannique en 1946.

B.2. Aux origines de la politique de santé indienne : le Comité Bhore

C'est pourtant le rapport d'un autre comité qui va orienter durablement la politique de santé en Inde. Commandité en 1943 par les autorités coloniales et présidé par Sir Joseph Bhore, ce comité rassemble un large panel de spécialistes indiens et britanniques. Il devait évaluer la situation sanitaire de l'Inde et faire des propositions pour améliorer l'état de santé des populations. Le rapport ne fut soumis qu'en 1946 à une époque où l'Indépendance de l'Inde était déjà acquise. Le comité dresse un bilan sans concession du système de santé colonial et de ses échecs. Des conditions sanitaires déplorables dans lesquelles vit la majorité de la population en passant par les campagnes de prévention aux résultats limités, jusqu'à la faible régulation du secteur privé, les griefs sont nombreux. L'espérance de vie à la naissance est de 27 ans. Le comité dénombre seulement un lit d'hôpital pour quatre mille habitants, et relève surtout la forte concentration de l'offre de soins dans les espaces urbains au détriment d'espaces ruraux plus peuplés mais sous-équipés. Ce rapport va énoncer plusieurs principes importants (Government of India 1946 : v-vi) :

« Personne ne devrait se voir refuser des soins médicaux adéquats en raison de l'incapacité de payer. [...] Les services de santé, une fois entièrement développés, doivent fournir toutes les facilités institutionnelles, de consultation et d'analyse, nécessaires à un diagnostic, et à un traitement médical approprié. [...] Le programme de santé doit, dès le début, mettre un accent particulier sur le travail de prévention. [...] des soins de premiers secours et de santé préventive doivent être fournis dès que possible à la vaste population rurale du pays. [...] Les services de santé doivent être situés au plus près des populations afin d'assurer des prestations optimales pour les collectivités desservies. [...] La coopération active de la population doit être assurée dans le développement du programme de santé. [...] L'idée doit être inculquée que, finalement, la santé de l'individu est de sa propre responsabilité. [...] le développement sanitaire doit être confié aux ministres de la santé qui jouissent de la confiance de la population, et sont en mesure d'obtenir leur coopération. »⁹

À travers ces extraits, le comité Bhore envisage le futur système de soins indien comme un système

9 « No individual should be denied adequate medical care because of inability to pay. [...] The health services should provide, when fully developed, all the consultant, laboratory and institutional facilities necessary for proper diagnosis and treatment. [...] The health programme must from the beginning, lay special emphasis on preventive work. [...] Medical relief and preventive health care must be urgently provided as soon as possible to the vast rural population of the country. [...] The health services should be located as close to the people as possible to ensure the maximum benefit to the communities served. [...] The active cooperation of the people must be secured in the development of the health programme. [...] The idea must be inculcated that, ultimately, the health of the individual is his own responsibility. [...] Health development must be entrusted to ministers of health who enjoy the confidence of the people and are able to secure their cooperation. »

public, intégré, universel, contrôlé démocratiquement, privilégiant la population rurale et une politique de prévention, et visant à la réduction des inégalités territoriales face à l'accessibilité aux soins. Ces principes directeurs sont en rupture avec la réalité d'un système de soins colonial, contrôlé voire noyauté par l'IMS, ségrégué racialement, socialement et territorialement, ignorant les zones rurales et l'essentiel de la population indienne. Le rapport identifia les zones rurales et la prévention de plusieurs maladies infectieuses (variole, tuberculose, paludisme) comme des domaines prioritaires d'intervention à court terme pour le futur gouvernement. À plus long terme le gouvernement doit encourager la formation médicale et le développement des infrastructures de soins sur l'ensemble du pays. Selon les recommandations du comité, l'Inde devra compter cinq lits pour mille habitants en 1966, contre 0,25 lits pour mille habitants en 1946.

Afin de répondre aux besoins de soins de la population, le rapport suggéra la création d'un système de soins pyramidal et intégré, composé d'Unités de Santé Primaire (*Primary Health Unit, PHU*), et d'hôpitaux plus importants, capable d'assurer rapidement une couverture équilibrée du territoire. Afin de parer aux besoins urgents des espaces ruraux, un premier réseau de PHU devait être établi (une PHU pour 10 à 20 000 habitants). Abrisant 75 lits hospitaliers, et rassemblant des médecins, des sages-femmes, du personnel infirmier et paramédical, et des spécialistes de la santé publique, la PHU devait dispenser des soins gratuits, et assurer les missions de prévention sanitaire pour les populations rurales et urbaines. La PHU devait devenir le centre de soins incontournable pour les populations (diagnostic, médecine ambulatoire, campagne de vaccination, soins obstétriques). À moyen terme ce réseau devait être complété par le développement d'Unité de Santé Secondaire (*Secondary Health Unit, SHU*), des hôpitaux de 650 lits dispensant des soins plus spécialisés. Une SHU devait appuyer quinze à vingt-cinq PHU. Trois à cinq SHU composaient une Organisation Sanitaire de District (*District Health Organisation*) qui devait coordonner les moyens financiers, techniques et humains à l'échelle du district. Enfin à plus long terme chaque district devait se doter d'un Centre de Soins (*Health Centre*), c'est-à-dire un campus hospitalier de 2500 lits. Le comité Bhore proposait donc un déploiement progressif des infrastructures de soins publics, de la base vers le sommet, des services de soins les plus essentiels et les plus utilisés par la population vers les besoins de soins les plus rares et les plus spécialisés.

Le comité suggéra par ailleurs, la création de plusieurs institutions de haut niveau clinique afin d'encourager la formation médicale et de coordonner la recherche dans ce secteur en Inde. Enfin, si les futurs ministères de la santé de chaque province devaient bénéficier d'une grande autonomie dans la mise en place des politiques de santé, ils devaient aussi agir de manière coordonnée avec le ministère central. Pour remplir ces objectifs ambitieux, le gouvernement devait aligner les dépenses de santé au niveau de celles des pays développés. Les dépenses de santé devaient atteindre au moins 15 % des

dépenses du gouvernement pour améliorer durablement la situation sanitaire de l'Inde (Government of India 1946 : 89). Dès 1946, le gouvernement d'intérim accepta la plupart de ces recommandations.

B.3. La politique de santé en Inde : entre fédéralisme et centralisation

Dans les décennies qui vont suivre l'Indépendance, la politique de santé en Inde va être traversée d'une tension permanente entre une forte volonté centralisatrice, qui s'exprimera notamment à travers la planification, face à une réalité institutionnelle et territoriale complexe, et de plus en plus difficile à appréhender dans le cadre d'une planification d'échelle nationale. Cette tension autour de la définition des objectifs de santé publique tient, dès l'origine, à l'organisation institutionnelle et territoriale de l'Union Indienne. La Constitution Indienne rassemble dans la *Seventh Schedule* trois listes qui définissent les compétences du gouvernement central (Liste I), des États de l'Union (Liste II), et celles qui sont partagées (Liste III). Selon la Constitution Indienne, « la santé publique, l'assainissement, les hôpitaux, et les dispensaires » relèvent des compétences exclusives des États de l'Union (Entrée 6 de la Liste II). Le gouvernement central ne peut ni intervenir, ni légiférer sur ces sujets. Pourtant ce dernier va s'imposer comme l'acteur central de la politique de santé en Inde et du développement des infrastructures de ce secteur dans les années 1950 et 1960. Plusieurs entrées de la liste des compétences partagées (Liste III) laissent ainsi des marges d'initiative au gouvernement central en matière de santé publique. De la lutte contre les maladies contagieuses (entrée 29), en passant par la formation médicale (entrée 25), la réglementation des professions médicales (entrée 26), jusqu'au planning familial (entrée 20-A), le gouvernement central a le droit d'intervenir dans plusieurs champs qui relèvent de la santé publique.

Ces possibilités offertes au gouvernement central par la constitution vont se concrétiser à travers l'exercice de la planification. Le principe de la planification économique et sociale de l'Inde, fut entériné par la création de la Commission au Plan (*Planning Commission*) en 1950. La succession des Plans doit permettre la transformation de l'Inde en une société plus égalitaire et socialiste. Si la composition de cette commission a évolué avec le temps, le principe de fonctionnement est resté relativement stable. Les ministres des États de l'Union rencontrent les ministres de l'Union, et discutent des programmes à inscrire au plan quinquennal. En amont des réunions préparatoires, les ministères rassemblent des comités d'experts qui soumettent des propositions, et qui définissent des priorités pour l'Inde et les États de l'Union. Les experts membres de la commission révisent toutes les propositions en fonction de plusieurs critères : les ressources fiscales attendues pour la durée du plan, les aides bilatérales financières et techniques disponibles, les secteurs prioritaires. Les orientations et les arbitrages sont

ensuite débattus lors d'un conseil national rassemblant les membres de la Commission du Plan, les *Chief ministers* (les Ministres en Chef qui dirigent les États de l'Union), et le Premier Ministre. La Commission au Plan doit enfin établir une synthèse des débats et définir des plans annuels pour lesquels les allocations budgétaires sont clarifiées pour chaque programme et chaque État (Jeffery, 1986).

Si la planification apparaît comme un exercice négocié entre le gouvernement central et les États de l'Union, les termes de la négociation sont en faveur du gouvernement central de par le financement des programmes, et la collusion entre l'appareil étatique et un Parti du Congrès hégémonique dans les années 1950-60. La planification permet d'orienter et de définir les investissements (*Plan expenditures*) pour différents domaines et pour chaque État de l'Union. C'est le gouvernement central qui finance pour l'essentiel ces investissements, tandis que les États de l'Union financent pour leur part les budgets de fonctionnement (*Non-Plan expenditures*). Ainsi la construction d'un nouvel hôpital rentrera dans le budget du Plan, mais le budget de fonctionnement de cette nouvelle infrastructure sera à la charge de l'État de l'union. Le gouvernement central à travers différents programmes nationaux liés à ses prérogatives en matière de recherche, de formation médicale, et de lutte contre les maladies contagieuses peut cependant aussi participer au budget de fonctionnement d'un hôpital (*Plan Expenditures*).

Le système fédéral aboutit donc à une ventilation importante des finances publiques en matière de santé entre Plan et Non-Plan, investissements et budgets de fonctionnement, gouvernement central et États de l'union, programmes de prévention et système de soins. Une telle situation est en complète contradiction avec la vision d'un système de santé national et unifié, défendue par le *National Planning Committee* avant l'Indépendance. La compréhension des arbitrages financiers, des choix de santé publique, est rendue difficile à interpréter mais surtout à suivre. La plupart des travaux portant sur les dépenses publiques de santé s'en sont souvent tenues à l'interprétation des dépenses du Plan (Banerji, 1985). Cette fragmentation des financements donnera aussi lieu à des tiraillements incessants entre une politique de santé orientée vers le développement du curatif, héritage colonial soutenu par le lobby médical, les ministères de la santé, et une politique de santé orientée vers la prévention, soutenue par la Commission au Plan, considérant que l'état de santé des Indiens s'améliorerait plus sûrement par une meilleure alimentation, l'accès à l'eau potable et le contrôle des maladies contagieuses.

À côté de la planification, certains ministères et certaines agences du gouvernement central développèrent leurs propres réseaux de soins, et notamment d'établissements hospitaliers. Ainsi en 1954 sous l'égide du MoHFW, fut lancé le *Central Government Health Scheme* (CGHS), un programme de couverture maladie pour les fonctionnaires du gouvernement central et leur famille. Dans le cadre de ce

programme, des dispensaires et des hôpitaux réservés aux fonctionnaires furent créés à Delhi puis dans d'autres grandes villes indiennes (Bangalore, Chennai, Mumbai, Lucknow...). Le ministère du rail possédait aussi son propre réseau de soins réservés à ses employés, tout comme de nombreuses grandes usines dans le textile par exemple. Enfin dans le cadre de la protection sociale des travailleurs (*Employees' State Insurance Act*, 1948), l'*Employees' State Insurance Corporation* (ESIC) développa aussi un réseau de soins primaires et hospitaliers à travers le pays pour prendre en charge les employés couverts par ce programme d'assurance-maladie. Toutes ces initiatives ne concernaient qu'une partie infime de la population indienne, et elles semblent s'inscrire dans la lignée d'un système de soins fragmenté entrevu lors de la colonisation. Elles représentaient en fait le noyau initial de ce qui devait devenir plus tard un vrai système de soins universel accessible à tous.

C. Le développement du secteur hospitalier public : la planification en échec (1947-1983)

C.1. Les services de santé : une priorité de la planification ?

Si le contrôle des maladies transmissibles et l'assainissement de l'eau, étaient des priorités importantes dès les premiers Plans, le développement des infrastructures sanitaires n'était pas négligé pour autant. Dès le Plan I (1951-56) la Commission du Plan, inspirée par les recommandations du comité Bhore, proposait le développement d'un système de soins pyramidal et intégré. Les PHU devaient servir à la fois de centre de prévention (contrôle de l'eau potable, des maladies contagieuses) et de premier niveau de prise en charge médicale. Des cliniques mobiles devaient être rattachées à ces centres afin de desservir au mieux les populations rurales. Les SHU et les *District Health Centres* proposant des services plus sophistiqués et d'usage moins courant devaient compléter le dispositif. Le développement d'un tel système intégré devait prendre plusieurs années et la priorité était au développement des PHU, via notamment la conversion de dispensaires existants en PHU par l'ajout de lits hospitaliers.

Le développement des services de santé est présenté comme la priorité du Plan II (1956-61). Les services hospitaliers font l'objet d'une attention particulière. Le système pyramidal y est à nouveau défendu, cette fois sur la base d'une structure administrative régionale qui s'apparente à une politique de régionalisation. Les hôpitaux de formation (*teaching hospital*) forment une nouvelle strate située au sommet d'un système intégré où chaque niveau est lié administrativement au niveau supérieur selon la hiérarchie suivante : hôpital de formation > hôpital de district > hôpital de tehsil > unité de santé > centre médical rural. Cette coordination doit permettre de faciliter la circulation des patients, l'accès aux

différents services médicaux, et de réduire les écarts entre zones rurales et zones urbaines en matière d'accessibilité. Cette nouvelle organisation adopte la hiérarchie territoriale et administrative de l'Inde (État > District > Tehsil > Development Block) aux dépens d'un système uniquement basé sur des niveaux de desserte de la population, certes plus équitable mais moins lisible administrativement. Le Plan II veut encourager le redéveloppement des hôpitaux existants par l'adjonction de nouveaux locaux et d'équipements, tout en poursuivant la création de nouvelles infrastructures hospitalières. Plusieurs objectifs sont aussi suggérés pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux : encourager l'hospitalisation à domicile, réduire la durée d'hospitalisation pour prendre en charge plus de patients,... Toutes ces mesures doivent permettre de mieux répondre aux besoins de soins de la population indienne et améliorer la desserte hospitalière des territoires.

Pourtant la part des budgets alloués à la santé dans les deux premiers plans semble insuffisante au regard des propositions de la Commission du Plan. La santé¹⁰ représente à peine plus de 3 % du budget total des deux premiers plans quinquennaux, loin de l'ambition affichée par le comité Bhore. À la fin du premier plan, seulement 10000 lits et 48 nouveaux établissements ont été créés entre 1951 et 1956 dans le secteur hospitalier public. Mais l'effort consenti lors du deuxième Plan va accélérer le développement des services de santé publics. Le nombre d'établissements de soins (hôpitaux, et dispensaires) passe de 8600 à 12600 entre 1950 et 1960 (+47 %). Le nombre de lits hospitaliers augmente de 115000 à 185000 sur la même période (+61 %). L'Union Indienne passe de 0,24 lit pour 1000 habitants à 0,4 lit pour 1000 habitants. Ce gain quantitatif aurait pu être beaucoup plus significatif si la croissance démographique du pays sur la même période avait été plus faible. Mais derrière les priorités affichées, la réalité des arbitrages budgétaires est moins claire. D'après les documents préparatoires du Plan II, 65% du budget consacré aux hôpitaux et aux dispensaires (360 M. ₹) aurait été alloué aux hôpitaux et à leur amélioration, contre seulement 35 % aux PHU (Batliwala 1978 : 16). Le développement des hôpitaux, qui consomme une part importante des budgets d'investissements, semble privilégié au détriment des PHU censées desservir les territoires les moins bien équipés. Contrairement à l'idée défendue par le Comité Bhore d'un développement de la base vers le sommet, les premiers Plans investissent dans le développement des services hospitaliers les plus spécialisés, et par conséquent vers les espaces urbains. Le comité Mudaliar releva ainsi qu'un tiers des lits hospitaliers publics se trouvaient dans 125 grands hôpitaux et que les hôpitaux de moins de 50 lits qui représentaient 70% des établissements, n'accueillaient que 19% des lits (Ministry of Health and Family Welfare 1962 : 73).

10 Nous excluons ici les sommes allouées au planning familial et à l'assainissement de l'eau.



Illustration 4: All India Medical Institute of Medical Sciences (New Delhi, 1960, source : AIIMS-USA)

Cette décennie est aussi marquée par le développement rapide de nouvelles facultés de médecine qui doivent permettre de former le personnel médical nécessaire au bon fonctionnement du système de soins public et des infrastructures en développement. Le nombre de facultés de médecine va plus que doubler entre 1951 (32 facultés) et en 1963 (77 facultés). La coopération Néo-Zélandaise permet le financement et l'ouverture d'une institution d'excellence comme le *All India Institute of Medical Sciences* (AIIMS) en 1956 (Illustration 4 p.51). Au delà de la formation médicale, ces facultés de médecine permettent aussi d'augmenter le nombre d'établissements hospitaliers à travers le pays.

C.2. De nouvelles priorités de santé publique

Au début des années 1960, l'heure est venue de faire un premier bilan de dix années de planification dans le secteur de la santé. Le comité Mudaliar est constitué à la fois pour évaluer les résultats obtenus par l'Union Indienne, et indiquer la voie à suivre pour les prochaines années (Ministry of Health and Family Welfare, 1962). Si le comité relève que les services de santé se sont développés rapidement, surtout au vue des contraintes budgétaires de la jeune Union Indienne, il souligne que l'amélioration de la desserte de la population et les objectifs chiffrés proposés par le comité Bhore sont inatteignables. Le développement des infrastructures masque péniblement la faiblesse de leurs moyens humains et techniques. Les centres de soins et les hôpitaux sont peu ou mal équipés. Le personnel médical manque pour permettre à ces établissements de remplir pleinement leurs missions.

Le rapport Mudaliar marque un tournant à plusieurs points de vue. Alors que le comité Bhore recommandait dans un premier temps le développement de PHU pour en venir plus tard au développement des hôpitaux de district, le rapport Mudaliar proposa le gel du développement des PHU (Ministry of Health and Family Welfare 1962 : 90-91), et le redéveloppement des PHU existants pour servir un bassin de population encore plus large (1 PHU pour 40000 habitants contre 1 PHU pour 20000). Au lieu de disperser les maigres moyens humains et techniques disponibles, le comité juge préférable dans un premier temps de les concentrer dans moins d'institutions. La population rurale devra patienter jusqu'au jour où les finances publiques permettront d'ouvrir plus de PHU. Pour compenser de telles mesures, le comité recommande le développement des hôpitaux de district auxquels seraient rattachées les fameuses cliniques mobiles capables de desservir les espaces ruraux. Les liens administratifs et fonctionnels entre PHU et hôpitaux de district devront donc être renforcés. Les hôpitaux de district, initialement envisagés comme centre de soins curatifs, se retrouvent au cœur du système de soins public et de sa coordination. Le comité propose aussi plusieurs mesures, notamment en matière d'avancement de carrière, pour attirer les médecins vers les zones rurales.

Plans Quinquennaux	Budget Total (Mds. ₹)	Santé	Planning Familial	Assainissement (eau)
1951/56 – Plan I	19,6	3,33%	0,01%	0,56%
1956/61 – Plan II	46,7	3,01%	0,05%	1,58%
1961/66 – Plan III	85,8	2,63%	0,29%	1,28%
1966/69 – Plans annuels	66,3	2,12%	1,06%	1,55%
1969/74 – Plan IV	157,8	2,13%	1,76%	0,65%
1974/78 – Plan V	394,3	1,93%	1,25%	1,39%

Tableau 2: Le budget santé dans les Plans quinquennaux (1951-78)

Cette réorganisation alla de pair avec l'apparition de nouvelles priorités en matière de santé. La Commission au Plan commence à revoir sa politique d'investissement dans les infrastructures de soins au cours des années 1960. Si le MoHFW continue de vouloir soutenir un tel développement, les fonds de la Commission au Plan se réorientent vers les campagnes de prévention contre les maladies transmissibles et l'amélioration des infrastructures (p. ex. l'accès à l'eau potable). La forte croissance démographique des années 1950 mettait en péril les maigres progrès de l'économie indienne. Les épisodes de famine menaçaient régulièrement l'équilibre du pays (Frankel, 2005). Le planning familial et le contrôle des naissances devinrent une nouvelle priorité. Le budget alloué au planning familial par la Commission au Plan passa de 1 M. ₹ pour le Plan I (1951-56) à plus de 700 M. ₹ pour les plans annuels de la deuxième moitié des années 1960 (Tableau 2, p.52). La part des dépenses de santé dans les différents Plans Quinquennaux s'érode lentement, passant de 3,3 % au milieu des années cinquante à 1,9 % à la fin des années soixante-dix. Cet infléchissement affecte négativement les objectifs

d'investissement dans les services hospitaliers. Si 54000 nouveaux lits hospitaliers sont encore créés dans le secteur public lors du Plan III (1961-66), seuls 15000 lits sont créés lors des Plans annuels de la deuxième moitié des années 1960. Lors du Plan IV (1969-74), la Commission au Plan n'envisage la création que de 25000 lits hospitaliers supplémentaires. Le développement des PHC, des unités de soins primaires, en zones rurales est perçu comme une priorité à une époque où Indira Gandhi assoit sa légitimité sur le thème de la lutte contre la pauvreté, « *Garibi Hatao* » (« Abolir la pauvreté »), lors des Élections Générales de 1971. L'investissement dans le secteur hospitalier est relégué au second plan.

On doit enfin noter que certains États de l'Union ont bénéficié d'efforts d'investissements dans le développement des infrastructures hospitalières. Les États situés à proximité de la Chine (Jammu & Cachemire, Himachal Pradesh, Sikkim, Arunachal Pradesh, Assam) sont perçus comme prioritaires, et ont reçu ainsi d'importantes subsides du gouvernement central pour développer leurs infrastructures de soins. Pendant ce temps le nombre d'hôpitaux en Uttar Pradesh dans le Bengale Occidental décroît (Kayastha & M. B. Singh, 2004). Les grands États du nord de l'Inde (Uttar Pradesh, Bihar, Rajasthan, Madhya Pradesh), pourtant très peuplés mais aux ressources fiscales insuffisantes, ne bénéficièrent d'aucunes mesures de péréquation particulières. Les États de l'Union les plus riches comme le Gujarat et le Maharashtra, réussissent à développer leurs systèmes hospitaliers. Le Kerala, malgré des moyens plus limités, se distingue par sa politique d'investissement dans les infrastructures de soins et la formation médicale. La planification est donc incapable de réduire les inégalités régionales dans la distribution des services hospitaliers.

C.3. Les hôpitaux publics en crise

La diminution des investissements dans les infrastructures hospitalières va exacerber plusieurs problèmes d'organisation et de gouvernance du système hospitalier public en Inde. Le sous-investissement crée d'importantes distorsions sur le marché de l'emploi médical. À partir des années 1970, le système de soins public dans son ensemble est incapable d'absorber l'augmentation du nombre de médecins fraîchement diplômés, par manque de nouveaux postes. Alors que l'Inde manque d'infirmiers et d'agents de santé, le pays forme beaucoup trop de médecins. Selon les estimations de l'*Indian Medical Association* de 15000 à 20000 médecins seraient au chômage au début des années 1970 (Maru, 2004). Les ouvertures de facultés de médecine ont satisfait certains groupes d'intérêt professionnels et politiques, mais ne répondaient pas aux besoins de santé de la population. Face au chômage, de plus en plus de médecins choisissent d'ouvrir un cabinet privé ou partent à l'étranger. La planification est en échec et n'arrive plus à accorder formation de professionnels et postes disponibles. Les médecins refusent de venir pratiquer dans des zones rurales isolées et mal desservies.

Les postes de santé primaire, sous-équipés (p. ex. manque de médicaments) et en nombre insuffisant dans certaines régions ne peuvent jouer leur rôle de porte d'entrée du système de santé. L'absentéisme des professionnels et le clientélisme n'y arrangent rien. Parce que les transferts de personnel médical sont réguliers, de nombreux postes de santé primaires restent fermés pour cause de vacances de postes. Le référencement des patients qui devait permettre une gestion rationnelle des flux de patients est en échec et les hôpitaux publics se retrouvent submergés. Dans les villes les patients ignorent l'existence des dispensaires publics et préfèrent aller directement dans un grand hôpital public. Les patients référencés par les PHC ne sont pas prioritaires et se retrouvent à faire la queue avec les autres patients (Batliwala, 1978). Le grand écart qui a consisté à développer de manière concomitante un réseau de soins tertiaire de qualité et une infrastructure de soins primaires s'est retourné contre le système dans son ensemble, contribuant à sa faillite. La forte croissance démographique du pays et l'augmentation du nombre de patients accentuèrent la pression sur un système de soins hiérarchisé mais dont la gouvernance n'établit pas clairement les autorités et les fonctions à chaque niveau.

La diminution relative des investissements dans les hôpitaux publics se traduit aussi par une détérioration des conditions de travail et d'accueil des patients. Alors qu'on a souvent accusé les hôpitaux publics d'accaparer la majorité des budgets de santé publique, Jeffery (Jeffery, 1986) après avoir rassemblé différentes sources, établit que le secteur hospitalier public consomme 30 % du budget alloué à la santé dans plusieurs États de l'Union. Les hôpitaux vieillissent donc sans bénéficier de travaux de rénovation ou d'investissement dans l'équipement, et ce alors que le nombre de patients à traiter augmente. Dans une étude sur les médecins du *All India Institute of Medical Science* (AIIMS), Rama Baru (Baru, 2005) montre comment la dégradation des conditions de travail affecte le sens du devoir des médecins et leur attachement à l'institution. AIIMS était une institution d'excellence et offrait de bonnes conditions de travail et de recherche aux médecins. Elle était un des temples de la modernité chers à Nehru. Un sentiment de lassitude gagne le corps médical. Progressivement de plus en plus de médecins quittèrent AIIMS pour l'étranger. Les nouvelles générations de médecins eurent des aspirations plus individuelles, plus carriéristes.

C.4. La privatisation de l'intérieur

La privatisation de l'offre de soins hospitaliers est en germe dans les hôpitaux publics et dans leur crise. La double pratique publique-privée a été un des ferments de la privatisation des soins en Inde. Ce phénomène n'est pas spécifique à l'Inde. Mebtoul (Mebtoul, 2004) en Algérie a déjà montré comment le clientélisme et la pratique privée ont miné de l'intérieur les hôpitaux publics. La double pratique présente de nombreux avantages pour le praticien. L'hôpital public lui assure un revenu régulier et la

sécurité de l'emploi. Au début de sa carrière il peut s'y créer une clientèle. Le praticien peut aussi bénéficier des équipements et de l'infrastructure de l'hôpital public pour y soigner ses patients privés. L'hôpital lui assure un réseau de contacts et un statut monnayable plus tard dans le secteur privé. Les cliniques privées comptent en effet sur des consultants du secteur public pour attirer à elles un flux régulier de patients.

Contre les recommandations du comité Bhore préconisant l'interdiction de la pratique privée par les médecins du secteur public et l'interdiction des consultants privés dans les institutions publiques, le comité Mudaliar (1962) estima nécessaire d'ouvrir les hôpitaux publics à ces pratiques. Considérant les 40 à 70 % de médecins pratiquant dans le secteur privé, et le besoin de mobiliser toutes les forces disponibles pour l'application des programmes de santé (vaccination, campagne de prévention), le comité Mudaliar proposa que les praticiens privés reçoivent le statut de consultant dans les hôpitaux publics et soient autorisés à opérer leurs patients dans ces mêmes hôpitaux. Comme nous l'avons signalé précédemment, le brouillage de la frontière entre public et privé n'était pas nouveau dans les hôpitaux en Inde.

Le retournement de 1961 peut être vu comme une victoire du lobby médical, et comme un retour à la situation coloniale. Même lorsque le comité Jungawalla (1967) proposa de revenir aux principes défendus par le comité Bhore, l'interdiction de la pratique privée se limita à quelques postes d'enseignants ou de chercheurs, puis pour tout médecin exerçant un poste à responsabilité dans une structure publique. La santé et le système de soins relevant de la compétence des États de l'Union, certains gouvernements locaux essayèrent de mettre fin à la double pratique publique et privée. L'Andhra Pradesh (1968, 1984), l'Uttar Pradesh (1975), le Bihar (1986) interdirent cette pratique. Les grèves, les démissions de médecins seniors, l'insertion des médecins dans les réseaux politiques, et la menace d'un chaos complet dans les hôpitaux publics eurent rapidement raison de ces lois.

Conclusion

Ce chapitre a été l'occasion d'introduire certaines spécificités du système hospitalier indien. Dès le milieu du 19^e siècle coexistent un secteur hospitalier public et un secteur hospitalier privé. Contrairement à d'autres pays colonisés, le secteur privé ne se limite pas aux hôpitaux caritatifs des congrégations religieuses, mais recouvre aussi une offre locale financée par des philanthropes indiens. Ces initiatives sont en partie soutenues par les autorités britanniques qui limitent leur politique de santé publique à la préservation de leurs intérêts militaires et économiques. Le développement des hôpitaux privés dans le Bombay de la deuxième moitié du 19^e siècle nous offre un exemple saisissant des

modalités de partenariats entre acteurs privés et pouvoirs publics, et des tensions qui prévalent autour du financement de ces hôpitaux dans le cadre du gouvernement urbain.

Dans les années qui précèdent l'Indépendance, une réflexion riche s'engage sur le futur du système de santé indien. Le gouvernement dirigé par Nehru entraîne l'Inde dans la voie de la modernisation sociale et de la planification économique. Alors que la situation sanitaire héritée de la colonisation est déplorable, la mise en place progressive d'un État-providence doit garantir à moyen terme l'accès aux services de santé pour tous. Les nouvelles facultés de médecine, les nouveaux hôpitaux, les nouveaux centres de soins primaires, l'assurance-santé pour les fonctionnaires constituent le noyau de ce qui doit devenir un système de santé public, intégré, universel couvrant équitablement l'ensemble du territoire national. Les réalisations des années 1950 et 1960 sont nombreuses, aussi bien en matière de formation médicale, de développement des infrastructures et de contrôle des maladies contagieuses. Par rapport à d'autres pays décolonisés en Afrique ou en Asie, l'Inde a identifié très tôt le besoin de développer son infrastructure de soins, et a investi sans interruption dans le développement de ses équipements hospitaliers sur plusieurs décennies (Banerji, 1985).

Mais après vingt ans de planification, l'objectif d'un système de santé universel semble inatteignable. Les contraintes budgétaires liées aux guerres successives avec le Pakistan et la Chine, la forte croissance démographique du pays, les ajustements nécessaires, et parfois contradictoires de la politique de santé nationale font peser de fortes contraintes sur le développement des infrastructures de soins. En 1983, on dénombre officiellement 6907 hôpitaux et 486805 lits hospitaliers (Banerji, 1985), soit 0,71 lits pour 1000 habitants. 37 ans plus tôt le comité Bhore visait 5 lits pour 1000 habitants à l'horizon 1966. Si les infrastructures hospitalières ne se sont pas développées au point de desservir l'ensemble du territoire, elles ont accaparé des ressources financières importantes notamment vis-à-vis du secteur de santé primaire. Débordé par le nombre de patients, confronté à la corruption, et à une pratique privée interne qui sape toute ambition de soins gratuits et universels, le secteur hospitalier public est en crise dès le milieu des années 1970.

Au delà de la planification, la centralisation du système a conduit dans une impasse. Pour le comité Bhore la hiérarchisation des services de santé ne pouvait se concevoir sans intégration institutionnelle et fonctionnelle des différents échelons, du poste de santé à l'hôpital tertiaire. Le gouvernement central s'invite à tous les niveaux du système de soins et vient saper une partie de la légitimité des États de l'Union qui deviennent les maillons faibles du système de soins en termes de financements et de contrôle. La planification et les investissements dans le réseau de soins, pilotés depuis New Delhi, sont déconnectés de la réalité locale. Le projet, voire l'idéalisation d'un modèle de soins universaliste, a été

rattrapé par la réalité d'un pays, à peine sortie de la colonisation, traversé de profondes fractures territoriales, sociales, et aux fondements économiques trop fragiles pour supporter les investissements nécessaires à la mise en place d'un État-providence.

CHP2. De la planification au marché : l'essor du secteur hospitalier privé

Introduction

À l'occasion de crises sanitaires ou d'un nouvel exercice budgétaire, les articles fleurissent dans certains cercles sur la privatisation des soins et ses méfaits (Baru, Qadeer, & Priya, 2000). À partir de 1991, au moment où l'Inde s'engage sur la voie des réformes économiques, la santé et le système de soins public indien apparaissent comme des secteurs menacés par l'action de grandes institutions internationales, comme la Banque Mondiale ou le Fond Monétaire International (M. Rao, 1999). Comme dans d'autres pays d'Amérique du Sud ou d'Afrique, la Politique d'Ajustement Structurel (PAS) par la réduction des dépenses publiques de santé vont toucher les plus pauvres, accentuer les inégalités d'accès aux soins et enterrer le principe fondateur de l'accès aux soins pour tous les Indiens. D'autres chercheurs vont au contraire défendre les réformes, la rationalisation du système de soins public indien et la supériorité du marché comme moyen de réguler et de distribuer les soins (Berman & Khan, 1993). Pour ce courant de pensée l'Inde doit s'inspirer de l'expérience d'autres pays, notamment par la mise en place d'un partenariat public-privé (PPP) cohérent.

Il est intéressant de noter ici que la plupart des publications sur la privatisation des soins à l'époque des réformes reposent sur des données antérieures à 1991. Cherchant à se placer dans la prospective, les prises de position idéologique y prennent parfois le pas sur une appréhension précise de la privatisation des soins. Ces deux courants partagent une vision similaire de la privatisation des soins en ce qu'ils considèrent que les mêmes causes (le remboursement de la dette) produisent les mêmes effets (le contrôle des dépenses publiques), et les mêmes solutions (la privatisation des soins) dans tous les pays. À l'exception de certains travaux (Baru, 1998), ils manquent souvent la profondeur sociale, historique et territoriale de la privatisation des soins et du secteur hospitalier. Comme le souligne John Mohan, la privatisation sert de multiples intérêts et se développe à différents moments dans différents lieux et pour différentes raisons (Mohan 2002 : 115).

À travers ce chapitre nous cherchons donc à analyser l'expérience indienne de la privatisation du secteur hospitalier. Au moment de l'Indépendance, l'Inde souhaite s'orienter vers un système de soins public accessible à tous. Comment soixante ans plus tard, le secteur privé est-il devenu la porte d'entrée privilégiée du système de soins pour le patient indien ? La privatisation des soins en général et des soins hospitaliers en particulier, a pris différentes formes en Inde. Elle ne peut se réduire à une simple

expansion de l'offre de soins privée ou à une réforme du système hospitalier public. Dans son étude comparée des réformes des systèmes de santé, Carolyn Tuohy suggère que pour bien comprendre les politiques de santé, et leurs changements de direction, il faut s'intéresser à leur base locale (Tuohy, 1999). Les relations entre les médecins, les hôpitaux et les institutions locales, et leurs itérations peuvent interférer dans l'application des réformes. Les circonstances locales influent aussi sur les trajectoires et le développement des infrastructures de soins locales : poids des lobbys politiques, économiques et médicaux, situations économiques, capacité à l'innovation, certaines traditions locales, comme l'action caritative, sont autant de facteurs influençant la mise en place des politiques de santé. En s'inspirant de cette approche sensible aux discontinuités territoriales, et en n'oubliant pas les effets structurants des différentes échelles de pouvoir (international, national, régional, local) (Mohan, 1998) nous mettrons en perspective les différents mécanismes à l'œuvre dans la privatisation des soins en Inde, et leurs effets sur la distribution des services hospitaliers et leur accessibilité en particulier dans les zones urbaines.

A. A l'ombre de la planification : le développement du secteur privé

A.1. Le secteur hospitalier privé au sortir de l'Indépendance

Les réalisations du gouvernement central et des États de l'Union dans le secteur hospitalier ne doivent pas masquer la persistance d'un secteur hospitalier privé en Inde après l'Indépendance. Alors que le développement des infrastructures hospitalières gouvernementales a été abordé dans les rapports annuels du *Central Bureau of Health Intelligence* (CBHI) ou par plusieurs chercheurs (Banerji, 1985; Jeffery, 1988; Kayastha & M. B. Singh, 2004), on sait aujourd'hui encore assez peu de choses sur la dynamique du secteur hospitalier privé au sortir de l'Indépendance. Plusieurs tendances se dégagent néanmoins dans les années 1950 et 1960.

La création du Pakistan en 1947 va avoir un impact sur le développement du secteur hospitalier de plusieurs régions. Comme dans d'autres secteurs de l'économie et des services (p. ex. l'éducation), l'afflux des réfugiés de la Partition va apporter un nouveau dynamisme. Parmi les réfugiés du Sind, du Punjab Occidental, des médecins et des hommes d'affaires philanthropes vont investir dans le développement de nouveaux hôpitaux caritatifs dans leurs villes d'accueil. Dans le nord ouest de l'Inde, à Delhi et Ludhiana, plusieurs hôpitaux privés furent créés par des familles hindoues réfugiées du Punjab Occidental. À Mumbai devant la situation sanitaire critique des réfugiés du Sindh, des philanthropes sindhis entraînés par la famille Hinduja, financèrent un dispensaire dès 1951 (entretien

contact n°47, 11/12/07). Le dispensaire fut transformé en un hôpital de 30 lits en 1953. Cet hôpital fut constamment agrandi (100 lits en 1963, 300 lits en 1986) jusqu'à devenir un des hôpitaux les plus réputés de Bombay. Nous verrons plus loin à travers l'exemple de Delhi, que le gouvernement central soutiendra certaines de ces initiatives privées.

Dans le même temps, plusieurs hôpitaux de Bombay issus de partenariats public-privé comme le J. J. Hospital ou le King Edward Memorial Hospital, passèrent définitivement sous le contrôle de la municipalité de Bombay ou du gouvernement du Maharashtra après 1947. Les philanthropes abandonnaient d'autant plus facilement leur participation à la direction des hôpitaux, que ces institutions qui avaient symbolisé une forme de résistance aux colonisateurs perdaient de leur intérêt politique (entretien contact n°65, 18/12/07). Cette nationalisation des hôpitaux marquait formellement la confiance des élites économiques du pays dans la nouvelle administration de l'Inde. La création d'hôpitaux caritatifs se poursuivait néanmoins et se diffusa à l'échelle de l'Inde. Des villes et des régions se distinguèrent par le dynamisme de leur secteur hospitalier privé caritatif. Dans le sud de l'Inde, au Tamil Nadu, au Karnataka et en Andhra Pradesh, des industriels, des hommes d'affaires, créèrent plusieurs hôpitaux caritatifs. Kuppuswamy Naidu décida de créer un hôpital à Coimbatore après les décès successifs de sa demi-sœur et de sa nièce suite à un accouchement compliqué. L'hôpital ne fut créé qu'en 1952 après son propre décès, et l'utilisation d'une partie de son héritage (entretien contact n°36, 18-19/07/07). Au Karnataka dans la région d'Udupi, le Dr Tonse Madhava Anant Pai fit l'acquisition d'un large terrain pour l'ouverture en 1953 de la première faculté de médecine privée postindépendance, le *Kasturba Medical College*. En 1961, le *Kasturba General Hospital*, vint s'ajouter à la faculté de médecine, et sera le point de départ de Manipal, un groupe hospitalier et éducatif.

Le gouvernement indien essaya d'intégrer ces initiatives privées à sa politique hospitalière. Au cours des années 1950, un Bureau d'Inspection (*Board of Inspection*) établi par le MoHFW, fut chargé de visiter les hôpitaux caritatifs et de les encourager à soutenir l'effort national. Le Bureau d'Inspection recommanda des soutiens financiers aux hôpitaux caritatifs. Certains hôpitaux caritatifs vont ainsi bénéficier de subventions intégrales ou partielles pour des programmes de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le cancer et les soins ophtalmologiques. Certaines subventions sont aussi attribuées pour l'achat d'équipement médical. Cette générosité gouvernementale se doublait de pressions politiques et d'une mise sous tutelle administrative pas toujours bien acceptée par les dirigeants des hôpitaux privés (M. Chatterjee, 1988). Conséquence de la centralisation de la politique de santé, les hôpitaux situés loin de Delhi éprouvaient plus de difficulté pour accéder à ces largesses financières.

Si les chiffres sont difficilement vérifiables, on estime qu'au milieu des années 1970, un quart des lits

hospitaliers se trouvaient dans le secteur privé (contre 60 % des médecins) (Montoya-Aguilar, 1975). Surtout le secteur privé se diversifie. À côté des initiatives caritatives, des cliniques privées avec à leurs têtes des familles de médecins se développent. L'Andhra Pradesh offre un exemple saisissant des mécanismes à l'œuvre dans l'essor de cette nouvelle offre de soins.

A.2. Le renouveau du secteur hospitalier privé : l'exemple de l'Andhra Pradesh

Comme nous l'avons relevé dans le chapitre précédent, dès la période coloniale le sud de l'Inde fut à la pointe de la médecine biomédicale par rapport à d'autres régions. Sous l'impulsion des missionnaires et des États princiers, les dispensaires et les hôpitaux s'y développèrent rapidement. Les facultés de médecine s'y multiplièrent précocement, et en 2004 les États du sud concentraient encore plus de 40% des facultés de médecine indiennes¹¹, contre 20% de la population indienne. Cet environnement propice, couplé à certaines décisions politiques, vont y entraîner un développement rapide du secteur hospitalier privé à partir des années 1970. La montée en puissance du secteur hospitalier privé a été particulièrement bien documentée en Andhra Pradesh (Baru, 1998, 2004), et donne à voir l'inscription de la privatisation du secteur hospitalier dans de puissantes dimensions sociales, économiques, et territoriales. La situation de l'Andhra Pradesh souligne le rôle joué par deux nouveaux acteurs dans le secteur hospitalier à partir des années 1970 : les entrepreneurs privés et la diaspora indienne (NRI).

La multiplication des cliniques et des hôpitaux privés en Andhra Pradesh à partir des années 1970 est symptomatique d'un long changement social dans les espaces ruraux. Beaucoup de brahmanes abandonnèrent l'agriculture à l'époque coloniale. Devenus urbains et travaillant pour l'administration britannique ou dans le secteur libéral, leur intérêt économique pour l'agriculture diminua et ils revendirent leurs terres à des castes paysannes : les Reddy, les Khamma, les Naidu, les Raju. Ce mouvement fut particulièrement fort dans l'Andhra côtier, une région qui à l'époque dépendait de la *Madras Presidency* (Omvedt, 1981). Ces groupes vont réussir à intensifier les cultures et dégager des profits supplémentaires. Ils seront plus tard les premiers bénéficiaires de la Révolution Verte dès la fin des années 1960. Toutefois, le risque latent de nouvelles réformes agraires redistribuant les terres aux plus pauvres, menaçait la position de ces nouvelles castes dominantes du système agricole. Ce risque poussa ces nouveaux entrepreneurs ruraux à réinvestir leurs profits agricoles dans d'autres secteurs économiques : le commerce, la construction, l'immobilier, la petite industrie (Baru, 1998). Investir dans l'éducation des enfants fut une stratégie pour réduire leur dépendance à l'activité agricole. Dans certains villages, les Khamma vont mener des stratégies risquées, en vendant une partie de leurs terres pour

11 Source : Ministry of Health & Family Welfare, <http://mohfw.nic.in/> (accès le 05/10/2011)

financer les études de leurs enfants dans des écoles d'ingénieurs ou des facultés de médecine (entretien contact n°51, 07/07/07). Par le passé, la paysannerie de l'Andhra côtier avait déjà investi dans la construction de logements étudiants et le financement de bourses pour encourager l'excellence scolaire. Leur nouveau poids économique et leurs réseaux politiques, vont leur offrir de nouvelles opportunités dans une Inde fraîchement indépendante. À travers maintes pressions politiques et donations aux facultés, ils obtiennent une augmentation du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine, quand ils n'obtiennent pas la création de nouvelles facultés de médecine, comme celle du Guntur en 1954 (entretien contact n°54, 17/09/07). Lorsque des médecins fraîchement diplômés décident d'ouvrir leurs hôpitaux ou leurs cliniques, les familles apportent leur soutien financier à ces projets. De nombreux promoteurs de cliniques privées à Hyderabad sont ainsi issus de ces castes d'agriculteurs (Reddy, Kamma, Raju) (Baru, 1998). Selon la même enquête, plus la taille de la clinique est importante, plus on trouve de promoteurs issus de riches familles d'agriculteurs ou de grands propriétaires terriens. L'implication de ces castes d'agriculteurs se lit aussi dans la géographie du secteur hospitalier privé en Andhra Pradesh. Dans une autre étude, Rama Baru (Baru, 2004) relève que le nombre d'hôpitaux privés est supérieur dans les districts côtiers ayant bénéficié de la Révolution Verte par rapport notamment aux districts du plateau de la Telangana.

Plusieurs mesures marquées par le sceau de l'interventionnisme étatique vont avoir un impact inattendu dans l'essor du secteur hospitalier privé. En 1969, les plus grandes banques commerciales indiennes furent nationalisées. Cette nationalisation des banques donna un accès plus facile au crédit pour plusieurs secteurs de l'économie indienne et pour les acteurs économiques du monde rural. L'agriculture, la petite industrie, la santé et l'éducation bénéficièrent de la démocratisation des prêts qui devinrent rapidement une source de financement importante dans la création de cliniques et d'hôpitaux privés (Baru, 1998). Dans un État comme l'Andhra Pradesh, l'interdiction de la pratique privée aux médecins du secteur public eut là encore des répercussions inverses de celles escomptées. Au cours des 18 mois qui suivirent la première interdiction de 1968, de nombreux médecins seniors démissionnèrent de leurs postes dans les hôpitaux publics et rejoignirent le secteur privé ou quittèrent l'Andhra Pradesh pour l'étranger. Face à la paralysie des hôpitaux publics et aux pressions politiques, cette interdiction fut rapidement abandonnée. À partir de 1983, le parti régional du Telugu Desam réimposa cette interdiction jusqu'au retour du Partir du Congrès au pouvoir en 1989. Des médecins seniors mais aussi juniors quittèrent de nouveau les hôpitaux publics. Toujours d'après l'enquête de Rama Baru (Baru, 1998), au début des années 1990 la majorité des propriétaires de cliniques privées d'Hyderabad ayant précédemment pratiqué dans le secteur public, ont rejoint le secteur privé suite à l'interdiction de la double pratique privée-publique.

Les médecins NRI furent d'autres acteurs importants de la privatisation des soins hospitaliers en Inde, et en Andhra Pradesh en particulier. À partir des années 1960, un nombre croissant de médecins indiens quittèrent le pays. Comme nous l'avons précédemment souligné un tel mouvement trouve une partie de son origine dans l'inadéquation entre la formation médicale et les besoins de soins du pays. Les meilleures conditions de travail, les meilleurs salaires, l'opportunité de faire de la recherche médicale de haut niveau, sont des facteurs tout aussi importants dans le choix de s'installer aux États-Unis, au Royaume-Uni ou dans les pétromonarchies du Moyen-Orient. Les États-Unis furent la destination privilégiée par beaucoup de praticiens indiens. En effet dans les années 1960, les programmes *Medicare* et *Medicaid* qui donnaient accès à des soins gratuits pour les pauvres et les personnes âgées entraîna une forte croissance de la demande de soins. Le gouvernement fédéral américain soutint la création de nombreuses cliniques et hôpitaux privés par une politique d'exemption fiscale et de subventions. Le manque de main d'œuvre médicale se fit alors durement sentir. Des investissements dans la formation du personnel médical et l'assouplissement des règles migratoires furent décidés. 38000 médecins d'origine indienne pratiqueraient actuellement aux États-Unis (Raymer, 2004). Toutefois la crise économique des années 1970 toucha durement le secteur des soins hospitaliers. La rigueur et la volonté des assureurs de mieux maîtriser les dépenses de santé entraînèrent un mouvement de concentration du secteur. Des hôpitaux fermèrent ou réorientèrent leur activité vers les secteurs les plus rentables. Lors du premier mandat du Président Ronald Reagan (1980-84), les conditions d'éligibilité au programme *Medicaid* se durcirent. Certaines chaînes hospitalières connurent d'importantes difficultés financières. Dans ce contexte morose, les investissements dans la formation de la décennie précédente portèrent leurs fruits au plus mauvais moment. Le nombre de nouveaux diplômés issus des facultés de médecine américaines passa de 7409 en 1965 à 15135 en 1980 (Starr, 1982). Avec le maintien d'une forte immigration de praticiens étrangers, le marché local des soins devint saturé.

Certains praticiens NRI partis aux États-Unis dès les années 1960 commencent à revenir en Inde vers le milieu des années 1970. Ces pionniers du retour, le font pour des raisons très personnelles, parfois teintés de patriotisme. Beaucoup de ces NRI sont issus des castes d'entrepreneurs agricoles précédemment décrites. Certains des plus grands hôpitaux privés d'Hyderabad sont le fait de NRI (Baru, 1998). Le père de Prathap Reddy, le fondateur d'Apollo Hospitals, était un grand propriétaire terrain du sud de l'Andhra Pradesh (entretien contact n°11, 21-22/11/05). Tirant profit de leur réseau familial, du prestige conféré par leur pratique à l'étranger, ces médecins réussissent à développer leur activité. Tous les médecins NRI ne revinrent pas en Inde et certains se contentèrent d'investir dans le secteur médical. En mobilisant leurs réseaux professionnels aux États-Unis, certains médecins NRI purent ainsi ouvrir des cliniques privées, équipées des dernières innovations en matière de technologies médicales. Lorsqu'en 1983, Prathap Reddy ouvrit son premier hôpital à Chennai, 40% de

l'investissement initial venait de collègues NRI restés aux États-Unis (Loveman & O'Connell, 1995).

La mobilité sociale de certains groupes, la circulation migratoire internationale, les intérêts économiques, ont pesé dans la privatisation accélérée des soins hospitaliers en Andhra Pradesh dès les années 1970. Dans d'autres régions de l'Inde, comme le Tamil Nadu, le Punjab ou le Karnataka, parfois plus tardivement, des entrepreneurs et des médecins vont investir dans le secteur hospitalier. Ce mouvement local va finir par rencontrer un écho national suite à un changement de politique de santé au début des années 1980.

B. La privatisation au service de la planification ?

B.1. National Health Policy, 1983 : la privatisation pour atteindre la santé pour tous en 2000

Au début des années 1980, le secteur hospitalier indien présente un visage contrasté. Le secteur hospitalier public s'est développé au gré des contraintes budgétaires, sans atteindre au final les objectifs d'universalisation du service fixés à l'Indépendance. Dans le même temps, le secteur hospitalier privé, embryonnaire et limité aux institutions caritatives à l'Indépendance, s'est lui aussi développé et rapidement diversifié à partir des années 1970. Dans son rapport annuel, le CBHI dénombre en 1983, 3022 hôpitaux privés sur les 6900 hôpitaux enregistrés par les autorités (43,8% des hôpitaux). Contrairement à d'autres pays comme le Chili (Miranda, Scarpaci, & Irarrázaval, 1995) ou la Nouvelle-Zélande (Ashton, Mays, & Devlin, 2005), la privatisation des soins hospitaliers n'a donc pas tant été le fait d'une réorientation des politiques de santé à l'échelle nationale, que d'une transformation endogène du système de soins sur plusieurs décennies. Alors que l'Inde traverse une série de crises politiques et économiques à la fin des années 1970 (Frankel, 2005; Jaffrelot, 2006), le pays doit s'inventer un nouveau modèle de développement et une nouvelle politique de santé. Au début des années 1980 le discours est donc à la réforme du système de soins, et à la nécessaire reconnaissance du secteur privé.

De la Commission du Plan au Ministère de la santé en passant par le milieu de la recherche il existe un large consensus sur la situation des services de santé indiens au début des années 1980. L'inadéquation de plus en plus flagrante entre les besoins de santé de la population indienne et le système de soins public aggravait les inégalités qu'il était censé réduire. Banerji souligne que les services de santé urbains recevaient plus de moyens que les services de santé situés en zones rurales. Les grands hôpitaux publics du pays investissaient de plus en plus dans des thérapies de pointe qui ne concernaient qu'une minorité de patients (Banerji, 1985). Comme nous l'avons souligné précédemment, les réalisations et les

orientations du système de soins publics se sont progressivement éloignées des objectifs fixés par le comité Bhore. L'ambition universaliste, la réduction des inégalités d'accès, et de desserte des services de soins ont été mises sous pression par les contraintes budgétaires, le refus de voir le développement des infrastructures de soins comme une priorité, et le poids d'un lobby médical (*Indian Medical Association*) refusant la démocratisation de la formation et de la pratique médicale. La conférence d'Alma-Ata en 1978 organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) vient rappeler le long chemin que l'Inde doit encore parcourir avant d'atteindre l'objectif de la « santé pour tous en 2000 ». À l'occasion de cette conférence, l'OMS insiste sur la nécessité de réduire les inégalités face à la santé, et de considérer la santé comme un droit universel. Surtout l'OMS considère que les États doivent focaliser leurs efforts sur le secteur de soins primaires pour améliorer l'état de santé de leurs populations.

En 1979, suite à la conférence d'Alma-Ata, le MoHFW prépara un nouveau document cadre pour adapter les objectifs définis par l'OMS à la situation indienne. Ce document préparatoire posa la démocratisation des services de santé comme le principe fondateur de la future politique de santé de l'Inde. La population devait pouvoir influencer sur le gouvernement, et la gestion des services de santé. Les bureaucrates ne devaient plus être les seuls décideurs. Cette volonté démocratique affichée, impliquait *in fine* un transfert de responsabilité de l'État vers les individus qui devenaient responsables de leur santé, et ce en contradiction avec les principes défendus par le comité Bhore trente ans plus tôt. Cette vision fut reprise dès le sixième Plan quinquennal (1980-1985) qui insista sur l'implication des individus, et des communautés dans l'amélioration de la santé. Ce tournant s'inscrit dans la politique du nouveau gouvernement central formé par les opposants au Parti du Congrès qui remportèrent une éclatante victoire lors des élections générales de 1977. Le retour au pouvoir d'Indira Gandhi, et du Parti du Congrès en 1980 aboutira à une reformulation de la politique de santé nationale.

En 1983, le gouvernement central publie sa Politique de Santé Nationale, *National Health Policy*, (NHP) (Ministry of Health and Family Welfare, 1985). Ce document s'inscrit dans la longue tradition des documents cadres qui ont jalonné l'histoire de la politique de santé en Inde depuis le premier rapport du comité Bhore. Comme les rapports précédents, la *National Health Policy* dresse un bilan de la politique de santé et de ses résultats avant de regarder vers l'avenir. Après avoir relevé les progrès accomplis depuis l'Indépendance, le rapport propose plusieurs pistes pour améliorer l'organisation des services de santé, et surtout leur accessibilité qui représente le principal échec de la politique de planification des services de santé. La NHP propose de (re)développer un réseau de centres de soins primaires, correctement équipés, et dirigés par une équipe médicale au complet. Cette proposition a déjà été faite dans tous les rapports du ministère de la santé portant sur les services de santé, et dans tous les Plans. La nouveauté se situe dans la reconnaissance des services de santé privés dans un document-

cadre. Pour la première fois un document gouvernemental reconnaît non seulement l'importance du secteur privé dans la délivrance de soins mais surtout l'importance pour la puissance publique de soutenir le développement du secteur privé en vue de remplir l'objectif de la « santé pour tous en 2000 » (Ministry of Health and Family Welfare 1985 : 8) :

« Réhabiliter le rôle, et l'importance des actions caritatives de santé à tous les niveaux, et les organisations caritatives vis-à-vis du gouvernement, de son rôle, et de sa responsabilité dans ce domaine. La politique prévoit une relation très constructive, et de soutien entre les secteurs public, et privé dans le domaine de la santé pour corriger, et rétablir la position du secteur de santé privé. [...] »

En vue de réduire les dépenses gouvernementales, et en utilisant pleinement des ressources inexploitées, des programmes planifiés peuvent être conçus en fonction des besoins, et potentiels locaux, afin d'encourager l'activité d'agences non gouvernementales cherchant à établir des centres de soins. Un soutien logistique, financier, et technique doit être offert aux organismes caritatifs actifs dans le domaine de la santé.»¹²

Pour remplir les objectifs de la santé pour tous, le gouvernement central propose donc de développer un partenariat avec le secteur privé à tous les niveaux du système de soins. Selon ce rapport le soutien du gouvernement aux services de santé privés pourrait prendre différentes formes, via des partenariats techniques, financiers et logistiques. Le rapport va même plus loin en proposant que le secteur privé caritatif aide le gouvernement dans les soins de santé primaire, et le secteur privé lucratif aide le gouvernement pour les soins tertiaires spécialisés. Les dispensaires et les PHC seraient la spécialité des sociétés caritatives, tandis que les hôpitaux ne sauraient être qu'une opération commerciale. Au final le gouvernement doit se cantonner à un rôle d'intermédiaire en termes de dispense de soins (soins secondaires), et centrer son action sur la coordination et la régulation des différentes offres de soins pour la population. À travers la deuxième citation, on comprend aussi que la faiblesse récurrente des investissements publics dans le système de soins, et dans le développement de nouvelles infrastructures doit encourager le gouvernement à soutenir l'investissement privé. Un tel changement de direction se traduit en des termes politiques très concrets, et présente un nouveau champ d'opportunités pour les investisseurs privés.

12 « Rehabilitating the role and importance of voluntary health actions at all levels and voluntary organisations vis-à-vis the government's role and responsibility in this area. The policy envisages a very constructive and supportive relationship between the public and private sectors in the area of health by providing a corrective to re-establish the position of the private health sector [...] With a view to reducing governmental expenditure and fully utilising untapped resources, planned programmes may be devised, related to local requirements and potentials, to encourage the establishment of practice by non governmental agencies establishing curative centres and by offering organised logistical, financial and technical support to voluntary agencies active in health field. »

B.2. Clientélisme et jeu d'influences : l'ouverture du secteur hospitalier aux acteurs privés

Ce que l'on rassemblera au cours des années 1990 sous le terme de Partenariat Public-Privé (PPP) est donc en germe dès 1983 dans la politique nationale de santé. On a vu à travers différentes initiatives que l'État indien n'a jamais complètement ignoré le secteur privé mais les soutiens étaient ponctuels, localisés, et ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une politique nationale. Dans le modèle d'une Inde à l'économie planifiée, l'État a toujours été incontournable pour les entreprises privées. De l'obtention de contrats et d'investissements, aux licences de production et de commercialisation, les entreprises privées, notamment les grands groupes industriels familiaux, devaient nécessairement se confronter à l'État indien et au Parti du Congrès. Les connexions et les réseaux d'influences politiques, voire religieux, locaux et nationaux, étaient nécessaires pour débloquer des projets, des contrats, des opportunités pour les entreprises. Sans projets de grande envergure économique, composé de petites cliniques et d'hôpitaux caritatifs de rayonnement local, le secteur hospitalier privé n'avait jamais eu besoin du soutien du gouvernement central pour exister et se développer. Tout cela va rapidement changer au cours des années 1980.

Le parcours de Prathap Reddy, les mécanismes et les jeux d'influences qui vont prédisposer à la naissance de son premier hôpital à Chennai sont une formidable porte d'entrée pour comprendre les bouleversements du secteur hospitalier privé au début des années 1980. Issu d'une famille de grands propriétaires de Chittoor en Andhra Pradesh, il fait des études de médecine à Chennai, avant de partir pour les États-Unis à la fin des années 1950. Après une dizaine d'années à pratiquer la cardiologie dans différents hôpitaux américains, il retourne à Chennai au début des années 1970. Il est alors consultant en cardiologie au sein du *HM Hospital*, une clinique de 30 lits. Parce qu'il n'a pas accès aux équipements adéquats, il réfère certains patients pour des pontages coronariens à son ancien mentor, basé à Houston aux États-Unis. Il réfléchit pendant plusieurs années à l'ouverture d'un hôpital capable d'offrir des soins spécialisés à la population indienne. En 1979, un de ses patients, qui ne peut payer les 30000 US\$ nécessaires à son opération aux États-Unis, décède laissant derrière lui une veuve et deux jeunes enfants. Prathap Reddy raconte volontiers à longueur d'interviews que le décès de ce jeune entrepreneur, le convainc définitivement d'ouvrir son hôpital (Pandit, 2007). Après plusieurs visites aux États-Unis pour convaincre des collègues NRI de financer une partie de son projet, Prathap Reddy décide que son hôpital sera une entreprise commerciale. Aux États-Unis, il a remarqué que ces hôpitaux étaient mieux gérés que les hôpitaux caritatifs. Une rencontre avec Thomas Frist Jr (Loveman & O'Connell, 1995), l'un des fondateurs de *Hospital Corporation of America*, la première chaîne hospitalière au monde, achève de le convaincre. En Inde les grands hôpitaux privés sont tous des sociétés

caritatives, et à l'époque aucun hôpital privé n'est enregistré comme entreprise commerciale sur une base d'actionnariat. Prathap Reddy va devoir affronter un carcan réglementaire interminable. À cause de son activité hospitalière, il lui faudra deux ans pour convaincre les autorités d'enregistrer son entreprise. Il lui est difficile d'obtenir un terrain pour construire son hôpital. Après la signature d'une promesse d'achat pour un hôtel qu'il veut transformer en hôpital, l'avis de certains gurus, et les principes du vastu, le poussent à renoncer à ce projet, et à acquérir un autre terrain (Pandit, 2007). La construction de l'hôpital, démarrée en 1980, est interrompue par la municipalité de Chennai pendant un an à cause du non-respect de normes urbanistiques. Il est approché par plusieurs entrepreneurs immobiliers désireux de racheter l'immeuble à moitié achevé. Parce qu'il a décidé d'utiliser les meilleures techniques possibles en cardiologie, il doit remplir douze formulaires pour le gouvernement central, et le gouvernement du Tamil Nadu pour chacun des 370 équipements médicaux qu'il veut importer de l'étranger. Après plusieurs allers-retours entre Chennai et Delhi, et plusieurs rencontres avec le ministre des finances, R Venkatraman et le Premier Ministre, Indira Gandhi, Prathap Reddy reçoit une autorisation exceptionnelle pour l'obtention d'un prêt auprès de l'*Industrial Development Bank of India*. Il obtient aussi une réduction exceptionnelle des taxes à l'importation sur les équipements médicaux. Enfin des facilités lui sont assurées pour le transfert des fonds envoyés par ses partenaires NRI. En septembre 1983, le Président de l'Inde, Gyani Zail Singh assiste à l'inauguration du premier hôpital commercial indien à Chennai.

Prathap Reddy aime volontiers à se présenter comme un pionnier, et surtout un entrepreneur opiniâtre qui n'a jamais abandonné face aux difficultés imposées par l'État indien. Son combat pour créer son hôpital rentre dans la grande geste néolibérale de ces entrepreneurs qui au cours des années 1980 ont bousculé l'ordre établi (Lefebvre, 2008). Pourtant, à bien y regarder, l'État indien apparaît au contraire comme un soutien essentiel au projet de Prathap Reddy. Les exemptions de taxe à l'importation d'équipement médical, l'obtention d'un prêt d'une banque d'investissement gouvernemental représentant 40% de l'investissement initial, étaient toutes des mesures exceptionnelles qui lui permirent de concrétiser son projet. Par ailleurs Prathap Reddy reste peu disert sur la nature de ses relations avec un de ses gurus, Chandraswami, un personnage clés du nexus entre politiciens et entrepreneurs dans les années 1980. Chandraswami est un guru tantrique qui après avoir débuté comme président des jeunes du Parti du Congrès en Andhra Pradesh dans les années 1970 deviendra un conseiller écouté notamment de plusieurs politiciens du Parti du Congrès (Jaffrelot, 2001). Jouant volontiers les intermédiaires rémunérés entre hommes d'affaire et politiciens, son réseau s'étendait aussi bien sur la diaspora indienne fortunée, que dans les milieux criminels. Narasimha Rao, figure importante du Parti du Congrès, originaire de l'Andhra Pradesh comme Prathap Reddy et Chandraswami, fut un soutien et un relais important de ce dernier. Lorsque Prathap Reddy décida d'ouvrir son deuxième hôpital en

Andhra Pradesh à Hyderabad, il obtint un large terrain public à un prix subventionné à Jubilee Hills, un des quartiers huppés de la ville. Le fils de Narasimha Rao était l'un des actionnaires de la société créée pour développer le nouvel hôpital. On peut aussi relever que R. Venkataraman, le ministre des finances si compréhensif à l'égard de Prathap Reddy au début des années 1980 était un vétéran de la scène politique du Tamil Nadu, dont la circonscription était Chennai South. La privatisation des services hospitaliers ne se joue donc pas seulement dans l'expansion de l'offre privée mais aussi dans ces relations complexes entre intérêts privés et intérêts publics, et la mobilisation de réseaux à différentes échelles.

B.3. Attirer et encourager les investisseurs privés dans le secteur de la santé

Le soutien gouvernemental à l'hôpital de Prathap Reddy ne restera pas un cas isolé mais annonce une transformation profonde du secteur hospitalier privé. Progressivement, le secteur hospitalier n'est plus perçu par les acteurs économiques indiens comme un domaine réservé aux activités caritatives. Le gouvernement central montre d'ailleurs la voie à suivre aux entreprises en abandonnant dès 1983 certaines mesures d'exemption fiscale pour les entreprises faisant des dons à des projets caritatifs. À la suite de Prathap Reddy, et face au succès de son premier hôpital, des NRI et des entrepreneurs locaux vont créer des hôpitaux de plus en plus grands, et couvrant un spectre plus en plus large de thérapies dans les grandes métropoles indiennes. À Delhi, des familles d'entrepreneurs comme les Nanda, les Modi, les Singhanias, vont créer plusieurs hôpitaux au début des années 1980. À Hyderabad, on a déjà mentionné le développement rapide de nouveaux hôpitaux financés par des NRI. À Bangalore, Vijay Mallya, le magnat des spiritueux, crée un hôpital en partenariat avec Apollo Hospitals. Ces investissements sont encouragés par la nouvelle politique de soutien du gouvernement central et des États de l'Union au secteur hospitalier privé. En 1982 une agence est créée par le MoHFW dans le but d'assister les opérateurs privés dans la conception technique et la construction de nouveaux établissements hospitaliers. Cette agence offrait aussi une assistance légale aux opérateurs privés pour naviguer dans le corpus réglementaire encadrant la création d'un hôpital, l'importation d'équipement médical et le recrutement de personnel médical.

À partir de 1984, Rajiv Gandhi qui a succédé à sa mère comme Premier Ministre, promulgue plusieurs mesures visant à libéraliser l'économie indienne et à faciliter les investissements en Inde. Le secteur de la santé acquiert le statut d'industrie qui permet désormais aux promoteurs hospitaliers d'accéder à des prêts des grandes banques d'investissements publics comme l'IDBI. En 1988, l'IDBI prête 20 M. ₹ à Apollo Hospitals pour la création d'un nouvel hôpital à Hyderabad. D'autres organismes publics

d'investissements, contrôlés par les États de l'union, offrent aussi des facilités de financements aux projets hospitaliers privés. L'*Andhra Pradesh State Financial Corporation* prête ainsi 73,5 M. sur les 200 M. ₹ nécessaires au projet hospitalier du groupe CDR à Hyderabad. Suivant les conseils de Prathap Reddy, Rajiv Gandhi décide aussi de la réduction des taxes à l'importation d'équipement médical qui passe ainsi de 107% à 40%. Les établissements qui s'engagent à soigner plus de 40% de patients gratuitement peuvent bénéficier d'une exemption complète de droits de douanes à l'importation d'équipement médical. Dans le cas d'établissements créés par des NRI, ce seuil est ramené à 25% de patients soignés gratuitement. C'est souvent grâce à de meilleurs équipements de diagnostic médical que ces nouveaux hôpitaux établissent rapidement leur réputation auprès des professionnels de santé mais aussi des patients (Sukanya, 1996). En 1986, l'Inde importe pour 650 M. ₹ d'équipement médical contre 220 M. en 1980 (+195%) (Baru, 1998).

Le soutien aux hôpitaux privés passe aussi par la mise à disposition des réserves foncières des pouvoirs publics. Les municipalités, les États de l'union, voir le gouvernement central vont proposer aux sociétés privées caritatives, mais aussi de droit commercial, d'acquérir des terrains à des tarifs préférentiels. Cette aide qui peut s'apparenter à une subvention publique sera d'une grande importance pour les hôpitaux privés. Comme nous le verrons plus en détail dans le cas de Delhi, les normes urbanistiques et le marché foncier, renchérissent le coût d'achat des terrains nécessaires à la construction des hôpitaux privés. Au début des années 2000, dans les grandes métropoles indiennes, le coût d'un terrain à bâtir peut représenter jusqu'à 30% de l'investissement initial dans le développement d'un nouvel hôpital (entretien contact n°9, 17-18/11/04). À Mumbai, où la pression foncière est très forte, l'achat d'un terrain peut peser jusqu'à 40% de l'investissement initial (entretien contact n°22, 18-19/07/07, entretien contact n°39, 18-17/07/07). L'obtention de terrains municipaux ou gouvernementaux à des prix inférieurs à ceux du marché est un soutien majeur au développement du secteur hospitalier privé au début des années 1980. En contrepartie, les opérateurs privés s'engagent à soigner gratuitement 40% de leurs patients en soins ambulatoires et à réserver 25% de leurs lits gratuitement pour des patients pauvres.

Cette première vague de mesures de soutien aux entreprises privées va attirer de nombreux investisseurs indiens et NRI vers le secteur hospitalier. Alors que le secteur des soins primaires était présenté dans les textes officiels comme la priorité de la nouvelle politique de santé en Inde (Ministry of Health and Family Welfare, 1985), le secteur hospitalier bénéficie largement des mesures de soutien au secteur privé. Dès les années 1980, on devine ce qui sera la difficulté centrale de la politique de santé indienne dans les années à venir : concilier intérêts privés avec des objectifs de santé publique.

C. Inventer de nouvelles formes de régulation dans le secteur hospitalier

C.1. La crise de 1991 et la réforme du secteur hospitalier indien

Depuis la fin des années 1970, l'Inde est confrontée à des déficits budgétaires croissants. Le déficit budgétaire public est passé de 9% du PNB en 1980 à 12,7% en 1990. Si les premières mesures de libéralisation de l'économie au milieu des années 1980 vont améliorer la situation économique et fiscale de l'Inde, la difficulté à engager des réformes plus profondes de l'appareil étatique fragilise la situation économique du pays. Avec la hausse des prix du pétrole durant la Guerre du Golfe, la balance des paiements indienne se trouve gravement déficitaire, et les réserves de devises vont passer de 1,2 Mds de US\$ à moins de 600 M. de US\$ entre janvier et juin 1991, soit trois semaines d'importations. Contre ses réserves d'or, l'Inde obtient un prêt d'urgence du FMI, et reçoit plus tard un prêt de 10 Mds. de US\$ de la part du FMI et de la Banque Mondiale. En retour le pays doit s'engager dans une Politique d'Ajustement Structurel (PAS) (Frankel, 2005).

Le gouvernement central, dirigé par Narasimha Rao, s'engage dans une politique de libéralisation qui doit permettre la réduction des déficits publics et encourager le développement économique du pays. Le système des licences de production est abandonné. Les barrières douanières sont allégées passant de 85% à 25% en moyenne, de même que le système des quotas d'importation. Le marché boursier est libéralisé et ouvert aux investisseurs étrangers. Les entreprises étrangères peuvent désormais investir en Inde plus facilement sans requérir d'autorisation gouvernementale dans la plupart des secteurs de l'industrie et de l'économie. Les entreprises indiennes peuvent emprunter auprès d'institutions financières internationales. Des entreprises publiques sont privatisées. Au cours des années 1990 plusieurs gouvernements vont se succéder mais sans remettre en cause ce tournant dans la politique économique indienne qui va de pair avec une plus grande rigueur et des coupes dans les budgets publics. Cette politique de libéralisation en rupture avec le modèle de développement auto-centré s'accompagne de l'entrée de nouveaux acteurs internationaux jusqu'à lors peu présents en Inde. L'effondrement du système communiste laisse le champ idéologique libre aux idées de réformes de l'État-providence, et ouvre à l'échelle mondiale une époque au cours de laquelle, les idées néolibérales vont imprégner et influencer les politiques publiques des États riches, comme des États pauvres. La Banque Mondiale va jouer un rôle important à cette époque dans la diffusion de ces idées et dans l'accompagnement des réformes des systèmes de santé, notamment dans plusieurs pays en développement dont l'Inde (M. Rao, 1999).

En 1993, le rapport annuel de la Banque Mondiale, porte sur la santé et la réforme des systèmes de soins (World Bank, 1993). La Banque Mondiale tient à rappeler à travers ce rapport que la santé est indissociable du développement économique et que de mauvaises performances en matière de santé ont un impact négatif sur la croissance économique. Les États sont donc encouragés à « investir dans la santé » de leur population (« *Investing in Health* », le titre du rapport), mais ces investissements doivent être faits avec discernement. Le rapport est très critique sur les réalisations des politiques de santé publique menées par les États riches comme par les États pauvres. Au nom de la santé pour tous, les États ne maximisent pas leurs investissements dans ce domaine, où la gabegie et les dépassements budgétaires seraient la norme. La Banque Mondiale appelle donc à une réforme profonde des systèmes de soins nationaux, dans leur gouvernance, leur financement et leurs objectifs. Les critiques de la Banque Mondiale se concentrent sur deux problèmes, particulièrement sérieux dans les pays pauvres. Le secteur des soins tertiaires, soit les grandes infrastructures hospitalières, accapare l'essentiel des budgets de santé publique. Cette situation est inacceptable aux yeux de la Banque Mondiale, alors que dans la plupart des États pauvres, les besoins de santé primaire ne sont pas satisfaits faute d'infrastructures adéquates. La Banque encourage les États pauvres à investir massivement dans leur système de soins primaires pour améliorer l'état de santé général de leur population. L'investissement dans les structures de soins tertiaires est inefficace car ces infrastructures sont spécialisées sur des thérapies de pointe qui consomment les budgets de santé publique. Par ailleurs, la Banque Mondiale souligne que ces infrastructures sont trop peu nombreuses et concentrées en général dans les grandes agglomérations urbaines, et restent donc physiquement inaccessibles pour la majorité de la population. Ce biais urbain n'est pas spécifique aux services de santé tertiaires et concerne l'ensemble du système de soins public. En conséquence, la réduction des déséquilibres régionaux dans la desserte en services de santé, et l'amélioration de l'accessibilité à ces services devraient être au cœur des investissements de santé publique (World Bank 1993 : 134) :

« Les investissements pour appuyer les prestations des services cliniques essentiels sont mieux ciblés en direction des centres de soins, des hôpitaux de districts, et pour améliorer l'accès dans les zones mal-équipées. Des investissements publics dans les équipements tertiaires sont nécessaires pour soutenir la recherche, et la formation, mais à des niveaux de financement inférieurs à ceux pratiqués actuellement dans la plupart des pays. Les investissements dans les établissements spécialisés peuvent être laissés en grande partie au secteur privé, et les subventions publiques, lorsqu'elles existent peuvent être considérablement réduites »¹³

13 « Investments to support delivery of essential clinical services are best directed at health centers and district hospitals and at improving access in under- served areas. Some public investments in tertiary facilities are needed to support research and training, but at levels well below current levels of public financing in most countries. Investments in

La situation indienne n'est pas sans rappeler les dysfonctionnements dénoncés par la Banque Mondiale. Au vue des faillites du secteur public, la Banque Mondiale en appelle à un plus grand recours au secteur privé et à la privatisation du secteur hospitalier. Il existe des marges de manœuvre importantes pour améliorer l'accessibilité aux services de santé pour les populations, dès lors que les États prennent appui sur le secteur privé. L'État devrait abandonner le secteur de soins tertiaires au secteur privé, et concentrer ses moyens financiers et humains sur le secteur primaire, et le développement de l'offre de soins secondaire (soit les hôpitaux de district). Les classes aisées qui profitent largement du secteur de soins tertiaires public devront désormais payer pour accéder à ces services. Pour la Banque Mondiale, la décentralisation des services de santé vers les échelons administratifs inférieurs doit aussi être explorée afin d'améliorer l'efficacité et la gouvernance du système de soins. L'État devrait aussi s'appuyer sur le secteur de soins privé qui offre souvent une meilleure qualité de service que le secteur public. L'État doit mettre en place des régulations et de réglementations adéquates pour contrôler le coût et la qualité des soins dispensés dans le secteur privé (World Bank 1993 : 13) :

« La régulation est un élément essentiel des efforts du gouvernement pour encourager les opérateurs du secteur de soins privé. Dans la plupart des pays, les gouvernements ont un rôle important à jouer en s'assurant de la qualité du secteur privé de soins par l'accréditation des hôpitaux, des laboratoires, en autorisant les facultés de médecine, et la pratique des médecins, la réglementation des médicaments, par l'examen des pratiques médicales. Certains pays dans lesquels la capacité de régulation du gouvernement est faible pourraient explorer l'auto-régulation pour les dispensateurs de soins tout en renforçant les capacités du gouvernement. »¹⁴

Le changement de direction macro-économique impulsé en 1991 ne sera donc pas sans conséquences sur le système de soins indien et le système hospitalier public. L'investissement public dans la santé diminue encore un peu plus. À l'échelle de l'Inde, l'investissement dans le système hospitalier public chuta de 25% du budget santé du gouvernement central en 1991 à moins de 6% en 2001 (National Commission on Macroeconomics and Health, 2005), mettant ainsi en application l'argument de la Banque Mondiale considérant que l'État devait se désengager des soins hospitaliers tertiaires. La santé fait partie de la Liste des compétences partagées entre le gouvernement central et les États de l'Union.

specialized facilities can be left largely to the private sector, and public subsidies, where they exist, can often be greatly reduced. »

14 « Regulation is an essential element of government efforts to encourage private health care suppliers. In most countries, governments have an important role to play in ensuring the quality of private sector health care—through accreditation of hospitals and laboratories, licensing of medical schools and physicians, regulation of drugs, and reviews of medical practices. Some countries in which the government's ability to regulate is particularly weak could explore self-regulation for health care providers, while building up government capacity. »

Si l'investissement du gouvernement central s'est plus ou moins maintenu autour de 1,3% du budget total, celui des États s'est effrité passant de 7 à 5,5%. Le gouvernement central tient une grande responsabilité dans cette réduction. Par des mécanismes de péréquation, et de soutien à certains programmes prioritaires, le gouvernement central soutenait à hauteur de 60% le budget santé des États. Cette part chuta à 40% en 2001 (Selvaraju & Annigeri, 2001). Sous couvert de décentralisation, l'ajustement structurel a déplacé la charge financière du gouvernement central vers les États de l'Union. Parfois confrontés à des crises fiscales importantes, les États de l'Union les moins riches ont gravement souffert de cette politique, obligés de mobiliser leurs ressources pour payer en priorité les salaires au détriment d'autres postes financiers (équipement médical, médicaments) (R. Misra et al., 2003).

Même le Kérala, souvent présenté comme État modèle en matière de politiques et d'infrastructures de santé, ne sera pas épargné. Les budgets de fonctionnement qui avaient augmenté jusque dans les années 1980 suite à une politique volontariste de développement de l'infrastructure vont stagner puis se réduire entre 1990 et 1994, avec comme conséquence la réduction des budgets alloués aux équipements et aux médicaments (Kutty, 2000). Les hôpitaux secondaires seront particulièrement affectés par ces réallocations budgétaires. L'investissement dans le développement des infrastructures de santé va se réduire. Alors que le nombre de lits hospitaliers publics au Kérala était passé de 13000 en 1960 à 36000 en 1986 (+3,84% par an), seuls 2000 nouveaux lits ont été ajoutés entre 1986, et 1996 (+0,45% par an). Entre 1986 et 1996, le nombre de lits hospitaliers privés au Kérala est passé de 49000 à 67500 (+2,95% par an). La situation est encore plus dramatique pour des États pauvres comme le Bihar ou l'Uttar Pradesh où plus de 80% du budget santé est alloué aux salaires (R. Misra et al., 2003). Si la Banque Mondiale reconnaît que les Politiques d'Ajustement Structurel peuvent être dommageables au secteur de la santé, elle considère qu'à long terme le rétablissement des fondamentaux économiques aura un impact favorable sur l'état de santé de la population et la distribution des services de santé.

C.2. Après la réforme : La naissance d'une industrie hospitalière

Les mesures macro-économiques de libéralisation et d'ouverture de l'économie vont affecter le secteur hospitalier. Avec la fin du développement auto-centré, certains anticipaient l'entrée importante de capitaux et d'investisseurs étrangers dans le secteur hospitalier indien comme dans le reste de l'économie. Entre 1991 et 1997, le gouvernement central va approuver près de 100 M. de US\$ d'Investissement Direct Étrangers (IDE) dans le secteur de la santé (hôpitaux, et centres de diagnostic) (Purohit, 2001). Ce volume d'investissements approuvés ne dit rien en fait des investissements réellement effectués qui seraient encore inférieurs. Au cours des années 1990, Gleneagles, un groupe

hospitalier singapourien, sera approché par le groupe indien Duncan pour ouvrir un hôpital à Kolkata. Le groupe Parkway Healthcare signera un accord avec Apollo Hospitals, et le Asia Heart Institute de Bombay pour le développement de nouveaux établissements qui n'ont toujours pas vu le jour. Le groupe thaïlandais Bumrungrad Hospital a lui aussi cherché à prendre le contrôle d'un hôpital au Kérala afin de développer son activité de tourisme médical. Depuis janvier 2000, les IDE à 100% sont autorisés. Plusieurs chaînes hospitalières privées étrangères (Columbia Healthcare, Pacific) ont ainsi ouvert des hôpitaux via des filiales contrôlées à 100%.

Si les investisseurs étrangers sont restés en retrait, les groupes industriels et financiers indiens vont chercher dans le secteur hospitalier de nouvelles opportunités de croissance. Les initiatives sporadiques des années 1980, centrées sur le développement d'un seul établissement hospitalier dans la métropole-siège d'un conglomérat (Vijay Mallya à Bangalore, les Nandas à Delhi) vont laisser place à de vrais programmes d'investissements industriels. Les médecins et les NRI qui avaient renouvelé le paysage hospitalier indien au cours des années 1980 vont laisser la place à des groupes industriels comme Ranbaxy, Wockhardt, Max désireux de diversifier leur portefeuille d'activités. Le capitalisme indien connaît à l'époque de profondes mutations. Du fait du système de licences, les investissements de ces familles avaient souvent reposé sur des logiques de rentes (Mukherjee Reed, 2001). Les groupes familiaux qui sont à la base du grand capitalisme indien cherchent après les réformes de 1991 à recentrer leur portefeuille d'activités autour d'un nombre limité de métiers et de secteurs d'activité pour faire face à la nouvelle concurrence internationale. Anajit Singh est issu d'une famille d'investisseurs importante du nord de l'Inde. Son groupe Max India va miser sur le développement du secteur des télécoms au début de la libéralisation de 1991. Puis au milieu des années 1990 alors que ce secteur connaît une phase de concentration, il revend au prix fort la branche télécom de son groupe. Il va alors commanditer une étude prospective qui l'amènera à investir dans le secteur des services comme les nouvelles technologies de l'information, et de la communication (NTIC), les assurances, et le secteur hospitalier. Son frère, Parvinder Singh, et ses neveux, qui dirigent le groupe pharmaceutique Ranbaxy vont eux aussi diversifier leurs activités vers le secteur hospitalier en créant Fortis Healthcare dès 1996. Progressivement ils vont revendre leurs parts dans Ranbaxy pour investir massivement dans le développement de ce qui va devenir une des plus grandes chaînes hospitalières d'Asie. D'autres groupes pharmaceutiques, comme Wockhardt, Zydus Cadilla ou encore Piramal dans le secteur diagnostic médical vont adopter des stratégies similaires. Alors que le cadre réglementaire international change avec l'adoption du GATT (Chaisse & Guéniff, 2009), les industriels du médicament cherchent à investir dans de nouveaux secteurs de la santé en plein développement.

Le secteur hospitalier est présenté à l'époque comme promis à des retours sur investissement

prodigieux équivalents à ceux du secteur des NTIC. Le succès rencontré par Prathap Reddy, et son groupe Apollo Hospitals est perçu comme un signal encourageant. Le décalage entre l'offre et la demande de soins dans le secteur hospitalier présente une opportunité d'investissement unique. La demande de soins hospitaliers est en constante augmentation à mesure que l'espérance de vie s'allonge, et que la situation matérielle et économique des indiens s'améliore. Si la tuberculose fait encore des ravages, les maladies dégénératives connaissent une forte croissance en Inde. Les cancers, le diabète, les maladies cardio-vasculaires requièrent des soins hospitaliers. Le nombre de patients diabétiques est passé de 19 M. à 50,7 M. entre 1995, et 2010 (Lefebvre, 2010). 30 M. de personnes souffrent de maladies coronariennes en Inde en 2003. L'Inde devrait compter pour 60% des malades cardiaques mondiaux en 2010 (Pande, 2004). Le décollage économique de l'Inde au cours des dix dernières années, et l'émergence d'une classe moyenne vient renforcer la demande de soins hospitaliers. Estimée à 50 M. de personnes en 2007 par McKinsey (McKinsey Global Institute, 2007)¹⁵, cette classe moyenne a les moyens de s'offrir une assurance santé. Dans le même temps l'offre privée de soins hospitaliers de qualité reste très dispersée et incapable de répondre à cette demande accrue. Différents rapports ont souligné le retard de l'Inde en matière d'infrastructure hospitalière. Un rapport de la CII estime qu'il faudrait 750000 lits hospitaliers supplémentaires pour répondre à la demande de soins. Avec 35 lits par hôpital, l'Inde est en retrait de pays comme la Chine, et le Brésil (Confederation of Indian Industry & McKinsey and Company, 2002). Il y a un lit d'hôpital pour 1139 habitants contre 1 lit d'hôpital pour 432 habitants en Chine (Dummer & Cook, 2008).

Progressivement les grands acteurs du secteur hospitalier vont s'organiser en un lobby très actif. Le Comité National de la Santé de la *Confederation of Indian Industry* (CII) ainsi que la *Indian Healthcare Federation* sont créés en 1998. Ces deux organisations jumelles rassemblent les mêmes acteurs : les groupes hospitaliers privés indiens, les industriels de l'équipement médical, les compagnies d'assurance. Si par le passé les grandes organisations professionnelles comme la *Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry* (FICCI) ou l'*ASSOCIATED CHAMBERS of Commerce and Industry of India* (ASSOCHAM) étaient peu impliquées dans la mise en place des politiques publiques, la CII va adopter une approche diamétralement opposée (Kochanek, 1995). La CII va s'organiser comme un *Think Tank* capable de produire des rapports, des études, et d'influencer la réflexion des ministères en matière budgétaire, d'investissements et d'ouverture aux partenaires privés. La CII obtient ainsi régulièrement des rencontres avec le ministre des finances, afin d'être en prise directe sur les décisions du gouvernement central en matière économique. La CII se pense et s'organise comme une plate-forme de discussion pour les patrons indiens, et un outil de proposition en direction du gouvernement. Depuis

15 D'après ce rapport tout foyer dont les revenus annuels sont compris entre 200000 ₹ (3 000 €), et 1 M. ₹ (15000 €) appartient à la classe moyenne.

2002, la CII organise régulièrement un sommet de la santé à Delhi (CII Health Summit) où se rassemblent tous les grands patrons du secteur ainsi que des représentants des ministères de la santé, et des hommes politiques. Ces sommets sont souvent l'occasion pour la CII de mettre en avant ses propositions pour le secteur de la santé indien. D'autres rassemblements professionnels sont organisés de manière plus ou moins régulière en dehors de la capitale (Chandigarh, Bangalore, Mumbai). La CII est un outil qui vient professionnaliser, et amplifier les habituels contacts interpersonnels entrevus lors de la décennie 1980 dans le secteur hospitalier. Le comité santé de la CII organise aussi des missions d'études à l'étranger (Thaïlande, Moyen-Orient, Royaume-Uni) avec un double objectif : découvrir les pratiques de management et de gestion hospitalière dans d'autres pays, faire connaître l'offre de soins hospitaliers indienne et attirer plus de patients de l'étranger. Nous verrons plus loin que la CII a obtenu beaucoup d'avancées pour les grands acteurs privés du secteur, et que le soutien du gouvernement central au secteur privé a été en partie guidé par les recommandations de la CII.

Avec le développement du marché hospitalier, les groupes hospitaliers créés à la fin des années 1990 vont connaître une croissance accélérée tout au long des années 2000. Des groupes comme Max Healthcare, Fortis Healthcare, Global Hospitals, CARE Hospitals, Manipal Healthcare vont étendre leurs réseaux à travers le pays. Toutes les grandes métropoles indiennes voient surgir de nouveaux hôpitaux tertiaires privés. La compétition s'installe progressivement sur certains marchés entre les groupes hospitaliers mais aussi avec les autres établissements privés du secteur. Ces développements sont encouragés par l'intérêt renouvelé des investisseurs étrangers pour le marché indien. Avec le développement rapide de la classe moyenne et la forte croissance économique du pays, les investisseurs privés étrangers misent sur l'économie indienne notamment à partir de 2001. Le Sensex (l'équivalent du CAC40) passe de 2500 points en 1993 à 20200 fin 2007. Les grands groupes hospitaliers bénéficient de l'arrivée de ces investisseurs et de leurs fonds pour développer leurs infrastructures. Ainsi entre mars 2001 et mars 2006, la part des institutions financières étrangères dans le capital d'Apollo Hospitals va passer de 5 % à 30 %. Les grandes institutions financières comme AIG, Morgan Stanley, Blackstone Group, Quantum, Blue Ridge, et Carlyle ont investi ces dernières années dans les chaînes hospitalières indiennes (Lefebvre, 2010). Avec la crise financière de 2008, les fonds d'investissement indiens ont pris le relais de plusieurs institutions étrangères qui ont rapatrié précipitamment leurs fonds. Sur un marché boursier volatile, les investisseurs indiens misent volontiers sur le secteur hospitalier. La santé est perçue comme un domaine d'activité résilient même en temps de crise (on a toujours besoin de se soigner), et les perspectives de développement du secteur en Inde paraissent suffisamment intéressante à moyen terme. La plus grande banque d'affaire indienne, ICICI a ainsi créé un fond d'investissement spécifique de 250 M. US\$, IVEN Medicare, pour participer au développement du secteur hospitalier privé. Ce fond a été sollicité par plusieurs entreprises désireuses de développer de nouveaux réseaux hospitaliers

comme le Sahyadri Hospital de Pune (1400 M. ₹), ou Medica Synergie à Kolkata (650 M. ₹). Mais certaines entreprises échouent à attirer les investisseurs. Si Fortis Healthcare lors de son introduction en bourse, a vu les souscriptions dépassées toutes les attentes (trois fois plus de souscriptions que d'actions mises en vente), l'introduction en bourse de Wockhardt Hospitals sera abandonné. Jamais une introduction en bourse aussi importante n'avait été abandonnée. Même après avoir approché des institutions financières majeures, et des fonds d'investissement, Wokchardt Hospitals ne réussira jamais à financer son plan de développement. En proie à un endettement important, le groupe pharmaceutique décidera en 2009 de vendre la majorité de son réseau hospitalier à Fortis Healthcare pour 9 Mds. ₹ (135 M. €) soit le plus gros accord jamais signé dans le secteur hospitalier en Inde. Parallèlement à cette consolidation du secteur, on assiste ces dernières années à l'émergence de nouvelles chaînes hospitalières régionales issues parfois de territoires peu ou mal desservis en services hospitaliers. Les entrepreneurs qui développent ces projets bénéficient de possibilités de financements accrues auprès des investisseurs institutionnels. Les fonds disponibles décuplent les enjeux et la taille des projets. Il n'est plus question de lancer un premier hôpital, puis un second si le contexte est favorable, dans une métropole ou une ville comme nous l'avons observé lors des années 1980. Les projets visent à développer des réseaux hospitaliers hiérarchisés à l'instar de celui développé par le groupe CARE Hospitals, qui en quelques années est devenu un acteur important du secteur (entretien contact n° 25, 17-18/07/07). Il existe aussi un nombre croissant de partenariats entre groupes régionaux et nationaux, comme le rappelle les collaborations entre Apollo Hospitals et des groupes régionaux comme Sagar Hospitals (Bangalore, Karnataka) ou Zydus Cadila (Gujarat).

Comme nous le soulignons dans une précédente publication (Lefebvre, 2010), le secteur hospitalier a vu émerger une industrie en l'espace de dix ans. Nous verrons plus loin, que cette industrie n'est qu'une des facettes de la privatisation du secteur hospitalier en Inde. Ce sont néanmoins ces groupes hospitaliers qui ont été les principaux bénéficiaires des réformes économiques engagés à partir de 1991.

C.3. Réinventer le rôle de l'État dans le secteur hospitalier : le partenariat public-privé

Alors que le secteur hospitalier privé se réorganise et croît rapidement, le Gouvernement central et les États de l'Union voient leurs missions se redéfinir après 1991. L'époque où l'État indien devait planifier et organiser seul le développement des infrastructures hospitalières semble bien révolue. En matière de santé comme dans d'autres secteurs (télécoms, eau, électricité), l'État doit redéfinir son action autour de politiques de financement et de régulation, et laisser au secteur privé la distribution du service. La réinvention de ses missions est lente et va laisser une grande part à l'expérimentation à tous les niveaux.

Ces expérimentations tiennent à la fois à la situation budgétaire de l'État indien suite à la crise de 1991, à l'influence de la Banque Mondiale, et à la montée des intérêts privés dans le secteur hospitalier. Le gouvernement central n'est plus le seul maître à bord et doit désormais composer avec une variété d'acteurs et d'objectifs parfois contradictoires.

Les années 1990 sont marquées par un retrait du gouvernement central dans la formalisation de la politique hospitalière indienne. Ce retrait est justifié par la situation budgétaire comme nous l'avons vu précédemment mais aussi par les termes de la Constitution Indienne. La décentralisation soutenue par la Banque Mondiale est devenue le leitmotiv des politiques de développement à travers le monde. La Banque Mondiale assure alors plus qu'un rôle de soutien politique et technique aux réformes du secteur hospitalier. La Banque Mondiale agit directement en liaison avec plusieurs États de l'Union pour réorganiser localement les services hospitaliers publics. Elle va ainsi intervenir auprès de plusieurs États de l'Union pour améliorer leurs systèmes hospitaliers, en ciblant notamment les hôpitaux secondaires de district comme au Karnataka, au Bengale Occidental et en Uttar Pradesh. Les États appliquèrent différentes recettes qui devaient permettre d'assurer des soins de qualité à un coût maîtrisé : l'externalisation et la contractualisation des services non-médicaux (blanchisserie, repas, nettoyage) et plus tard des diagnostics (scanner, rayon-X) ; la contractualisation des infirmières, des médecins, des techniciens cliniques ; l'introduction du principe de l'usager-payeur, la hausse des tarifs d'hospitalisation. Ces réformes devaient permettre de rationaliser l'organisation des hôpitaux et de générer de nouvelles recettes pour donner plus d'autonomie aux établissements. Les résultats furent souvent très décevants. Le principe usager-payeur se révéla contre-productif. Si ce système généra en moyenne 2-3% du budget hospitalier, les patients les plus pauvres se retrouvèrent un peu plus exclus du système hospitalier. Les fonds générés ne furent pas forcément dépensés, et servirent plus souvent à compenser de nouvelles baisses dans l'allocation des fonds aux hôpitaux comme en Andhra Pradesh, et au Maharashtra (National Commission on Macroeconomics and Health, 2005). Certains contrats, faute d'appel d'offre transparents, entraînèrent des surcoûts sans une réelle amélioration de la qualité du service rendu (Roy, 2006). Une des faiblesses de ces réformes encouragées par la Banque Mondiale fut de considérer les hôpitaux de districts isolément, en ne pensant pas le réseau des établissements de soins, et les parcours des patients dans leur ensemble, du dispensaire à l'hôpital tertiaire.

Entreprises	Coût du projet	Prêt/investissement de l'IFC	Année
Duncan-Gleneagles	29	7 (24%)	1997
Max Healthcare	84	18 (21%)	2002
Apollo Hospitals	70	20 (29%)	2005
Artemis	40	10 (25%)	2006
Max Healthcare	90	67 (74 %)	2007
Rockland	76	22 (29 %)	2008
Max Healthcare	93	30 (32 %)	2009
Apollo Hospitals	200	50 (25 %)	2009

source : <http://www.ifc.org/>

Tableau 3: Les investissements de l'IFC dans le secteur hospitalier indien (1997-2009, M. de US\$)

La Banque Mondiale va aussi jouer un rôle moteur dans le développement du secteur privé hospitalier. La Banque Mondiale va soutenir parfois très directement le développement de nouvelles infrastructures privées. En octroyant un prêt de 134 M. de US\$ à l'État du Maharashtra, elle s'assura que 5% de cette somme (6,7 M. de US\$) soit allouée à la construction d'un hôpital du groupe hospitalier privé Wockhardt à Mumbai (Yamey, 2001). L'*International Finance Corporation* (IFC) est une branche de la Banque Mondiale qui soutient le développement des entreprises privées. Cet organisme est particulièrement actif dans les pays émergents, et dans les secteurs de la santé et de l'éducation qui réclament des investissements conséquents sur le long terme, et qui n'attirent pas forcément les grands investisseurs internationaux. En Inde, l'IFC va soutenir par des prêts ou des prises de capital, les grandes chaînes hospitalières privées du pays. Le Tableau 3 (p.80) montre l'augmentation progressive des fonds investis par l'IFC, et la récurrence du recours à l'IFC dans les plans de développement des groupes hospitaliers indiens. Les investissements de l'IFC sont multipliés par dix entre 1997 (29 M. US\$), et 2009 (293 M. US\$) dans le secteur hospitalier privé indien. Le directeur de l'IFC, Guy Ellena, est un invité régulier des conférences santé de la CII à Delhi.

A côté de la Banque Mondiale, certains États de l'Union prennent l'initiative de développer des partenariats directs avec les groupes hospitaliers privés. Ainsi l'État de Delhi établit un joint-venture avec Apollo Hospitals pour l'ouverture en 1996 du plus grand hôpital du groupe dans la capitale indienne. Nous détaillerons dans la deuxième partie, les conditions ayant prévalu à la naissance d'un tel projet mais l'État de Delhi apportait le terrain ainsi qu'un investissement conséquent dans la construction de l'hôpital. Le gouvernement du Maharashtra passe un accord similaire avec le groupe hospitalier Wockhardt dans le cadre du programme de financement de la Banque Mondiale. Ce dernier accord sera annulé par l'assemblée du Maharashtra en 2003, les termes étant jugés trop favorable à Wockhardt Hospitals. Le gouvernement du Karnataka fait appel à Apollo Hospitals pour reprendre la gestion d'un hôpital financé par l'Arabie Saoudite dans le nord de l'État (entretien contact n°50, 01/08/07). Le gouvernement a été incapable d'attirer du personnel médical en nombre suffisant pour permettre à

l'hôpital flambant neuf de devenir opérationnel dans une région pauvre, et mal desservie en services de santé (Raman & Björkman, 2008). Les termes de l'accord sont là encore à l'avantage de l'acteur privé qui voit ses pertes d'opération couvertes par le gouvernement du Karnataka. Ces initiatives devaient permettre de compenser le recul de l'investissement public dans le développement de l'infrastructure hospitalière.

Si les années 1990 marquent un certain retrait du gouvernement central en matière de politique hospitalière, qu'on peut lier à la grande instabilité gouvernementale de l'époque (Jaffrelot, 2006), certaines initiatives visant à soutenir le développement du secteur privé doivent être relevées. De manière à consolider le secteur hospitalier, le gouvernement central libéralise le secteur de l'assurance dans la deuxième moitié des années 1990. Plusieurs compagnies d'assurances internationales comme BUPA vont ouvrir des bureaux en Inde pour mieux jauger le potentiel du marché indien. Au début des années 2000, la plupart des groupes étrangers ont abandonné leurs projets d'investissement en Inde (Confederation of Indian Industry & McKinsey and Company, 2002), le secteur des assurances santé n'étant pas encore assez mûr, et le cadre réglementaire pas encore pérenne. Certaines chaînes hospitalières comme Apollo Hospitals vont alors essayer de développer des programmes d'assurance santé en interne avec peu de succès. Les taxes à l'importation d'équipement médical sont encore réduites lors du budget central 1997-98. En 2000, l'objectif de la santé pour tous n'a pas été atteint et le gouvernement BJP désormais solidement installé au pouvoir, lance une large consultation pour la rédaction d'un nouveau document cadre de la politique de santé en Inde.

La *National Health Policy* de 2002 confirme l'importance pour l'État indien de soutenir les acteurs privés du secteur hospitalier, et de les encourager à ouvrir de nouvelles infrastructures (Ministry of Health and Family Welfare, 2002). On mesure aussi la nouvelle influence acquise par la CII et le lobby de l'industrie hospitalière avec la mention dans ce document du tourisme médical. Le tourisme médical a été mentionné dans les dernières pages du rapport de la CII sur la santé (Confederation of Indian Industry & McKinsey and Company, 2002) comme une opportunité de développement pour certains hôpitaux. En effet au début des années 2000, plusieurs hôpitaux privés se trouvent en difficulté, et certains acteurs semblent découvrir que le secteur hospitalier est un investissement de moyen, voire de long terme. Le tourisme médical peut être une solution pour améliorer la situation financière des établissements privés. Kapil Sibal lors d'une intervention au CII Health Summit rappela de manière provocante à l'audience que 40% des hôpitaux privés en Inde étaient déficitaires (CII Health Summit, Delhi, 21-22 novembre 2005). En 2003-04, le gouvernement central diminue encore un peu plus les taxes à l'importation d'équipement médical qui tombent de 25 à 5%. Par ailleurs, le gouvernement central décide d'offrir des exemptions fiscales aux entreprises, et à leurs investisseurs pour tout projet

d'hôpital de plus de cent lits. Ces mesures confirment l'idée que le partenariat public-privé privilégie une relation entre gouvernement central et grands acteurs industriels du secteur, laissant de côté les milliers de petites cliniques et de petits hôpitaux privés.

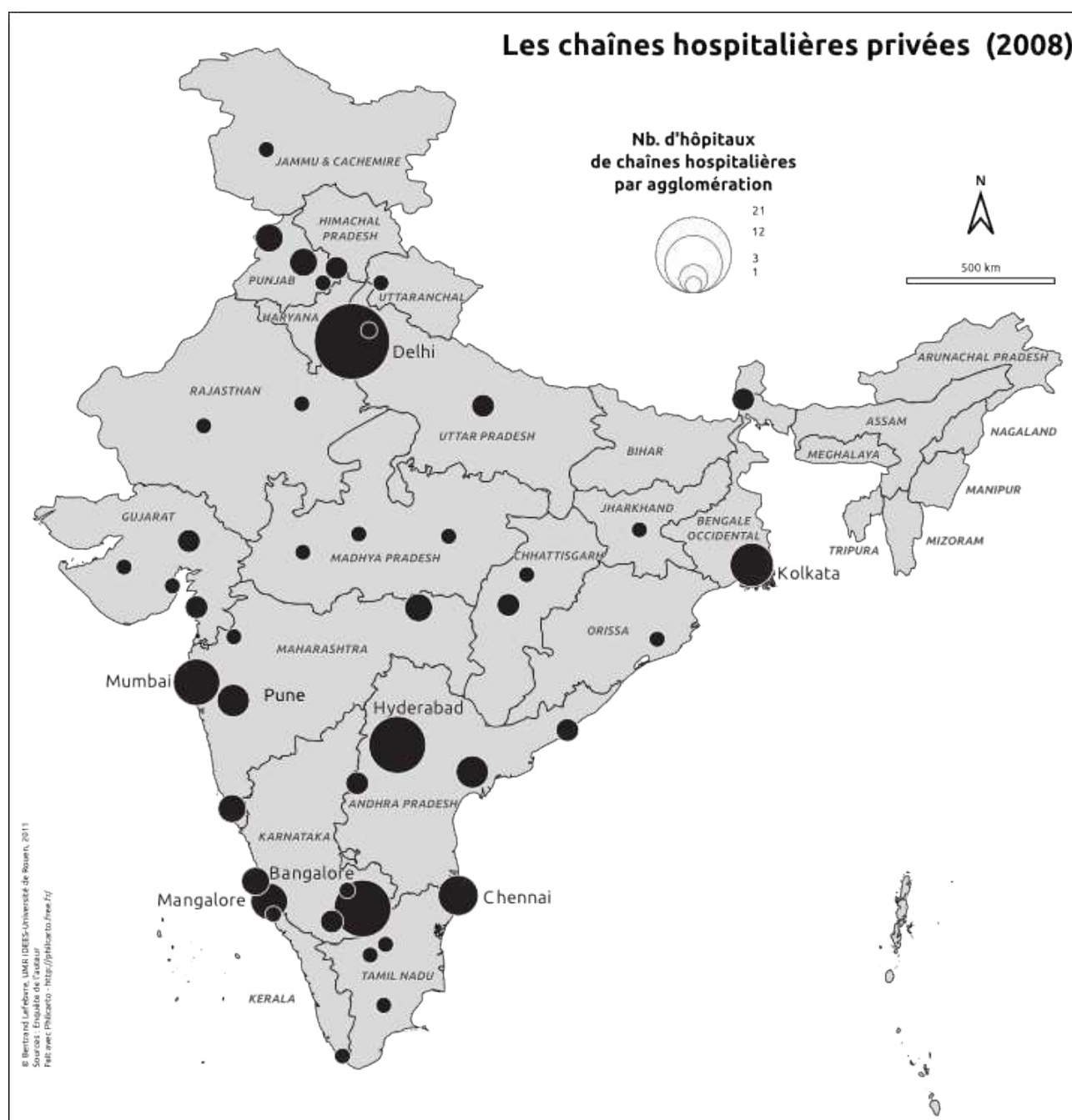


Illustration 5: Les chaînes hospitalières privées (2008)

L'illustration 5 (p.82) présente la répartition des 129 hôpitaux des chaînes hospitalières¹⁶ dans le

16 Nous avons identifié en 2008 huit chaînes hospitalières en Inde selon les critères suivants : la chaîne est constituée de deux hôpitaux existants au minimum, localisés dans au moins deux villes différentes. Les groupes sont les suivants : Apollo Hospitals, Fortis Healthcare, Wockhardt Hospitals, CARE Hospitals, Manipal Healthcare, Max Healthcare, Global Hospitals, Columbia Healthcare. De nouveaux groupes sont apparus depuis lors.

système urbain indien en 2008. 77% des hôpitaux sont localisés dans une agglomération millionnaire, 51% dans les six plus grandes métropoles du pays (Mumbai, Delhi, Kolkata, Chennai, Bangalore, Hyderabad). Delhi accueille le plus grand nombre d'hôpitaux des chaînes (21) suivie à égalité de Bangalore et d'Hyderabad (12). Un deuxième enseignement de cette carte tient à la régionalisation de cette offre hospitalière. Les chaînes hospitalières sont absentes du nord-est de l'Inde et faiblement implantées dans l'est de l'Inde (Bengale Occidental, Orissa, Jharkhand) et le nord de l'Inde (Bihar, Uttar Pradesh, Rajasthan, Madhya Pradesh, Chhattisgarh). A contrario, les États du Sud (Andhra Pradesh, Tamil Nadu, Karnataka, Kérala, Goa) concentrent 42% de l'offre des chaînes hospitalières. Sur les huit chaînes que nous avons identifiées, cinq ont démarré leur activité dans le sud de l'Inde (Chennai, Hyderabad, Bangalore, Mangalore). Si les groupes hospitaliers privés ont largement bénéficié de la politique de soutien du gouvernement central, leur développement n'a pas permis de réduire les disparités spatiales dans la distribution des services hospitaliers. Les grandes métropoles et les régions riches (ex : le Punjab) ont à nouveau été privilégiés.

Le changement de gouvernement suite aux élections générales de 2004, va marquer une pause dans les mesures de soutien au secteur privé. Pourtant en 2008, une nouvelle exemption fiscale est proposée à tous les hôpitaux ouvrant dans une agglomération urbaine à l'exclusion des six grandes métropoles indiennes¹⁷. Cette mesure doit encourager le développement de l'infrastructure hospitalière dans l'ensemble du pays et non plus seulement dans les métropoles qui ont accueilli l'essentiel des programmes de développement des chaînes hospitalières. Les agglomérations urbaines et certaines régions doivent pouvoir bénéficier de ces mesures incitatives pour encourager le développement de nouveaux hôpitaux privés. Cette exemption qui se base sur un critère territorial fait écho à une mesure similaire de 2003 pour le développement d'hôpitaux en zone rurale mais qui n'avait pas remporté le succès escompté. Assez étonnement cette mesure d'exemption fiscale correspond à un moment (2008) où toutes les grandes chaînes hospitalières du pays ont annoncé ou commencé à développer des hôpitaux dans les marchés urbains secondaires comme l'ambitieux programme d'Apollo Hospitals, *Apollo Reach*, qui visent à établir 250 hôpitaux de petite taille, dans des villes moyennes et dans les zones périurbaines des grandes agglomérations urbaines.

Par ailleurs dès 2007, Le gouvernement UPA (*United Progressive Alliance*), une coalition menée par le Parti du Congrès, passe plusieurs mesures visant à améliorer l'accès aux services de santé. Prenant acte de la prééminence du secteur privé dans la distribution des soins hospitaliers, le gouvernement central a lancé un programme *Rashtriya Swasthya Bima Yojna* (RSBY, Programme National d'Assurance Santé), visant à donner aux travailleurs pauvres et à leurs familles une assurance santé minimale de 30000 ₹ pour toute

17 Delhi, Mumbai, Bangalore, Kolkata, Chennai, Hyderabad

hospitalisation. Dans le même temps le gouvernement central propose plusieurs mesures d'exemption fiscale pour les familles qui feraient l'acquisition de polices d'assurance santé et d'assurance-vie auprès d'opérateurs privés. En 2008, ces mesures s'étendent aux familles qui paient une police d'assurance santé pour leurs parents. Ces mesures vont permettre le décollage rapide du secteur moribond de l'assurance-santé dont le développement est crucial pour la santé financière à long terme des hôpitaux privés. Les initiatives du gouvernement central sont complétées par des initiatives similaires de certains États de l'Union comme en Andhra Pradesh (*Rajiv Aarogyasri Health Insurance Scheme*). Ces mesures ne sont pas sans rappeler le développement des programmes *Medicaid* et *Medicare* aux États-Unis dans les années 1960, qui au nom de l'accès aux soins pour tous avaient permis d'importants transferts financiers de l'État fédéral vers les hôpitaux privés (Lindorff, 1992).

Au cours de ces années 2000, le gouvernement central et les États de l'Union redoublent d'efforts pour mettre au point des mécanismes d'accréditation des infrastructures de soins. Par le passé seuls l'État de Delhi et du Maharashtra avait voté des lois encadrant le développement, et surtout les pratiques des hôpitaux et des cliniques privées. Ces lois furent inefficaces à maîtriser et surtout à réguler le développement des cliniques privées. La qualité de ces établissements, notamment sur la formation, et les pratiques médicales ont toujours laissé à désirer (Yesudian, 1994) tout comme l'enregistrement obligatoire des établissements. Une des demandes récurrentes de la CII était la création d'un organisme public autonome capable de contrôler la qualité clinique et la bonne gestion des établissements en Inde. La création du *National Accreditation Hospital Board* (NABH, Bureau National d'Accréditation Hospitalière) intervient après l'obtention par plusieurs hôpitaux indiens d'accréditations auprès d'organismes américains comme la *Joint Commission International* (JCI). Cet événement fut instrumentalisé pour dénoncer la léthargie des autorités publiques face à la gabegie des hôpitaux privés en Inde et aux risques encourus par les patients indiens. Certains États comme le Sikkim avaient eux aussi mis en place leurs propres mécanismes de contrôle des établissements privés. Si on doit se féliciter de telles mesures de santé publique, on peut se demander si elles ne servent pas d'autres intérêts. Face à un marché hospitalier très fragmenté, dans lequel les chaînes hospitalières s'insèrent difficilement, et où les compagnies d'assurance ne jouent pas encore un rôle central dans le parcours des patients, le développement des accréditations est aussi un moyen de mieux positionner l'offre des chaînes hospitalières en direction de patients toujours avides de labels et qui ont besoin d'être rassurés (Lefebvre, 2008).

D. L'accès aux services hospitaliers : quel bilan pour la privatisation ?

D.1. Un développement rapide du secteur hospitalier privé difficile à mesurer et à spatialiser

Le soutien de l'État au secteur hospitalier privé devait permettre le développement rapide des services hospitaliers. Cette croissance attendue devait réduire les inégalités de desserte en service hospitalier à travers le pays. L'accès aux services hospitaliers serait alors amélioré pour la population. Plus de vingt-cinq ans après ce tournant dans la politique hospitalière de l'Inde positionnant le secteur privé au cœur de la distribution de services hospitaliers, quels en sont les résultats pour les patients ? Nous avons déjà relevé que le développement des chaînes hospitalières avait jusqu'à présent surtout bénéficié aux grandes métropoles du pays et aux régions du sud de l'Inde. Suivre et mesurer le développement de l'infrastructure hospitalière et ses conséquences sur l'accès reste un exercice difficile à l'échelle d'un pays-continent comme l'Inde. Les lacunes du recensement des infrastructures de santé en Inde n'arrangent rien.

Le *Central Bureau of Health Intelligence* (CBHI), une agence du MoHFW est en charge de collecter, et de synthétiser les informations ayant trait à la santé, et notamment aux services de santé sur l'ensemble du pays. Le CBHI centralise les données que les *Directorate of Health Services* (DHS, Direction des Services de Santé) de chaque État doivent collecter auprès de chaque *District Health Officer*. Le CBHI a publié à intervalles réguliers un rapport recensant les infrastructures hospitalières et des informations sur leur équipement (nombre de lits, radiographie,...), leur localisation (État, District, Ville/village), et leur statut (privé/public, caritatif, municipal...). Ces rapports étaient notoirement lacunaires et mis à jour de manière irrégulière, et avaient pour unique mérite d'être les seules données disponibles sur le secteur hospitalier à l'échelle du pays. Plusieurs études ont montré localement le manque de fiabilité de ces données gouvernementales notamment pour appréhender le secteur privé (Baru, 2004). En 1988, le CBHI abandonne la publication de ce répertoire¹⁸. Publiée depuis 1986, une série de rapports annuels du CBHI, *Health Information of India* qui deviendra à partir de 2005 le *National Health Profile*, devient la seule source de données disponibles sur le secteur hospitalier. Les données agrégées par État portent sur le nombre d'établissements et de lits hospitaliers publics, en fonction de leur localisation en zones rurales, et urbaines. Au cours de deux rencontres en 2004 et en 2005 avec des fonctionnaires du CBHI, il apparaît que ce service ne se risque même plus à chiffrer le nombre d'hôpitaux privés et se limite volontairement et faute de moyen, au suivi du secteur public. Le CBHI est en fait complètement

18 Lors d'une visite au CBHI en 2005 nous avons retrouvé le dernier exemplaire de ce rapport dans une corbeille.

dépendant des DHS qui doivent rapporter les informations collectées à l'échelle des États. Comme le montre un atlas de la santé publié à la fin des années 1990 (Central Bureau of Health Intelligence, 1998), toutes les DHS ne sont pas efficaces dans l'enregistrement des infrastructures de soins car elles dépendent elles-mêmes des *District Health Officers*. Les petits États sont en général les plus réguliers et les plus efficaces dans la collecte de données, tout comme les États du sud. Les *District Health Officers* ont d'autres attributions comme la veille sanitaire sur des maladies jugées prioritaires comme la dengue, la malaria ou l'encéphalite japonaise. Malgré leur manque de fiabilité, certains auteurs (Kayastha & M. B. Singh, 2004) continuent d'utiliser ces données sans mise en garde particulière quant à leur représentativité et aux conditions de leur recensement. Toute tentative de cartographie par État nous donnerait à voir la qualité variable de l'enregistrement des données, plus que la situation réelle de la distribution des services hospitaliers à l'échelle nationale. Le CEHAT, un organisme indépendant basé à Mumbai qui étudie la santé publique en Inde, a essayé de centraliser différentes sources d'informations gouvernementales (centrales et des États) pour élaborer son propre jeu de données, sans éviter les mêmes écueils. Le *Census of India* à l'occasion des recensements décennaux publie aussi pour chaque ville des données sur les infrastructures urbaines, dont le nombre d'hôpitaux, et de cliniques. Ces données sur les infrastructures, limitées aux villes, ne sont pas le fruit du recensement mais de l'agglomération de sources secondaires gouvernementales, et donc peu fiables. Face à ces limites statistiques, on peut comprendre les difficultés de l'administration indienne à identifier les territoires sous-équipés et à formuler des politiques qui prennent mieux en compte la géographie des services de santé. Comment évaluer les résultats des politiques publiques sans données fiables ?

	1951	1961	1971	1981	1991	2000
Hôpital	2 694	3 054	3 862	6 805	11 174	15 888
% rural	39	34	32	27		22
% privé				43	57	71
Lits d'hospitalisation	117 000	229 634	348 655	504 538	664 135	719 861
% rural	23	22	21	17		11
% privé				28	32	32

Tableau 4: La croissance du système hospitalier indien 1951-2000 (National Commission on Macroeconomics and Health 2005)

Les résultats du Tableau 4 (p.86) doivent donc être interprétés avec une très grande prudence. Il est néanmoins révélateur de plusieurs tendances. Contrairement aux objectifs énoncés dans les différents plans gouvernementaux, la part des établissements et des lits hospitaliers en zones rurales s'est effritée au cours des 50 dernières années. Avant 1981, le secteur hospitalier privé ne fait l'objet d'aucun recensement. Au début des années 1980, le secteur privé rassemble 43% des établissements hospitaliers

mais seulement 28% des lits d'hospitalisation. Le secteur public est donc à l'époque encore majoritaire. Après vingt années de croissance, le secteur privé représente au début des années 2000 plus de 70% des établissements hospitaliers et 38% des lits d'hospitalisation. Le renversement en faveur du secteur privé a été rapide et s'est accéléré à partir des années 1990. Le secteur privé étant notoirement sous-représenté dans les résultats officiels on peut imaginer que la part des lits d'hospitalisation privés est en réalité bien supérieure.

Il existe plusieurs travaux sur le système hospitalier mais qui sont souvent limités à une ville, un district, un État (Baru, 2004; Deshpande et al., 2004; Muraleedharan, 1999), et qui ne partagent pas de base méthodologique commune. Toutefois dans le cadre de la *National Commission on Macroeconomics and Health* (National Commission on Macroeconomics and Health, 2005), un recensement exhaustif des services de santé a été mené en 2004 dans huit districts du pays. Ces districts ont été choisis pour leurs profils économiques similaires et leur répartition dans différents États de l'union (Illustration 6 p.88) : Nadia (Bengale Occidentale), Jalna (Maharashtra), Khamman (Andhra Pradesh), Kozhikode (Kerala), Vaishali (Bihar), Varanasi (Uttar Pradesh), Ujjain (Madhya Pradesh), et Udaipur (Rajasthan). Au total ces huit districts rassemblent 21 M. d'habitants, un peu moins de 10000 villages et 83 villes (Census of India, 2001). La méthodologie commune de recensement garantit la comparabilité des données et nous permet de tirer plusieurs enseignements sur le développement des services de santé privé et du secteur hospitalier en Inde depuis 1980.

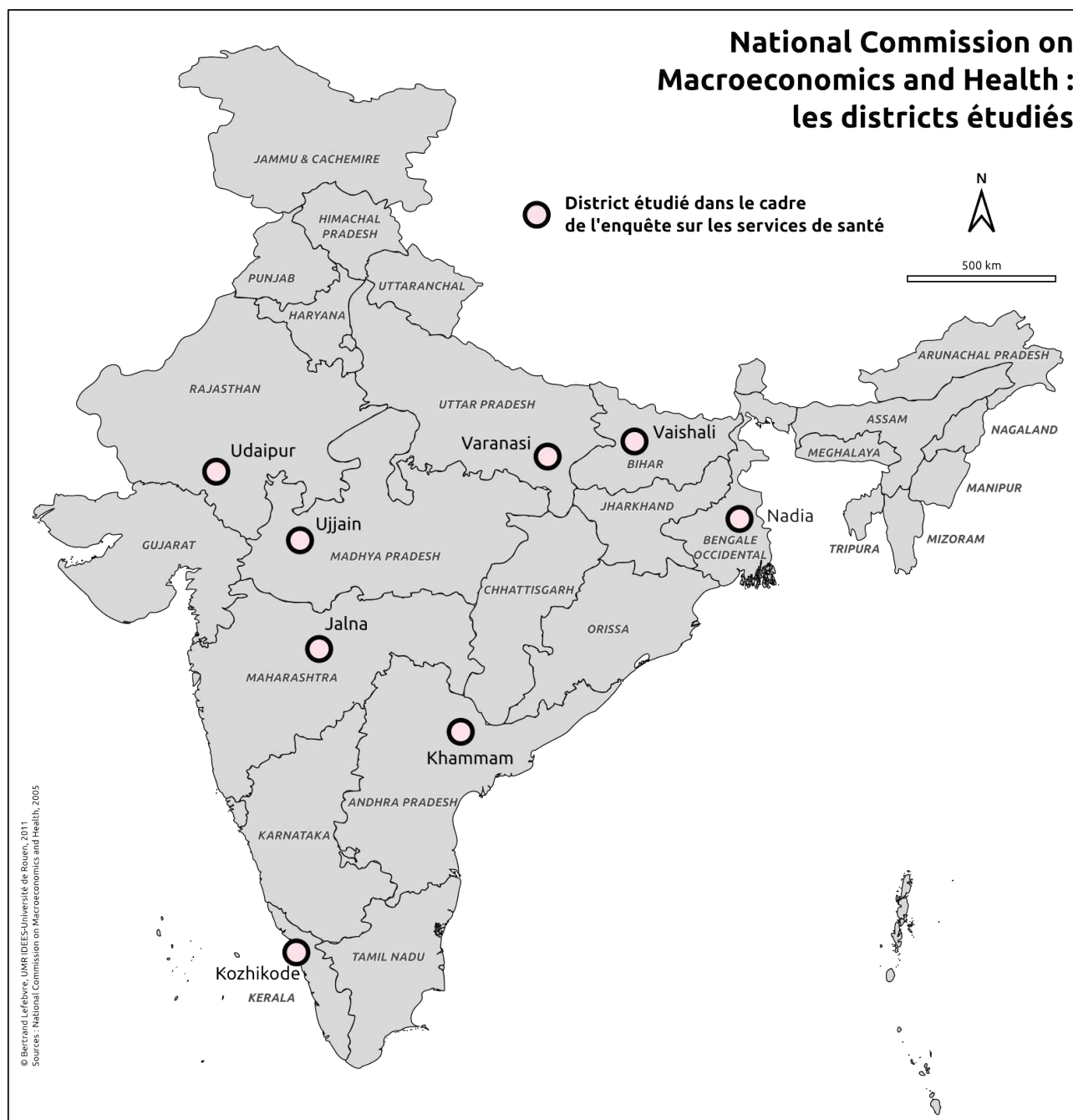


Illustration 6: National Commission on Macroeconomics and Health : les districts étudiés

Le Tableau 5 (p.89) revient sur l'évolution du nombre d'établissements de santé (hôpitaux, cliniques, dispensaires, centres de santé primaires), à partir des années de création des établissements existants en 2004. Le nombre total d'établissements est pratiquement multiplié par six entre 1980 et 2004, passant ainsi de 1270 à 7319. Cette croissance très forte est portée par l'augmentation du nombre d'établissements privés qui passe de 677 à 5714 sur cette période (+744%). L'essor du secteur de santé privé s'accélère période après période. Entre 1980 et 1984, 428 nouveaux établissements privés sont créés. Entre 2000 et 2004, 2235 établissements s'ajoutent au secteur privé. Ce fort rythme de croissance

contraste avec la faiblesse des créations de nouveaux établissements publics comme le montre la trajectoire des deux courbes. Alors qu'en 1980, le nombre d'établissements privés est légèrement supérieur à celui du secteur public (677 contre 593), en 2004, les établissements privés sont 3,5 fois plus nombreux que les établissements publics. À partir de 1990, on observe une réduction du nombre de nouveaux établissements publics. Si 330 établissements publics sont créés entre 1985 et 1989, seuls 97 viennent s'ajouter au secteur public entre 2000 et 2004. 37% des établissements publics ont été créés avant 1980. 39% des établissements privés ont été créés après 2000.

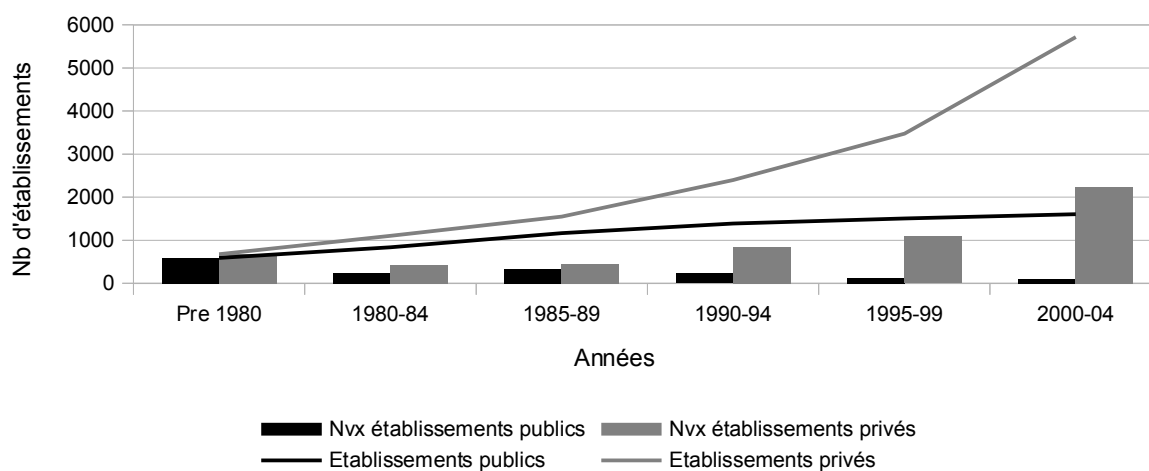


Tableau 5: Les établissements de santé dans huit districts pilotes (source : MoHFW, 2005)

Sur les 7818 établissements de santé, on compte 2332 hôpitaux et cliniques (30%). On peut inférer sans trop de risque que le secteur hospitalier a contribué à cette croissance générale, mais on ne peut évidemment pas aborder le développement des services hospitaliers uniquement par ces chiffres. La capacité d'accueil des infrastructures et donc le nombre de lits d'hospitalisation sont une autre mesure importante de l'offre de soins hospitaliers. L'évolution du nombre de lits d'hospitalisation vient confirmer plusieurs tendances observées pour les établissements de santé (Tableau 6 p.90). On assiste à une accélération progressive du rythme de croissance du secteur hospitalier privé. Alors que le secteur privé crée 832 lits supplémentaires entre 1980 et 1984, sa croissance est de 4909 lits entre 2000 et 2004. 45% des lits du secteur privé ont été ouverts entre 1995 et 2004 (+7643 lits). Dans le même temps, le secteur public ne crée que 2988 lits supplémentaires entre 1980 et 2004. Alors que le nombre de lits hospitaliers du secteur public est près de trois fois supérieur à celui du secteur privé en 1980, le secteur privé dépasse le secteur public en 1999.

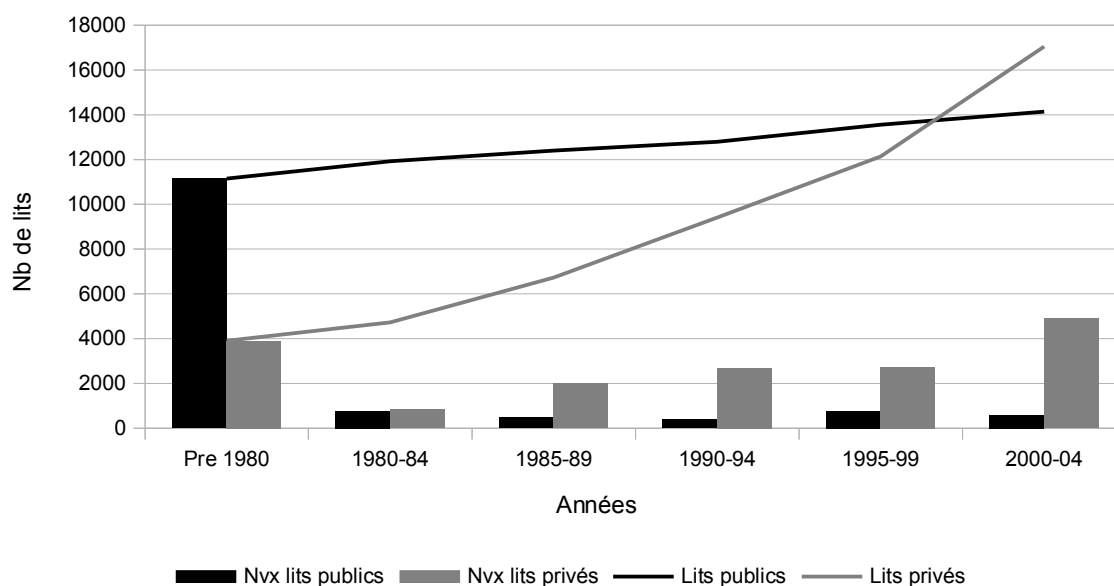


Tableau 6: Les lits hospitaliers dans huit districts pilotes (source : MoHFW, 2005)

Cette rapide analyse de données recoupe les tendances décrites au chapitre précédent. L'investissement dans le secteur hospitalier public s'est fortement ralenti, notamment durant la première moitié des années 1990. Surtout le développement du secteur hospitalier privé semble ne connaître aucune limite. Parallèlement le croisement du nombre d'établissements et du nombre de lits nous donne à voir le morcellement croissant du secteur privé. En 1980, un hôpital privé comptait en moyenne six lits. En 2004, un hôpital privé ne comptait plus que 3 lits.

D.2. Quand les patients votent avec leurs pieds

Le paysage du secteur hospitalier s'est transformé au cours des vingt-cinq dernières années. La montée du secteur privé dans l'offre de soins hospitalier n'est qu'un aspect de la privatisation des services hospitaliers. Quelle a été l'impact de la privatisation sur les pratiques des patients et la fréquentation des services hospitaliers ? Le soutien au secteur privé devait permettre de réduire les inégalités de desserte et d'accès aux services hospitaliers. Le développement du secteur privé devait permettre de répondre aux besoins de soins de la population et notamment des plus pauvres (Ministry of Health and Family Welfare, 1985). La question de l'utilisation des services de santé publics et privés a fait l'objet de plusieurs études nationales menées par la *National Sample Survey Organisation* (NSSO), et par l'*International Institute for Population Sciences* (IIPS) dans le cadre du *National Family Health Survey* (NFHS). Il existe aussi d'autres études locales qui permettent d'apprécier la variété des situations d'une ville ou d'une population à l'autre. Nous présenterons en particulier les résultats qui concernent les zones urbaines.

La NSSO a mené trois grandes enquêtes nationales sur la santé des Indiens depuis le milieu des années 1980 : 1986-87 (NSS 44th Round), 1995-96 (NSS 52d Round), 2004 (NSS 60th Round). Ces enquêtes couvrent l'ensemble du territoire indien, et utilisent des méthodes d'échantillonnage stratifié qui garantissent une représentativité des résultats en fonction du lieu de résidence (rural-urbain), du genre, des revenus et de l'appartenance à des minorités (castes, tribus). La consistance de la méthodologie pour chaque recensement assure une bonne comparabilité des données et autorise le suivi de tendances sur plus de vingt ans. On a ainsi pu relever une hausse substantielle de l'utilisation des services hospitaliers en Inde entre 1995-96 et 2004 (Mukherjee & J.-F. Levesque, 2010). En zones rurales, l'utilisation des services hospitaliers est ainsi passée de 15 à 26 hospitalisations pour 1000 personnes. Cette augmentation touche aussi bien les plus pauvres (+167%) que les plus riches (+18%). Cette hausse qui peut s'expliquer par l'augmentation du nombre d'hôpitaux entrevue plus haut a surtout bénéficié au secteur privé.

Secteur d'hospitalisation	Zone Rurale			Zone Urbaine		
	1986-87	1995-96	2004	1986-87	1995-96	2004
Public	597	438	417	603	431	382
Privé	403	562	583	397	569	618
TOTAL	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Tableau 7: L'utilisation des services hospitaliers, pour mille hospitalisations (NSSO, 1986-2004)

Le Tableau 7 (p.91) mesure l'évolution de la fréquentation des services hospitaliers privés et publics à l'échelle de l'Inde pour les années 1986-87, 1995-96 et 2004. En 1986-87, les patients fréquentent majoritairement le secteur hospitalier public dans les zones urbaines (603 hospitalisations pour mille), et dans les zones rurales (597 hospitalisations pour mille). La part des hospitalisations dans le secteur public va alors diminuer régulièrement. En 1995-96, les patients fréquentent désormais majoritairement le secteur privé en zones rurales (562 hospitalisations pour mille) comme en zones urbaines (569 hospitalisations pour mille). En 2004, la fréquentation de secteur public diminue encore pour atteindre son plus bas niveau (382 hospitalisations pour mille en zone urbaine). Le secteur privé est devenu le principal dispensateur de soins hospitaliers en Inde, un phénomène beaucoup plus marqué en zones urbaines (618 hospitalisations pour mille).

L'Illustration 7 (p.93) présente l'utilisation des services hospitaliers privés en zones urbaines dans les grands États de l'Union Indienne en 2004. Parmi les États où le recours au secteur privé est largement majoritaire (supérieur ou proche de 70%, les deux classes les plus sombres), on peut distinguer deux groupes. Un premier groupe composé du Bihar, de l'Uttar Pradesh, du Jharkhand, a vu les investissements dans le secteur hospitalier public décroître après les réformes de 1991, entraînant même

dans le cas de l'Uttar Pradesh la fermeture de plusieurs hôpitaux publics (R. Misra et al., 2003). Le secteur privé est devenu le seul recours possible dans ces États par ailleurs moins avancés économiquement. Un deuxième groupe composé du Gujarat, du Maharashtra, du Karnataka, de l'Haryana et du Punjab se distingue au contraire par son fort dynamisme économique. Parce que le niveau moyen de richesse y est plus élevé, les patients n'hésitent pas à recourir au secteur privé. Le Kérala, le Tamil Nadu, l'Andhra Pradesh, Delhi et l'Uttaranchal forment un troisième groupe marqué par une plus faible utilisation des hôpitaux privés (autour de 65% des recours). Ces États partagent une volonté politique de maintenir voire de développer le secteur de soins public. Un quatrième groupe rassemble le Rajasthan, le Madhya Pradesh, le Chhattisgarh, l'Orissa, le Bengale Occidental et l'Assam, où le secteur privé représente moins de 50% des hospitalisations. Dans ces États pauvres le secteur hospitalier privé s'est peu développé. Enfin le Jammu & Cachemire et l'Himachal Pradesh de part leur position stratégique ont bénéficié de nombreux investissements dans les infrastructures publiques.

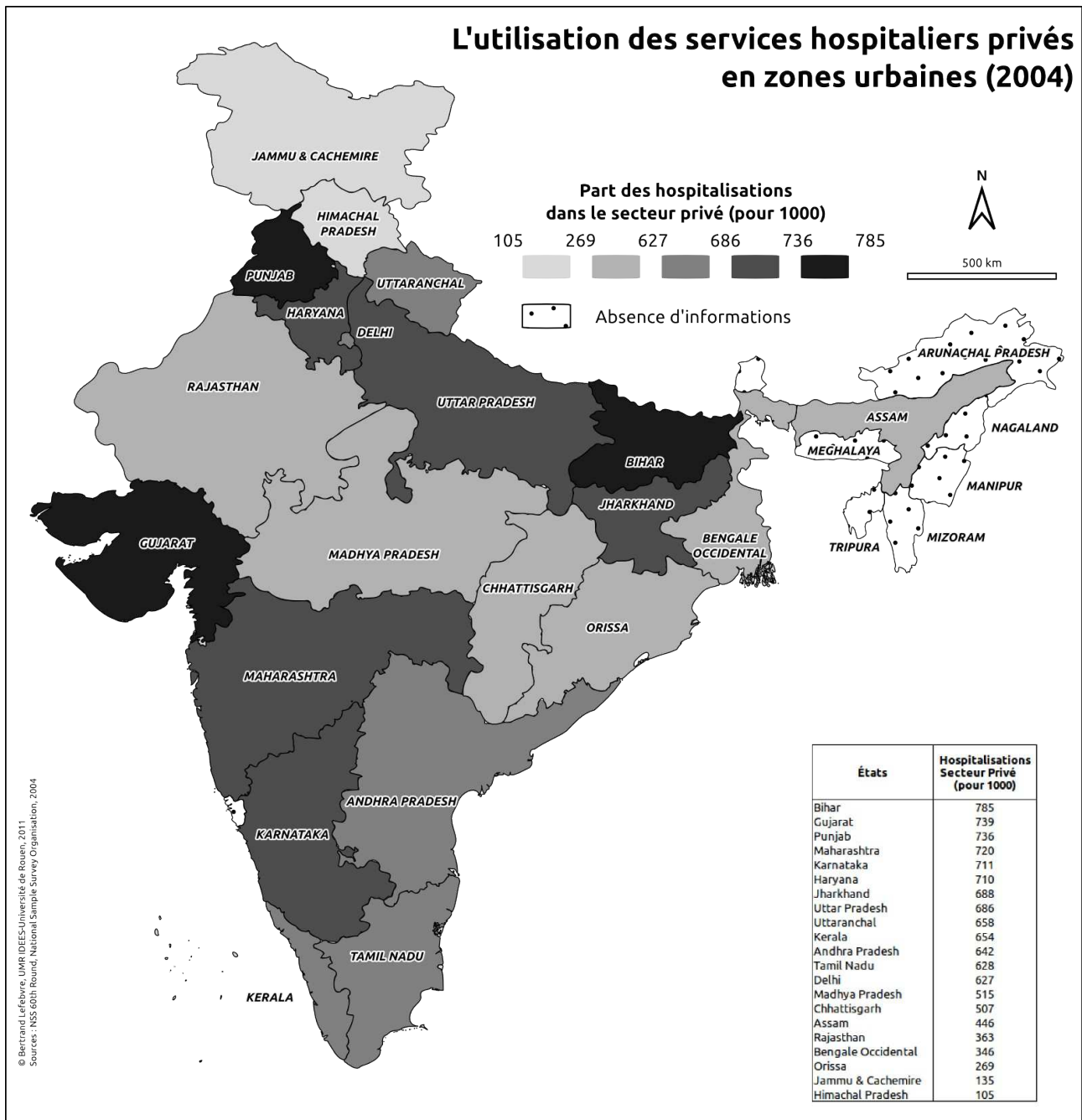


Illustration 7: L'utilisation des services hospitaliers privés en zones urbaines (2004)

Les études sur l'utilisation des services de santé révèlent que les hôpitaux ne sont pas que des lieux d'hospitalisations mais aussi des centres de soins ambulatoires plébiscités par la population indienne. Comme le prouvent les résultats du Tableau 8 (p.94) le secteur hospitalier représente la deuxième source de soins après les médecins privés. 32% des foyers interrogés au cours de l'enquête NFHS-3 (2006) choisissent d'aller se faire soigner dans un hôpital lorsqu'un de leur membre tombe malade. Cette proportion augmente en zones urbaines où le secteur hospitalier talonne les médecins privés (43%). On constate plus généralement que le secteur privé est largement plébiscité (70%), et que les dispensaires et les centres de santé primaires publics sont très peu utilisés (4%).

Sources de soins	Urbain	Rural	Total
<i>Hôpitaux Gouvernementaux/Municipaux</i>	23	12	16
Dispensaires Gouvernementaux	2	2	2
CHC, Hôpitaux ruraux	4	21	15
Autres (UHC, Sub-centre...)	1	3	2
Secteur Public	30	37	34
<i>Hôpitaux privés</i>	21	14	16
Médecins privés	46	36	40
Autres (pharmacie, médecins traditionnels...)	3	12	9
Secteur Privé	70	63	65
Secteur hospitalier (public+privé)	43	26	32
Total	100	100	100

Tableau 8: Quels services de santé utilisez-vous lorsqu'un membre du foyer tombe malade ? (% de foyers, NFHS-3, 2006)

L'enquête du NFHS-3 va plus loin en interrogeant les foyers qui n'utilisent pas les services de santé publics pour connaître les raisons de leur choix. 58% des foyers répondent que les établissements de soins publics offrent des soins de mauvaises qualité. 47% des foyers répondent qu'il n'existe pas de services de santé gouvernementaux à proximité de leur résidence. La distance et les inégalités de desserte des territoires en services de santé gouvernementaux peuvent donc apparaître ici comme un frein à l'utilisation du secteur de soins public. Ce chiffre agglomère les résultats des foyers vivant en zones rurales comme en zones urbaines, et l'on peut s'interroger sur le sens donné ici à la proximité spatiale dans des contextes aussi différents. Cette information nous offre une mesure de la perception des foyers indiens plus qu'une mesure spatiale des problèmes d'accessibilité aux services de santé gouvernementaux. Le NFHS-3 présente aussi des résultats désagrégés à l'échelle de huit villes indiennes (Chennai, Delhi, Hyderabad, Indore, Kolkata, Meerut, Mumbai, Nagpur) qui nous donnent une vision plus précise de la situation en zone urbaine (K. Gupta, F. Arnold, & Lhungdim, 2009). Les raisons invoquées par les foyers qui n'utilisent pas les services gouvernementaux sont très variables d'une ville à l'autre. À Delhi, et Kolkata près de 57% des foyers interrogés n'utilisent pas les services de santé gouvernementaux à cause de l'attente trop longue. Dans les villes de Chennai (42%), d'Indore (63%) et de Meerut (65%), la mauvaise qualité des soins est la première raison invoquée par les foyers qui n'utilisent pas les services de santé gouvernementaux. Enfin dans les villes de Mumbai (44%), de Nagpur (51%) et d'Hyderabad (54%), l'absence d'infrastructures gouvernementales à proximité est la première raison invoquée par les foyers qui n'utilisent pas ces services. Ces résultats nous rappellent

l'importance de l'échelle locale dans la compréhension d'un phénomène aussi complexe que l'utilisation des services de santé. Certaines villes sont mieux pourvues (Delhi, Kolkata) en services publics de santé que d'autres villes qui ont fait le choix de la privatisation des services de santé (Mumbai, Hyderabad). Les données du NFHS-3 permettent d'aller encore un peu plus loin dans l'analyse en intégrant notamment une dimension sociale et économique.

Villes	Qualité des soins	Proximité	Attente	Horaires	Absentéisme	Autres
Kolkata	50,4	27,4	58,1	22,9	4,4	5,4
Delhi	36,6	37,1	49,0	17,2	2,3	3,4
Chennai	38,6	30,2	34,3	26,9	1,2	1,8
Mumbai	36,1	51,4	24,2	18,3	1,1	5,7
Indore	49,4	57,9	40,9	12,9	8,7	1,1
Nagpur	28,3	61,8	30,4	11,7	0,9	2,4
Hyderabad	42,3	62,4	29,8	11,9	7,2	1,3
Meerut	63,1	67,7	22,3	10,0	2,1	7,4

*Tableau 9: Pourquoi vous n'utilisez pas les services de santé gouvernementaux ?
(% de foyers, Quartile le plus pauvre, NFHS-3, 2006)*

Le Tableau 9 (p.95) présente les mêmes résultats pour les foyers qui n'utilisent pas les services gouvernementaux et qui appartiennent au quartile de l'échantillon le plus pauvre parmi l'ensemble des foyers enquêtés au cours du NFHS-3. Pour quelles raisons, les foyers pauvres qui n'utilisent pas les services de santé gouvernementaux, font-ils ce choix ? L'absence de services de santé gouvernementaux à proximité est la première raison invoquée dans cinq villes sur huit, et pour plus de 50% des foyers pauvres interrogés dans ces villes. Même dans une ville comme Delhi, reconnue pour être bien équipée en infrastructures publiques de soins, l'argument de l'absence d'infrastructures de soins publiques à proximité est invoqué par 37% des foyers. Ces résultats semblent montrer que les pauvres même en milieu urbain sont particulièrement sensibles à la distance aux infrastructures.

Alors qu'une partie de la littérature scientifique, et une partie de la politique de santé publique s'est focalisée sur la césure rural-urbain en matière de distribution, et d'accessibilité aux services de santé (Banerji, 1985), ces résultats nous rappellent que les populations urbaines ne sont pas toutes égales face à la distance. Cette impression est renforcée par les résultats d'enquêtes menées dans différentes villes sur l'utilisation des services de santé notamment par les populations pauvres (Dilip & Duggal, 2003; Haddad, J.-frédéric Levesque, Narayana, & Fournier, 2005; Homan & Thankappan, 1999; Nandraj, Madhiwalla, Sinha, & Jesani, 2001). Au cours d'une enquête sur les pratiques de santé de 1035 foyers

(5610 personnes) dans un arrondissement de Mumbai (Dilip & Duggal, 2003) il apparaît clairement que la distribution spatiale des services de santé publics et privés conditionne l'utilisation de ces services. Le temps nécessaire pour accéder à l'hôpital public est beaucoup plus élevé que pour un hôpital privé. Pour plus de 61% des patients utilisant un hôpital public le trajet a duré plus d'une heure, contre 19% des patients d'un hôpital privé. Lorsqu'on interroge les patients sur les raisons qui les poussent à choisir majoritairement une hospitalisation en secteur privé par rapport au secteur public, les résultats sont encore plus frappants. Selon cette enquête, 40% des patients qui choisissent l'hospitalisation dans le secteur privé le font parce que les hôpitaux privés sont plus proches. Cette proximité des établissements privés est la première raison invoquée pour leur utilisation avant même la qualité des soins (32%). Les patients qui choisissent le secteur public le font à 48% parce que le secteur public est plus abordable financièrement. Se dessine donc dans le cadre de cet arrondissement de Mumbai un secteur privé à proximité des populations et qui vient occuper l'espace laissé par les établissements publics. Nous verrons plus loin que des enquêtes menées à Delhi aboutissent à des résultats similaires.

D.3. La privatisation des services hospitaliers au miroir des inégalités économiques

En utilisant d'autres données de la NSSO, la prévalence du secteur privé paraît nettement moins nette parmi la population indienne. Le Tableau 10 (p.97) présente la distribution des hospitalisations en fonction du niveau de vie (MPCE)¹⁹ et du secteur d'accueil (public, privé) pour les zones urbaines. Chaque secteur d'hospitalisation est ventilé en trois catégories (chambre gratuite, chambre payante, chambre payante particulière), une segmentation courante dans les hôpitaux indiens, qui permet ici d'apprécier à grand trait le coût de l'hospitalisation. Les chambres d'hospitalisation en Inde sont collectives, sauf mention contraire (chambre payante particulière). La prévalence du secteur privé se trouve confirmée par ce tableau. 45% des hospitalisations se font dans les chambres payantes du secteur privé. Le recours au secteur privé devient plus fréquent à mesure que le niveau de vie des patients augmente. 37% des hospitalisations de la classe la plus pauvre sont prises en charge par le secteur privé, contre 78% pour la classe la plus aisée. La part des hospitalisations dans le secteur public varie entre 62 et 50% pour les cinq classes les plus pauvres (MPCE de 0 à 575 ₹) contre 41% en moyenne. Ces chiffres nous donnent à voir un système hospitalier à deux vitesses dans lequel les plus pauvres utilisent les hôpitaux publics tandis que les plus riches utilisent les hôpitaux privés.

19 Monthly Per-capita Consumer Expenditure (MPCE) : Dépense Mensuelle de Consommation par Tête

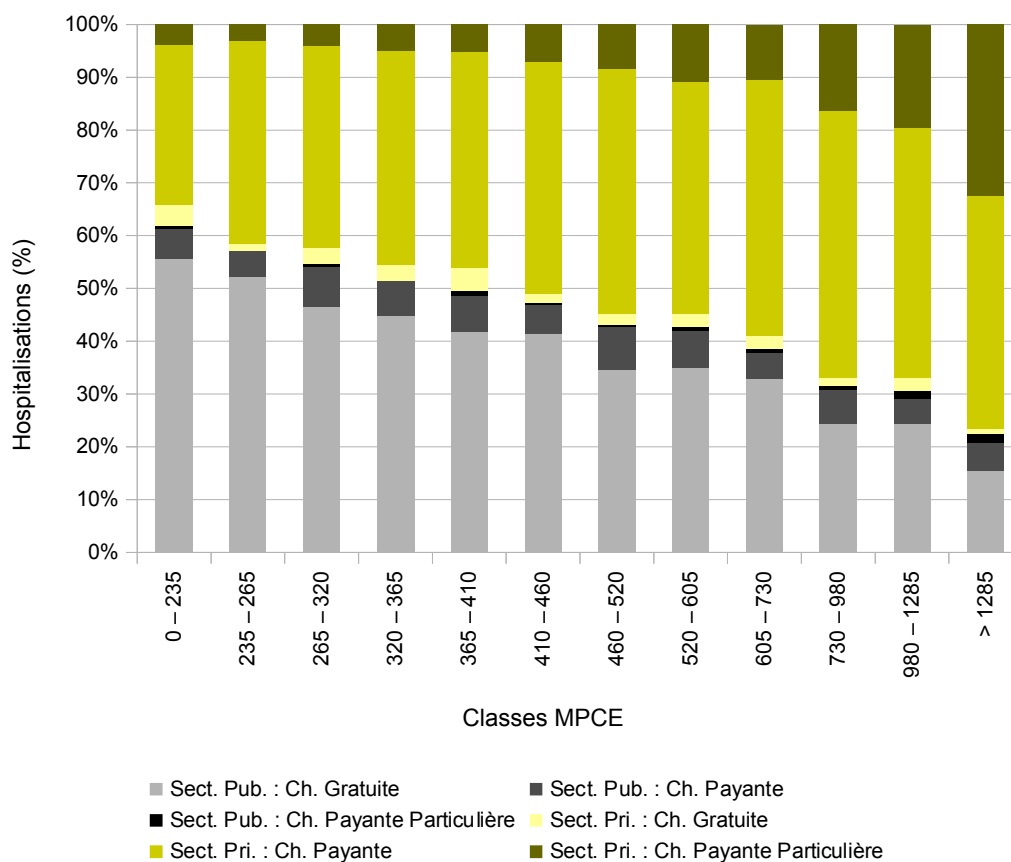


Tableau 10: Type de chambre (Ch.), et niveau de vie (classes MPCE) (NSSO, 2004)

La segmentation en fonction du type de chambre renforce cette impression d'un système hospitalier ségrégué. Alors qu'en moyenne 34% des hospitalisations sont prises en charge dans les chambres gratuites des hôpitaux publics, ce chiffre varie entre 54 et 42% pour les cinq classes les plus pauvres. À l'opposé, 33% des hospitalisations de la classe la plus aisée ont lieu dans des chambres payantes particulières d'hôpitaux privés. Plus important, alors que le secteur hospitalier privé a connu une croissance importante et que certains établissements privés ont bénéficié de subventions pour la prise en charge de patients pauvres, les chambres gratuites des hôpitaux privés accueillent 2% du total des hospitalisations. Pour une hospitalisation dans une chambre gratuite dans le secteur privé, le secteur public prend en charge quinze hospitalisations dans des conditions similaires. Le développement du secteur privé, en partie soutenu par le gouvernement central, semble donc avoir bénéficié aux classes les plus aisées.

Comme nous l'avons observé précédemment, l'accès aux services hospitaliers est conditionné par différents facteurs en Inde. Le coût de l'hospitalisation en secteur privé est un frein à l'utilisation de cette offre par l'ensemble de la population. Le Tableau 11 (p.98) présente la dépense médicale moyenne

d'une hospitalisation dans le secteur privé, et le secteur public pour 1995-94 et 2004. Au delà de l'écart entre zones rurales et urbaines, l'écart entre le secteur public et le secteur privé est très important. En 2004, la dépense médicale moyenne dans le secteur hospitalier privé (11553 ₹) est trois fois supérieure à celle du secteur public (3877 ₹) en zones urbaines, et plus de deux fois supérieures en zones rurales (7408 ₹ contre 3238 ₹). Autre tendance inquiétante, les dépenses médicales durant l'hospitalisation augmente rapidement entre 1995-96 et 2004, notamment dans le secteur privé (+116% en zones urbaines). Ces données sont corroborées par des résultats similaires obtenus dans les huit districts pilotes enquêtés par la *National Commission on Macroeconomics and Health* (National Commission on Macroeconomics and Health, 2005). Selon cette enquête, le coût d'un accouchement normal est en moyenne 18 fois supérieur dans le secteur privé par rapport au secteur public.

Hospitalisation	Zones Rurales			Zones Urbaines		
	1995-96	2004	1995-2004	1995-96	2004	1995-2004
Secteur public	2080	3238	+56%	2195	3877	+77%
Secteur privé	4300	7408	+72%	5344	11553	+116%

Tableau 11: Dépense médicale moyenne au cours d'une hospitalisation (sources : NSSO)

Des travaux très récents ont montré que les dépenses de santé, et notamment les dépenses de santé exceptionnelles liées à des hospitalisations, sont devenues une des causes principales de pauvreté en zones rurales comme en zones urbaines (Mukherjee & J.-F. Levesque, 2010; Selvaraju & Karan, 2009). Alors qu'à peine 10% de la population est couvert par une assurance-santé, 39 M. de personnes sont passés sous le seuil de pauvreté en 2004-05 à cause des dépenses de santé. En 1993-94, ce chiffre n'était que de 26 M. de personnes. Si l'utilisation des services hospitaliers a augmenté, y compris pour les populations les plus pauvres, une plus grande partie de la population se trouve dans une situation de grande vulnérabilité économique face à l'augmentation des frais médicaux dans le secteur hospitalier public comme dans le secteur hospitalier privé.

Ces chiffres sur l'utilisation des services hospitaliers, et les dépenses médicales au cours des hospitalisations, sonnent comme un désaveu pour la politique gouvernementale de soutien au secteur hospitalier privé. Le développement du secteur privé a certes permis de compenser l'affaiblissement des investissements publics dans le secteur hospitalier, mais la faiblesse des mécanismes de régulation pose problème. Plus grave, les patients semblent être abandonnés à leur sort, face au choix insoluble entre des hôpitaux publics vétustes, débordés, et trop loin ou des hôpitaux privés mieux équipés mais aux pratiques médicales et commerciales non-régulées.

Conclusion

Le paradoxe de ces vingt dernières années de réformes d'inspiration néolibérale aura été la rencontre de l'État indien et du secteur hospitalier privé. L'État a cherché dans le secteur privé une capacité d'investissement qu'il a peu à peu perdu. Le secteur hospitalier privé a trouvé dans l'État indien un soutien pour grandir, se structurer, et voir les plus grands groupes former une industrie de service. Le Partenariat Public-Privé dans le secteur hospitalier ne s'est pas limité à des mesures légales ou réglementaires pour encourager et encadrer le développement du secteur hospitalier privé. Selon les estimations de la *National Commission on Macroeconomics and Health*, 65 milliards ₹ (1 Md. d'euros) ont été distribuées depuis 1983 à travers des exemptions fiscales et des subventions plus ou moins directes (National Commission on Macroeconomics and Health 2005 : 53). Le secteur hospitalier privé comme d'autres secteurs de l'économie bénéficie d'un régime économique plus favorable aux entrepreneurs, mais dans lequel l'État continue de jouer un rôle central (Mukherjee-Reed 2003 : 24) :

« Contrairement au principal argument néolibéral selon lequel les réformes entraînent une séparation entre l'État et les entreprises, l'association positive entre la croissance des entreprises et le soutien de l'État apparaît comme une caractéristique structurante et essentielle de l'époque post-interventionniste en Inde. Cette continuité avec l'époque interventionniste est frappante. En effet, elle se manifeste dans la manière dont les ressources publiques continuent de se déployer dans un régime « libéral » : à travers une demande dirigée par l'État, des programmes de gestion, par des versements augmentés des institutions financières, par l'augmentation des dépenses dans les infrastructures, par des sacrifices dans les recettes de l'État en raison d'allègements fiscaux, et ainsi de suite. »²⁰

Loin des discours convenus sur l'impact des réformes de 1991, sur la soudaine libération de la force entrepreneuriale indienne, sur le retrait nécessaire de la puissance publique, les interrelations entre secteur privé et l'État paraissent donc bien plus complexes. Les années 1990 ont été marquées par un fort degré d'expérimentation, pour ne pas dire d'amateurisme, dans la relation entre secteur privé et l'État. On a demandé à une administration de s'inventer en quelques années une culture du partenariat et de la négociation. Le secteur privé a su tirer avantage de relais politiques et de la faiblesse de l'État à faire appliquer la loi pour ne pas respecter ses engagements dans le cadre du PPP, notamment pour le traitement des patients pauvres. Si l'État a trouvé des opérateurs privés prêts à investir dans le secteur

20 « Contrary to the principal neo-liberal claim that reforms bring about a separation between state and business, what emerges as a critical structural characteristic of the post-interventionist era in India is the positive association between corporate growth and increasing state support. This continuity with the interventionist era is rather striking. Indeed, it is manifest in the way public resources continue to be deployed in an otherwise 'liberal' regime: through state-led demand, management programmes, through increased disbursement from financial institutions, through increased spending on infrastructure, through sacrifices in the state's revenue incomes as a result of tax concessions and so on ».

hospitalier, son incapacité à trouver et à imposer un cadre réglementaire solide au secteur privé, n'a pas permis de réduire les inégalités de desserte et d'accès aux services hospitaliers. L'État a soutenu et encouragé le développement du secteur privé avant d'avoir mis en place des outils de régulations pour encadrer l'activité des opérateurs privés.

Les années 2000 ont confirmé que les acteurs privés du secteur hospitalier avaient besoin de l'État indien et de sa capacité à réguler le secteur. Porté par la forte croissance économique du pays, l'État semble prêt aujourd'hui à endosser un rôle renforcé à la fois de régulateur mais surtout de financeur. L'objectif aujourd'hui est d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services hospitalier, non plus par des mesures de soutien au développement de l'infrastructure, mesures à l'efficacité mitigée, et qui donnent trop de latitude aux opérateurs privés, mais par la mise en place de programmes d'assurance-santé qui touchent directement les patients. Cette nouvelle politique semble indispensable alors que l'utilisation des services de santé et des services hospitaliers par les plus pauvres augmente, et pousse plusieurs millions d'Indiens dans la pauvreté chaque année.

Partie 2 : Services hospitaliers et gouvernance urbaine

CHP3. Privatisation, gouvernance urbaine et géographie des services hospitaliers

Introduction

Les deux premiers chapitres ont été l'occasion de revenir aux racines de la privatisation des services hospitaliers indiens. Depuis le début des années 1980, l'État indien soutient le secteur hospitalier privé dans le cadre d'une politique nationale de santé dont l'objectif central est d'assurer l'accès aux soins pour tous. Le secteur hospitalier privé est aujourd'hui largement utilisé par la population. Pourtant en étudiant les conditions d'accès aux services hospitaliers, on constate des inégalités importantes dans l'utilisation de ceux-ci. Les populations les plus pauvres sont largement surreprésentées dans les hôpitaux publics. Les coûts liés à l'hospitalisation ont augmenté et entraînent une partie de la population dans une spirale qui les amène de la maladie à l'endettement, puis les enfonce dans la pauvreté. Les mauvaises pratiques médicales et commerciales dans le secteur hospitalier privé sont courantes. Selon les résultats de plusieurs enquêtes, la proximité des hôpitaux privés expliquent une grande partie de leur succès ce qui pose notamment la question du choix pour les patients dans le contexte d'un système de soins non régulé. La régulation du secteur hospitalier dans son ensemble, et du secteur privé en particulier, est devenue une question centrale dans la politique de santé publique indienne.

La question de la régulation du secteur privé, et notamment du partenariat public privé dans le secteur hospitalier indien a fait l'objet de nombreux travaux (Baru et al., 2000; Bennett & Muraleedharan, 2000; Bhat, 1996, 2001; Peters & Muraleedharan, 2008; Raman & Björkman, 2008). Ces travaux opèrent souvent une revue de modèles de PPP et de régulation pour le secteur privé, avec une volonté de présenter des solutions pour mieux encadrer la privatisation dans l'intérêt de la santé publique et des patients indiens. Ainsi l'ouvrage de Raman et Björkman (Raman & Björkman, 2008) fait suite à une revue exhaustive de différents modèles de PPP en Inde dans le secteur de la santé. Une première limite de ces approches est d'avoir une dimension prescriptive tellement forte que l'analyse des conséquences de nouveaux modèles de distribution des services de soins pour les populations passe au second plan. Parce que les modèles de PPP et les tentatives de régulation de la privatisation sont encore assez récents, on manque de recul sur les effets de ces transformations, notamment pour les patients. Une deuxième limite de ces approches est souvent de n'aborder la question de la privatisation des services de

santé et leur régulation uniquement sous l'angle de la politique de santé. La dynamique du secteur hospitalier s'inscrit aussi dans des dimensions urbaines et sectorielles. Il existe en Inde un mouvement général de privatisation des services (eau, électricité, éducation, santé). Le secteur de la santé n'est donc pas un cas isolé. Il peut être enrichissant de sortir la privatisation du secteur hospitalier et sa régulation du cadre de la politique de santé pour l'inscrire dans d'autres dimensions. Des pratiques, des acteurs, des modèles de distributions et de régulations se diffusent d'un secteur à l'autre. Les hôpitaux sont aussi des équipements et des services urbains. Enfin, beaucoup de ces travaux sont le fait de politistes ou d'économistes qui s'intéressent au cadre politique de la privatisation et à la mise en place de nouvelles réglementations et régulations. Il est au final assez peu question des conséquences pour les patients de nouveaux modèles de distribution comme par exemple l'impact des réformes sur l'accès aux services pour les populations.

On a vu dans le chapitre précédent que les enquêtes portant sur l'accès et l'utilisation des services étaient nombreuses (NSSO, NFHS), et constituaient tout un pan de la littérature scientifique sur les services de santé en Inde. Si ces travaux, basés sur des enquêtes foyers importantes, nous offrent une perspective détaillée sur les pratiques des patients et des populations, ils présentent aussi plusieurs limites. Les enquêtes et la présentation des résultats oscillent entre deux niveaux. Soit on obtient des résultats à l'échelle nationale par États de l'union, comme pour les enquêtes du NSSO, soit on obtient des résultats à l'échelle d'un quartier ou d'un échantillon de quartiers dans une grande métropole comme Delhi ou Mumbai. On obtient plus rarement une vision d'ensemble à l'échelle d'une ville sur les conditions d'accès aux services de santé. Peu de travaux essaient de relier leurs résultats aux modalités de distribution des services de santé. Ces travaux sont souvent peu disert sur la distribution des services de santé à proximité des foyers enquêtés et sur les choix possibles pour ces populations.

C'est ici que nous voulons positionner l'originalité de notre approche. Nous voulons couvrir un champ qui reste peu exploré aussi bien par la littérature d'essence politiste sur le système de santé que par la littérature souvent d'inspiration économétrique sur l'accès aux services de santé. Nous nous intéressons à la privatisation des services hospitaliers, à ses modalités et à ses conséquences en termes de distribution du service et d'accès pour les populations. Il nous semble éclairant à travers ce chapitre de replacer ces questions dans le cadre renouvelé de la gouvernance urbaine, et à travers l'utilisation des outils de la géographie de la santé pour analyser et mesurer les effets de la privatisation sur la distribution des services de santé. Nous voulons donc ramener à une échelle locale et urbaine les problématiques de la régulation du secteur hospitalier privé, et replacer la question de l'accès aux services hospitaliers dans leurs dimensions politiques et économiques locales. Surtout, nous voulons mesurer les effets des nouveaux modèles de distribution des services hospitaliers à l'échelle d'une ville.

Dans ce chapitre nous revenons dans un premier temps sur le renouvellement de la gouvernance urbaine en Inde et les nouvelles questions posées par la montée des intérêts privés. Les services urbains sont un des enjeux majeurs de cette nouvelle gouvernance, et nous reviendrons sur la place prise par les services hospitaliers dans ce renouveau. Enfin, nous verrons comment certains outils issus de la géographie de la santé peuvent nous permettre d'évaluer les résultats de la gouvernance urbaine en matière d'accès aux services hospitaliers.

A. Le cadre renouvelé de la gouvernance urbaine en Inde

A.1. Définir la gouvernance urbaine

Le concept de gouvernance a connu depuis la fin des années 1980 un succès croissant. La Banque Mondiale utilise ce concept dans un rapport sur les problèmes de développement rencontrés par l'Afrique subsaharienne en 1989 (Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009). Comme nous l'avons souligné dans le premier chapitre avec l'exemple de l'Inde, la fin de la Deuxième Guerre Mondiale et la naissance de nouveaux pays nés de la décolonisation, marque le début d'une période où l'État est au centre de la coordination sociale et de la planification économique. Mais à partir du milieu des années 1970, les crises économiques dans les pays riches et les faillites du développement dans les pays pauvres vont amener une remise en cause de l'État. Derrière le succès de la gouvernance comme concept et comme programme se lisent les échecs du gouvernement, et la remise en question du rôle de l'État. La gouvernance a été définie par Jan Kooiman (Kooiman 2002 : 73) comme :

« Tous ces arrangements interactifs dans lequel les acteurs publics et privés participent en vue de résoudre les problèmes de société ou de créer des opportunités dans la société, la participation aux institutions dans lesquelles ces activités de gouvernance ont lieu, et la stimulation des débats normatifs sur les principes qui sous-tendent toutes les activités de gouvernance »²¹

La définition de Kooiman suggère une redéfinition du rôle de l'État et de l'action publique, et l'émergence d'une pluralité d'acteurs, particulièrement au cours d'une décennie 1990 marquée par la mondialisation. L'État et ses instruments de gouvernement à l'échelle nationale sont concurrencés par d'autres acteurs qui agissent à partir d'autres échelles, internationale et locale : organisations

21 « All those interactive arrangements in which public as well as private actors participate aimed at solving societal problems or creating societal opportunities, attending to the institutions within which these governance activities take place and the stimulation of normative debates on principles underlying all governance activities »

économiques et politiques supranationales (p. ex. FMN, U.E., O.M.C., Banque Mondiale, FMI), villes, régions, entreprises, ONG, individus,... Si l'État conserve un poids important, de nouvelles régulations politiques et de nouvelles articulations entre ces acteurs se sont imposées. La gouvernance se décline désormais dans tous les domaines : gouvernance hospitalière, gouvernance de l'entreprise, gouvernance environnementale, gouvernance de l'Internet, et donc gouvernance urbaine.

P. Le Galès considère que le gouvernement urbain s'appréhende par trois dimensions (Le Galès 2003 : 422) : la démocratie représentative et la participation politique des citoyens, la distribution de services, et de biens collectifs, et la mise en place d'actions publiques, enfin une dimension de légitimation de la gestion territoriale de l'État. Chacune de ses dimensions a connu d'importants bouleversements. Tout d'abord la décentralisation a redéfini les échelles du gouvernement urbain. Au nom du rapprochement du gouvernement vers les citoyens, et pour amplifier la participation citoyenne, l'État a transféré une partie de son pouvoir aux échelons administratifs inférieurs. La décentralisation doit permettre une plus grande transparence des prises de décisions par rapport aux territoires et une plus grande autonomie pour les décideurs locaux. La décentralisation ne s'est pas arrêtée à un échelon administratif mais a affecté l'ensemble de la hiérarchie administrative et territoriale. Au sein des villes, des mouvements sont nés pour donner plus de pouvoirs aux quartiers, ou pour redéfinir l'équilibre des pouvoirs entre municipalités, quartiers et agglomérations afin de réduire la fragmentation de l'action publique. Cette décentralisation politique est allée de pair avec un transfert de missions de l'État vers les collectivités locales. On a vu à travers l'exemple des politiques de santé en Inde, que la décentralisation pouvait être aussi un moyen pour le gouvernement central de se décharger de certaines fonctions et d'équilibrer ses finances. Les municipalités, les gouvernements régionaux se sont retrouvés avec des prérogatives élargies et la nécessité de financer leurs nouvelles missions. Cette situation entraîne de plus grandes disparités entre villes d'un même pays et contribue en partie à la métropolisation des territoires. Les villes, parce qu'elles deviennent tributaires de leur développement économique pour assurer leurs rentrées fiscales, entrent en concurrence pour attirer les entreprises et obtenir des financements nationaux ou internationaux en vue d'améliorer leur attractivité, leurs infrastructures. Cette politique de développement économique s'accompagne d'une politique visant à réduire les inégalités sociales infra-urbaines.

Dans ce cadre politique et territorial renouvelé, et face aux contraintes budgétaires, les conditions de distribution des services et biens collectifs sont redéfinies. Les collectivités locales abandonnent la gestion directe de ces services, et font appel au secteur privé. L'extension et la diversité des missions poussent les collectivités locales à rechercher auprès d'opérateurs privés le savoir-faire et les compétences techniques et managériales nécessaires au bon fonctionnement des services. Les

collectivités locales, notamment dans les pays émergents, ont aussi recherché auprès des acteurs privés des capacités d'investissement pour faire face à une croissance urbaine rapide. On assiste à une marchandisation des services urbains et des biens collectifs. L'eau, l'électricité, les transports collectifs, autrefois des monopoles publics, deviennent l'enjeu d'une compétition entre opérateurs privés en vue de l'obtention de contrats. Les entreprises et les investisseurs privés se spécialisent dans la conception, la gestion et le développement des services urbains. On voit ainsi émerger de grandes multinationales dans le secteur de l'eau, de l'énergie, des transports, du traitement des déchets voire l'ensemble de ces secteurs. Les opérateurs autrefois nationaux, vont chercher à l'international de nouveaux marchés afin de valoriser leur savoir-faire et leur management. On observe une imbrication croissante entre acteurs publics, et acteurs privés. De nouvelles formes et de nouveaux modèles de régulation se mettent en place : contrats de délégation de service public, Joint-venture, contrat de management, externalisation, concessions pluridécennales. La privatisation prend des formes diverses. Cette hybridation de la distribution des services, ne va pas sans poser des questions, notamment lorsque les objectifs des opérateurs privés (profits), et des donneurs d'ordre public peuvent paraître contradictoires.

La gouvernance urbaine ne remplace pas le gouvernement urbain tel que défini par P. Le Galès mais permet de tenir compte de la plus grande diversité des acteurs et des mécanismes impliqués dans l'action publique. L'action publique dans les villes paraît de plus en plus fragmentée (Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009), et le concept de gouvernance doit permettre d'analyser des modes de gouvernement urbain de plus en plus complexes. Une tentative de définition a été proposée lors de la conférence organisée par les Nations Unies, Habitat II (UN Habitat, 2002):

« La gouvernance urbaine est la somme des différentes façons dont les individus les institutions, publiques et privées, planifient et gèrent les affaires communes de la ville. Il s'agit d'un processus continu par lequel les intérêts contradictoires ou divers peuvent être accommodés, et l'action coopérative peut être menée. Cela comprend les institutions formelles ainsi que des arrangements informels, et le capital social des citoyens. »²²

Cette définition reprise dans différents travaux (Dupont, 2007) est critiquable sur plusieurs points (Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009). À lire cette définition, il semblerait que la voix de la raison l'emporte toujours, et que les intérêts divers et conflictuels soient solubles dans la négociation et la coopération. La gouvernance serait-elle toujours « bonne » ? Très large voire très vague, de par la réalité qu'elle

22 « Urban governance is the sum of the many ways individuals and institutions, public and private, plan and manage the common affairs of the city. It is a continuing process through which conflicting or diverse interests may be accommodated and cooperative action can be taken. It includes formal institutions as well as informal arrangements and the social capital of citizens. »

entend recouvrir (capital social, arrangement formel et informel) cette définition ne fait pas ressortir les déséquilibres qui existent entre les différents acteurs de la gouvernance urbaine notamment lors de conflits, de coopérations, et de négociations. Un individu, une ONG, une entreprise, une municipalité, un gouvernement, une organisation supranationale n'ont pas les mêmes moyens d'action et de négociation dans la gouvernance urbaine, et peuvent avoir des intérêts irréconciliables. Néanmoins cette définition se présente comme un point d'ancrage intéressant pour analyser la gouvernance urbaine, ses acteurs, et ses modèles de coopération, et de négociation. Comme le souligne Ruet et Tawa Lama-Rewal, cette définition identifie les éléments constitutifs de la gouvernance sans établir a priori de hiérarchie entre eux ce qui offre un point de départ intéressant aux chercheurs (Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009) :

« Nous l'utilisons [la définition de la gouvernance urbaine par Habitat II, nda] comme une hypothèse zéro de notre recherche dans la mesure où l'on peut la reformuler selon une série de questions : qui sont les individus, et les institutions, publics, et privés, qui planifient, et gèrent les affaires urbaines ? Et de quelles manières ? Quels intérêts sont ménagés et sous quelles conditions des actions de coopération peuvent être menées ? Plus généralement, de quelle manière les interactions entre les nombreux acteurs de la gouvernance urbaine sont-elles formalisées ?»²³

Ces interrogations sur la gouvernance urbaine permettent de capturer effectivement les processus, les acteurs, les effets de contexte qu'ils soient historiques, légaux, politiques, économiques, territoriaux et sociaux. Pour aller plus loin, et pour reprendre en partie la division opérée par P. Le Galès, on peut aussi établir une distinction au sein de la gouvernance urbaine entre un volet politique et un volet distributif. Le volet politique peut s'apparenter à la régulation et à la fabrique des politiques publiques. Le volet distributif s'intéresse à qui reçoit quoi, comment, quand, et bien sûr où ? Cette dernière question nous intéressera particulièrement dans les parties suivantes.

A.2. L'impact de la libéralisation et de la décentralisation sur la gouvernance des villes indiennes

Le renouvellement du gouvernement urbain, et la montée de nouveaux acteurs dans la gouvernance urbaine a touché les villes indiennes. Comme nous l'avons vu précédemment, le début des années 1990 est marqué par une série de réformes administratives et économiques qui vont marquer le paysage

23 « We used it as a kind of hypothesis zero of our research, insofar as it could be reformulated through a series of questions: who are those individuals and institutions, public and private, who actually plan and manage urban affairs? In what ways do they do so? Whose interests are accommodated, and under what conditions can cooperative action be taken? And more generally, in what ways are interactions between the many actors of urban governance patterned? »

économique, politique et social du pays. Les villes indiennes, grandes bénéficiaires de la croissance économique, vont voir leur gouvernement se transformer sous l'effet de deux grandes forces, la décentralisation et la libéralisation de l'économie.

Avant de revenir en détail sur ces deux processus, il convient de présenter ici le modèle de gouvernement des villes indiennes pour bien comprendre la trajectoire suivie par l'Inde depuis 20 ans. Les villes sont dirigées par une autorité municipale. La corporation municipale (*Municipal Corporation*) est l'entité la plus autonome à la tête d'une ville. Une corporation municipale est créée par un État de l'union et possède en général une autonomie financière liée à deux taxes : l'octroi et la taxe foncière. Le pouvoir au sein d'une municipalité se partage entre l'exécutif et le conseil délibératif. Inspiré du modèle de Bombay, le pouvoir se partage entre le Conseil, le Commissaire et le comité permanent (*Standing Committee*). La municipalité est dirigée par un maire. Si le conseil municipal détient le pouvoir exécutif, les fonctions exécutives sont menées par le Commissaire. Cette division entre élus et fonctionnaires donne lieu à des tensions, des dérives bureaucratiques et à un équilibre souvent précaire (Pinto, 2000). Le gouvernement central et les États de l'union ont aussi un rôle important à jouer de par leurs prérogatives constitutionnelles, leurs ressources financières et leur programmes d'investissement. Le gouvernement central cherche ainsi à encourager par divers programmes d'investissement le développement des équipements urbains. Les municipalités n'ont souvent été que des courroies de transmissions de programmes nationaux comme le *Urban Basic Services Programme* et le *Integrated Development of Small and Medium Towns*. Les États de l'union de leur côté, parce qu'ils ont la responsabilité de la politique foncière, de la politique d'aménagement urbaine, et de la plupart des services essentiels (éducation, santé) pèsent aussi sur le gouvernement des villes indiennes. À côté de ces échelons administratifs, il existe aussi des agences publiques en charge de pans entiers des services collectifs : eau, électricité, transports... Si les municipalités ont des représentants dans leurs conseils d'administration, ces agences restent des bastions technocratiques et bureaucratiques majeurs. Les États de l'union ont par ailleurs sous leur direction des agences de développement et de planification urbaine très puissantes. Ces agences conçoivent et dirigent les schémas directeurs d'aménagement. Par le jeu des réserves foncières et des contrats de développement qu'elles octroient, elles sont des acteurs puissants de la politique urbaine. Une agence comme l'Haryana Urban Development Authority (HUDA) contrôlent près de 275 km² de terrains en périphérie de Delhi dans les villes satellites de Gurgaon, et de Faridabad, et autour de grandes villes comme Chandigarh ou Rohtak. À travers ce rapide tour d'horizon, on devine une compétition entre les différents acteurs publics, une déperdition et une confusion des missions, des prérogatives, qui aboutissent à un faible contrôle démocratique des politiques publiques dans le cadre urbain (Pinto, 2000).

Suite à la crise économique de 1991, les réformes entrevues lors des années 1980 vont s'accélérer. Voté en 1992 et ratifié en 1993, le 74^e amendement à la Constitution va contribuer avec le 73^e amendement à une plus grande décentralisation du pays et doit renforcer les municipalités. Les *Urban Local Bodies* (ULB : Organismes Urbains Locaux) se voient reconnus comme un nouveau niveau de gouvernement à part entière. Des *Nagars Panchayats* peuvent être créés pour des zones périurbaines, des conseils municipaux pour des zones urbaines de petites taille, et des corporations municipales pour les grandes zones urbaines. Les États de l'union décident toujours de la création ou non de ces institutions.

Les équipes municipales sont élues pour un mandat de cinq ans et les possibilités pour l'État de l'union de surseoir à cette équipe sont plus restreintes que par le passé. Des sièges au sein du conseil municipal sont réservés aux femmes, aux membres de minorités tribales et intouchables. Néanmoins les États de l'union décident toujours du montant des transferts accordés aux municipalités, tout comme l'assiette des taxes municipales. Par ailleurs les arrondissements des municipalités sont affublés d'un comité, composé d'élus et de représentants choisis par l'État de l'union. Les fonctions et le pouvoir de ce comité sont laissés à la discrétion de chaque État. La douzième liste détaille les fonctions pouvant être laissées aux autorités municipales : santé publique, éducation, mais aussi aménagement urbain, réseau routier, réglementation foncière...²⁴ Cette réforme qui devait permettre une décentralisation, une démocratisation de l'appareil administratif local ne semble pas avoir atteint l'ensemble de ses objectifs. Si les municipalités, notamment dans les grandes métropoles, ont acquis un certain niveau d'autonomie, et d'action, l'héritage des agences parapublics, le poids des États de l'union, et des programmes du gouvernement central se font encore sentir.

La libéralisation de l'économie vient aussi modifier le paysage de la gouvernance urbaine en Inde. La croissance économique se concentre dans les villes et particulièrement dans les grandes métropoles. Cette croissance amène les acteurs économiques, et le pouvoir politique à envisager de nouveaux développements pour les villes. Il s'agit notamment de créer les infrastructures qui vont permettre à l'Inde et à ses entreprises de continuer de croître. De nouvelles infrastructures de transports, des zones industrielles, des zones commerciales et tertiaires sont aménagées en périphérie des villes et des grandes métropoles. Les entreprises ont un énorme besoin de ressources foncières pour construire les usines, les zones logistiques ou les bureaux qui vont de pair avec leur croissance. Les acteurs privés essaient de peser auprès des pouvoirs publics pour que ces aménagements répondent à leurs besoins, quand ils ne prennent pas eux-mêmes les programmes d'aménagement en main. La libéralisation économique couplée à la décentralisation a ainsi encouragé les États de l'union à miser sur le développement de leur métropole-capitale, comme Hyderabad, Bangalore, Chennai (Kennedy, 2007). La compétition entre

24 Voir ainsi <http://indiacode.nic.in/coiweb/amend/amend74.htm>

métropoles pour attirer les investisseurs étrangers et domestiques entraînent la formalisation et la réalisation de programmes d'aménagements urbains majeurs.

A.3. De nouvelles régulations pour la distribution des services urbains

La décentralisation et l'extension des compétences des pouvoirs publics locaux, ont eu d'importantes conséquences sur le volet distributif de la gouvernance urbaine. Qui reçoit quoi, quand, comment, et bien sûr où ? Pour des raisons budgétaires, techniques, et parfois politiques, la distribution directe de services urbains par les autorités municipales, gouvernementales, ou parapublic est abandonnée au profit d'opérateurs privés. Cette externalisation des services en dehors du gouvernement ainsi que la contractualisation de la relation entre opérateurs privés et pouvoirs publics, entraîne une redéfinition des missions du gouvernement, des modèles de distribution et de la place des citoyens-usagers. Dans le cadre de la gouvernance urbaine indienne on peut identifier plusieurs défis.

Un des défis les plus importants relève du financement de ces nouveaux partenariats. Auparavant les pouvoirs publics arbitraient en interne l'équilibre entre coût d'opération, investissement et revenus liés à l'utilisation d'un service. Cet arbitrage relevait souvent d'une négociation bipartite entre les élus représentants les citoyens, et l'appareil administratif. Via des dotations ou certains programmes nationaux, le gouvernement central et les États de l'union participaient à la négociation. Cet équilibre s'est fragmenté dans une pluralité d'acteurs, d'intérêts et de sources de financement. La question du financement est un point central du partenariat entre autorités publiques et opérateurs privés, et devient souvent une source de tension avec les usagers-citoyens. Qui va supporter les investissements nécessaires à la continuité et à l'amélioration du service ? Quelle tarification sera appliquée aux usagers pour couvrir quels coûts ? Quelles sont les garanties pour l'opérateur privé d'avoir une activité bénéficiaire ? Ces questions sont importantes car elles sont sources de tensions dans le partenariat et donnent lieu à des ajustements parfois douloureux (Sangameswaran, Madhav, & D'Rozario, 2008). Les usagers les plus pauvres peuvent se retrouver exclus d'un service suite à une augmentation des tarifs qui visent à améliorer le service à moyen terme. Un opérateur privé peut être engagé contractuellement à investir dans le renouvellement d'un réseau technique (eau, électricité). Comment financer l'amélioration du service sans exclure les usagers ?

Le problème du financement nous amène au problème plus large du partenariat et de la coopération entre acteurs. En externalisant, les pouvoirs publics perdent le contrôle direct sur les services. Ils doivent s'inventer un nouveau rôle face aux citoyens-usagers, et trouver leur place face aux opérateurs

privés. En étudiant le secteur du traitement des déchets, I.S.A. Baud a remarqué que les pouvoirs publics avaient tendance à privilégier les grandes entreprises, et les associations de quartiers de la classe moyenne (Baud & Dhanalakshmi, 2007). Un des risques est en effet de voir l'action du gouvernement s'orienter en priorité vers l'élite locale et vers les entreprises aux moyens techniques éprouvés. Dans le foisonnement de nouveaux modèles d'organisation et d'expérimentation, on trouve une fragmentation de la responsabilité. L'opérateur privé doit exécuter ses missions selon les termes du contrat passé avec les pouvoirs publics. Ces mêmes pouvoirs publics doivent vérifier que l'opérateur privé remplit effectivement ses missions vis-à-vis des usagers. La corruption vient troubler la relation entre opérateurs privés et autorités publiques, sans que les usagers puissent avoir de recours. Comme nous le verrons pour le secteur hospitalier de Delhi, les pouvoirs publics parce que leur autorité est diluée dans plusieurs agences sont incapables d'assumer ces fonctions de contrôle. Au côté des citoyens, des activistes et des ONG s'organisent pour garantir les droits des usagers. Le système judiciaire devient un acteur de plus en plus important de la gouvernance urbaine. Certains jugements de la Cour Suprême ont modifié l'équilibre des relations entre citoyens, usagers, opérateurs privés et pouvoirs publics. La corruption peut aussi entraîner d'importantes pertes financières pour les pouvoirs publics : détournements de fonds, surfacturation, ententes illicites lors d'appels d'offres, piètre qualité d'exécution de la prestation,... La corruption vient saper la confiance balbutiante entre pouvoirs publics et secteur privé. Alors que la privatisation se fait bien souvent au nom de la maîtrise des dépenses publiques, et qu'il est attendu des opérateurs privés une meilleure maîtrise des coûts, et des programmes d'investissements dans les infrastructures, la corruption peut avoir un effet contraire. Le contrôle des coûts de transaction est un élément central dans cet objectif, et tout dévissage financier atténue les bénéfices attendus de la privatisation (Baud & De Wit, 2009).

Lorsqu'on s'intéresse à la gouvernance urbaine et à la distribution de service, la question centrale peut être formulée ainsi : les nouveaux modèles de distribution de service sont-ils plus performants en termes de coût, de développement des services et surtout d'équité ? Le passage d'un système de distribution de service directement contrôlé par les pouvoirs publics à un système contractualisé peut avoir plusieurs incidences sur le périmètre des missions et des services. Les pouvoirs publics sont censés garantir à l'ensemble de leurs citoyens l'accès au service. L'universalisation des services urbains a été une réalité dans les villes des pays riches (eau, électricité, traitement des ordures), et un objectif à atteindre dans les villes des pays pauvres. Il est évident que l'universalisation n'a jamais été totale et encore moins dans les grandes agglomérations des pays émergents (Jaglin, 2005). Néanmoins dans leurs travaux sur les réseaux, Graham et Marvin considèrent que le modèle du réseau unique a permis d'intégrer les populations et les quartiers des villes dans un projet commun, intégrateur, et de lutter contre la fragmentation urbaine et ainsi réduire les effets de la ségrégation sociale (Graham & Marvin,

2001). Pour eux, la privatisation des services urbains participerait d'une désintégration des services, des réseaux et donc de la ville. Les opérateurs privés tendraient à privilégier les usagers et les quartiers les plus aisés en leur assurant une qualité de service supérieur aux quartiers pauvres d'une ville qui ne bénéficieraient pas des mêmes modalités de services. Cette segmentation de l'offre basée sur la marchandisation des services urbains contribuerait à la fragmentation urbaine d'une ville, et à la naissance de tensions autour des services et de mobilisations politiques. Cette thèse a eu le mérite de poser les bases d'une intense réflexion sur les réseaux, leur privatisation, la gouvernance urbaine, et leur impact sur les territoires infra-urbains.

En réponse, un intense travail a été mené notamment par des chercheurs français pour tester la validité de cette thèse sur différents réseaux (eau, télécoms, électricité), à différentes époques et dans différentes régions (villes indiennes, africaines, sud-américaines) (Coutard, 2006). Plusieurs conclusions peuvent être tirées de ces travaux. Tout d'abord il n'y a jamais eu d'universalisation complète des services même lorsque le distributeur est public. Ceci est particulièrement vrai des villes de pays africains où la croissance urbaine ayant dépassé les prévisions, les infrastructures urbaines ont été incapables de répondre aux besoins des populations (Jaglin, 2005). La corruption, le manque de moyens techniques, et humains ont freiné le développement des services urbains publics. Ensuite, le secteur privé peut aussi agir comme intégrateur, et permettre même à des populations pauvres d'accéder à des services. On pense ici à l'exemple des cafés internet, des petits opérateurs privés distribuant l'eau dans les espaces périurbains de Chennai et Mumbai, ou d'autres villes indiennes (Angueletou-Martreau, 2010). La diversité et la pluralité des modèles de distribution d'un service ne signifient pas directement moins d'accès pour les populations ou moins d'équité. Toute la question de la distribution des services urbains dans la gouvernance urbaine repose sur l'invention de modèles efficaces pour tous.

B. La privatisation des services hospitaliers : une question de gouvernance urbaine

B.1. Urbanisation et demande de services urbains

Avant de revenir sur l'importance des services urbains dans la gouvernance urbaine, il convient de mieux comprendre le contexte de l'urbanisation en Inde, et les défis rencontrés par les habitants des villes et des métropoles. L'urbanisation indienne présente un caractère paradoxal à plusieurs titres. Le sous-continent indien abrite les vestiges de vieilles cités, comme Mohenjo-Daro, et pourtant les derniers chiffres disponibles signalent qu'un peu moins de 28% de la population indienne vit en ville (Census of

India, 2001²⁵). Dans l'attente des résultats du recensement 2011, on estime que la population urbaine représente aujourd'hui au moins 30 % voire 35 % de la population si l'on considère les villages dont la population dépasse les 10000 habitants (High Powered Expert Committee, 2011). Tout aussi paradoxal au regard de la faible intensité de l'urbanisation, l'Inde abrite trois des vingt plus grandes mégalo-poles du Monde : Mumbai, Delhi, Kolkata.

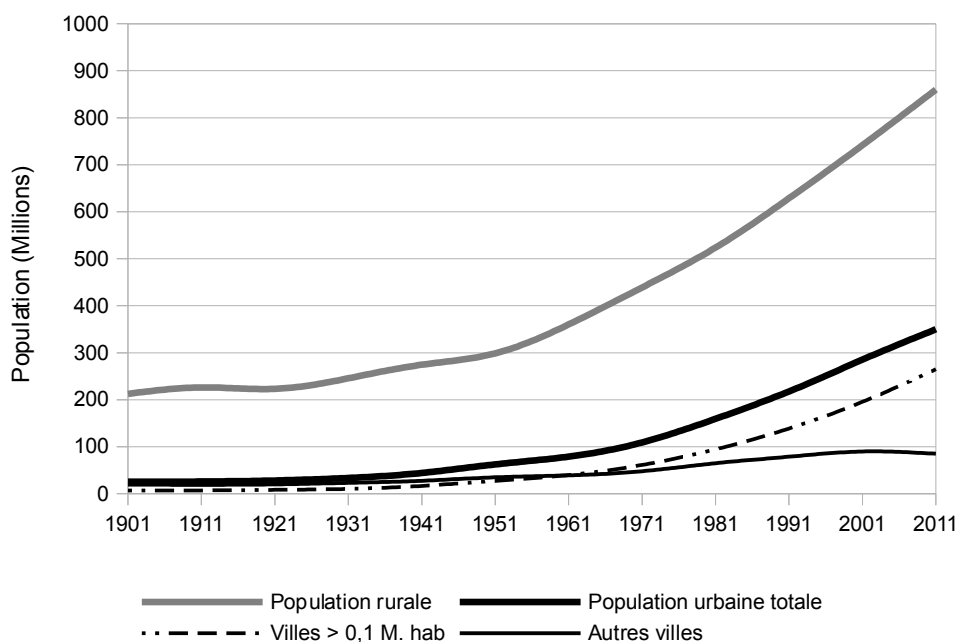


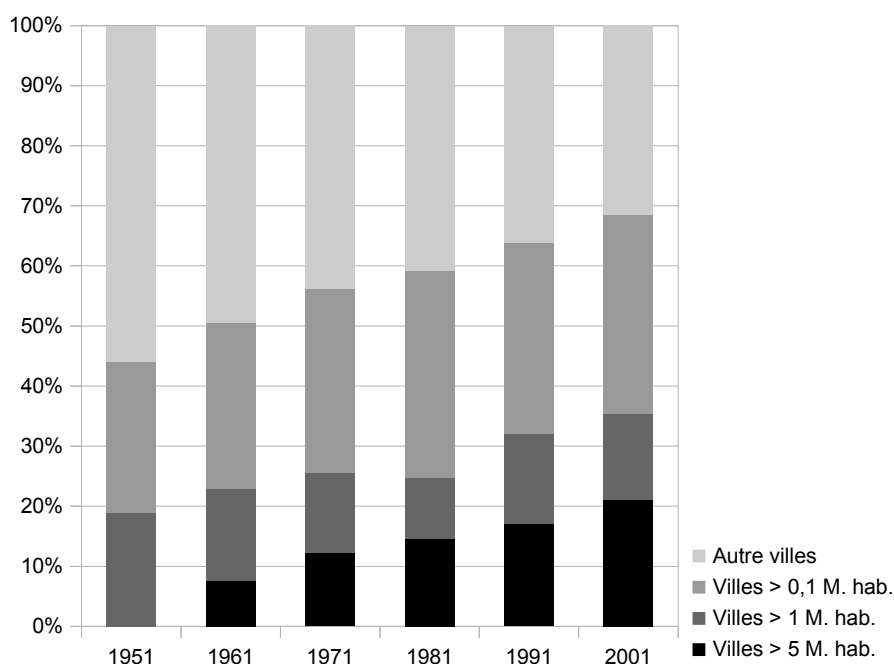
Tableau 12: Évolution de la population indienne 1901-2011 (sources : Census of India)

Le Tableau 12, p.114 présente l'évolution de la population urbaine et de la population rurale en Inde entre 1901 et 2011. La croissance urbaine est très modérée et suit un profil similaire à l'évolution de la population rurale. Le taux de croissance démographique des villes indiennes est toujours inférieur à 4% par an. De 1961 à 2001, l'accroissement naturel représente entre 51 et 65% de la croissance démographique urbaine. Le poids des migrations de zones rurales à zones urbaines dans la croissance démographique urbaine varie de 18 à 24% (Sivaramakrishnan, Kundu, & B. N. Singh, 2005).

Si l'Inde est donc loin d'avoir connue une explosion urbaine, et surtout un exode rural massif, les valeurs absolues nous donnent à voir une autre facette de l'urbanisation et des défis de la politique urbaine. Avec 350 M. d'urbains l'Inde abriterait aujourd'hui la deuxième population urbaine au monde (High Powered Expert Committee, 2011). Entre 1991 et 2001, la population urbaine a crû de 68 M.

25 Le *Census of India* définit une ville selon les critères suivants : toute zone sous le contrôle d'un conseil municipal, d'une corporation municipale, d'un cantonnement militaire ; toute zone répondant aux critères suivants : au moins 5000 hab., moins de 25% de la population active masculine employée dans le secteur agricole, une densité de 400 hab/km².

d'habitants. Le Tableau 12 (p.114) présente aussi l'évolution de la population des villes de plus de 100000 habitants par rapport aux autres villes. Décennie après décennie, on constate le poids de plus en plus important pris par ces villes dans le système urbain. À partir de 1961, une majorité de la population urbaine vit dans des villes de plus de 100000 habitants. Sur les 68 M. de nouveaux urbains entre 1991 et 2001, 57 M. (83%) habitent dans ces villes.



**Tableau 13: Distribution de la population urbaine (1951-2001) sources :
Census of India**

Cette concentration croissante de la population urbaine dans le sommet de la hiérarchie urbaine se lit dans le Tableau 13 (p.115) qui présente la distribution de la population urbaine en fonction de la taille de l'agglomération urbaine. En 1951, 56% de la population urbaine se localisait dans les agglomérations et villes de moins de 100000 habitants. Ce chiffre chute régulièrement jusqu'à atteindre 31% en 2001. De 1951 à 1981 la part de la population vivant dans des agglomérations comprises entre 100000 et 1 M. d'habitants passe de 25% à 35%, puis décline après 1981. À partir de cette date, les agglomérations millionnaires vont accueillir une part croissante de la population urbaine. En 2001, 101 M. d'Indiens (35% de la population urbaine) vivent dans des agglomérations millionnaires contre 39 M. en 1981 (25%). Cette croissance a tendance à se concentrer dans les agglomérations qui dépassent les 5 M. d'habitants (Mumbai, Delhi, Kolkata, Chennai, Hyderabad, Bangalore). Entre 1991 et 2001, un tiers de la croissance de la population urbaine, soit 23 M. sur les 68 M. de nouveaux urbains, se fait dans les

agglomérations de plus de 5 M. d'habitants. Les 30 dernières années sont donc marquées par un fort mouvement de métropolisation du système urbain. En 2011, l'Inde compte 50 agglomérations millionnaires contre 35 en 2001. Pune et Ahmedabad ont rejoint le cercles des agglomérations dépassant les 5 M. d'habitants.

Cette métropolisation fait peser sur les infrastructures et les services collectifs des grandes villes une pression croissante. Si les petites villes doivent aussi faire face à des problèmes importants en termes d'équipement et d'accès aux infrastructures de base pour leur population (eau, logement, transports), les grandes agglomérations affrontent des défis techniques, institutionnels et financiers d'une autre envergure. En matière de logements la situation est exsangue. 37% des ménages urbains composé en moyenne de cinq personnes vivent dans une seule pièce (Census of India, 2001). 42 M. de personnes vivent dans des slums en Inde, ce qui représente 23% de la population des 640 villes où des *slums* ont été recensés. La situation est particulièrement critique dans les plus grandes agglomérations du pays, comme Mumbai (6.5 M. de personnes vivant dans les slums), Delhi (1,9 M. de personnes) ou Kolkata (1.5 M. de personnes) (Census of India, 2001).

Les infrastructures ne permettent pas d'assurer un service continu, et surtout donnent naissance à des problèmes environnementaux et sanitaires de grande ampleur. Selon différentes études, l'eau potable n'est accessible qu'entre 1 à 6 heures par jour dans les villes indiennes (High Powered Expert Committee, 2011). Seulement 64% de la population a accès à l'eau dans un périmètre immédiat (domicile ou point de distribution collectif) contre 91% en Chine. Lors d'une enquête menée par le Ministère des Affaires Urbaines sur l'assainissement dans 423 villes, aucune ville n'a satisfait aux normes sanitaires et de propreté exigées, et seules les villes de Surat, de New Delhi, de Chandigarh et de Mysore s'approchaient des standards fixés par le ministère. Moins de 21% des eaux usagées sont traitées, ce qui cause d'importants problèmes de santé publique notamment lors des moussons. Moins de 30% des déchets solides sont triés. Les transports publics ne représentent que 22% des transports urbains contre 40 à 44% dans la plupart des pays émergents (Brésil, Afrique du Sud, Egypte). En 2009, seulement 20 des 85 municipalités comptant plus de 500000 habitants avait un système de transport collectif public (bus) entraînant d'importants problèmes de pollution atmosphérique et de trafic.

Face à ces défis, et suite à la décentralisation des politiques publiques, les échelons administratifs et les agences d'aménagement urbain paraissent bien démunis. Plusieurs études sur les finances des municipalités (Mohanty, B. M. Misra, Goyal, & Jeromi, 2007) révèlent un manque de moyens financiers pour investir et entretenir les infrastructures et équipements urbains. Les investissements actuels dans les équipements urbains sont inférieurs de 76% au budget nécessaire à la mise aux normes de ces

équipements. 54% du budget municipal est consacré aux salaires en moyenne. Faute de recettes suffisantes, les municipalités sont un vrai maillon faible dans la gouvernance urbaine et l'amélioration des équipements urbains. Les États de l'union et le gouvernement central, via notamment la *Jawaharalal Nehru National Urban Renewal Mission*, sont les seuls acteurs publics à avoir la capacité financière d'investir dans le développement et l'amélioration des infrastructures urbaines. Face à la forte croissance démographique des villes indiennes et à la faiblesse des moyens financiers, on peut comprendre le besoin pour les pouvoirs publics locaux de s'appuyer sur le secteur privé pour répondre aux besoins des populations.

B.2. Services hospitaliers et gouvernance urbaine

La distribution et l'accès à différents types de services urbains font l'objet d'intenses tractations dans la gouvernance urbaine. On associe directement à la gouvernance urbaine la privatisation des services comme l'eau, l'électricité, les transports, la collecte et la gestion des déchets, des domaines qui ont donné lieu à de nombreux travaux en Inde (Baud & Dhanalakshmi, 2007; Baud & De Wit, 2009; Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009; Zérah, 2008). Les pouvoirs publics interviennent dans d'autres services comme l'éducation ou la santé qui ont eux aussi été marqués par un fort mouvement de privatisation depuis le début des années 1980. Quelle place occupe la privatisation des services de santé et des services hospitaliers dans la gouvernance urbaine ? Quels ont été les approches et les travaux menés sur ce sujet ?

Peu de travaux en Inde prennent la santé comme porte d'entrée pour étudier la gouvernance urbaine et les modalités de la relation public-privé dans le développement de nouvelles infrastructures. On peut relever en particulier les travaux du programme APUG (Acteurs, Politiques Urbaines, et Gouvernance) sur le secteur de la santé dans les métropoles de Delhi, Mumbai et Hyderabad (Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009). Le point central de cette approche porte moins sur le PPP et les relations entre secteur privé, et pouvoirs publics que sur le rôle joué par les élus locaux dans la formalisation politique de santé publique. L'approche de la santé se situe donc plus sur le volet politique que distributif de la gouvernance urbaine. Si la question de l'externalisation de certaines activités y est effectivement abordée, notamment sur le cas d'Hyderabad, elle ne concerne que le secteur de soins primaires.

Pourtant la gouvernance urbaine est révélatrice de plusieurs enjeux importants pour les pouvoirs publics, les citoyens, les opérateurs privés, notamment autour de la privatisation des services hospitaliers. Indirectement, les travaux de Florence Rihouey sur l'essor du secteur hospitalier privé d'Hyderabad nous révèlent certains de ces enjeux (Rihouey, 1997). La distribution des services

hospitaliers en ville se caractérise par une diversité d'opérateurs aussi bien publics que privés : municipalité, État de l'union, parfois gouvernement central, chaînes hospitalières privées, sociétés caritatives, petites cliniques privées,... Face à ce paysage hospitalier fragmenté, les pouvoirs publics doivent garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens. Cet objectif d'universalisation est au cœur de la politique de santé indienne mais aussi très présent dans les politiques d'aménagement urbain et dans la gestion des équipements urbains. Comment desservir l'ensemble de la population y compris les populations plus marginalisées et notamment les quartiers périphériques des grandes villes indiennes ? Comment assurer l'équité dans l'accès aux soins hospitaliers ? S'il n'existe pas de système de référencement en Inde, et si les patients sont libres d'aller où bon leur semble, le coût et la proximité des services hospitaliers limitent considérablement les possibilités. Cette situation entraîne des choix contraints, par défaut, qui induisent derrière une absence d'équité dans le traitement des patients eût égard aux écarts existants entre hôpitaux publics et privés en termes de dotations budgétaires, de qualité d'accueil, de plateau chirurgical, d'attente,.... Cette question de l'équité de traitement des patients se pose avec d'autant plus d'acuité en ville que l'utilisation des services hospitaliers augmente y compris chez les populations les plus pauvres, et dépasse les soins chirurgicaux pour englober les soins ambulatoires. Les pouvoirs publics se donnent pour mission de réduire ces écarts, et de garantir à tous d'être soignés dans des conditions acceptables en donnant aux patients un vrai choix en matière de traitement. Pour cela ils disposent de deux outils, la régulation du secteur hospitalier et le développement de nouvelles infrastructures hospitalières.

Une partie de la régulation et de l'encadrement du secteur hospitalier repose sur des normes architecturales et urbanistiques qui permettent de maîtriser le développement des hôpitaux privés et leur localisation. Comme nous l'avons aussi relevé la mise en place de système d'accréditation national, et au niveau des États, se met timidement en place. Il existe toujours un secteur composé de petites cliniques souvent non-régulées et opérant dans des conditions sanitaires et d'hygiène déplorables (Yesudian, 1994). Nous sommes a priori ici sur une question de santé publique, de normes médicales et sanitaires qui ont peu à voir avec la gouvernance urbaine. Pourtant une partie de la réglementation et des décisions de justice pour fermer ces petites cliniques s'appuie sur la législation urbanistique et l'application des règlements d'aménagement urbain. De la largeur des voies d'accès, à la gestion des déchets biomédicaux, à la taille du bâtiment, en passant par les autorisations de pratiquer en zones résidentielles, la réglementation urbanistique peut contraindre fortement l'activité des petites cliniques. L'objectif étant au final de garantir des soins et des conditions d'accueil standards pour l'ensemble des patients.

Un autre outil pour assurer l'universalisation des services hospitaliers repose sur le développement des

infrastructures hospitalières. Face à la croissance de la population urbaine, les États de l'union, les municipalités ont développé leur propres réseaux de soins. La croissance urbaine fait peser une pression supplémentaire sur les hôpitaux publics. La périurbanisation et l'étalement urbain nécessitent la création de nouvelles infrastructures pour desservir les nouveaux quartiers périphériques. Le financement, le développement de ces nouvelles infrastructures hospitalières dans des délais raisonnables, tout en assurant une localisation équitable de ces nouveaux équipements, représentent un énorme défi pour les pouvoirs publics. Face à ces enjeux, les municipalités et les États de l'union qui sont les principaux acteurs publics subissent des contraintes budgétaires importantes. On a déjà relevé que la fiscalité indienne donnait peu de moyens aux municipalités. On a aussi relevé dans le deuxième chapitre que le soutien du gouvernement central aux budgets de santé des États de l'union avait fortement diminué. Dans ce contexte budgétaire contraint, et avec le soutien technique de la Banque Mondiale et du gouvernement central, les pouvoirs publics urbains ont privilégié la mise en place de Partenariat Public Privé (PPP). Les services auxiliaires (restauration, blanchisserie, sécurité, entretien) puis de diagnostic médical ont été externalisés au profit d'entreprises privées, parfois dans des conditions d'appel d'offre douteuses (Roy, 2006). À l'instar d'autres secteurs comme les infrastructures de transports, le PPP est devenu surtout un outil incontournable pour développer de nouvelles infrastructures hospitalières. Afin de réduire les coûts d'investissement et d'accélérer la création de nouveaux hôpitaux, les pouvoirs publics ont fait appel au secteur privé, tout en leur offrant des conditions suffisamment intéressantes pour les attirer vers ces opérations. Comme nous l'avons déjà signalé dans le premier chapitre, les années 1990 ont vu l'émergence rapide de groupes hospitaliers prêts à collaborer avec les pouvoirs publics pour développer rapidement leurs réseaux de soins.

Dans le cadre du PPP dans le secteur hospitalier, la question foncière tient un rôle central. Les opérateurs privés qui veulent développer leurs réseaux sont à la recherche de terrains suffisamment grands pour accueillir leurs hôpitaux, qui deviennent parfois des projets gigantesques. Ils recherchent aussi des terrains bien situés qui leur donneront la meilleure visibilité, la meilleure localisation par rapport aux classes moyennes qui émergent à travers les villes indiennes. Cette pression pour les ressources foncières amène certains pouvoirs publics à valoriser leurs réserves foncières. Le Ministère du Rail a ainsi décidé de valoriser ses réserves foncières à travers la *Rail Land Development Authority* (RLDA) créé en 2005. Après avoir discuté la création de plusieurs dizaines d'hôpitaux à travers le pays, la RLDA a récemment opté pour le lancement d'un PPP visant à créer cinq facultés de médecine couplées à des hôpitaux dans différentes villes : Kharagpur (340 lits), Guwahati (317 lits), Chennai (500 lits), Secundarabad (300 lits), et Lucknow (275 lits). Les agences d'aménagement urbain ne sont pas en reste et ouvrent aux acteurs privés leurs réserves foncières. Les pouvoirs publics dans leur politique de PPP, et dans leurs relations avec les opérateurs privés, lient volontiers ces deux enjeux que sont l'accès

au services hospitaliers et les réserves foncières. Les opérateurs privés peuvent accéder à ces réserves foncières en échange de la garantie de réserver des lits et des soins gratuits pour les patients pauvres. Ce *modus operandi* est source de tensions et de débats autour de la mise à disposition de ressources publiques pour des opérateurs privés.

B.3. Gouvernance urbaine et privatisation des services hospitaliers : l'exemple de Mumbai

Nous allons ici présenter le cas de Mumbai. Nous verrons dans les prochains chapitres la situation de Delhi. Nous nous baserons sur les résultats de nos entretiens avec des responsables d'hôpitaux de la ville et de spécialistes des politiques de santé, ainsi qu'une revue de littérature sur le secteur hospitalier de Mumbai. Par manque de temps lors de notre terrain à Mumbai en décembre 2007, nous n'avons pas pu interroger de représentant de la municipalité. Ce passage est donc l'occasion de mettre avant la situation du PPP dans une autre agglomération afin d'éclairer plus tard les spécificités de Delhi, et surtout de comprendre comment la privatisation des services hospitaliers s'inscrit dans le cadre de la gouvernance urbaine.

Une des particularités de Mumbai tient à la place centrale jouée par la municipalité dans la distribution des services de santé, et notamment des services hospitaliers. Cette situation est relativement rare en Inde, exception faite de municipalités comme Delhi ou Ahmedabad. Dans les autres villes, les hôpitaux publics sont contrôlés par le gouvernement local. La *Brihanmumbai Municipal Corporation* (BMC) est donc l'acteur public incontournable du système hospitalier de Mumbai. La municipalité est à la tête d'un réseau de 168 postes de santé, de 163 dispensaires, de 27 maternités et de 25 hôpitaux dont 4 CHU. Le secteur de la santé représente une part importante de son budget (12%) (Date, Kamble, & Rustomfram, 2005). La situation est pourtant critique dans le secteur hospitalier public. La corruption, les problèmes de maintenance de l'équipement et des infrastructures, le manque de personnel, la double pratique privé-public ont complètement gangrené les services hospitaliers municipaux. Face à la dégradation des bâtiments, des conditions de travail et d'accueil des patients, le BMC a fait le choix d'une privatisation, et d'une externalisation de ses services de santé à travers la création en 1999 d'une *Privatisation Initiative Cell* (Cellule d'Initiative de Privatisation). Comme le soulignent plusieurs personnes interrogées lors d'enquêtes à Mumbai en décembre 2006, la BMC semble déterminée à liquider cet encombrant héritage colonial qui pèse sur les finances de la municipalité (entretiens contact n°63, 12/12/07, contact n°64 14/12/07, contact n°65, 18/12/07).

Des ONG ont pris le contrôle de plusieurs dispensaires dans la ville. Les services de diagnostic sont

externalisés à des ONG. Surtout les hôpitaux municipaux, et les sites destinés au développement d'hôpitaux sont progressivement abandonnés au secteur privé en échange de quotas de lits gratuits pour les patients pauvres (autour 30 % des lits). C'est ainsi qu'un groupe venu de l'Andhra Pradesh a ouvert en 2010 à Marol sur un terrain municipal, le Seven Hills Hospital, un complexe hospitalier majeur de 1500 lits, qui cherche à se positionner sur le secteur du tourisme médical. Le Seven Hills Hospital doit mettre à disposition 300 lits gratuits, 300 lits à prix subventionné, et payé 1 Md. ₹ de loyer par an à la BMC. La Bombay Suburban Electric Supply (BSES), une entreprise privée de distribution d'électricité (devenu depuis Reliance Infrastructure) a suivi une autre stratégie. Une maternité de la BMC abandonnée depuis 1993-94 a été rachetée par la BSES. Après la construction d'un nouvel hôpital de 100 lits géré par l'ONG Global Hospital and Research Centre, la BSES s'engageait à réserver 33 % de lits gratuits pour les patients pauvres. Forte de cette expérience, la BMC a alors proposé un montage encore plus ambitieux pour le RN Cooper Hospital, situé à Vile Parle. Cet hôpital municipal de 520 lits créé en 1971 est le seul hôpital tertiaire situé en périphérie. La détérioration de l'hôpital dès le milieu des années 1980 amène la BMC à abandonner le bâtiment principal en 1998. Situé dans un quartier à proximité de l'aéroport international, sur un terrain de 5.4 Ha, la BMC propose en 2005 une offre de colocalisation à de potentiels partenaires privés, dont Apollo Hospitals, et plusieurs groupes du BTP (par exemple Larsen&Toubro). En échange d'un bail de 60 ans sur la moitié du terrain pour construire un hôpital privé, le partenaire privé s'engage à rénover l'hôpital public. Ce modèle de PPP basé sur la valorisation des ressources foncières et immobilières a déjà été expérimenté ailleurs dans le secteur hospitalier, notamment en Australie (Brown & Barnett, 2004). La question foncière est capitale à Mumbai pour les investisseurs privés puisque le coût de l'achat d'un terrain représente 40% de l'investissement initial dans un hôpital tertiaire contre 30% en moyenne dans les autres métropoles indiennes. Le foncier entraîne donc un surcoût qui vient retarder le retour sur investissement et potentiellement ralentir le développement d'un groupe hospitalier. Cette question est d'autant plus importante que plusieurs hôpitaux caritatifs ont pris le chemin de la corporatisation, comme le Hinduja Hospital ou le Lilavati Hospital. Tout nouvel entrant sur le marché hospitalier de Mumbai doit affronter une forte concurrence de la part de ces hôpitaux très réputés et établis depuis plusieurs décennies. L'absence d'un groupe aussi important qu'Apollo Hospitals de Mumbai trouve ici une partie de son explication (entretien contact n°81). Le soutien à de nouveaux groupes hospitaliers n'est donc pas anodin, notamment dans les espaces périphériques de la ville peu ou mal équipés en hôpitaux tertiaires.

Pourtant la privatisation des services hospitaliers municipaux, et les modalités du PPP en direction des patients pauvres vont rapidement poser problème. Ainsi le Seven Hills Hospital a contesté dans un premier temps aux patients pauvres l'accès direct à ses installations. Ils devaient d'abord obtenir une lettre d'autorisation de la part d'un hôpital municipal ou d'un fonctionnaire de santé. Le Seven Hills

Hospital considérait que la clause du contrat qui le lie avec la municipalité ne stipulait pas que l'accueil des patients pauvres devait être direct. Peut-on imaginer un patient aller d'abord à l'hôpital public pour récupérer une lettre auprès d'un personnel débordé avant de reprendre sa route jusqu'au Seven Hills Hospital ? L'hôpital a aussi restreint l'accès aux lits gratuits uniquement aux soins généraux, réduisant donc le nombre de lits gratuits effectivement disponibles pour les plus pauvres, et réduisant l'accès à des thérapies et des procédures chirurgicales de pointe mais fort coûteuses (en oncologie par exemple). Un deuxième point d'achoppement porta sur les médicaments et les procédures de diagnostic, l'hôpital refusant de supporter leurs coûts. La BMC face à ces attermoissements refusa de signer le bail de l'hôpital, bloquant ainsi tout projet d'extension, ainsi que le protocole d'accord pour la prise en charge des patients pauvres. Suite à de récentes négociations (mai 2011), il semble que les deux parties aient trouvé un terrain d'entente. Par ailleurs, la BMC a été forcée d'abandonner son projet de rénovation du RN Cooper Hospital financé par la colocalisation d'un hôpital privé. Une association de résidents, la Juhu Vile Parle Development Scheme Residents' Association a en effet porté un recours à la Cour Suprême de Bombay. En 1960, la Maharashtra Housing Area Development Authority avait donné le terrain à cette association dans le cadre d'un projet immobilier et résidentiel de haut standing (*Juhu Vile Parle Development Scheme*). Plus tard, l'association transféra le terrain à la BMC pour construire et gérer un hôpital municipal, le futur RN Cooper Hospital. Considérant que la BMC avait les moyens financiers de rénover et de redévelopper l'hôpital, la Cour Suprême de Bombay annula en 2008 l'appel d'offre de la BMC. Un an plus tard la BMC signa un contrat de 2,65 Mds ₹ pour la rénovation de l'hôpital avec Unity Infraprojects, un groupe de BTP.

On voit bien à travers ces deux exemples que la relation entre opérateurs privés et pouvoirs publics n'est pas exempte de conflits, et surtout que la définition et l'interprétation des missions laisse à désirer. La politique de quotas de lits dans les nouveaux hôpitaux privés développés dans le cadre du PPP semble difficile à encadrer et à faire appliquer. Si on peut comprendre l'intérêt financier pour la municipalité de Bombay de monter des partenariats avec le secteur privé, le jugement de Cour Suprême sur le RN Cooper Hospital sonne comme un désaveu. La BMC a les moyens financiers de rénover ses hôpitaux, ses maternités. Le partenariat entre opérateurs privés et pouvoir public se noue sans que les citoyens, et notamment les patients les plus pauvres, puissent faire entendre leur voix et faire valoir leurs droits à des soins gratuits.

C. La géographie face à la privatisation des services hospitaliers : des questions et des méthodes

C.1. Distribution, accès, régulation : les questions-clés de la géographie des services hospitaliers

La gouvernance urbaine nous révèle les arbitrages, les conflits et les coopérations qui prévalent à la privatisation et à la mise en place du PPP dans le secteur hospitalier indien. Mais il reste à évaluer les conséquences de la privatisation, et du PPP en termes de distribution et d'accès au service pour les habitants. La géographie, notamment la géographie de la santé, est familière de ces questionnements et présente des outils méthodologiques éprouvés pour mesurer les effets immédiats de la privatisation sur l'accès aux services hospitaliers dans les villes indiennes. L'accès aux services de santé s'inscrit dans cinq dimensions (Pechansky & Thomas 1981 cité dans Cromley & McLafferty 2002 : 234). Les services de santé disponibles répondent-ils aux besoins de la population (1 : disponibilité) ? Quelles sont les conditions d'accessibilité à ces services en termes de distance, de coût, de temps, de mode de transports (2 : accessibilité) ? L'organisation des services répond-elle aux attentes des patients en termes d'accueil, d'horaires, de procédures (3 : accommodation) ? Les patients ont-ils les moyens de payer les soins dispensés (4 : *affordability*, abordabilité) ? Enfin comment les patients perçoivent-ils les services de santé (5 : acceptabilité) ? La distance et l'accessibilité physique ne représentent qu'une dimension de l'accès aux services de santé.

La diversité de la géographie de la santé est telle, qu'il serait vain de vouloir proposer ici une définition englobante mais forcément insatisfaisante (Curtis & Taket 1996 : 22). On sait par contre que la géographie des services de santé constitue un pan important de cette sous-discipline. Les travaux qui s'intéressent à cette géographie le font autour de deux grandes questions : l'organisation, la distribution des services de santé et l'accès, l'utilisation des services de santé.

Comment se distribuent les services de santé sur un territoire ? Leur localisation est-elle optimale ? Selon quels critères ? Dès les années 1960, de nombreux travaux portent sur la géographie des services de santé aux États-Unis (Morrill & Earickson, 1968, 1969). Inspirés de la théorie des lieux centraux de Christaller, ces chercheurs veulent mieux penser et organiser la distribution des services de santé sur un territoire, comme par exemple à Chicago. Ces travaux vont en effet révéler les inégalités de distribution de services de santé sur le territoire, et leur impact sur l'accessibilité des services pour les patients. Il existe alors une intense réflexion sur l'organisation des services de santé pour la population et pour comprendre comment les services de santé se distribuent en ville. Meade, et Earickson (Meade & Earickson, 2006), proposent par exemple de modéliser la distribution des services hospitaliers d'une

grande ville nord-américaine.

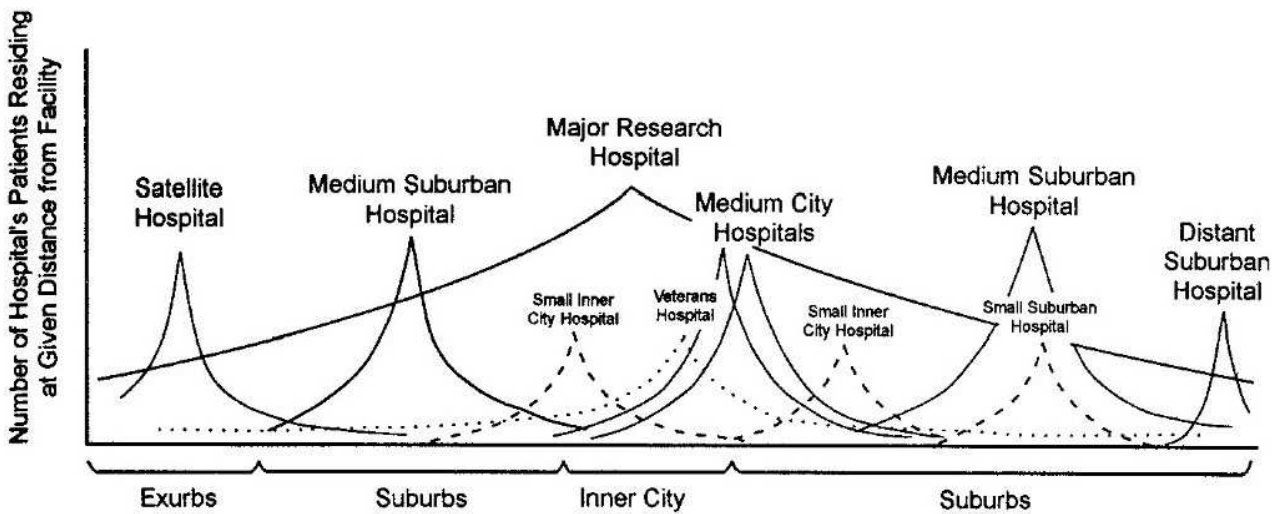


FIGURE 10-8. Distance demand cones for different types of hospitals in the typical eastern American city. Adapted from Pyle (1979, p. 220). Copyright 1979 by John Wiley & Sons. Adapted by permission.

Illustration 8: Une modélisation du système hospitalier d'une grande ville américaine

Les hôpitaux universitaires, voire les hôpitaux de vétérans de l'armée américaine se trouvent dans le centre-ville, afin de maximiser la centralité par rapport au bassin de population à desservir et des prestataires. La variété des services de soins offerte dans ces hôpitaux bénéficie à l'ensemble de la population de l'agglomération et au-delà. Les hôpitaux de taille moyenne (100-300 lits) que Meade et Earickson comparent aux centres commerciaux, sont situés en centre-ville et dans la première couronne, où ils se retrouvent souvent en situation de concurrence pour attirer les patients et les médecins sur lesquels ils s'appuient pour bâtir leur réseau de référencement. Les établissements hospitaliers plus petits (<100 lits) offrent des soins hospitaliers généraux et se distribuent à travers l'ensemble de l'agglomération. Les hôpitaux satellites situés en zones périurbaines sont des établissements dont la taille varie en fonction de la population à desservir, de l'investissement financier des promoteurs, et des perspectives de croissance urbaine sur les marges périurbaines. L'illustration 8 (p.124 citée dans Meade & Earickson, 2006, p.359) synthétise la hiérarchie des infrastructures hospitalières ainsi que leur aire de desserte attendue selon le modèle décrit plus haut. La forme conique représente la friction de la distance sur l'utilisation du service, tandis que l'ordonné nous permet d'apprécier le volume de patients traités en fonction de la distance.

Ces approches modélisatrices de la distribution des services hospitaliers donneront lieu à des modèles mathématiques et spatiaux de plus en plus sophistiqués comme les modèles de localisation-affectation, ou l'utilisation de modèles gravitaires en vue de planifier le développement et la localisation de nouvelles infrastructures. Ces approches s'appuient sur le principe que la distance et la proximité physique sont des facteurs importants dans l'accessibilité et l'utilisation d'un service de santé (Powell, 1995). On peut en effet considérer que la probabilité d'utiliser un service diminue avec la distance et avec l'accroissement du coût, du temps de déplacement, ainsi que la moindre familiarité des établissements lointains. La loi de Jarvis, d'après les premières observations de ce phénomène par Jarvis aux États-Unis au milieu du 19^e siècle sur les patients des hôpitaux psychiatriques, a été vérifiée pour de nombreux services de santé (Cromley & McLafferty, 2002; Gatrell, 2002). On a déjà relevé dans le cas indien, que la distance n'était pas le seul critère pouvant expliquer l'utilisation d'un service, et que d'autres éléments pouvaient rentrer en compte pour les patients : le coût, la réputation, les conditions d'accès et de transport, la gravité et la chronicité de l'épisode morbide... Cromley et McLafferty rappellent aussi qu'en fonction du service hospitalier considéré (psychiatrie, urgences,...) l'effet de la distance joue un rôle variable (Cromley & McLafferty, 2002).

Toutefois, il ne faudrait pas réduire ici l'apport de la géographie de la santé à ses outils d'analyse comme c'est trop souvent le cas (Mohan, 1998). L'analyse des inégalités spatiales de distribution des services fait volontiers appel à des techniques de cartographie et de statistiques. Ces techniques de plus en plus sophistiquées permettent de réfléchir à la distribution des services de santé sur un territoire, mais elles ne sauraient au final réduire les inégalités de distribution des services de santé. Résoudre ces problèmes relève de choix qui dépassent des options techniques ou scientifiques, mais qui s'inscrivent aussi dans des discours, des options politiques, des institutions, leurs régulations, leurs conflits. Finalement on serait presque tenté d'écrire que l'étude des services hospitaliers importe moins dans l'amélioration de la santé de la population que comme révélateur des enjeux propres à l'aménagement et au gouvernement d'une ville, ou de la politique hospitalière d'un pays.

Les géographes de la santé se sont aussi intéressés à la privatisation des services de santé, et plus généralement aux réformes du système de soins. Plusieurs géographes ont étudié ces transformations, la montée des intérêts privés dans le secteur de la santé et le secteur hospitalier. Ces travaux interrogent l'impact des réformes du système de soins sur la distribution spatiale des services de santé et sur l'accès aux services. Proches du structuralisme, ces chercheurs ont cherché à dépasser les questionnements classiques des géographes de la santé sur la distribution des services de santé, pour expliquer et analyser dans leur dimension politique les transformations des services de santé. Il ne s'agit plus seulement de savoir qui reçoit quoi, quand, et où, mais de comprendre les interactions entre sphère politique,

économique et sociale, et comment elles orientent la trajectoire du système de soins. Scarpaci (Scarpaci, 1988) dans son étude sur la distribution des services de santé primaires au Chili, étudie les changements politiques et économiques, et comment ils affectent la structure et l'organisation des services de santé, et au final l'accessibilité. Scarpaci a prolongé cette approche par l'étude de la distribution des services de santé privés en Amérique Latine (Argentine, Uruguay, Chili), et comment cette distribution a été affectée par les réformes et la décentralisation de la distribution des services collectifs (Scarpaci, 1991). Son approche illustre l'importance du cadre économique et social pour comprendre les conditions de la distribution de services de soins (Curtis, 2004).

Les travaux de John Mohan sur le système de soins britannique (Mohan, 2002, 2003) sont une autre référence importante sur la géographie des réformes du système de soins. L'approche de John Mohan est utile à plusieurs titres. Tout d'abord il replace les réformes du NHS dans un temps long. Cette approche lui permet de montrer les effets de résilience, notamment en matière de distribution des infrastructures de santé, et ainsi de souligner les vraies ruptures en matière d'orientation de politique de santé. Il aborde ainsi de manière convaincante le décalage entre des effets d'annonce politique en matière de réformes et des résultats beaucoup moins tranchés et décalés dans le temps. Les réformes du NHS annoncées par Margaret Thatcher dans les années 1980 ont peut-être moins pesé au final que la privatisation déguisée sous Tony Blair via le programme PFI. Un autre point dans son approche est la volonté de relier dynamiques et orientations politiques à l'échelle nationale, et échelles locales, notamment dans son ouvrage *Planning, Markets, and Hospitals* (2002). Cette approche multiscalaire a le mérite à nouveau de montrer les forts effets de résilience locale quant aux vellétés de réformes et de mesurer les conséquences locales d'orientations nationales, notamment dans le cadre de politiques visant à décentraliser, et à donner plus d'autonomie aux opérateurs locaux. On réalise alors mieux la tension permanente dans la formalisation et dans les résultats, entre politique locale et politique nationale. Surtout John Mohan souligne l'intérêt pour les géographes de la santé de recourir à des approches capables de lier dynamiques locales et dynamiques nationales (Mohan, 1998). Les travaux à l'échelle locale ont souvent eu tendance à privilégier l'étude des problèmes d'accessibilité et d'allocation de services, et à tester différents modèles de mesures. John Mohan défend l'idée de lier les changements dans la distribution des services de santé et les réformes socio-économiques auxquelles les pays peuvent faire face. Il est important de comprendre comment naît la géographie des services collectifs et comment elle se maintient.

C.2. Les travaux de S. McLafferty sur le secteur hospitalier de New York

La privatisation des services hospitaliers et les conséquences des réformes du secteur de soins sont souvent abordées à l'échelle nationale ou à l'échelle internationale. On compare les effets et les modalités de la privatisation à l'échelle d'un pays ou en comparant d'un pays à l'autre l'application de nouvelles réformes. John Mohan par exemple a abordé les effets des réformes du NHS au Royaume-Uni sur la distribution des services de santé à l'échelle nationale (Mohan, 1988). On sait au final assez peu de choses des conséquences locales des orientations politiques sur la distributions des services hospitaliers ou sur l'accessibilité à ces services. Certains géographes abordent les conséquences de la privatisation sur le secteur hospitalier en centrant leur approche sur les transformations du lieu de soins plus que sur les conséquences en termes de distribution des services (Brown & Barnett, 2004; Kearns, Barnett, & Newman, 2003).

Sara McLafferty est finalement un des rares géographes à avoir relié la dimension politique et la dimension spatiale de la privatisation des services hospitaliers à l'échelle locale. John Mohan considère d'ailleurs qu'elle est la seule à avoir réussi cet exercice de manière convaincante (Mohan, 2002). Dans deux textes publiés en 1982 et en 1986, Sara McLafferty s'est intéressée aux services hospitaliers de New York (McLafferty, 1982, 1986). Ces textes se répondent puisque le premier aborde les fermetures d'hôpitaux pendant les années 1970, et le second texte s'intéresse aux stratégies des hôpitaux privés pour survivre et se développer. Dans les deux cas, elle relie la trajectoire des hôpitaux (fermeture, ouverture, agrandissement, fusion), à leur implantation géographique, à l'environnement social et économique dans lequel ils se situent.

Comme dans le reste des États-Unis, le secteur hospitalier de New York connaît d'importants bouleversements au cours des années 1970. La ville de New York traverse une crise fiscale majeure liée à la périurbanisation des populations aisées, des classes moyennes et des activités économiques, tandis que le centre-ville se paupérise. Face à la nécessité de maîtriser les dépenses de santé, des hôpitaux sont fermés à travers la ville, alors qu'on assiste à la montée des intérêts privés dans la distribution des services hospitaliers. Sara McLafferty s'interroge (McLafferty, 1982). Ces fermetures et la privatisation des services hospitaliers sont-elles efficaces à maîtriser les dépenses de santé, et surtout sont-elles équitables en termes de distribution spatiale à travers la ville ? Sara McLafferty bénéficie de données pour caractériser les hôpitaux quant à leur statut (privé, caritative, publique), aux soins pratiqués et au taux d'occupation des lits. Elle crée aussi à partir des données du recensement (âge, race, revenus) une base d'information sur les quartiers qui inclue aussi la mortalité infantile. Comme on pouvait s'y

attendre, les hôpitaux de petite taille et avec un taux d'occupation plus faible ont une probabilité plus forte de fermer. Cette probabilité de fermeture augmente avec la présence de populations afro-américaines à proximité d'un établissement hospitalier. Victimes d'une forte ségrégation sociale et spatiale, peu ou mal assurés par une couverture médicale, les afro-américains dans les villes américaines souffrent d'une paupérisation importante. Sara McLafferty s'intéresse aussi au statut de l'hôpital. Elle montre ainsi que les hôpitaux privés commerciaux sont peu sensibles à leur environnement social et économique immédiat parce qu'ils ont les moyens d'attirer d'autres patients via les réseaux de référencements (médecins consultants). De manière générale, ces hôpitaux commerciaux sont souvent localisés à proximité de quartiers huppés de New York. Les hôpitaux caritatifs sont eux, particulièrement sensibles aux quartiers dans lesquels ils sont implantés. Pour ces hôpitaux, la localisation dans un quartier pauvre est le premier facteur de fermeture avant même le taux d'occupation des lits ou la taille de l'établissement. Quant aux hôpitaux municipaux, il est difficile d'établir un lien direct entre fermeture et quartier. Les hôpitaux qui restent ouverts, et ceux qui ferment ne se différencient pas en termes de localisation. L'effet des fermetures est par contre plus important sur les quartiers pauvres qui utilisent largement ces services, faute d'autres infrastructures médicales. En cas de fermeture d'un hôpital municipal, un quartier pauvre se transforme en désert médical, et les distances pour accéder aux soins augmentent fortement pour ses habitants à la mobilité plus réduite.

Le deuxième texte s'intéresse plus particulièrement aux stratégies du secteur privé toujours en relation à leur localisation (McLafferty, 1986). Sara McLafferty considère que les hôpitaux peuvent fermer, fusionner, rejoindre un réseau, grandir, et diversifier leurs services, et que les stratégies possibles pour les hôpitaux sont contraintes par leur taille et leur localisation. Ces résultats confirment que beaucoup de fermetures ont concerné des petits établissements privés situés dans des quartiers pauvres et que de nombreux établissements ont cherché à grandir pour éviter la fermeture. La stratégie d'agrandissement a surtout concerné les hôpitaux privés de grande taille, situés à proximité de quartiers aisés. Sara McLafferty fait l'hypothèse que leur localisation parce qu'elle rassure les investisseurs, leur donne un accès plus facile à des fonds d'investissements privés. Pour les hôpitaux de plus petite taille, la croissance de l'établissement est une stratégie de survie. Les cas de fusion sont variés et concernent des hôpitaux dans des situations variables : des petits hôpitaux situés dans des zones aisées, des petits hôpitaux dans des quartiers pauvres, grand et petit hôpital,... On doit dégager plusieurs enseignements pour le système hospitalier de New York : la taille médiane des hôpitaux a augmenté (de 220 à 377 lits) et le nombre de petits établissements a décliné rapidement. Les hôpitaux tertiaires sont les grands gagnants de ce processus de consolidation et de concentration du secteur hospitalier privé. La fermeture de nombreux établissements entraîne une réduction de l'accessibilité aux services hospitaliers particulièrement pour les quartiers les plus pauvres.

Sara McLafferty s'interroge aussi dans ce texte sur le rôle de l'État de New York qui est en charge de la planification, de la régulation et du financement du système hospitalier. Dès le début des années 1970, l'État de New York pousse à la fermeture de plusieurs établissements. Pour l'État l'augmentation des dépenses de santé est liée à une mauvaise gestion des établissements et à un excès de lits hospitaliers. Le développement des programmes *medicaid* et *medicare*, au nom d'une meilleure équité dans les soins hospitaliers pour les pauvres et les personnes âgées, a entraîné une augmentation des dépenses de santé. L'État publie alors une liste de 30 hôpitaux à fermer. Mais les hôpitaux représentent aussi une activité très importante, en termes d'emplois, de prestige et de revenus notamment pour les médecins. La volonté administrative et les mécanismes de plus en plus contraignants de remboursement des frais médicaux, ainsi que l'objectif final de réduction du nombre d'établissements ont butté sur la mobilisation des réseaux politiques des médecins. L'État a poussé les grands hôpitaux tertiaires à réinvestir dans de petits établissements situés dans des quartiers déshérités pour développer des économies d'échelle et de réseau.

La force des travaux de Sara McLafferty réside d'une part dans le lien qu'elle tisse entre la distribution spatiale des services hospitaliers et leur accessibilité, d'autre part dans la géographie sociale de New York, et enfin dans la politique de réforme du secteur hospitalier. Elle inscrit ainsi le destin des hôpitaux dans la géographie sociale de New York. Si le contexte économique et politique change et met les hôpitaux sous pression, les résultats de ses travaux montrent que la trajectoire des établissements est tributaire en partie de leur localisation. On doit relever ici tout de même plusieurs limites à son approche. On peut regretter qu'elle n'interroge pas plus les liens qu'elle soulève entre la trajectoire des établissements et d'autres facteurs non-spatiaux : l'accès aux capitaux, la taille de parcelles disponibles pour la rénovation ou l'expansion de l'établissement, l'ancienneté de l'établissement. Pour aborder les effets de l'environnement social sur la trajectoire des établissements hospitaliers, Sara McLafferty ne considère que la localisation de l'établissement comme critère géographique : dans quel type de quartier un hôpital est-il localisé ? Pourtant il est facile d'imaginer qu'un établissement hospitalier recrute des patients au-delà de son quartier d'implantation. Le jeu de la distance, et des effets de voisinage dans un contexte urbain sont plus complexes, et jouent à différents niveaux selon le type d'établissement, comme le montre la modélisation présentée par l'illustration 8 (p.124 citée dans Meade & Earickson, 2006, p.359). Le bassin de population desservi par un hôpital tertiaire est plus étendu et se compose de plusieurs quartiers aux profils sociaux différents. De la même manière, la fermeture ou l'expansion d'un hôpital tertiaire affectera plus de quartiers que dans le cas d'une petite clinique.

C.3. Mesurer l'accessibilité aux services et les inégalités sociales dans les villes : nouveaux méthodologiques

Les limites des travaux de Sara McLafferty sur le secteur hospitalier de New York sont en partie liées aux limites techniques de l'époque. Il existe désormais des outils pour mesurer l'accessibilité aux services hospitaliers urbains de manière précise. Par l'intermédiaire de logiciels comme l'extension Network Analyst d'Arcgis (ESRI), de nouvelles interfaces plus conviviales permettent de paramétrer et d'opérer ces calculs. La puissance de calcul des ordinateurs actuels permet aujourd'hui de tester de multiples mesures, selon différents paramètres et de comparer les résultats. Il existe aussi une vraie demande pour ces approches. Face à la restructuration des équipements et des services collectifs (santé, éducation,...), l'accessibilité aux services urbains et notamment aux services de santé reste une question importante. Les travaux sur les déserts alimentaires (*food deserts*), et sur des équipements collectifs comme les parcs ou les équipements sportifs ont contribué à un renouvellement méthodologique important en intégrant mesures d'accessibilité, mesures de la pauvreté et de l'exclusion sociale en ville (Apparicio, Cloutier, & Shearmur, 2007; Charreire & Combier, 2006; Ellaway, Macdonald, Forsyth, & Macintyre, 2010; Macintyre, Macdonald, & Ellaway, 2008; Talen & Anselin, 1998). Plusieurs questions méthodologiques apparaissent de manière centrale dans ces différents travaux.

Premièrement, le choix de la méthode de mesure de la distance n'est pas anodin. Il existe plusieurs méthodes pour apprécier la distance entre population et services en ville. P. Apparicio et son équipe ont ainsi mené une étude comparative des différentes méthodes pour mesurer la distance (distance euclidienne, distance de Manhattan, distance par le plus court chemin, distance-temps) aux services de santé de Montréal (Apparicio, Abdelmajid, Riva, & Shearmur, 2008). À l'échelle de la métropole, les 83 M. de mesures de distance calculées par les différentes méthodes montrent au final une forte corrélation globale, le coefficient de Pearson étant supérieur à 0.95 dans tous les cas de figure observés. Si Apparicio, et al. mettent en lumière des corrélations plus fortes entre certaines méthodes (distance-temps, et distance par le plus court chemin), la désagrégation des résultats en fonction de différents niveaux spatiaux (Secteur de recensement>Îlot de recensement>Bloc) vient nuancer les résultats précédents. La corrélation entre les mesures de distance tend à diminuer à mesure que l'on s'éloigne du centre-ville de Montréal. Dans les espaces périphériques, la corrélation entre les différentes mesures de distances descend en dessous de 0.9.

Un deuxième enseignement de cette étude porte sur le choix du niveau d'agrégation de la population. Comme la plupart des travaux sur l'accessibilité aux services urbains, Apparicio, et al. utilisent le centroïde des unités spatiales pour mesurer la distance entre population, et services de santé. Il existe

différentes méthodes pour calculer ce centroïde, qui peut être positionné au centre de l'unité spatiale, ou en fonction des surfaces habitées à l'intérieur de l'unité spatiale. En fonction de l'échelon censitaire retenu (Secteur de recensement>Îlot de recensement>Bloc), et de la méthode de calcul de fortes variations se font jour. Apparicio, et al. mettent en lumière une marge d'erreur de 5 à 10% selon l'échelon censitaire et la méthode retenus pour calculer le centroïde. Cette marge d'erreur est plus importante dans les zones périurbaines, où l'habitat est plus dispersé. Si ces résultats s'inscrivent dans la morphologie urbaine d'une ville Nord-Américaine, nous verrons plus loin que cette réflexion nous aura particulièrement inspiré sur le cas de Delhi.

Un autre point soulevé par les travaux de P. Apparicio sur les déserts alimentaires à Montréal porte sur la mesure de l'accessibilité en elle-même (Apparicio et al., 2007). La plupart des travaux qui s'intéressent à l'accessibilité aux services urbains emploient souvent une seule méthode pour mesurer l'accessibilité. En Inde, le ratio entre équipement et population est souvent la norme lorsqu'il s'agit de rendre compte de l'accessibilité et de la desserte en équipement même en ville. Cette question est particulièrement importante pour déterminer les espaces peu ou mal desservis en service. Sur la question des déserts alimentaires, P. Apparicio, et al. proposent la création d'une mesure synthétique de l'accessibilité. En intégrant une mesure de proximité (distance au supermarché le plus proche), une mesure de diversité (nombre de supermarchés à moins d'un km), et de variété (distance moyenne aux supermarchés de trois chaînes différentes), la question de l'accessibilité ne se résume plus à une mesure brute de la distance au service le plus proche. Cet indice synthétique rend compte du potentiel d'accès à différents types d'offre et du potentiel de choix pour les consommateurs. Macintyre, et al. utilisent aussi plusieurs mesures pour rendre compte de la distribution et de l'accessibilité de différents services et équipements urbains à Glasgow (Macintyre, et al. 2008).

Enfin une dernière question méthodologique majeure des travaux sur l'accessibilité aux services urbains porte sur la mesure de la pauvreté et de la défavorisation (*deprivation* en anglais). La question de la distribution des services urbains et des services de santé, et de leur accessibilité en ville va souvent de pair avec la question de la pauvreté urbaine et de sa géographie. Les pauvres sont-ils doublement défavorisés en étant éloignés des infrastructures et des équipements collectifs ? Cette interrogation fait écho dans le secteur des soins à l'*Inverse Care Law* (loi des soins inverses) proposée par Julian Tudor-Hart (Tudor Hart, 1971). Le niveau de distribution de soins est inversement proportionnel aux besoins de soins des populations locales. À l'opposé du principe d'équité territoriale, les plus pauvres seraient défavorisés face à la distribution des services de santé. Il existe de nombreuses études pour montrer que les pauvres dans les villes voient leur situation s'aggraver par l'absence d'infrastructures collectives dans leur environnement immédiat. Mais il existe aussi d'autres travaux pour démontrer le contraire.

Macintyre et son équipe ont ainsi travaillé sur la distribution de plusieurs équipements urbains dans la ville de Glasgow en considérant la géographie sociale de cette ville (Ellaway et al., 2010; Macintyre et al., 2008). À partir du recensement de 42 équipements aussi variés que les parcs, les écoles, les équipements sportifs, bancaires, ou les points de distribution d'alcool, ils comparent la distribution spatiale de ces équipements à la géographie sociale la population. Ainsi, ils arrivent à prendre le contre-pied de certains raccourcis, par exemple sur l'absence d'équipements sportifs à proximité des quartiers pauvres qui expliqueraient la moins bonne santé des pauvres. Ils démontrent par contre une corrélation spatiale entre points de distribution d'alcool et quartiers pauvres. Ces résultats nous invitent à considérer les spécificités de chaque service étudié en relation à l'histoire de la ville et de son expansion spatiale.

Sur quels critères identifier les populations pauvres et leur distribution dans la ville ? À partir de quelle unité spatiale ? Certains États mettent à la disposition des chercheurs des indices synthétiques de défavorisation matérielle et sociale à l'unité géostatistique la plus petite possible (Pampalon, 2007). Dans les pays pauvres ou émergents, les chercheurs doivent bâtir leur propre typologie et réaliser parfois eux-mêmes un recensement des données sociales, économiques, et matérielles à l'échelle de quartiers (Fournet, Meunier-Nikiema, & Salem, 2008; Mobillion, Peyronnie, & Vallé, 2006; Salem, 1998). Il est évident qu'en fonction des villes, de la qualité et de la précision spatiale des données disponibles, mais aussi en fonction des questions qui intéressent les chercheurs (état de santé, ségrégation sociale, pratiques alimentaires,...), les critères et les échelons retenus seront très variables. Ces choix sont néanmoins très importants face au risque d'erreur écologique et au problème du *MAUP* (*Modifiable Area Unit Problem*, Problème des Unités Spatiales Modifiables). L'erreur écologique consiste à présumer que les résultats observés à une échelle (groupe d'individus, district, ville, zone censitaire) sont valables à l'échelle des individus. Il arrive que l'agrégation de données individuelles donne à voir « aussi certaines propriétés du milieu de vie des individus ou encore des caractéristiques de la structure sociale du groupe » (Philibert & Breton 2007 : p.97). Le MAUP est le pendant géographique de l'erreur écologique. Les valeurs prises par les unités spatiales et leur variabilité sont fortement influencées par le tracé des unités spatiales et leur nombre. En reprenant la cartographie ponctuelle des morts par choléra autour de la pompe de *Broad Street* par John Snow (1854), Mark Monmonier montre que les mêmes données agrégées selon différents découpages du quartier nous donne à voir plus ou clairement la formation d'un cluster autour de cette fameuse pompe à eau contaminée (Monmonier 1993 : p. 201). Par ailleurs le taux de corrélation entre deux variables a tendance à augmenter au fur et à mesure que décroît le nombre d'unités spatiales (Openshaw 1984 cité dans Philibert & Breton 2007 : p.97). C'est un phénomène que l'on a déjà observé dans les résultats de Apparicio et al. sur les mesures d'accessibilité aux services de santé à Montréal. La corrélation entre les différentes mesures de distance diminue avec l'utilisation d'unités spatiales de plus en plus nombreuses et de plus en plus fines (Apparicio et al.,

2008). Le déplacement du niveau de représentation entraîne une plus ou moins grande homogénéité spatiale des variables, et doit nous inviter à une réflexion précise sur l'interprétation des résultats, de leur distribution, et des causalités qu'on pourra établir entre différents phénomènes. Nous reviendrons dans le prochain chapitre sur notre propre approche, et notamment sur les choix plus ou moins contraints que nous avons opérés quant au niveau d'analyse, aux outils de mesures de distance et de la ségrégation urbaine de Delhi.

Conclusion

La privatisation de services hospitaliers, la politique de soutien au secteur privé et sa régulation ne s'inscrivent pas uniquement dans une dimension sanitaire, mais aussi dans une dimension urbaine. L'hôpital est par essence une infrastructure et un service urbain (Labasse, 1980). L'objectif national d'amélioration de l'accès aux services hospitaliers se traduit donc à l'échelle des villes dans la politique d'aménagement urbain. Au même titre que d'autres équipements et services urbains, comme l'eau et le transport, les hôpitaux font partie intégrante de la politique d'aménagement urbain. Les services de santé, le développement des infrastructures, l'amélioration de la desserte et de l'accès sont inscrits dans la plupart des schémas d'aménagements urbains en Inde²⁶. L'ouverture de nouveaux hôpitaux publics et leur localisation résultent d'arbitrages liés à la définition de nouvelles zones de développement pour une ville. La mise à disposition des réserves foncières publiques a été un outil important de la politique de soutien au secteur hospitalier privé. La réglementation et les mesures de planification urbaine facilitent, ou au contraire contraignent le développement du secteur hospitalier privé et la distribution des services hospitaliers dans la ville.

Le soutien au secteur hospitalier privé s'est effectué dans un contexte de transformation de la gouvernance urbaine en Inde. La libéralisation et la décentralisation ont renouvelé le paysage politique, économique des villes indiennes. L'extension des missions des municipalités et des États de l'union conjuguée à la faiblesse de leurs moyens financiers, et techniques ont donné naissance à différentes formes de partenariats avec le secteur privé dans la distribution des services aux populations et dans la politique d'aménagement urbain. La gestion, le développement voire le financement des services urbains sont délégués à des entreprises, ou des ONG selon différents modèles de contractualisation. Par ailleurs là où le service public est défaillant, on voit émerger des opérateurs privés, plus ou moins

26 Voir la place prise par les infrastructures de santé dans les documents de planification urbaine de (accès 7/10/11) :

- Bangalore : http://www.bdabangalore.org/pdfs/Zoning_Regulations_RMP2015.pdf

- Delhi : http://dda.org.in/planning/mpd_2021_social_infrastructure.htm

- Mumbai : <http://www.visionmumbai.org/images/projects/health%20strategy%20paper.pdf>

légaux et organisés, qui viennent répondre aux besoins d'une population urbaine en pleine croissance. De fortes tensions se font jour entre des objectifs d'universalisation des services inscrites dans la politique d'aménagement urbain, et la réalité des villes indiennes, marquées par une urbanisation rapide, mal maîtrisée et à l'origine d'importantes différenciations infra-urbaines.

Pour mesurer les effets de la privatisation du secteur hospitalier notamment en termes de distribution, et d'accessibilité, nous ferons appel aux outils de la géographie. Si la géographie de la santé porte un intérêt aux questions d'organisation et de distribution des services de santé, elle le fait souvent d'un point de vue très technique. Cette situation est aussi le fait d'une forte demande de la part des administrations idoines pour des approches géographiques permettant de guider le choix d'implantations des établissements hospitaliers. La privatisation des services hospitaliers reste pourtant assez peu étudiée, notamment dans ses conséquences sur la distribution des services sur un territoire ainsi que sur l'accessibilité. La privatisation des services hospitaliers est souvent abordée à travers des comparaisons internationales ou nationales qui font peu de cas des conséquences locales. C'est ici que l'intérêt que nous portons à la question de la gouvernance urbaine nous semble enrichissant et nous permet d'avoir une véritable approche dialectique.

La privatisation des services hospitaliers nous permet d'approcher le renouvellement de la gouvernance urbaine en Inde. La tension entre objectifs de santé publique, amélioration de l'accès aux services hospitaliers et intérêts privés nous donne à voir le poids et le rôle des différents acteurs dans le jeu complexe de la gouvernance urbaine. L'entrée par la gouvernance urbaine nous permet surtout de restituer toute la complexité qui prévaut à la création de nouveaux établissements hospitaliers et à la mise en place de réseaux de soins. Les hôpitaux ne sont pas seulement des points sur une carte ou un territoire mais leur localisation répond à des normes, à des prises de décisions, qui reflètent l'équilibre des forces dans le jeu de la gouvernance urbaine.

Par ailleurs grâce aux outils méthodologiques de la géographie de la santé, nous pouvons étudier l'impact de la privatisation sur l'accessibilité et la distribution des services hospitaliers dans une ville et ainsi mesurer les effets des modèles de partenariat entre acteurs privés et acteurs publics. Une des limites des travaux sur la gouvernance urbaine en Inde porte sur l'évaluation des nouveaux modèles de distribution de services. Ces limites sont liées à la difficulté d'obtenir des données sur les mécanismes décisionnels des institutions publiques et à la difficulté de mesurer les progrès réels dans la distribution des services (Zérah, 2011). Comme le souligne Sarah Curtis, nous avons beaucoup à gagner d'approches qui mêlent dimensions quantitatives et mesures statistiques, à des dimensions plus qualitatives, basées sur une connaissance des mécanismes institutionnels et légaux dans les prises de

décisions. Ce chapitre fut l'occasion de positionner notre objet d'étude, la privatisation des services hospitaliers de Delhi, à l'interface de deux approches : la gouvernance urbaine et la géographie de la santé. Cette position nous permet d'enrichir et de palier certaines limites méthodologiques liées à chacune d'entre elles.

CHP4. Gouvernance urbaine et services hospitaliers à Delhi

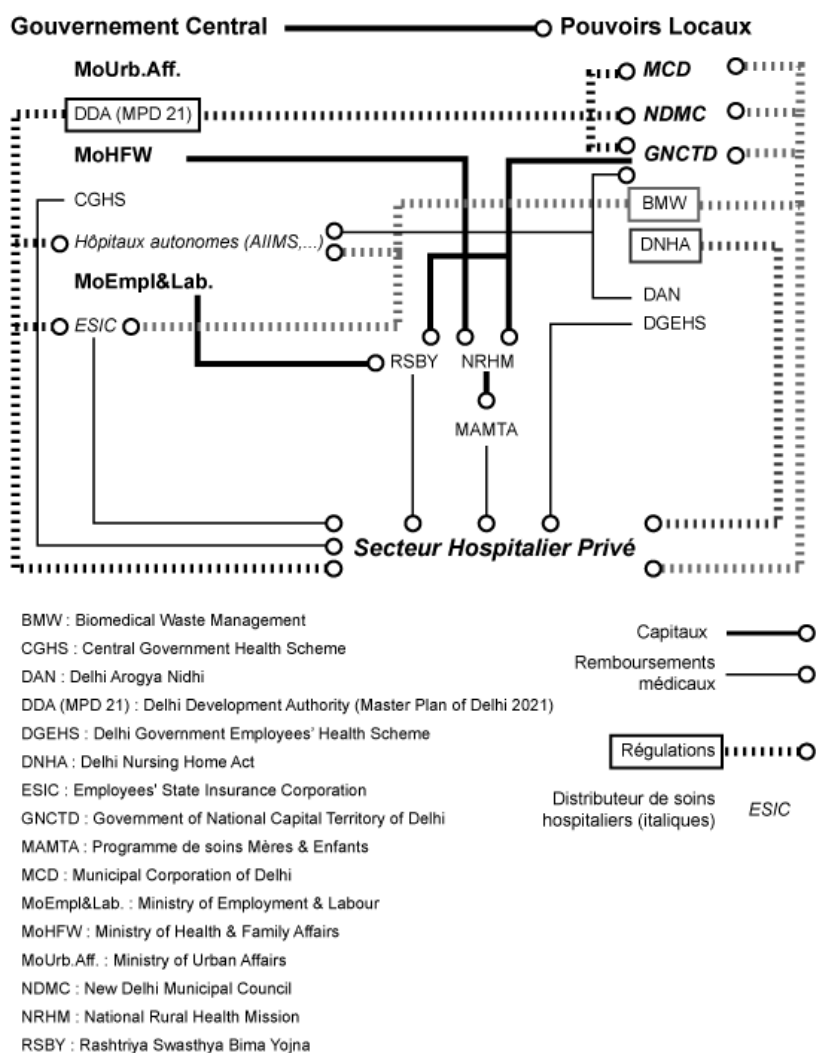
Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons vu notamment à travers l'exemple de Mumbai, que la privatisation des services hospitaliers et ses conséquences sur l'accès s'inscrivaient dans un mouvement plus général de transformation des modes de distribution de services collectifs en ville. La montée des acteurs privés, et la mise en place des PPP dans le secteur hospitalier prennent appui sur des transformations profondes de la gouvernance des villes indiennes. La décentralisation, en donnant plus de responsabilités aux États de l'Union et aux municipalités ne s'accompagne pas toujours de transferts financiers adéquats, faute d'une plus grande autonomie fiscale. En conséquence, les acteurs publics locaux sont prêts à soutenir le développement du secteur privé pour remplir leurs missions et développer l'infrastructure hospitalière. Dans un contexte de forte croissance démographique, les villes doivent en effet développer rapidement leurs infrastructures pour répondre à la demande toujours croissante de soins et assurer l'universalisation des services hospitaliers.

Delhi ne fait pas exception. De par sa position de capitale, l'impact de la décentralisation se fait ici sentir sur les différents échelons de la structure administrative indienne : du gouvernement central, à l'État de l'Union en passant par les municipalités. Cet empilement de structures administratives et de leurs agences donne naissance à un contexte institutionnel morcelé dans le paysage de la gouvernance urbaine à Delhi. Le système hospitalier, son organisation, sa régulation, son financement, ne font pas exception et s'inscrivent dans ce système institutionnel complexe. Les effets de la décentralisation au cœur du centre politique et administratif national n'en sont que plus intéressants à observer, entre les effets d'annonce et la réalité d'un mouvement censé donner plus de marges de manœuvre aux pouvoirs publics locaux. La libéralisation et la montée des intérêts privés n'a pas été non plus sans effets sur le gouvernement urbain et sur la politique hospitalière de Delhi. Les lignes bougent, de nouveaux acteurs apparaissent, de nouvelles régulations sont à inventer pour atteindre des objectifs d'universalisation du service hospitalier qui restent inchangés. Comment le gouvernement central et ses officines vont s'accommoder de la nouvelle place prise par les pouvoirs locaux et les acteurs privés dans le système hospitalier de Delhi ? Quels mécanismes de régulations et de partenariat se mettent en place entre les administrations et le secteur privé ? Pour quels objectifs ? Comment cette politique s'inscrit dans la géographie de Delhi, une métropole en pleine croissance ? Le secteur hospitalier nous offre un bon exemple de cette gouvernance de plus en plus complexe de Delhi. Cette gouvernance du système

hospitalier se construit autour de trois enjeux essentiels : la distribution, la régulation et le financement des services hospitaliers. Avant de nous intéresser dans le chapitre suivant à la relation entre secteur public et secteur privé, à travers le PPP, et évaluer les résultats de cette politique en matière de distribution et d'accès aux services hospitaliers, le présent chapitre veut introduire le lecteur au cadre territorial, urbain, administratif et hospitalier de Delhi. Qui sont les acteurs du secteur hospitalier de Delhi ? Quelle est leur position dans le système hospitalier ? Quels sont les mécanismes de régulation du secteur hospitalier et comment ces mécanismes s'inscrivent dans la gouvernance urbaine de Delhi ?

Financements, Régulations et Distribution des soins hospitalier à Delhi



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Illustration 9: Financements, régulations et distribution des soins hospitaliers à Delhi

L'illustration 9 (p.137) présente l'organisation du secteur hospitalier de Delhi en termes de distribution, de hiérarchie, de régulation et de financement. Nous avons rassemblé les différents acteurs de ce système dans trois groupes hiérarchisés : le gouvernement central, les pouvoirs locaux, le secteur hospitalier privé. Nous avons aussi présenté les liens financiers et les différentes régulations. Nous présentons ce document dès à présent pour aider le lecteur à replacer les différentes dimensions et les différents acteurs du système hospitalier de Delhi. Nous commenterons de manière plus détaillée ce schéma en conclusion.

Dans un premier temps nous reviendrons sur la trajectoire de Delhi, son urbanisation rapide, son organisation territoriale et administrative. Nous aborderons dans un deuxième point les mécanismes de régulation du système hospitalier de Delhi et notamment l'importance de la planification urbaine et de sa réglementation sur la distribution spatiale des établissements hospitaliers public et privé. Enfin nous aborderons les mécanismes de distribution des soins hospitaliers et comment la décentralisation et la libéralisation ont modifié la régulation de cette distribution.

A. De ville-capitale à ville-globale : trajectoire d'une métropole en pleine croissance

A.1. Delhi : une ville de pouvoir

Delhi est une ville ancienne, au passé riche, et dont le destin est intrinsèquement lié à sa fonction de capitale politique. Il ne paraît pas inutile de revenir dans ce point sur l'histoire de Delhi pour comprendre notamment comment la question de l'aménagement urbain, et la place de l'État ont joué un rôle central dans le destin de la ville. L'épopée du Mahâbhârata fait mention de la cité d'Indraprastha, capitale du royaume des Pandavas. On parle communément des sept villes de Delhi, comme autant de vestiges des différentes dynasties qui ont dirigé la ville. De 972 à 1191 la dynastie des Tomaras, des Rajpoutes originaires d'Ajmer, règne sur Delhi. Ils s'établissent sur le site de Lal Kot à proximité du quartier actuel de Mehrauli. Les premiers conquérants musulmans mettent un terme au règne de cette dynastie en 1192, et en 1206 Qutabuddin Aibaq établit le Sultanat de Delhi. Ce sultanat va dominer le nord de l'Inde pendant plusieurs siècles et verra se succéder différentes dynasties originaires d'Asie centrale qui vont marquer Delhi par la création de plusieurs villes fortifiées encore visibles aujourd'hui. Au 12^e siècle Alauddin fonde Siri, aujourd'hui Siri Fort. En 1321 Gyasuddin Tughlaq crée Tughlaqabad, une nouvelle ville fortifiée pour se protéger des invasions mongoles. Son successeur Mohammed II abandonna Delhi comme capitale pour s'installer plus au sud dans le Maharashtra actuel (Daulatabad), au cœur des nouveaux territoires conquis par le Sultanat. Ferozshah,

le successeur de Mohammed II, après avoir repris le contrôle d'une partie du Sultanat, remet le pouvoir à Delhi, en y fondant Ferozabad (1350). Après une période d'instabilité et malgré les tentatives de reprise en mains de la dynastie des Lodhis, la victoire de Babur à la bataille de Panipat en 1526 scelle la fin du Sultanat de Delhi et la naissance de l'Empire Moghol. Le fils de Babur, Humayun, dû abandonner Delhi à Sher Shar Suri qui créa la cité fortifiée de Purana Qila. Delhi va ensuite connaître une période de déclin, la capitale de l'Empire Moghol se déplaçant à Lahore puis à Agra. En 1638 l'empereur Shah Jahan réinstalla la capitale à Delhi avec la création de Shahjanahabad, l'actuelle Old Delhi. À la mort de l'empereur Aurangzeb, Lahore redevint la capitale de l'Empire Moghol (1707-1712). En 1714, des représentants de l'East India Company s'installent à Delhi. La montée en puissance des Maharatis et la déliquescence de l'Empire Moghol, mettent à mal Delhi qui est pillée en 1739 par les Perses de Nadir Shah et connaît une terrible famine en 1782. Le 11 septembre 1803, le Général Lake s'empare de la ville pour le compte de l'East India Company.

La position géographique de Delhi explique en partie son destin de capitale politique et son importance pour les dynasties voulant établir leur suprématie sur l'Inde. La plupart des conquérants de l'Inde sont venus par l'Afghanistan et la passe de Khyber. Entre les contreforts himalayens et le désert du Thar, ces armées ont emprunté le seuil Indo-Gangétique pour pénétrer au cœur de l'Inde. Arrivées sur les bords de la Yamuna, les armées peuvent poursuivre à l'est vers la plaine du Gange, jusqu'au Bengale ou au sud vers le plateau du Deccan. À une échelle régionale, la position géographique de Delhi permet à la fois de contrôler les turbulents royaumes Rajpoutes, sans être trop éloigné d'un Punjab de plus en plus influent et qui commande l'entrée de l'Inde contre les envahisseurs venus d'Asie centrale. Au delà de cette position de carrefour, Delhi a acquis une position symbolique forte de centre du pouvoir en Inde pour toutes les dynasties. Selon un dicton local, celui qui contrôle Delhi, contrôle l'Inde. Surtout, en établissant successivement plusieurs villes-fortereses, les dynasties vont inscrire dans le temps long une politique de grands aménagements urbains (remparts, forts, réservoir d'eau).

La fin du 18^e siècle et le début du 19^e siècle seront une période difficile pour la ville. Entre la famine de 1782 et la révolte des Cipayes (1857-1859), Delhi perd de son influence et une partie de sa population. Avec l'exil du dernier empereur moghol en Birmanie, puis l'expulsion d'une partie de la population de la ville, la reprise en main de la ville par les Britanniques, l'avenir de Delhi s'assombrit. Pourtant l'arrivée du rail en 1867 et une politique fiscale avantageuse pour les commerçants vont accélérer le renouveau économique et démographique de Delhi, qui s'impose comme un nœud commercial majeur du nord de l'Inde, au carrefour du Punjab, du Rajputana et des United Provinces (N. Gupta, 1981). Une partie de la production agricole de ces régions (canne à sucre, céréales, coton) est négociée et transformée à Delhi. Les élites marchandes hindoues et jaïns prennent une place de plus en plus importante, au côté des

marchands et artisans musulmans dans la vie économique de la ville. En 1891, la ville compte 193000 habitants. En 1911, le roi George V annonce le transfert de la capitale du *British Raj*, de Calcutta à Delhi et pose la première pierre de ce qui doit devenir la huitième Delhi, une nouvelle Rome anglo-indienne, symbole de la puissance britannique en Inde. La nouvelle capitale dessinée et conçue par les architectes britanniques Edwin Luytens et Herbert Baker doit d'abord être située au nord, à côté de Civil Lines, puis est déplacée vers le sud de la ville pour des raisons techniques et financières. Ce n'est qu'à la fin de la Première Guerre Mondiale que les travaux débutent vraiment. En 1931, Lord Irwin, Vice-Roi des Indes inaugure enfin New Delhi. L'arrivée massive de fonctionnaires coloniaux, Britanniques et Indiens et de migrants du nord de l'Inde venus travailler sur les chantiers va entraîner une forte croissance démographique de l'agglomération urbaine qui voit sa population augmenter de 143000 habitants supplémentaires pour dépasser les 400000 habitants en 1931 (Tableau 15 p.141). La création de New Delhi aura par ailleurs un impact considérable sur la ville, sa morphologie et ses futures pratiques d'aménagement urbain.

Croissance démographique de Delhi (1901-2011)

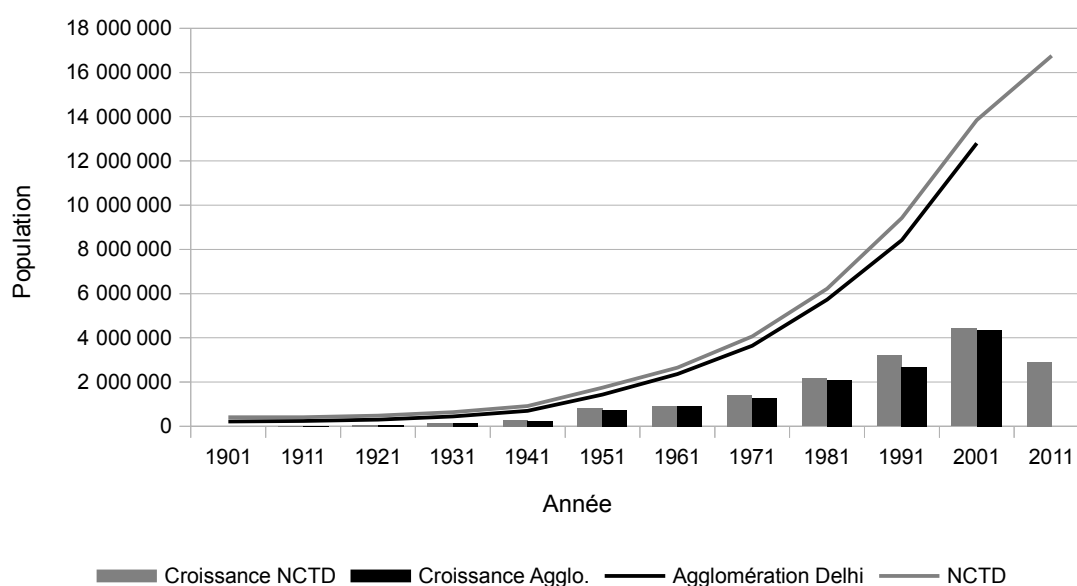


Tableau 14: La croissance démographique de Delhi (1901-2011, Census of India)

A.2. Une métropole en forte croissance

L'Indépendance et la Partition de 1947 vont marquer une autre rupture majeure dans le développement de Delhi. Si New Delhi reste l'épicentre politique de l'Inde en devenant la capitale de l'Union Indienne,

des flux migratoires majeurs vont considérablement affecter la ville. 320000 musulmans quittent Delhi pour s'installer dans le nouveau Pakistan. 470000 réfugiés du Punjab Occidental et du Sind, pour la plupart hindous et sikhs, s'installent à Delhi (Dupont & Dureau, 1997). Entre les recensements de 1941 et de 1951, Delhi voit sa population passer de 700000 habitants à 1,4 M. d'habitants (Tableau 14 p.140, Tableau 15 p.141). Au cours des décennies suivantes, Delhi devient un pôle migratoire majeur et attire les populations des États voisins du nord de l'Inde (Punjab, Rajasthan, Uttar Pradesh, Bihar). Les résultats des recensements décennaux sont sans équivoque.

Année	National Capital Territory of Delhi			Agglomération urbaine de Delhi		
	Population	Croissance	TCAM	Population	Croissance	TCAM
1901	406 819	***	***	214 115	***	***
1911	413 851	+7 032	0,17	237 944	+23 829	1,06
1921	488 452	+74 601	1,67	304 420	+66 476	2,49
1931	636 246	+147 794	2,68	447 442	+143 022	3,93
1941	917 939	+281 693	3,73	695 686	+248 244	4,51
1951	1 744 072	+826 133	6,63	1 437 134	+741 448	7,52
1961	2 658 612	+914 540	4,31	2 359 408	+922 274	5,08
1971	4 065 698	+1 407 086	4,34	3 647 023	+1 287 615	4,45
1981	6 220 406	+2 154 708	4,34	5 729 283	+2 082 260	4,62
1991	9 420 644	+3 200 238	4,24	8 419 084	+2 689 801	3,92
2001	13 850 507	+4 429 863	3,93	12 791 458	+4 372 374	4,27
2011	16 753 235	+2 902 728	1,92	***	***	***

Tableau 15: La croissance démographique de Delhi (1901-2011, Census of India)

Le Taux de Croissance Annuel Moyen (TCAM) de la population du NCTD dépasse ou approche les 4% par an de 1951 à 2001. Entre 1951 et 2011 la population du NCTD s'est accrue en moyenne de 250000 habitants par an. Le TCAM de l'agglomération urbaine de Delhi s'établit aussi à un niveau très élevé, entre 4% et 8% par an sur la même période (Tableau 15 p.141). Parmi les grandes agglomérations urbaines indiennes, seule Delhi a réussi à maintenir un tel rythme de croissance sur une aussi longue période. Progressivement pourtant, le rythme de la croissance démographique se ralentit. Alors que sur la décennie 1990 la population du NCTD avait encore augmenté de 4,4 M. d'habitants, les résultats du dernier recensement montrent un ralentissement de la croissance démographique avec seulement 2,9 M. d'habitants supplémentaires sur le territoire du NCTD entre 2001 et 2011 (Tableau 14 p.140, Tableau 15 p.141). Ce ralentissement est dû à une diminution de la fécondité comme l'attestent les résultats du dernier NFHS. Le nombre d'enfants par femme est tombé de 3 à 2,1 entre le NFHS-1 (1992-93) et le NFHS-3 (2005-06) (International Institute for Population Sciences, 2009). Ensuite, les flux migratoires qui restent une contribution importante à la croissance de l'agglomération, se reportent sur la périphérie de l'agglomération urbaine. L'agglomération urbaine de Delhi dépasse aujourd'hui les

limites administratives du National Capital Territory of Delhi (NCTD) pour incorporer plusieurs grandes villes satellites des États voisins de l'Haryana et de l'Uttar Pradesh, comme Faridabad, Ghaziabad, Gurgaon et Noida (Illustration 10, p.142).

Delhi : L'expansion urbaine (1950-2008)

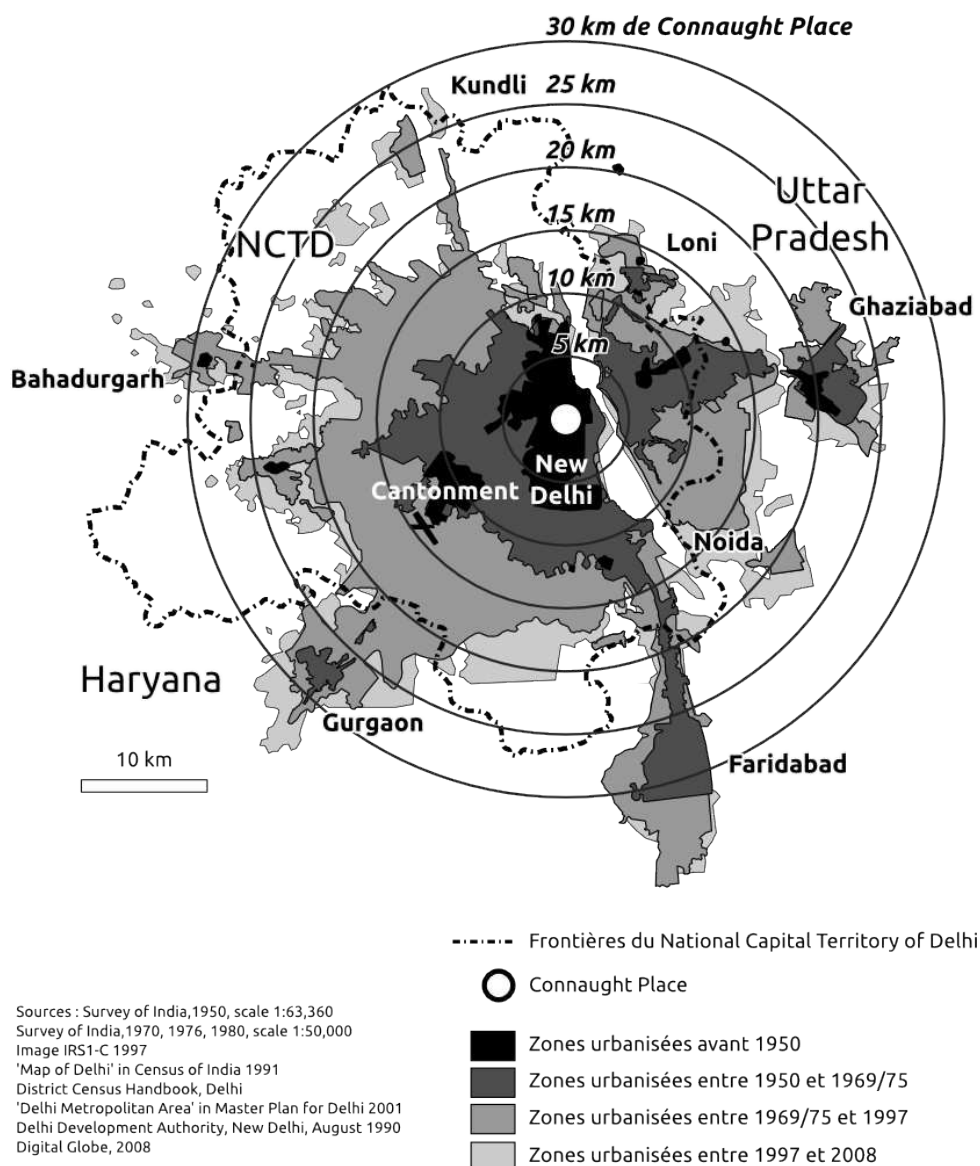


Illustration 10: Delhi, l'expansion urbaine (1950-2008)

Ce mouvement de déconcentration et d'étalement urbain est particulièrement prononcé à Delhi par rapport à d'autres grandes métropoles indiennes comme Mumbai ou Kolkata. L'évolution de la morphologie urbaine de Delhi se caractérise par un étalement progressif à partir du centre et selon les grands axes de communication (Taubenböck, Wegmann, Roth, Mehl, & Dech, 2009). L'illustration 10 (p.142), basée sur l'analyse de cartes du *Survey of India*, d'images satellites et de cartes plus récentes, nous

révèle l'étalement progressif de Delhi à partir d'un noyau originel composé de New Delhi, d'Old Delhi, et de Civil Lines. On constate que les surfaces urbanisées continuent de dépasser les frontières du NCTD pour inclure les villes-satellites. S'il est difficile de suivre les dynamiques démographiques au plus près de Delhi à cause de l'incorporation continue des villages dans les limites urbaines et des changements de limites administratives, les travaux de Véronique Dupont sur la périurbanisation ont montré le fort dynamisme démographique des villages du NCTD entre 1981 et 1991. Plusieurs villages périphériques connaissaient des taux de croissance démographique supérieurs à 10% par an (Dupont & Mitra, 1995).

L'Illustration 10 (p.142) nous donne une idée de la taille aujourd'hui atteinte par Delhi. Alors que par le jeu d'artefacts statistiques, liés à la définition d'une agglomération urbaine par le Census of India qui arrêtent les limites d'une agglomération urbaine à celle d'un État, l'agglomération urbaine de Delhi n'apparaissait jusqu'en 2001 qu'en troisième position derrière Mumbai et Kolkata, il existe aujourd'hui un large consensus pour affirmer que Delhi est désormais la première agglomération urbaine indienne avec 24 M. d'habitants devant Mumbai (21 M. d'habitants) (Dupont, 2011). Les villes satellites concentrent une part de plus en plus grande de la croissance démographique. Entre 1991 et 2001, les villes satellites ont représenté 23 % de la croissance démographique des sept unités urbaines qui composent la conurbation urbaine de Delhi. C'est surtout la rapidité du mouvement qui impressionne. Une ville nouvelle comme Noida est passée en l'espace de deux décennies de quelques milliers d'habitants à près de 300000 habitants en 2001. Des villes comme Loni ou Bahadurgarh ont vu leur population tripler et doubler en dix ans et témoignent de la force de l'étalement urbain autour de Delhi (Tableau 16 p.143).

Ville	2001 population	Croissance 91-01(%)	Croissance	Part dans la croissance urbaine (%)
Delhi UA	12 791 458	52	+4 372 374	77
Faridabad	1 054 981	71	+437 264	8
Ghaziabad UA	968 521	89	+456 762	8
Noida	293 908	101	+147 394	3
Gurgaon UA	229 243	69	+93 359	2
Bahadurgarh UA	131 924	130	+74 689	1
Loni	120 659	230	+84 098	1
Tot. Villes Satellites	2 799 236	86	+1 293 566	23
Total	15 590 694	57	+5 665 940	***

Tableau 16: Croissance urbaine et villes de l'aire métropolitaine de Delhi (1991-2001, Census of India)

Cette croissance démographique va de pair avec une croissance économique importante. Le revenu par habitant du NCTD est 2,4 fois plus élevé que la moyenne nationale. La part de la population vivant

sous le seuil de pauvreté est aussi beaucoup plus basse qu'ailleurs (15 % contre 27,5%) (Dupont, 2010). Si le secteur public et le poids des administrations restent importants, notamment au regard du secteur organisé, le développement économique des vingt-cinq dernières années a entraîné une diversification et une densification du tissu économique local. Delhi reste un carrefour commercial et un centre financier majeur du nord de l'Inde. Le décollage économique et industriel des régions voisines du Punjab et de l'ouest de l'Uttar Pradesh, porté par la Révolution Verte, a positionné Delhi au cœur d'une région très dynamique économiquement. Le développement de certains groupes industriels et de services de la région comme Ranbaxy dans l'industrie pharmaceutique, DLF dans l'immobilier, MoserBaer dans l'électronique, Bharti Airtel dans les télécoms, ou encore Escorts dans l'équipement agricole et leurs ambitions globales ont eu pour conséquence l'installation de leur siège et d'une partie de leur activité dans l'aire métropolitaine de Delhi. Le gouvernement central a aussi encouragé le développement industriel de Delhi en y installant au milieu des années 1980, le siège et le site de production du groupe automobile Maruti-Suzuki, né d'une Joint-Venture avec l'entreprise japonaise Suzuki. À la même époque Hero, le plus grand fabricant de vélos indien, a lui aussi implanté une usine de motos à Gurgaon en partenariat avec le groupe japonais Honda, pour donner naissance au premier constructeur de motos en Inde : Hero Honda. La libéralisation et l'ouverture de l'économie indienne aux capitaux étrangers a renforcé la croissance économique de Delhi après 1991. Beaucoup de FMN ont implanté leur siège local et une partie de leur appareil industriel dans l'aire métropolitaine. À la recherche d'une main d'œuvre qualifiée et anglophone, de grandes entreprises comme GE Capital, LG, Samsung, IBM, Dell, Accenture, se sont établies à Delhi. Le secteur des NTIC connaît un développement rapide à Gurgaon et Noida. Entre avril 2000 et mars 2011, Delhi et sa région ont reçu 25 Mds. US\$ d'IDE soit 19% du total des IDE en Inde²⁷. De nouvelles Zones Économiques Spéciales (ZES) sont en développement autour de Delhi notamment dans le secteur des NTIC. Devenue un marché de consommation majeur, Delhi voit se multiplier les centres commerciaux géants (*malls*) capables de répondre aux appétits de consommation de la nouvelle classe moyenne de Delhi.

A.3. Les politiques publiques au défi de la croissance

Malgré ou à cause de cette croissance démographique et économique, Delhi doit affronter plusieurs défis pour assurer son avenir et rejoindre le cercle des villes globales comme le souhaitent les dirigeants du Gouvernement Central et de Gouvernement de Delhi. Un des premiers défis relève de l'infrastructure et des équipements urbains. Même si sa situation reste enviable par rapport à d'autres villes indiennes, les infrastructures de Delhi restent loin des meilleurs standards internationaux (High Powered Expert Committee, 2011). L'organisation en 2010 des Jeux du Commonwealth, une

²⁷ http://dipp.nic.in/fdi_statistics/india_FDI_March2011.pdf

manifestation sportive internationale rassemblant les nations appartenant au Commonwealth Britannique, a été l'occasion d'investir massivement dans le développement des infrastructures de transport : nouveau terminal pour l'aéroport, extension du réseau de métro, élargissement et extension des voies rapides dans et autour de Delhi. Mais de la gestion des déchets domestiques, à l'eau potable en passant par l'électricité et le logement, la situation paraît exsangue dans plusieurs secteurs et les habitants les plus pauvres sont les premiers à en souffrir. Selon les chiffres du recensement de 2001, plus de 2 M. de personnes vivent dans des slums ou bidonvilles à Delhi. Surtout, la volonté de transformer Delhi en une ville globale, se fait au détriment des plus pauvres. Entre 1990 et 2007 plus de 66000 familles ont été délogées de leurs slums pour être relocalisées en périphérie dans de nouvelles zones de développement urbain, peu ou pas équipées en équipements collectifs, et éloignées des espaces économiques où ces populations trouvaient de l'emploi (Dupont & Ramanathan, 2009). Une des grandes difficultés des autorités publiques réside dans ce double objectif de montée en puissance de Delhi et de politique de redistribution et d'insertion des populations les plus pauvres, pour que la croissance de Delhi profite à tous.

Découpage Administratif du National Capital Territory of Delhi (2001)

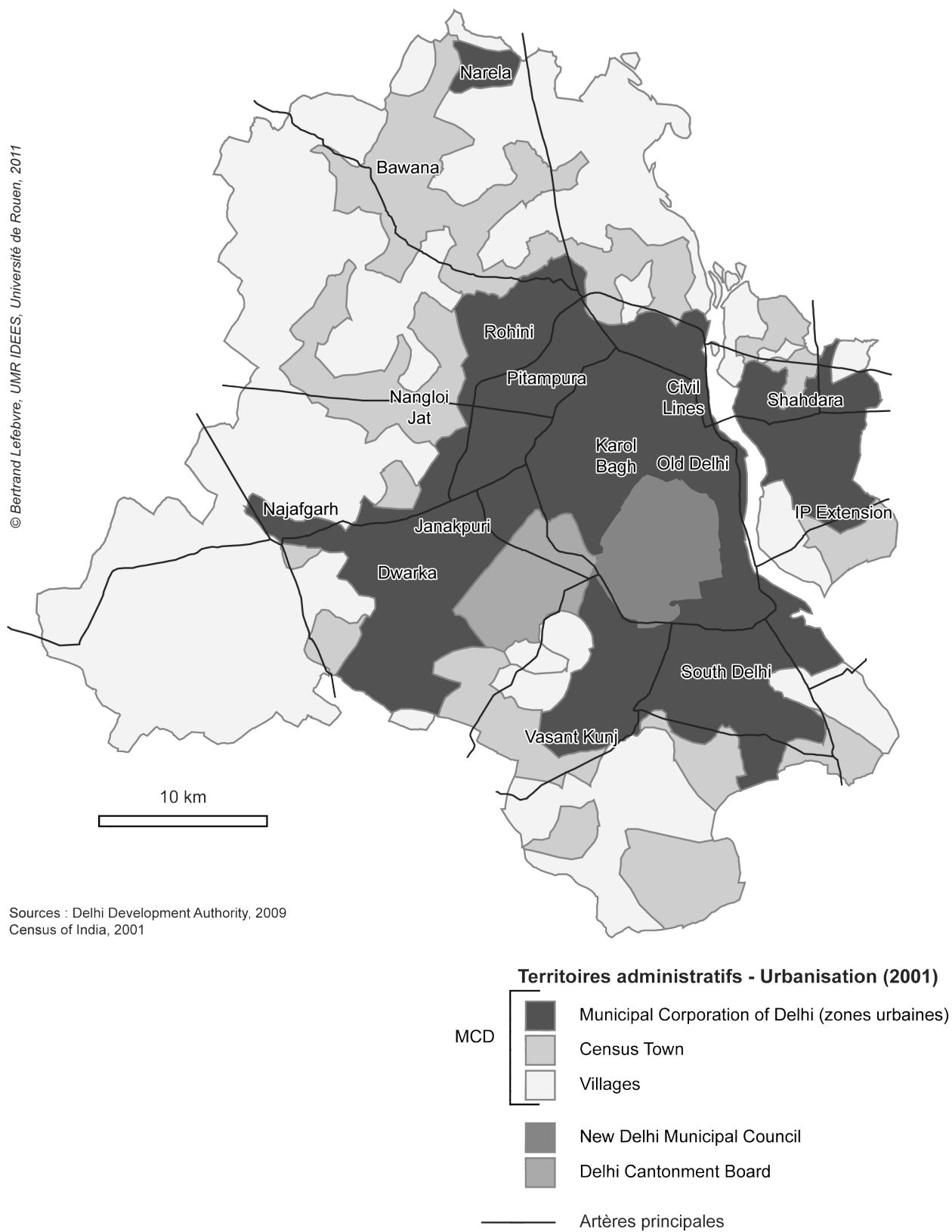


Illustration 11: Le découpage administratif du National Capital Territory of Delhi (2001)

Cette politique de justice sociale, se complique par le jeu de la structure administrative et politique de Delhi. L'agglomération de Delhi, comme beaucoup de grandes métropoles capitales à travers le monde se caractérise par une grande diversité d'acteurs qui prennent part au gouvernement de la ville. Le gouvernement central en a longtemps été l'acteur le plus puissant, si ce n'est l'unique acteur. Après l'Indépendance, comme dans d'autres pays décolonisés, le gouvernement central va contrôler très étroitement la politique d'aménagement de sa capitale. Le National Capital Territory of Delhi (NCTD) est alors un Territoire de l'Union (Union Territory) sous le contrôle exécutif d'un Lieutenant Gouverneur nommé par le Gouvernement central.

Trois collectivités territoriales se partagent le territoire du NCTD : la Municipal Corporation of Delhi (MCD), le New Delhi Municipal Council (NDMC) et le Delhi Cantonment Board (DCB) (Illustration 11 p.146). En plus des collectivités territoriales, plusieurs agences contrôlées par le Gouvernement central prennent une place importante dans l'aménagement et la politique de la ville à Delhi. La Delhi Development Authority (DDA) a ainsi été créée en 1957 sous l'autorité du Ministère central des affaires urbaines pour planifier, encadrer et soutenir le développement de Delhi. Comme nous le verrons plus loin, le poids des réserves foncières et l'étendue de ses prérogatives en matière de planification urbaine, et de contrôle sur l'aménagement urbain en font un acteur particulièrement influent. La complexité de l'appareil administratif et le poids des ministères centraux sont tels que l'on dénombre encore aujourd'hui près de 120 établissements publics travaillant sur le territoire du NCTD (Milbert, 2009). La compétition, les luttes d'influences et de prérogatives entre agences publiques aboutissent à une fragmentation des politiques publiques et de leur application. Cette situation induit dans de nombreux domaines un décalage important entre les objectifs affichés d'une politique d'aménagement urbain ambitieuse et des résultats décevants sur le terrain en matière d'infrastructures, de lutte contre la pauvreté et de développement urbain de Delhi.

Les réformes engagées à partir du milieu des années 1980 vont modifier le paysage institutionnel de Delhi. Sous l'effet de la décentralisation et de la libéralisation, le paysage de la gouvernance urbaine a rapidement évolué au cours des deux dernières décennies. Si le gouvernement central jouit toujours d'une position particulière, de nouveaux acteurs sont apparus ou sont montés en puissance. La politique de décentralisation a autorisé la transformation du NCTD d'un Territoire de l'Union en un État de l'Union (69th Constitution Amendment Act, 1991). Si le Lieutenant-Gouverneur est toujours nommé par le Gouvernement central, depuis 1992 il doit s'effacer au profit du *Chief Minister* (Ministre en Chef) élu par une assemblée législative de 70 représentants qui a pour elle la légitimité démocratique. Les réformes administratives de 1993 vont aussi entraîner un élargissement des prérogatives du MCD en matière de politiques publiques. Le MCD voit aussi son territoire d'administration s'étendre aux zones

rurales du NCTD (Illustration 11 p.146). Le NDMC et le DCB restent quant à eux contrôlés indirectement par le gouvernement central. La libéralisation va aussi ouvrir la voie à la privatisation et la corporatisation de certains services collectifs, comme l'électricité (Delhi Electricity Reform, 2001) ou le transport public (p. ex. Delhi Metro Railways Corporation). Enfin, ces réformes vont entraîner une montée en puissance de nouveaux groupes d'acteurs qui peuvent désormais peser dans la gouvernance urbaine de Delhi. Les associations de quartiers, les ONG, les activistes mais aussi les *pradhans* (chefs de slums), certains intermédiaires, certains lobbies comme celui des commerçants peuvent influencer leurs élus, notamment en période pré-électorale, pour obtenir la régularisation d'un slum ou au contraire sa destruction, des travaux pour améliorer l'infrastructure d'une *colony*. Les interactions et les jeux d'influences entre sphère politique et sphère administrative à un niveau parfois très local se multiplient (Baud & De Wit, 2009; Milbert, 2009; Tawa Lama-Rewal & Ruet, 2009). La compétition politique entre partis contamine l'appareil administratif au gré des élections municipales et des élections à l'assemblée du NCTD. Le pouvoir judiciaire est un recours de plus en plus fréquent pour certains de ces groupes afin de peser sur la politique d'aménagement urbain de Delhi (Dupont & Ramanathan, 2009).

B. De la planification urbaine à la planification hospitalière

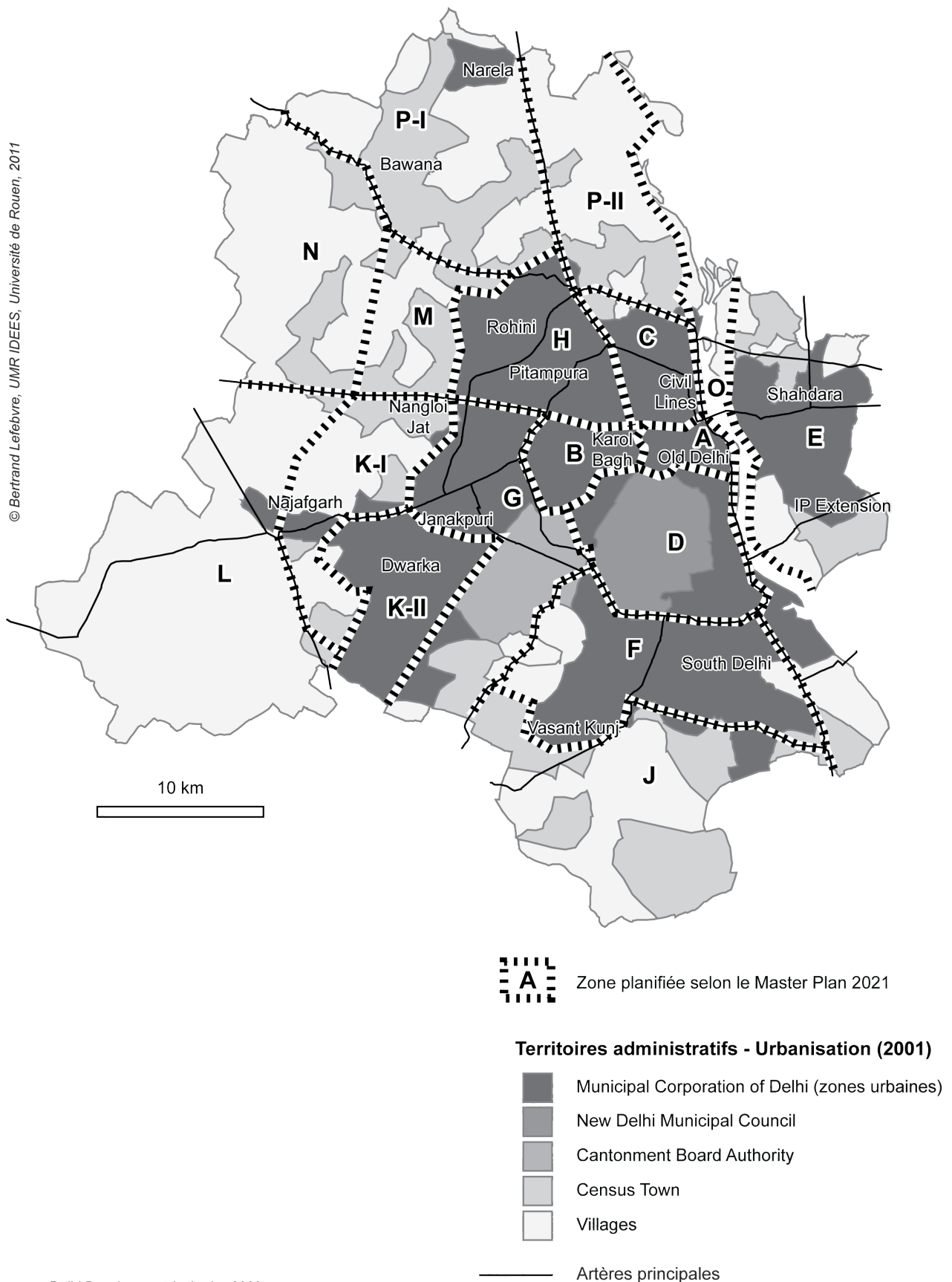
B.1. L'État central au cœur de la gouvernance urbaine : le Master Plan de Delhi

Pour transformer Delhi en une ville-globale tout en assurant un développement équilibré qui permet à toute la population de bénéficier de services et d'équipements accessibles à tous, les pouvoirs publics peuvent s'appuyer sur une politique volontariste d'aménagement urbain. Cette politique s'inscrit dans une tradition bien établie d'action publique d'aménagement de la ville. L'histoire de Delhi est marquée par des actes forts d'aménagement urbain, comme la création de Shahjanahabad ou de New Delhi. Au lendemain de l'Indépendance, face à l'afflux massif de réfugiés vers Delhi et à la nécessité d'encadrer l'aménagement de la capitale, le gouvernement central décide la création d'une agence publique: la Delhi Development Authority (Delhi Development Act, 1957). Cette agence est en charge concevoir et d'implémenter un programme d'aménagement urbain. De larges réserves foncières sont constituées sur le territoire du NCTD afin de maîtriser et d'orienter le développement de l'agglomération. Les développeurs privés comme DLF, qui avait fait l'acquisition de nombreuses terres agricoles au sud de New Delhi dans les années 1950, ne peuvent plus acquérir de nouveaux terrains. Avec le soutien de la Ford Foundation, une équipe d'architectes-urbanistes américains et indiens posent les plans de ce que doit devenir Delhi. Après une décennie marquée par l'afflux de réfugiés et des aménagements faits dans

l'urgence, le gouvernement central veut se donner les moyens de maîtriser la croissance urbaine de sa capitale. Delhi doit aussi devenir un modèle pour les autres villes indiennes en matière d'aménagement urbain.

Le premier schéma d'aménagement de Delhi (*Master Plan of Delhi*, MPD 1962) s'appuie sur plusieurs principes qui vont profondément marquer l'évolution de la ville. L'exercice de la planification urbaine impliquant une anticipation des besoins futurs de la population, le MPD est établi en fonction du nombre d'habitants prévus dans un délai de vingt ans. C'est en fonction du nombre de nouveaux habitants attendus que sont établis le nombre et le type d'équipement à développer ainsi que les nouveaux espaces à urbaniser. Ensuite, dans la lignée des aménagements de New Delhi, Delhi doit voir sa densité de population limitée pour minimiser les inconvénients de l'urbanisation notamment du point de vue sanitaire. La hauteur des immeubles et des bâtiments est donc limitée tout comme leur emprise sur les parcelles. Le site de Delhi, une plaine alluviale sans barrières physiques majeures, permet d'envisager cette urbanisation à faible densité.

Les zones de planification définies dans le Master Plan 2021



Sources : Delhi Development Authority, 2009
Census of India, 2001

Illustration 12: Les zones de planification définies dans le Master Plan 2021

Le MPD doit aussi permettre d'orienter la déconcentration des activités résidentielles et économiques vers de nouvelles zones de développement en périphérie. Toujours selon des impératifs sanitaires, et inspirées par les pratiques urbanistiques de l'époque en Europe et aux USA, les activités doivent être ségréguées spatialement pour minimiser les nuisances et améliorer la qualité de vie. En plus des zones naturelles, l'usage du sol est donc divisé en zone résidentielle, commerciale, industrielle et récréative. Enfin la planification urbaine repose sur trois documents-clés : le schéma directeur (*master plan*), le schéma zonal (*zonal plan*) et le schéma d'aménagement (*layout plan*). Les principes généraux que nous avons présentés se déclinent donc à trois échelles imbriquées et correspondent souvent à trois temps de la planification urbaine.

Le point clé du schéma directeur réside dans l'évaluation et la définition des besoins futurs du NCTD en termes d'infrastructures, d'équipements et de services urbains. Cette évaluation se base principalement sur le nombre d'habitants projetés à la fin de la période de planification. Lorsque la préparation du deuxième schéma directeur est engagée au début des années 1980 (Master Plan of Delhi 2001, MPD 2001), la population du NCTD en 2001 est estimée à 12,8 M. habitants. Le MPD ne sera publié et approuvé qu'en 1990 et servira de point de départ à la définition des besoins du NCTD en termes de nombre et de hiérarchie des services commerciaux, des équipements collectifs comme les hôpitaux ou des dispensaires. Pourtant en 2001, la population du NCTD a dépassé les prévisions initiales pour atteindre 13,8 M. Le dernier schéma directeur, publié en 2007 (MPD 2021), table sur une population de 23 M. d'habitants en 2021.

Zone	Capacité d'accueil (MPD01)	Population Totale (Census 01)	Population projetée (MPD21)
A	420	570	570
B	630	624	630
C	751	679	788
D	755	587	813
E	1789	2798	2800
F	1278	1717	1975
G	1490	1629	1955
H	1865	1226	1865
Dwarka Rohini 3 Rohini 4 & 5 Narela	3222	1070	3900
TOTAL	12200	10900	15296

Tableau 17: Zone de développement et population urbaine (en milliers d'habitants, source : MPD 2021, DDA)

Ces prévisions sont déclinées à l'échelle du schéma zonal (*Zonal Plan*). Le territoire du NCTD est en effet divisé en plusieurs zones de développement (Illustration 12 p.150). Lors du dernier schéma

directeur (MPD 2021), 17 zones ont ainsi été définies. Ces zones sont délimitées en fonction de leur développement urbain (zones urbaines, périurbaines, rurales), de la population et des activités économiques et des besoins en infrastructures (logement, éducation, santé, transports, eau,...). À partir des normes définies dans le schéma directeur, la DDA va planifier le développement de nouvelles infrastructures urbaines et décider de la localisation et de la taille des parcelles à allouer aux différents équipements. Il s'agit de tenir compte de l'utilisation préexistante du sol et des facilités d'accès (réseau routier) pour créer de nouvelles centralités à l'intérieur des zones définies. Le nombre d'équipements et la priorité à donner aux nouvelles infrastructures sont établis en fonction de la population présente et à venir, vivant dans ces zones (Tableau 17 p.151).

On constate que le nombre d'habitants attendu par le MPD 2001 a été dépassé pour plusieurs zones comme les zones E, F, G, alors que les zones centrales (A, B, C, D) sont loin d'avoir atteint leur capacité d'accueil tel que projetée par la DDA. Ce décalage interpelle alors que les zones A, B, C, D correspondent aux zones urbanisées avant la mise en place du schéma directeur dans les années 1960 et que les zones E, F, et G sont censées avoir été aménagées en partie selon les normes et les objectifs du schéma directeur (Illustration 12 p.150). Sachant que les zones de planification définies dans les précédents schémas directeurs peuvent accueillir 15,3 M. d'habitants et que près de 2,9 M. de personnes vivent déjà dans les zones rurales, le MPD 2021 planifie le développement de nouvelles zones de développement (de J à P-II) en fonction d'une augmentation de 4,8 M. d'habitants d'ici 2021. La préparation de schéma zonal permet à la DDA d'identifier et de localiser les futurs équipements à l'échelle de chaque zone.

Suite au schéma zonal, la DDA doit appliquer un certain nombre de normes pour définir le schéma d'aménagement (*layout plan*). Il s'agit de la dernière phase de la planification. En fonction du type d'équipement et de leur nombre, la DDA délimite des parcelles, des routes, des voies de transports, des espaces naturels à protéger. La taille des parcelles repose sur plusieurs critères qui vont de l'emprise du bâtiment au sol, de la hauteur autorisée, du type d'activité définie dans le schéma zonal, de la taille des voies d'accès à la parcelle. L'ensemble de ces documents fixe le développement urbain de Delhi pour vingt ans et fait l'objet de nombreuses tractations lors de son élaboration mais surtout lors de son application.

B.2. Une réglementation qui détermine la distribution des services hospitaliers

De par cette politique de planification et la forte implication du gouvernement central, Delhi est très

bien équipée en services de santé et en services hospitaliers. Au total et selon le dernier MPD 2021, il y aurait 30667 lits d'hôpitaux et 1914 infrastructures de santé. On dénombre seulement 2,2 lits pour mille habitants alors que l'objectif du schéma directeur dans le secteur hospitalier est d'arriver à la norme de cinq lits hospitaliers pour mille habitants définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour rappel, la France compte 7,3 lits d'hospitalisation pour mille habitants en 2005. En fonction de la population attendue en 2021, il faudrait tripler la capacité d'accueil actuel pour atteindre 115000 lits d'hospitalisation (Delhi Development Authority, 2007). Pour réaliser cet objectif, le schéma directeur s'appuie sur un jeu de normes urbanistiques et architecturales.

Infrastructures	Soins Chirurgicaux	Soins Ambulatoires	Nb. de lits	Pharmacie	Secteur Public	Secteur privé	
						Caritatif	Commercial
Hôpital	•	•	>50 lits	•	•	•	•
Clinique, maternité, polyclinique	•	•	<50 lits	•			•
PHC, centre de diagnostic	•	•	<10-15 lits	•	•	•	
Dispensaire		•	nil	•	•	•	
Cabinet médical		•	nil				•

Tableau 18: Définition des infrastructures médicales selon le MPD21 (DDA)

Le schéma directeur ne se contente pas de définir les besoins en équipement du NCTD et de sa population. Parce qu'il est un document-cadre essentiel et qu'il a valeur de réglementation officielle, chaque équipement, ses fonctions, sa capacité de desserte et l'autorité qui en a le contrôle sont définis dans le schéma directeur. Le Tableau 18 (p.153) présente ainsi les critères de définition et de catégorisation des infrastructures médicales selon le MPD 2021. Les soins chirurgicaux ne sont pas autorisés dans les dispensaires et dans les cabinets médicaux. Un cabinet médical ne peut accueillir de pharmacie en son sein. De la même manière, une distinction est opérée en fonction du secteur public et du secteur privé, commercial et caritatif et du nombre de lits d'hospitalisation.

Cette catégorisation est essentielle, pour définir ensuite le nombre et la hiérarchie des établissements médicaux pour chaque zone de planification. Le Tableau 19 (p.154) présente la distribution attendue des hôpitaux et d'autres services médicaux ainsi que leur taille en fonction de la population et du niveau de population à desservir. Cette hiérarchisation suit une logique pyramidale et s'appuie sur une hiérarchie du niveau de service et du niveau de population à desservir. L'objectif de la planification urbaine reste d'assurer une desserte et un accès équitables aux services médicaux pour l'ensemble de la population. Le rapport entre population et établissement sert donc de mesure de l'accessibilité aux services de santé à l'échelle des zones de planification. Un hôpital A de plus de 500 lits doit desservir

une population de 500000 habitants sur l'ensemble de la zone. Deux hôpitaux B pourront être construits pour desservir la même population. Pour les autres établissements hospitaliers et certains services médicaux spécialisés, leur nombre est déterminé à l'échelle d'une communauté (*community level*, 100000 habitants). Enfin, un dispensaire doit être construit pour desservir 10000 habitants. En fonction de la capacité d'accueil des établissements hospitaliers, la taille des parcelles varie de 45000 m² (hôpital A) à 1000 m² (maternité, clinique). On constate d'ailleurs des marges importantes dans la taille des parcelles, pour s'adapter aux disponibilités en matière de terrain.

Infrastructures	Nb de lits	Population par établissement	Nombre	Niveau	Planification	Parcelle (m ²)
Hôpital A	> 500	500000	1	District	Zonal – Layout	45000 – 25000
Hôpital B	500 – 200	250000	2	District	Zonal – Layout	25000 – 15000
Hôpital C	200 – 100	100000	1	Communauté	Zonal – Layout	10000 – 5000
Hôpital D	<100	50000	2	Communauté	Zonal – Layout	5000 – 2000
Maternité, Clinique, Polyclinique	<50	50000	2*	Communauté	Zonal – Layout	2000 – 1000
Centre de soins (diagnostic, pédiatrie, gériatrie)	nil	50000	2*	Communauté	Layout	800 – 500
Dispensaire	nil	10000	1	Quartier	Layout	1200-800

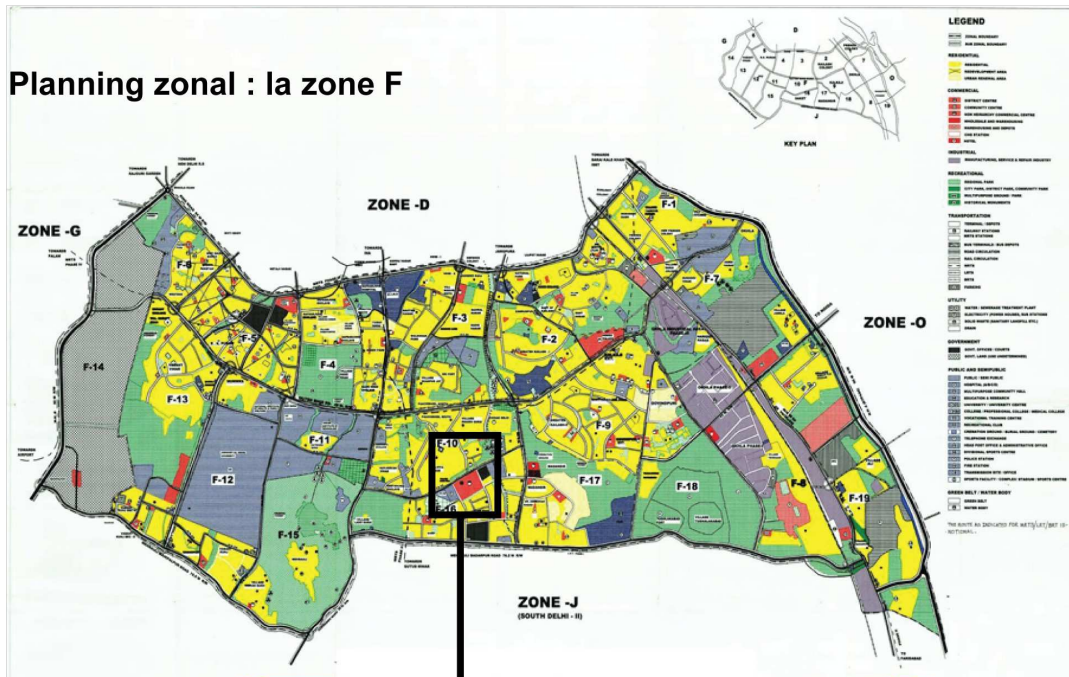
* pour chaque type d'établissement

Tableau 19: La hiérarchisation du système de soins selon le MPD21 (DDA)

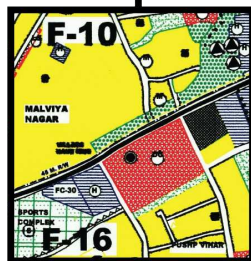
Ces différences de taille des parcelles s'expliquent aussi par les normes architecturales qui s'appliquent aux hôpitaux. En accord avec les recommandations du gouvernement central et du *Bureau of Indian Standards*, un hôpital doit être construit selon une norme de 100 m² par lit et de 60 m² par lit dans le cas de cliniques et de maternités. Dans le cas d'hôpitaux tertiaires, 125 m² par lit peuvent être développés. Le Coefficient d'Emprise au Sol (CES) de l'hôpital ne doit pas dépasser 30 % de la taille de la parcelle. 5 % de la parcelle peuvent être utilisés pour le parking. La hauteur du bâtiment est limitée à 37 mètres pour un hôpital et à 26 mètres pour les cliniques et maternités. Enfin le Coefficient d'Occupation du Sol (COS, *Floor Area Ratio*, FAR) ne doit pas dépasser 200 pour les hôpitaux et 150 pour les cliniques et maternités. Le COS est calculé par la DDA selon le rapport entre la somme des surfaces planchers multipliée par 100 et la surface totale de la parcelle. Plus le COS est élevé, plus la surface plancher autorisée est importante. Cet outil permet de plafonner la densité des surfaces bâties et d'encourager la dispersion des bâtiments. Jusqu'à 15 % du COS peuvent être utilisés pour le logement du personnel

médical et 10 % pour le logement de la famille des patients.

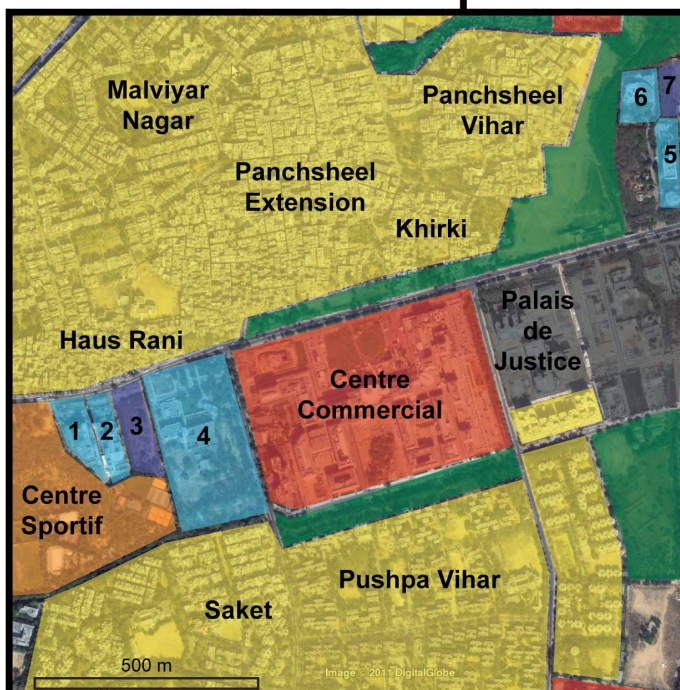
Du master Plan à la parcelle : un schéma d'aménagement multiscaleaire



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011



Saket : Un centre de services pour l'ensemble de la zone F



Usage du sol et parcellaire

- Zones résidentielles
- Zones commerciales
- Zones récréatives
- Zones institutionnelles
- Parcs, Espaces verts
- Parcelles pour hôpital
- Parcelles vacantes pour hôpital

- 1: Max Superspeciality Hospital
- 2: Max Nanda Devki Hospital
- 3: Vikrant Children Foundation
- 4: GM Modi Hospital
- 5: PSRI Hospital
- 6: Venu Eye Institute
- 7: Terrain non-attribué par la DDA

Sources : Delhi Development Authority, 2009
Google Earth, 2011

Illustration 13: Du Master Plan à la parcelle : un schéma d'aménagement multiscaleaire

En fonction des besoins en équipement hospitalier de la zone de planification (hôpital A, B,...) , des réserves foncières disponibles et des normes urbanistiques, la DDA délimite des parcelles réservées à la construction des hôpitaux. Lors des travaux préparatoires à la révision du MPD-2001, il fut noté d'importantes disparités spatiales dans la distribution des services de santé et notamment des lits d'hospitalisation sur le territoire du NCTD. Il est donc attendu que de nouvelles infrastructures soient développées prioritairement dans les zones de planification E, G et H où les infrastructures présentes sont insuffisantes. Ces zones étant déjà largement urbanisées, la DDA a recours au développement des *Facilities Centers* (FC, Centres de Services). Pour des raisons de disponibilité et selon les normes de développement du schéma directeur, il est parfois difficile de trouver des parcelles sur lesquelles construire les hôpitaux planifiés. La DDA au moment du planning zonal a alors recours à la création et à la viabilisation de larges parcelles selon les normes en vigueur. Au lieu de développer une parcelle isolément, on concentre les infrastructures de santé sur une zone plus ou moins centrale en fonction du niveau de services à développer et de la zone considérée. On compte aujourd'hui 61 Centres de Services sur le territoire du NCTD dont 19 pour la zone E située à l'est de Delhi, un territoire mal desservi en infrastructures hospitalières. 16 hôpitaux A (>500 lits), 18 hôpitaux B (200-500 lits), 3 hôpitaux C ou D et 27 cliniques devraient être construits d'ici 2021 dans ces Centres de Services. Cette stratégie de polarisation des services de santé s'applique aussi bien à des espaces déjà urbanisés qu'à de futures zones d'urbanisation.

L'Illustration 13 (p.156) présente un exemple de Centre de Service à l'échelle de la zone F, qui s'étend sur l'essentiel du South Delhi. On remarque tout d'abord l'application du zonage et la ségrégation des activités et de l'usage du sol entre zones résidentielles (jaune), zones commerciales (rouge), zones institutionnelles et économiques (trames foncées) et espaces naturels (en vert). Avec l'objectif de desservir l'ensemble de la population de la zone, un pôle de services a été formé au centre de la zone de planification F, entre des quartiers planifiés comme Pushpa Vihar, Saket et des quartiers plus anciens comme Malviya Nagar voire des villages urbains comme Khirki ou Hauz Rani. Complété depuis seulement quelques années, ce pôle concentre plusieurs établissements éducatifs, un nouveau palais de justice, un groupe de centres commerciaux (Select Citywalk, MGF metropolitan mall,...), un centre sportif et plusieurs hôpitaux, dont la taille des parcelles suggère différentes catégories. Dans un rayon de 500 mètres autour du centre commercial on trouve donc cinq hôpitaux dont la taille varie en 2011 de 58 à 192 lits et qui rassemblent au final 610 lits d'hospitalisation. Comme nous le verrons dans la prochaine partie, cette approche zonale et cette polarisation des services hospitaliers n'est pas sans conséquence sur l'accessibilité générale à ces services et pose question.

Si l'ensemble des parcelles hospitalières de ce Centre de Services a été attribué à des sociétés privées, la

place réservée aux hôpitaux privés et aux cliniques dans le schéma directeur n'apparaît pas centrale. Les cliniques notamment (< 50 lits hospitaliers) sont souvent présentées par les fonctionnaires de la DDA comme une offre de substitution aux carences du système hospitalier public et notamment à sa congestion. S'il est entendu que les cliniques participent à l'amélioration de l'accessibilité aux services hospitaliers en général et ainsi à une meilleure qualité de vie, leur implantation répond à des normes strictes.

Selon le dernier schéma directeur, une clinique est un établissement hospitalier comptant moins de 50 lits et établi sur une parcelle de 1000 à 2000 m². La hauteur maximale du bâtiment est limitée à 26 mètres, avec un COS de 150 et un CES de 30%. Une clinique doit compter 60 m² par lit. Pour bien comprendre le fonctionnement de ces normes et leur importance pour déterminer la taille d'un établissement hospitalier, nous pouvons calculer le nombre de lits maximal sur une parcelle de 2000 m². Le COS de 150 autorise 3000 m² de surface plancher ($150/100 \times 2000 = 3000$). La norme de 60 m² par lit limite bien la taille de la clinique à 50 lits. Le schéma directeur définit aussi les espaces dans lesquels les cliniques peuvent opérer : zones résidentielles (RD), zones commerciales (C1), zones industrielles (M) et zones de services publics (PS) (Delhi Development Authority, 2007). Lorsqu'elles sont situées en zones résidentielles, les cliniques doivent répondre à des normes de localisation spécifiques. Depuis le dernier schéma directeur, l'usage mixte du sol est autorisé et a permis de régulariser le développement des cliniques avec d'autres activités commerciales en zones résidentielles. Les cliniques doivent être accessibles par une rue de 18 mètres de large dans les *colonies* légales, 13,5 mètres dans les *colonies* de réhabilitation et 9 mètres dans les villages urbains, le quartier de Old Delhi et les *colonies* régularisées,... Ces rues et ces axes doivent être définis comme des zones d'usage mixte, après consultation des associations de quartier et compter au moins 50 % de bâtiment à usage commercial. Les cliniques sont aussi autorisées à s'implanter le long des axes planifiés dans le schéma directeur et le schéma zonal. Un parking doit être construit sur la parcelle de la clinique. Une redevance pour l'usage mixte du sol (*mixed use charges*) doit être acquittée auprès de la MCD qui reverse ensuite les sommes à la DDA. Cette redevance est variable selon la *colony* dans laquelle se situe la clinique. On passe ainsi de 6128 ₹/m² pour la NDMC à 3064 ₹/m² pour les *colonies* A et B, 2048 ₹/m² pour les *colonies* C et D et 768 ₹/m² pour les *colonies* E, F, G.

Par ses objectifs ambitieux, son caractère multiscalair et totalisant, de l'usage du sol à la largeur des routes en passant par le nombre de lits hospitaliers, le schéma directeur cristallise la plupart des enjeux de la gouvernance urbaine de Delhi. La destruction des slums, la légalisation des *colonies*, la lutte contre la pollution et la fermeture des petites usines et du petit artisanat dans la vieille ville, la destruction de centres commerciaux et la fermeture des magasins situés en zones résidentielles, sont autant de

décisions politiques et judiciaires prises sur la base du schéma directeur. Il est communément admis que la DDA est la première institution à ne pas respecter les normes établies par le schéma directeur. Les délais pour le développement des zones planifiées, le gel des terrains et la difficulté à prendre en compte une réalité mouvante rendent souvent caduques ces plans et ouvrent la porte à une corruption endémique au sein de la DDA.

Le cadre réglementaire du schéma directeur s'impose à l'ensemble du territoire du NCTD et pose des contraintes fortes sur la distribution et l'activité des hôpitaux et des cliniques publics et privés. Néanmoins, il existe aussi d'autres réglementations qui encadrent l'activité des établissements hospitaliers. De la gestion des déchets médicaux (*Biomedical Waste (Management & Handling) Rules 1998*) au diagnostic prénatal (*Pre-Natal Diagnostic Techniques Act, 1994*) en passant par la qualité des soins (*National Accreditation Board for Hospitals*) et la surveillance de l'activité médicale (*Delhi Nursing Home Act, 1953*), les cliniques et les hôpitaux de Delhi tombent sous le coup de nombreuses réglementations et de plusieurs autorités de contrôle. Mais aucune de ces réglementations ne joue autant que le schéma directeur sur l'accessibilité et la distribution des services hospitaliers dans le NCTD.

C. La distribution des services hospitaliers au miroir de la gouvernance urbaine

C.1. De la parcelle à l'hôpital : un accouchement difficile

Si la DDA définit par le schéma directeur les besoins en équipement hospitalier du NCTD, elle n'est pas chargée de la construction et du développement des services hospitaliers. Contrairement au secteur du logement pour lequel la DDA est aussi chargée de son développement, le secteur hospitalier et son développement sont du ressort du GNCTD (entretien contact n°68). Nous avons vu dans le premier chapitre que selon les termes de la Constitution Indienne, les États de l'Union sont en effet responsables de la politique de santé et de la distribution des services de santé. La DDA approche donc le GNCTD et son ministère de la santé pour leur proposer les terrains qu'elle a délimités pour le développement d'infrastructures hospitalières. Via la Branche de Planification (*Planning Branch*) la Direction de la santé (*Directorate of Health Services*) et en coordination avec le secrétariat de la santé, le ministère de la santé conduit une étude des besoins en soins hospitaliers des zones (*Need Assessment Survey*). Cette étude repose sur une analyse du profil social, économique et médical d'une zone. À partir de données secondaires collectées auprès de différents services du gouvernements, des hôpitaux, de rencontres avec les médecins, les fonctionnaires de santé aussi bien que les autorités essaient d'avoir une idée précise du profil sanitaire de la zone. Quels sont les besoins de santé de la population et quelles

infrastructures sont à développer en priorité ? L'hôpital à construire doit-il être un hôpital général, un hôpital spécialisé ? Comment peut évoluer l'établissement à l'avenir en nombre de lits hospitaliers ? Sur la base de cette étude qui peut prendre plusieurs mois voire plusieurs années, le GNCTD choisit les terrains de la DDA qu'il développera. En fonction de la part du budget santé allouée à l'investissement, en fonction aussi des dotations du gouvernement central qui soutient le budget des États de l'Union, le gouvernement établit un calendrier plus ou moins définitif du développement de l'infrastructure hospitalière. C'est la Branche de Planification de la DHS qui est chargée de superviser le développement des hôpitaux et de suivre le financement de la construction des hôpitaux jusqu'à leur ouverture. La construction de nouveaux établissements est financée sur les fonds du Plan Quinquennal du NCTD. On constate ces dernières années une augmentation constante du budget alloué aux infrastructures de santé dont les hôpitaux sont les principaux bénéficiaires (Tableau 20 p.160). Ce poste budgétaire a été multiplié par 2,6 entre 2002 et 2008 et a représenté jusqu'à 14,2 % du budget annuel total du Plan. L'augmentation de l'enveloppe globale à partir du Plan 11 s'explique en partie par les travaux nécessaires à l'amélioration de Delhi en prévision des Jeux du Commonwealth.

Plan	Année	Budget total (Md inr)	Budget santé (Md inr)	% du budget total
Plan 10	2002-03	44,06	3,30	7,5
	2003-04	46,09	3,89	8,4
	2004-05	42,61	4,70	11,0
	2005-06	42,81	5,43	12,7
	2006-07	50,84	7,21	14,2
Plan 11	2007-08	91,00	8,78	9,6
	2008-09	101,00	8,59	8,5

Tableau 20: Le budget du Plan quinquennal et les investissements dans le santé (2002-2008, source : DHS, GNCTD)

Si la décision est avalisée, c'est au tour d'une autre agence du Gouvernement de Delhi, le Public Works Department (PWD) d'entrer en jeu pour concevoir et construire le nouvel établissement. Le PWD soumet les plans de l'hôpital aux architectes et aux ingénieurs de la DDA, à la commission incendie (CFO), à la commission architecturale (DUAC), à la commission environnementale (EIA) et selon la localisation à d'autres autorités (IIA pour la hauteur des immeubles à proximité de l'aéroport, la DMRC, pour le métro) (entretien contact n°69). Une telle procédure peut prendre plusieurs années. Après avoir obtenu l'approbation des différentes autorités et reçu les premiers versements du GNCTD, la construction de l'hôpital peut enfin démarrer, avec l'aide de sous-traitants pour les différentes phases du projet (système électrique, construction).

Projet	Nb de lits	Budget en M. ₹	Terrain	Propriétaire Terrain	Financement	Début travaux	Fin travaux	Opérationnel	Remarques
Pitampura	200	517,2	***	***	14/12/01	07/05/02	31/03/06	oui	
Shastri Park East	200	303	***	***	20/07/01	20/07/01	31/12/05	oui	
Geeta Colony	216	227,8	***	***	18/01/01	01/07/02	30/09/06	oui	
Nasir Pur	64	173	***	***	10/07/03	07/01/05	31/12/07	oui	
Moti Nagar	100	345,3	***	***	19/12/00	19/12/00	31/08/04	oui	ancien hôpital du MCD
Malviya Nagar	100	317,9	***	***	01/09/02	01/09/02	11/09/06	oui	ancien hôpital du MCD
Patel Nagar	50	***	***	***	***	***	31/12/03	oui	ancien hôpital du MCD
Narela I&II	200	580,6	***	DDA	23/03/01	***	30/09/05	oui	
Karkardooma	200	347	***	DDA	04/09/98	***	31/03/05	oui	
Vasant Kunj	180	836,6	***	DDA	09/02/07	01/07/04	30/06/08	oui	
Janakpuri	300	361,5	***	DDA	***	27/06/03	30/08/06	oui	projet PPP abandonné en 2011
Tahirpur	650	866,6	***	DDA	19/12/00	17/07/01	08/06/08	non	projet PPP abandonné en 2011
Kokiwala Bagh	200	926,8	2005	DDA	11/02/08	11/02/08	en cours	non	
Dwarka 9	750	3500	1997	DDA	30/11/07	En attente	En attente	non	projet PPP abandonné
Keshav Puram	200	En attente	2007	DDA	En attente	En attente	En attente	non	problème voie d'accès, litige entre la DDA et une société
Sarita Vihar	100	En attente	2007	DDA	En attente	En attente	En attente	non	
Madipur	200	En attente	2010	Slum & JJ dptt., MCD	En attente	En attente	En attente	non	ancien slum, zone de dépôt pour la MCD
Jwalapuri	200	En attente	2011	Slum & JJ dptt., MCD	En attente	En attente	En attente	non	une partie de la parcelle occupée
Siraspur	200	En attente	1986	Gram Sabha	En attente	En attente	En attente	non	conflit sur la propriété d'une parcelle
Burari	200	En attente	1999	Gram Sabha	En attente	En attente	En attente	non	
Bamnoli	200	En attente	2010	Gram Sabha	En attente	En attente	En attente	non	
Jhatikara	100	En attente	2009	Gram Sabha	En attente	En attente	En attente	non	Site localisé dans Ceinture Verte (MPD-21)
Chhatarpur	200	En attente	2009	Gram Panchayat	En attente	En attente	En attente	non	Problème voie d'accès
Bapraula	100	En attente	2007	Gram Panchayat	En attente	En attente	En attente	non	DSIIDC en 2008, PWD continue
Molarband	30	En attente	2007	Gram Sabha	En attente	En attente	En attente	non	DSIIDC en 2008, en attente depuis
Vikaspuri	200	En attente	2006	DDA	En attente	En attente	En attente	non	DSIIDC en 2009, projet PPP
Amedkar Nagar	200	En attente	2009	DDA	En attente	En attente	En attente	non	PPP puis projet suspendu
Jaunti	50	projet						non	
Katewara	projet						non	Terrain trop petit	

*** : absence d'information

Sources : DDA, DHS Planning Branch, CAG, PWD

Tableau 21: Une décennie de projets hospitaliers publics (2000-2011)

Le Tableau 21 (p.161) présente dix ans de projets de construction hospitalière supervisés par le GNCTD. Constitué à partir de données recueillies lors d'entretiens auprès de la DHS (entretien contact n°111), du Secrétariat à la Santé (GNCTD) (entretien contact n°100), de la DDA (entretien contact n°66, n°67, n°70) et de sources secondaires comme le site du PWD²⁸, ce tableau appelle plusieurs commentaires. Tout d'abord sur les 28 projets référencés seuls 11 hôpitaux sont effectivement opérationnels à l'été 2011 (40 %). Surtout, sur les 5590 lits hospitaliers programmés, seuls 1610 lits sont

28 <http://www.pwddelhi.in>

actuellement opérationnels (29%)²⁹. 31 % des lits programmés sont dans trois hôpitaux de catégorie A (> 500 lits, N=2) et B (201-500 lits, N=1) qui n'ont toujours pas ouvert (1700 lits). L'essentiel de l'effort de développement porte sur les hôpitaux de catégorie C (101-200 lits, N=15).

Au total, 9,3 Mds ₹ ont été budgétisés pour la construction de 13 hôpitaux, dont 3,5 Mds ₹ pour la construction du futur *Bharat Ratna Indira Gandhi Hospital & Medical College* situé à Dwarka. Mais avant d'en arriver au financement de la construction d'un hôpital, plusieurs années peuvent s'écouler. Par exemple pour l'hôpital de Kokiwala Bagh, il aura fallu attendre trois ans entre l'acquisition du terrain et la décision de financement de la construction. Si un terrain a été acquis à Burari en 1999, aucun financement n'a encore été approuvé. Certains délais s'expliquent par des problèmes liés aux parcelles acquises par le GNCTD. Ces dernières années les projets de développement ont concerné des zones périphériques et rurales pour lesquelles la DDA n'a pas toujours la propriété des terrains. C'est ainsi que le GNCTD a approché le Gram Sabha et le Gram Panchayat (conseil de village) pour l'obtention de plusieurs terrains. Certains terrains n'ont pas de voies d'accès aux normes. D'autres terrains sont l'objet de contentieux judiciaires. Les terrains du Slum & JJC ne sont pas encore complètement libres. La construction peut aussi prendre du retard. Selon la taille de l'hôpital, la construction peut prendre de deux à sept ans. La PWD doit faire intervenir plusieurs prestataires à différentes phases du chantier, ce qui pose des problèmes de coordination. Par ailleurs, la stratégie de développement du GNCTD interpelle. Plusieurs projets de développement ont été attribués dans un premier temps à la PWD puis en 2008 et 2009 à la *Delhi State Industrial and Infrastructure Development Corporation (DSIIDC)*, une société gouvernementale chargée du développement des zones de relocalisation pour les slums. Après deux ans d'atermoiement et faute d'accord entre la DSIIDC et le GNCTD, les projets ont été à nouveau attribués à la PWD. Les projets de développement par le PPP ont aussi été abandonnés. Nous aurons l'occasion de revenir dans le prochain chapitre sur cet épisode qui voit plusieurs hôpitaux dont la construction a été achevée depuis plusieurs années, restés vides pour l'instant comme l'hôpital tertiaire de Tahirpur (Illustration 14 p.163).

29 Si on compte 1810 lits opérationnels au total, le Superspeciality Hospital de Janakpuri n'accueille pour l'instant que des patients en ambulatoire (-300 lits hospitaliers).



Illustration 14: L'hôpital de Tahirpur en 2009 près de 15 ans après l'inauguration du chantier (sources : PWD)

Nous venons de décrire le long chemin, qui transforme une parcelle en un hôpital public. Mais il faut encore du temps pour rendre l'hôpital complètement opérationnel. L'équipement de l'établissement et le recrutement du personnel peuvent prendre plusieurs années. En période pré-électorale, il est ainsi courant de voir un nouvel hôpital gouvernemental être inauguré, puis rester vacant pendant plusieurs mois voire plusieurs années, avant qu'une équipe médicale ne prenne poste dans l'établissement. L'ouverture est souvent progressive, avec une ouverture aux consultations ambulatoires puis aux services de diagnostic, avant que l'activité chirurgicale ne démarre vraiment. Pour plusieurs fonctionnaires du GNCTD et de la DDA interrogés (entretien contact n°66, 69, 70, n°100, n°101, n°111), l'essentiel du problème tient à la lourdeur du système de décisions. Trop d'autorités sont impliquées à un moment ou à un autre dans le développement d'un projet hospitalier, notamment lors de la phase préliminaire de conception de l'hôpital. Entre les autorités architecturales, la DDA, le PWD, la DHS, la DUAC, les allers-retours sont trop nombreux. Toujours selon ces mêmes sources, la PWD n'a pas l'expérience nécessaire à la construction des hôpitaux et aux spécificités de cet équipement. La PWD est chargée de la construction et de l'entretien du réseau routier (autoroutes, voies rapides, ponts) et des grandes infrastructures de la ville (logements,...) de Delhi. En fonction des objectifs à court terme, par exemple en vue des Jeux du Commonwealth, les hôpitaux ne seraient pas une priorité pour la PWD. Ceci explique pourquoi le GNTCD a un temps approché la DSIIDC ou a envisagé différents

types de PPP pour développer de nouveaux hôpitaux et ainsi accélérer le rythme des ouvertures. Cette politique de développement est un des effets de la décentralisation et de la place prise par le GNCTD dans le système hospitalier de Delhi.

C.2. Crises du système hospitalier public et décentralisation

Cette politique d'investissement menée par le GNCTD ne tient pas seulement à la planification et aux termes de la Constitution. Elle s'explique aussi par la position acquise par le GNCTD suite à la décentralisation dans la gouvernance urbaine. L'organisation du système hospitalier public est un bon exemple de cette tendance et de la difficulté à trouver un nouvel équilibre dans la distribution des services hospitaliers. La montée en puissance du GNCTD dans le secteur hospitalier est d'autant plus importante que le secteur public traverse une crise profonde de performance.

Un audit du *Comptroller and Auditor General of India* (CAG) a été conduit entre mars et juillet 2006, sur quatre hôpitaux publics majeurs de Delhi (Lok Nayak Jai Prakash Hospital (LNJP) Deen Dayal Upadhyay Hospital (DDU) pour le GNCTD, Hindu Rao Hospital pour le MCD, Charak Palika Hospital pour le NDMC) pour une période allant de 2001-02 à 2005-06 (Comptroller and Auditor General of India, 2006). Les quatre hôpitaux représentaient à l'époque 3227 lits soit 32 % des lits contrôlés par le GNCTD et les municipalités. Cet audit pointe la plupart des dysfonctionnements qui traversent le secteur hospitalier public de Delhi et nous donne à voir les faillites d'un système où les mécanismes de régulations sont inefficaces. Ces hôpitaux ne dépensent pas l'ensemble du budget qui leur est alloué aussi bien pour le fonctionnement que pour l'achat de nouveaux équipements. Le manque de personnel touche l'ensemble des hôpitaux. Dans un hôpital comme le LNJP, il manquait 119 employés sur les 473 postes médicaux (-25%) et 199 employés sur 534 pour les postes non-médicaux (-37%). Face à cette situation, les années 2000 ont été marquées par une augmentation du nombre de patients et de l'activité des différents services dans tous les hôpitaux considérés. Au Hindu Rao Hospital, les départements de psychiatrie et de neurologie ont pourtant été fermés ou fonctionnent au ralenti suite au départ des médecins. Le manque de personnel affecte la fréquence des opérations et entraîne de longues périodes d'attente pour le traitement de plusieurs maladies. Les services de diagnostic sont débordés et ne peuvent renvoyer les résultats à temps. Les hôpitaux gouvernementaux sont donc entourés de laboratoires privés où les patients sont redirigés. Pour les deux hôpitaux gouvernementaux, le taux d'occupation des lits n'est jamais descendu sous les 120% entre 2001-02 et 2005-06. Il n'est pas rare de voir deux patients allongés sur le même lit. La situation dans les services d'urgences est d'ailleurs catastrophique. Le taux d'occupation des lits y dépasse les 280 % au LNJP et les

230 % au DDU. Cette situation donne lieu à des tensions entre le personnel médical et les familles des patients, tandis que des grèves peuvent venir paralyser une partie de l'activité des hôpitaux comme en juillet 2008 au LNJP. Les équipes médicales manquent de médicaments, parfois pendant plusieurs mois et sont livrées avec tellement de retard que les médicaments sont déjà périmés. La réparation des équipements médicaux peut prendre plusieurs mois et leur remplacement plusieurs années. À part le DDU, qui apparaît comme l'hôpital le mieux géré des quatre, plus de 50 % de l'activité des services ambulanciers n'a rien à voir avec le transport de patient (Comptroller and Auditor General of India, 2006). Une partie de ces problèmes est liée à des problèmes internes de gestion de ces hôpitaux. Mais la faible capacité d'accueil des hôpitaux face à l'afflux de patients met une pression intenable sur ces établissements. On estime qu'entre un tiers et 40 % des patients des grands hôpitaux publics de Delhi ne sont pas résidents de l'État du NCTD mais viennent des états voisins (sources entretiens contact n°100, 101). Pour des patients originaires de l'Uttar Pradesh et du Bihar, des États où le secteur hospitalier en général et le secteur public en particulier est largement insuffisant, Delhi est la seule alternative. Jusqu'à très récemment, les zones périphériques de Delhi étaient mal équipées en hôpitaux et un établissement comme le LNJP situé au cœur de la ville était l'hôpital public le plus accessible.

Le développement de nouveaux hôpitaux publics essentiellement porté par le GNCTD est donc essentiel à la résorption de ces dysfonctionnements. Nous aurons l'occasion dans la prochaine partie de revenir plus en détails sur la distribution des soins hospitaliers, et notamment sur la diversité des établissements hospitaliers. On peut déjà néanmoins dégager plusieurs tendances quant à l'organisation du système hospitalier public. La MCD s'appuie sur un réseau de six hôpitaux hérités de la période coloniale (Hindu Rao, Swami Dayanand, RBTB, Infectious Diseases, Kasturba and Mrs GL Maternity Hospital). La forte spécialisation de ces hôpitaux (maladies infectieuses, tuberculose) tient à cet héritage colonial et à l'importance de la lutte contre ces maladies contagieuses à l'époque. Un réseau de maternités a aussi été développé, mais après l'Indépendance. Le NDMC ne contrôle que deux maternités. Le gouvernement central par l'intermédiaire du MoHFW, contrôle en effet l'essentiel des hôpitaux publics situés sur le territoire du NDMC. Certains hôpitaux sont un héritage des Britanniques, comme le Ram Manohar Lohia Hospital. Le Safdarjung Hospital a été créé en 1942 pour les troupes américaines. Enfin le AIIMS (All India Institute of Medical Sciences), l'hôpital public phare de Delhi, a été construit grâce à l'aide financière de la Nouvelle-Zélande. Certains ministères centraux, comme le Ministère du Travail et de l'Emploi ou le Ministère du Rail, contrôlent via des sociétés publiques comme la Northern Railways ou l'ESIC, de grands hôpitaux réservés à leurs employés ou aux personnes couvertes par des programmes d'assurance-santé publics. Le Ministère de la Défense compte aussi plusieurs hôpitaux pour son personnel localisé sur le territoire du Delhi Cantonment Board. Enfin le GNCTD contrôle aujourd'hui un réseau de 34 hôpitaux. Chaque époque a donc vu un acteur public

prendre en charge le développement du secteur hospitalier public de Delhi. Comme nous l'avons vu, la MCD a été l'acteur incontournable de la période coloniale. Puis le Gouvernement central a été particulièrement actif dans la construction de nouveaux hôpitaux ou dans l'augmentation de leur capacité d'accueil au cours des décennies qui ont suivi l'Indépendance. Depuis le milieu des années 1990, le GNCTD porte l'essentiel des projets de développement du système hospitalier public notamment à travers la DHS.

En 1993, le GNCTD et la DHS ne contrôlent que quatre hôpitaux alors que les autres hôpitaux gouvernementaux dépendent du Secrétariat à la santé. À travers une politique d'investissement, la DHS va étendre son réseau et renforcer son offre. Ces investissements vont se structurer autour de deux grands axes. Tout d'abord, une partie des investissements va servir à améliorer les hôpitaux existants et augmenter leur capacité d'accueil, en étendant si besoin les services disponibles en leur sein. Le deuxième axe va consister à développer une série de nouveaux hôpitaux en périphérie (*periphery hospitals*) afin de répondre à la forte demande de soins. À l'époque, l'essentiel des hôpitaux est situé au cœur de l'agglomération : les populations vivant en périphérie n'ont d'autres choix que d'aller dans ces hôpitaux. Pour décharger ces hôpitaux d'une partie des patients et pour améliorer l'accès aux soins hospitaliers, le développement de nouveaux hôpitaux en périphérie devient une priorité.

En 1996, le contrôle de sept hôpitaux devait être transféré de la MCD vers le GNCTD (GNCTD, Cabinet Decision 1999 7/9/1996). Ces hôpitaux de quartiers (*colony hospitals* : Moti Nagar, Tilak Nagar, Patel Nagar, Lajpat Nagar, Malviya Nagar, Kalkaji, Timarpur) étaient de petite taille (une trentaine de lits maximum), mal équipés, vétustes, avec un personnel inadéquat. La DHS devait donc reprendre le contrôle de ces hôpitaux, les agrandir, les équiper (locaux, laboratoires) et en faire des centres de soins référents pour les populations locales (urgences, maternité, diagnostic, soins ambulatoires). Cette stratégie se justifiait d'autant mieux par la nouvelle position acquise par le GNCTD suite à la décentralisation. La MCD n'avait pas la capacité financière d'assumer de tels investissements. Selon certains fonctionnaires du GNCTD, des doutes existaient aussi quant à la capacité technique et médicale de la MCD à assurer le redéveloppement rapide de ces hôpitaux (entretien contact n°78, n°100). Cette décision fut prise avec d'autant plus d'aisance que le parti du BJP tenait le pouvoir des deux collectivités locales, MCD et GNCTD. Le transfert fut donc engagé et les hôpitaux passèrent progressivement sous le contrôle du GNCTD. Des études furent engagées pour la rénovation et la reconstruction des hôpitaux de quartiers. Pourtant quelques années plus tard, seuls trois hôpitaux, Malviya Nagar, Patel Nagar et Moti Nagar, étaient effectivement contrôlés par la DHS. L'échec de cette opération trouve une partie de sa source dans le changement de parti à la tête du GNCTD, suite à la victoire du Parti du Congrès en 1998, mais aussi dans la résistance du département santé de la MCD. À

la suite de cette élection, les interférences politiques bloquèrent le transfert effectif et le redéveloppement des quatre hôpitaux restants.

En 2003, sur les recommandations de la Commission des Finances de Delhi (*Delhi Finance Commission*), le GNCTD approcha le MCD pour le transfert des hôpitaux de plus de cent lits vers la DHS. Cette opération se justifiait là encore pour des raisons techniques, et pour améliorer la qualité du service et financer le développement de ces infrastructures hospitalières de haut niveau bien que de plus en plus vétustes. Le Parti du Congrès venait par ailleurs de prendre le contrôle de la MCD en 2002 suite aux élections municipales. Avec la majorité des voix dans les deux assemblées locales, le transfert pouvait être engagé sans craindre le destin du transfert précédent. Pourtant l'opération échoua. Le BJP, désormais dans l'opposition, se fit l'écho des protestations du département de la santé du MCD qui voyait d'un mauvais œil la perte de contrôle de grandes institutions hospitalières de la ville comme le Hindu Rao Hospital. Le GNCTD voulait s'accaparer les biens de la MCD et réduire les missions du département santé. La compétition politique se doubla donc d'une compétition institutionnelle qui bloqua à nouveau toute décision semblant aller dans le sens d'une meilleure gouvernance du système hospitalier de Delhi.

Certains établissements hospitaliers en ont ainsi fait les frais, non seulement en termes de délais de construction mais aussi d'ouverture. Une maternité de 25 lits, située à Kanti Nagar dans l'est de Delhi, avait été construite par le GNCTD entre 1997 et 1998. Ce projet tenait particulièrement à cœur au Ministre de la santé de l'époque, le Dr Harshvardhan (BJP) car la maternité était située dans sa circonscription. Suite à la défaite du BJP aux élections de 1998, l'inauguration de la nouvelle maternité se fera attendre. Pendant des années la maternité sera laissée à l'abandon et sera vandalisée. Il faudra attendre 2004 pour entendre le ministre de la santé de l'époque, le Dr Yoganand Shastri (Congrès) annoncer que la maternité ouvrirait bientôt ses portes. Finalement le 24 septembre 2008, la maternité accueillera ses premières patientes plus de dix ans après la fin des travaux. Alors que la rénovation des trois hôpitaux de quartiers passés sous le contrôle de la DHS (Malviya Nagar, Patel Nagar, et Moti Nagar) a été achevée entre 2003 et 2006, la MCD, qui est repassée en 2007 sous le contrôle du BJP, n'a toujours pas engagée la rénovation des quatre autres hôpitaux de quartiers restants. En 2008, la commission des travaux de la MCD a avalisé la rénovation et la reconstruction de ces hôpitaux. Le Balak Ram Hospital (Timarpur), créé en 1922, est aujourd'hui en rénovation et doit passer de 15 à 100 lits. La MCD a aussi annoncé à la même époque sa volonté d'investir dans l'amélioration des hôpitaux tertiaires en vue des Jeux du Commonwealth. En 2010, la MCD annonce vouloir transformer le Rajan Babu TB Hospital en un campus hospitalier moderne spécialisé dans les maladies infectieuses pour un coût de 2 Mds ₹ et grâce à un PPP avec une société privée. À l'été 2011, rien n'a encore été engagé.

L'intérêt des politiques pour le secteur hospitalier public est très dépendant du calendrier électoral, ce qui se traduit par une politique de coups médiatiques plus qu'une politique de coordination et d'amélioration du service à moyen terme. Les mois qui précèdent les élections locales sont toujours propices aux déclarations et aux actes de bonne volonté. En février 2008, soit neuf mois avant les élections à l'assemblée du GNCTD, Sheila Dixit (Congrès) la ministre en chef de Delhi annonça une enveloppe financière pour soutenir la rénovation de 32 maternités de la MCD et augmenter ainsi la capacité d'accueil de 450 lits. Au cours de l'été et de l'automne 2008, elle se lancera dans une série d'inaugurations et de pose de plaques inaugurales de plusieurs hôpitaux publics, comme l'hôpital de Chattarpur (30/09/08) ou d'Ashok Vihar (28/08/08), dont certains ne sont toujours pas opérationnels trois ans plus tard. Dix ans plus tôt, alors que Sheila Dixit venait de remporter sa première victoire aux mêmes élections, elle fit enlever sept plaques inaugurales pour la construction de nouveaux hôpitaux. Ces plaques furent posées dans les mois qui ont précédé les élections par l'équipe précédente (BJP), alors que les plans des futurs hôpitaux n'avaient pas encore été soumis. À cette comédie hospitalière et néanmoins électorale, s'ajoutent les relations tendues entre différents services de l'administration. La rivalité entre GNCTD et MCD semble bien ancrée dans les pratiques des administrations, et l'on assiste au sein même du GNCTD et de son MoHFW à une culture du secret et de la compétition entre différents services. La DHS est devenue en quelques années un organe essentiel et incontournable de la politique hospitalière du GNCTD au détriment du Secrétariat à la santé qui se trouve dans une position de plus en marginale.

C.3. Politiques publiques et secteur hospitalier privé : entre pression et soutien

A côté du secteur hospitalier public, le secteur hospitalier privé occupe une place importante dans la distribution des soins hospitaliers. Comme pour le secteur hospitalier public, nous aurons l'occasion dans les prochains chapitres de revenir plus en détails sur les caractéristiques et la distribution des services hospitaliers. Comme nous l'avons déjà présenté dans le chapitre 2, Delhi est un État où l'utilisation des services hospitaliers reste équilibrée entre secteur privé et secteur public. 46,4% des hospitalisations en zones rurales (moyenne nationale : 41,7%) et 58,8% des hospitalisations en zones urbaines (moyenne nationale : 38,2%) sont prises en charge par des hôpitaux publics. On peut voir ces résultats comme le fruit des efforts des pouvoirs publics pour développer et maintenir un réseau de services hospitaliers accessibles à tous à Delhi. Cette politique d'investissement contraste avec les tendances observées dans certains États pauvres qui ne peuvent investir dans le développement de leur réseau hospitalier public comme au Bihar et en Uttar Pradesh, ou dans d'autres États qui ont fait le choix de soutenir le secteur hospitalier privé comme en Andhra Pradesh. On peut toutefois être surpris

par le recours plus fréquent au secteur privé en zones rurales par rapport aux zones urbaines, alors que ces zones devraient concentrer l'essentiel des hôpitaux privés. Nous verrons dans la prochaine partie que les géographies respectives du secteur hospitalier privé et du secteur hospitalier public sur le territoire du NCTD fournissent une part de l'explication.

Une présentation du recours au secteur privé et public désagrégée par catégorie MPCE nuance aussi la prégnance du secteur hospitalier public sur le secteur privé. Le Tableau 22 (p.170) présente le nombre d'hospitalisations par catégorie MPCE et par secteur en zones urbaines. Un premier constat relève des écarts dans le nombre d'hospitalisations selon les catégories. Alors que les catégories dont le MPCE est inférieur à 500 ₹ par mois représente 6,24 % de la population totale, le nombre d'hospitalisations ne représente que 2,37% du total. Les classes MCPE comprises entre 500 et 1500 ₹ par mois qui représente 56,17 % de la population, compte pour 54,04% des hospitalisations. Enfin les classes MPCE supérieures à 1500 ₹ par mois comptent pour 43,59 % des hospitalisations contre 37,59 % de la population. Ces chiffres et le profil du graphique semblent donc indiquer qu'hospitalisation et revenu sont corrélés. Pourtant lorsqu'on compare le recours au secteur privé et au secteur public par catégorie, les tendances se brouillent. Si on constate pour les deux classes supérieures (MPCE > 1500 ₹ par mois) une utilisation majoritaire du secteur privé (78% et 60%) et un recours majoritaire au secteur hospitalier public pour les trois classes MPCE les plus basses, les catégories intermédiaires présentent des profils très variés. D'une classe à l'autre, les hospitalisations en secteur public peuvent être supérieures au secteur privé et inversement. Ainsi pour la classe MPCE 350-425, le secteur privé accueille 19% des hospitalisations. Pourtant dans la classe suivante, l'hospitalisation en secteur privé représente 69 % des hospitalisations. Dans la classe MPCE suivante 500-575, les hospitalisations en secteur privé représentent 24 % du total. Dans la classe MPCE 665–775, l'hospitalisation en secteur privé est majoritaire (51%) alors que pour la classe précédente et la classe suivante, le secteur privé est loin derrière le secteur public (32 % et 43 %).

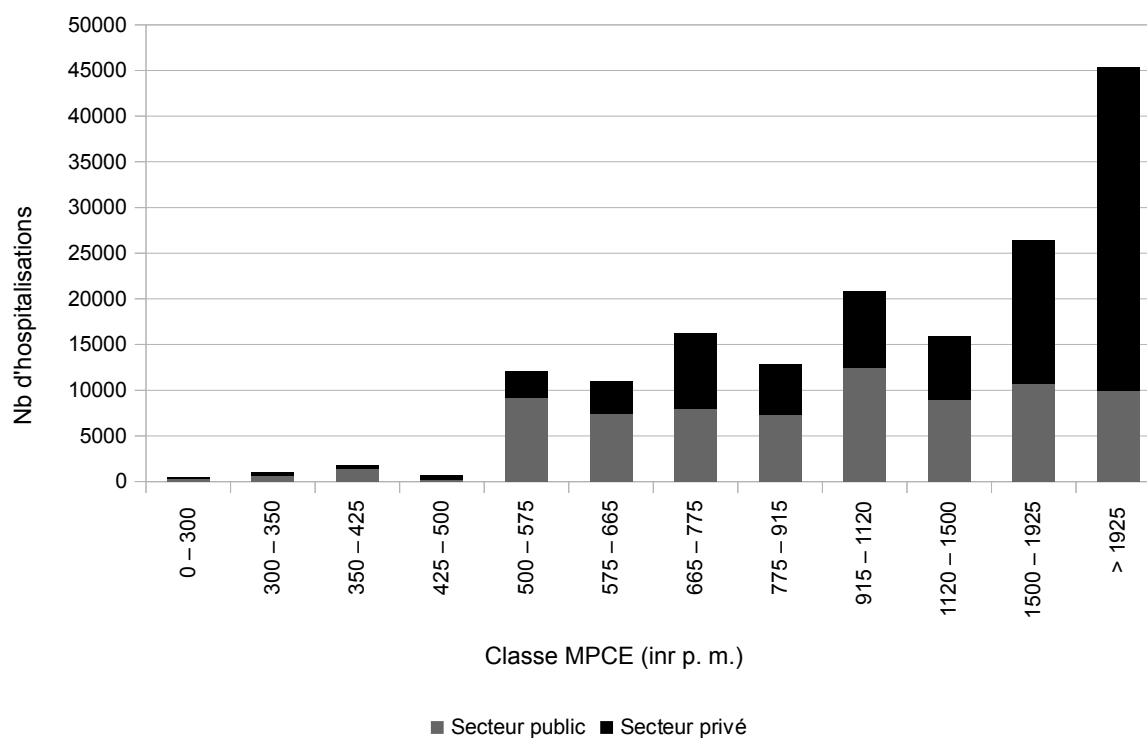


Tableau 22: Nombre d'hospitalisation par MPCE en zones urbaines (NSS 60th, Delhi)

Cette diversité des profils interpelle et trouve une partie de son explication dans la variété du secteur hospitalier privé. Si nous aurons l'occasion de présenter plus en détails le profil du secteur privé et son évolution dans la prochaine partie, on peut déjà identifier trois familles d'établissements. Tout d'abord, les petites cliniques représentent un pan essentiel du secteur hospitalier privé. Avec à leur tête un médecin ou un groupe de médecins, ces cliniques ont une faible capacité d'accueil et se localisent dans des quartiers résidentiels où elles jouent la carte de la proximité et de l'accessibilité pour bâtir leur réputation (Baru & Nanda, 1993) (voir Illustration 15 p.171). Les travaux de Mala Kapur Shankardass sur ces cliniques dans les années 1980 à Delhi nous montrent les stratégies de développement de ces cliniques (Kapur Shankardass, 1991). Comme beaucoup d'autres secteurs de l'économie en Inde (Lachaiar, 1999), les liens de parenté et le mariage sont un moyen de développer l'activité de la clinique ou de mettre en place un réseau de soins hospitaliers. Ainsi, Shankardass montre comment les cliniques avec à leur tête un couple de médecins peuvent capter une patientèle plus large en diversifiant l'offre de soins. L'activité de ces cliniques repose traditionnellement sur les consultations ambulatoires et sur les soins de la mère et de l'enfant pour lesquelles la présence d'une femme-médecin est essentielle. On voit donc se développer des réseaux familiaux, intergénérationnels, de cliniques à l'échelle de Delhi. Les mariages sont arrangés pour permettre à la clinique de se diversifier ou d'étendre le réseau familial. Après la Partition de 1947, la famille Sabhrawal originaire du Punjab pakistanais est venue s'installer à

Delhi et a bâti en plusieurs décennies un réseau de cliniques (Jeevan Jioty Nursing Homes) à travers la ville. Le parcours de la famille Shroff, qui s'est spécialisée dans l'ophtalmologie est très similaire (Dr Shroff Eye Clinic). Les cliniques sont de plus en plus promptes à se spécialiser pour exister dans un marché de plus en plus concurrentiel. Par ailleurs, la question du renouvellement intergénérationnel se pose pour plusieurs cliniques : les enfants ayant aujourd'hui plus d'opportunités pour trouver des emplois dans d'autres secteurs, à l'étranger ou dans des hôpitaux privés plus grands s'ils ont fait le choix d'une carrière médicale.



Illustration 15: Phoenix Hospital, un hôpital de quartier

Le secteur caritatif représente un autre pan important du secteur hospitalier privé. Il existe une tradition bien établie à Delhi d'hôpitaux caritatifs comme le St Stephen's Hospital vient le rappeler.

Après la Partition, le gouvernement central a soutenu le développement de plusieurs hôpitaux caritatifs comme le Moolchand Hospital, le Sir Ganga Ram Hospital, développés par des médecins et des philanthropes originaires du Punjab pakistanais. D'autres sociétés caritatives vont aussi développer des hôpitaux au cours des années 1950 et 1960, alors que l'afflux de réfugiés a profondément modifié la morphologie de la vie et appelle à des efforts en matière d'accueil et de soins hospitaliers. Il faudra pourtant attendre le début des années 1980 pour assister au développement de nouveaux hôpitaux caritatifs sur le territoire du NCTD. À côté de sociétés philanthropiques créées par des hommes d'affaires, on assiste au développement de nouveaux hôpitaux caritatifs créés par des organisations religieuses comme le Bala Sahib Gurudwara. Ces sociétés religieuses sikhes et hindoues ont des moyens financiers conséquents et mènent des actions caritatives importantes dans le secteur des soins.

Enfin depuis le milieu des années 1990, on assiste au développement irrésistible des chaînes hospitalières. Ces grands groupes hospitaliers ont profondément marqué le secteur hospitalier privé de Delhi. De Fortis Healthcare à Max Healthcare, en passant par Apollo Hospitals, ces groupes développent des hôpitaux de soins tertiaires très bien équipés et qui visent explicitement les classes aisées et moyennes de la population de Delhi (Lefebvre, 2008). Ces hôpitaux se livrent une intense concurrence pour attirer les patients et les médecins sur lesquels ils peuvent bâtir leurs réseaux de référencement. De nouveaux groupes locaux comme Metro Hospitals ou Rockland se sont formés au cours des années 2000 et cherchent à étendre eux aussi leurs réseaux à travers la ville. Le développement de cette nouvelle offre a bousculé le paysage hospitalier de Delhi. Certains hôpitaux ont recruté des équipes médicales entières dans le secteur public ou auprès de certains hôpitaux caritatifs bien en vue. Par les accords qu'ils passent avec des grandes entreprises ou des compagnies d'assurance, ils essaient de s'assurer un flux de patients suffisant. Tirant profit de la position de hub aéroportuaire de Delhi et de l'excellence de leurs équipes médicales sur des spécialités comme la cardiologie, ces chaînes essaient de se positionner sur le secteur très rentable du tourisme médical.

Face à cette diversité et au développement du secteur privé, les pouvoirs publics et notamment la DDA ont revu une partie de leur politique en direction des hôpitaux et des cliniques. Du fait de la politique planificatrice menée par le gouvernement central pendant plusieurs décennies, cette place n'a pas toujours été reconnue par les pouvoirs publics et les documents officiels. Exception notable, Delhi a longtemps été avec Bombay la seule ville où les hôpitaux et cliniques devaient s'enregistrer et étaient sous le contrôle des pouvoirs publics. Le Delhi Nursing Home Act de 1953 encadre l'activité du secteur hospitalier privé en définissant un certain nombre de normes en matière de locaux et de personnel médical. Comme nous l'avons présenté dans le chapitre 2, il faudra attendre 1983 et la National Health Policy pour que le gouvernement central reconnaisse enfin la place du secteur hospitalier privé et

l'importance de soutenir son développement pour atteindre les objectifs de la « santé pour tous ».

Malgré ce tournant politique, les cliniques de Delhi vont affronter une longue bataille judiciaire face à la DDA et la DHS, ce qui nous révèle à nouveau l'importance du schéma directeur dans la trajectoire du secteur hospitalier mais aussi la place qu'occupe le secteur hospitalier dans la gouvernance urbaine. En 1993, plusieurs cliniques privées et la *Delhi Medical Association* portent plainte contre la DDA, la DHS et le GNCTD et veulent forcer le GNCTD à revenir sur un amendement du DNHA de 1992. Une partie de cet amendement porte sur l'article 3 qui stipule désormais clairement que l'enregistrement d'une clinique est dépendant du respect par le bâtiment des normes en vigueur en matière d'usage du sol³⁰. Il a toujours été entendu qu'une clinique devait respecter les normes architecturales et urbanistiques en vigueur dans le MPD au risque d'être poursuivie pénalement. Mais il n'a jamais été fait aussi explicitement mention du respect de l'usage du sol en relation à l'enregistrement des cliniques privées. En portant l'affaire devant la Haute Cour de Delhi, les cliniques privées voulaient se défendre contre une décision qu'elles jugeaient arbitraire et menaçant leur existence même. Ce n'est que le 26 mars 1982 que la DDA a rendu ses premières propositions quant à la réglementation à imposer aux cliniques privées. Le 5 décembre 1989, un comité spécial de la DDA propose que les cliniques qui opèrent en zones résidentielles paient une licence valable plusieurs années. Le 4 novembre 1991, un amendement est proposé pour faire appliquer cette proposition. Malgré ces signes encourageants, l'amendement au DNHA de 1992 va à l'opposé de cette position conciliante affichée par la DDA. De fait, les petites cliniques établies dans les zones résidentielles sont dans l'illégalité totale et sont menacées de perdre leur licence mais aussi d'être condamnées à fermer purement et simplement. Sur les milliers de cliniques qui à l'époque étaient ouvertes à travers la ville, les 117 cliniques enregistrées se retrouvaient dans une situation paradoxale où leur enregistrement auprès du GNCTD les menaçaient de fermeture, là où les cliniques non-déclarées et donc illégales pouvaient continuer de prospérer. À la suite du dépôt de plainte et pour bénéficier de l'arrêt suspensif de la Haute Cour de Delhi, près de 433 cliniques firent alors la démarche de s'enregistrer auprès du GNCTD en janvier 1995 alors que seulement 243 satisfaisaient les normes médicales du DNHRA (Delhi Nursing Home Registration Act). Face à la menace d'une fermeture pure et simple des cliniques, et au nom de la santé publique, la Haute Cour de Delhi décida de suspendre l'application de l'amendement en attendant son jugement. En 2003, la DDA modifiera ces règles et mettra en place un système de redevance pour les cliniques privées en partenariat avec la MCD. Finalement le nouveau schéma directeur 2021 apparaîtra comme une victoire pour les cliniques privées, puisqu'il reconnaît l'usage mixte du sol et donc autorise la localisation des cliniques dans les zones résidentielles le long de certains axes. Et pourtant dans son jugement du 24 avril 2009, la

³⁰ Article 3, Delhi Nursing Home Act (DNHA) : « The building used for the Nursing Homes comply with the relevant Municipal bye-law as in force and such guidelines as may be framed by the Ltd. Governor from time to time and the use of the premises shall conform to the land use prescribed under relevant law(s). »

Haute Cour de Delhi rejette l'appel des cliniques privées opérant dans les zones résidentielles. Si le changement de réglementation autorise la présence de cliniques dans les zones résidentielles et améliore ainsi l'accès aux services hospitaliers, les risques sanitaires et environnementaux ne doivent pas être minorés. Il appartient aux autorités compétentes de s'assurer que les normes du MPD, mais aussi les normes du *Biomedical Waste Management* sont bien respectées par les cliniques opérant en zones résidentielles. En conséquence, la Haute Cour de Delhi ordonne la fermeture de toutes les cliniques établies dans les zones résidentielles et donne une période de grâce aux hôpitaux et cliniques ayant porté l'affaire devant la cour pour qu'ils puissent soigner leurs derniers patients. Suite à cette décision, les plaignants portent l'affaire devant la Cour Suprême de l'Inde qui suspend le jugement de la Haute Cour de Delhi en juin 2009, en attendant de rendre son avis.

La décision de la Haute Cour de Delhi s'appuie pour l'essentiel sur le schéma directeur (MPD 2001). Un des points positifs de cette procédure judiciaire aura été l'obligation pour la DDA de réfléchir à la place des cliniques privées dans le nouveau schéma directeur 2021. Au regard du déficit de nombre de lits et des besoins à venir du NCTD en matière d'offre hospitalière, le point de vue de la DDA change. Les cliniques privées ne sont plus simplement présentées comme une offre de substitution et de complément au secteur hospitalier public. La DDA prend plusieurs mesures qui visent à soutenir le développement du secteur hospitalier en général mais surtout du secteur hospitalier privé. Tout d'abord les normes encadrant la taille et la superficie d'une clinique sont relevées. La hauteur maximale du bâtiment passe de 14 à 26 mètres, le COS 100 à 150. On passe ainsi de 2000 m² de surface plancher maximum autorisées à 3000 m² et de 30 lits à 50 lits maximum pour le nouveau MPD 2021. Ces nouvelles réglementations rentrent dans l'objectif général de densifier Delhi. L'autre modification importante pour les cliniques privées porte évidemment sur l'autorisation de l'implantation en zones résidentielles. Cette autorisation se fait selon des normes strictes comme nous l'avons vu précédemment, et limite l'implantation des cliniques le long des 2183 axes notifiés en 2006. Dans le MPD 2001, les cliniques n'étaient autorisées à s'implanter que dans des zones commerciales. Ces différentes modifications vont ainsi autoriser plusieurs hôpitaux et cliniques à s'agrandir. Ainsi une chaîne hospitalière comme Max Healthcare s'est lancée dans un programme d'augmentation de la capacité d'accueil de ses hôpitaux à travers la ville. Fortis Healthcare, après avoir pris le contrôle Jessa Ram Hospital, lancera un projet de rénovation de cet établissement vétuste pour augmenter sa capacité d'accueil. Malgré la nouvelle réglementation et le soutien apporté dans le schéma directeur au redéveloppement des hôpitaux, ce projet ne pourra aboutir (entretien contact n°85). La DDA a refusé les plans de l'agrandissement qui gagnait sur un parc attenant au bâtiment, au motif que le CES serait trop élevé ; une situation compréhensible vu la faible taille de la parcelle (0,49 ha) dans un quartier déjà urbanisé et ne permettant aucune extension de la parcelle. Nous verrons que la DDA a par ailleurs été

un acteur essentiel dans le développement du PPP à travers la mise à disposition de ses réserves foncières.

Enfin, un des derniers enjeux de la relation entre secteur privé et pouvoirs publics, repose sur le financement du système hospitalier et de son développement. On assiste à la montée des capitaux privés dans le secteur hospitalier, ce qui se traduit par la construction de nouveaux hôpitaux avec des investissements importants de plusieurs millions de roupies. Au delà des investissements, l'enjeu du financement passe aussi par le remboursement des soins, pour diverses catégories de la population. Ces remboursements jouent un rôle important dans l'équilibre financier des hôpitaux privés et parfois publics. On peut distinguer deux grandes familles de couvertures santé. Tout d'abord, les programmes qui protègent les fonctionnaires du gouvernement central et du gouvernement de Delhi. Le secteur hospitalier privé bénéficie ainsi d'importants transferts de fonds du secteur public par l'intermédiaire des fonctionnaires du gouvernement central et du gouvernement de Delhi qui viennent se faire soigner dans leurs établissements. Le CGHS et le DGEHS référencent plusieurs dizaines d'établissements hospitaliers privés pour différentes procédures et remboursent les soins nécessaires aux fonctionnaires. Cette manne financière peut être très importante pour certains hôpitaux privés qui misent sur le référencement de leurs établissements afin d'assurer un taux de remplissage complet. Ainsi le Rockland Hospital qui fut longtemps le seul hôpital privé référencé par la CGHS dans le South Delhi a tourné à 110% de sa capacité d'accueil pendant la plupart de l'année 2008-09 (entretien contact n°82). La CGHS et la DGEHS ont ainsi abandonné progressivement le modèle mis en place à l'Indépendance, dans lequel leurs employés allaient se faire soigner dans les établissements de santé appartenant à ces agences publiques.

Une deuxième famille de programme d'assurance santé vise à l'universalisation du recours aux soins. Le gouvernement central a ainsi lancé en 2008 un programme appelé le *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY), qui permet aux travailleurs pauvres d'obtenir une couverture des soins hospitaliers pour leur famille contre 30 ₹. Le RSBY est cofinancé par le gouvernement central, via le Ministère de l'Emploi et du Travail et le Gouvernement de Delhi. La *National Rural Health Mission* (NRHM) bénéficie aussi d'un cofinancement entre pouvoir central et État de l'union, et a donné naissance dans le cas de Delhi à un programme spécifique dédié aux soins de la mère et de l'enfant : le MAMTA. Ce programme permet à nouveau aux mères enceintes d'accoucher dans des cliniques privées référencées sans avancer des frais. L'objectif est d'améliorer le suivi des femmes enceintes vivant sous le seuil de pauvreté et d'augmenter la part des accouchements médicalisés pour ainsi réduire les risques de mortalité néonatale et périnatale. Dans les deux cas, ces programmes s'appuient sur le secteur privé.

Conclusion

L'illustration 9 (p.137) présentait l'organisation du secteur hospitalier de Delhi en termes de distribution, de hiérarchie, de régulation et de financement. Nous y avons rassemblé les différents acteurs de ce système dans trois groupes hiérarchisés : le gouvernement central, les pouvoirs locaux, le secteur hospitalier privé. Nous avons aussi présenté les liens financiers et les différentes régulations. La régulation de cette offre de services hospitaliers pose évidemment question. À nouveau, on doit faire le constat d'un empilement de réglementations et d'une multiplicité d'acteurs chargés de vérifier l'application de cette réglementation. On constate aussi que si le gouvernement central pèse en matière de financement par le biais des dépenses du Plan, son action de régulation et de distribution des soins est ventilée en fonction des différents ministères (MoHFW, Ministère des Affaires Urbaines, Ministère de l'Emploi) et des agences qui s'y rattachent (DDA, ESIC, CGHS). Surtout, la seule fonction de régulation sur l'implantation des établissements n'est pas du ressort du MoHFW mais de celui du Ministère des Affaires Urbaines par la DDA et la réglementation qui se rattache au schéma d'aménagement urbain de Delhi. Il ressort que l'essentiel de la réglementation et des mécanismes de régulation du système hospitalier sont de la responsabilité du GNCTD (BMW, DNHA). Autre point : la distribution des soins hospitaliers apparaît dispersé entre les trois secteurs et différentes agences. Enfin, les flux financiers notamment en direction du secteur privé sont toujours indirects et passent par le remboursement des frais médicaux. On doit aussi noter la formation de nouveaux programmes comme le RSBY et MAMTA (via la NRHM) qui sont cofinancés par le gouvernement central et le GNCTD et qui financent ensuite une partie du secteur privé et des hôpitaux affiliés à ces programmes.

Comme nous l'avons présenté dans le point précédent, les services hospitaliers, leur distribution, leur régulation et leur financement ne sont pas qu'une question de politique de santé mais s'inscrivent aussi dans d'autres dimensions tout aussi importantes, comme la politique d'aménagement urbain. L'importance de cette politique dans la gouvernance de Delhi s'explique pour des raisons historiques et par la forte implication des pouvoirs publics dans l'aménagement de Delhi. Face à la forte croissance démographique de Delhi et à la faiblesse du système hospitalier dans le nord de l'Inde, l'enjeu de l'équipement hospitalier reste essentiel. On constate surtout que les rôles se redistribuent entre gouvernement central, pouvoirs publics locaux et secteur privé. Progressivement, la place du secteur privé est de plus en plus reconnue. Comme nous allons maintenant le voir dans le prochain chapitre, cette redistribution des rôles et le soutien des pouvoirs publics au secteur privé n'ont pas été sans poser de problèmes de régulation.

CHP5. Le Partenariat Public-Privé dans les services hospitaliers de Delhi : la gouvernance urbaine contre l'accès ?

Introduction

Nous avons vu dans le chapitre précédent la place centrale qu'occupent les pouvoirs publics dans la gouvernance de Delhi et dans le système hospitalier. Nous avons vu qu'une partie de ce poids s'explique par une forte volonté des pouvoirs publics de maîtriser le développement de Delhi. Progressivement pourtant à partir des années 1980, le gouvernement central donne plus de pouvoir aux autorités locales et soutient les acteurs privés dans leur développement. Le secteur hospitalier n'est pas épargné par ces transformations. C'est cette politique de soutien au secteur hospitalier privé que nous allons aborder dans le présent chapitre. Entre la National Health Policy de 1983 qui ouvre la voie à la mise en place du PPP dans le secteur hospitalier et les dernières initiatives de mise en concession de plusieurs hôpitaux publics en 2008, les modèles de PPP en matière de distribution des soins hospitaliers ont été nombreux. Delhi a souvent été le terrain d'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et de distribution des soins hospitaliers, associant pouvoirs publics et opérateurs privés. Ces différents modèles sont loin d'avoir atteint l'ensemble de leurs objectifs, aussi bien en termes de développement de l'offre hospitalière (établissements, lits) qu'en matière d'universalisation de l'accès aux soins. Ces deux enjeux majeurs de la politique urbaine et de la politique hospitalière de Delhi restent encore aujourd'hui en chantier et la multiplication des modèles de PPP tendrait à prouver que des facteurs locaux viennent perturber le fonctionnement de ces modèles par ailleurs éprouvés dans d'autres pays. On ne peut que souscrire au concept de logique accidentelle proposé par Carolyn Tuohy à propos de l'application des réformes de santé et des nouveaux modèles de distribution de soins hospitaliers (Tuohy, 1999). Les politiques de réforme des systèmes de soins doivent trouver leur place dans un cadre administratif, institutionnel et législatif qui par sa territorialisation et ses mécanismes de régulation peut entraîner des blocages insurmontables dans la mise en place de nouveaux modèles de distribution des soins. Ce chapitre sera aussi l'occasion d'évaluer les résultats du PPP dans le secteur hospitalier et de comprendre comment la montée de nouveaux acteurs dans la gouvernance urbaine de Delhi a affecté la distribution des services hospitaliers.

Dans un premier temps nous reviendrons sur les différents modèles de PPP adoptés et sur les premiers

résultats de cette nouvelle politique. Nous aborderons dans un deuxième point le blocage du PPP dans le secteur hospitalier et les conséquences de cet échec sur l'ensemble du secteur. Enfin nous aborderons les derniers développement du PPP à Delhi et notamment comment de nouveaux modèles et de nouveaux mécanismes de régulation se mettent en place.

A. Les modèles de PPP dans le secteur hospitalier de Delhi

A.1. Des terrains contre des lits : renouveau d'une pratique ancienne

S'il n'était pas encore question de Partenariat Public-Privé à l'époque, nous avons déjà présenté dans les premiers chapitres le partenariat qui pouvait exister entre les philanthropes indiens et les autorités coloniales dans le développement des infrastructures de soin, comme les hôpitaux ou les dispensaires. Nous avons vu notamment que le développement du secteur hospitalier de Bombay doit beaucoup à l'investissement des élites marchandes de la ville et au soutien des autorités coloniales. Delhi ne fut pas en reste et le partenariat entre acteurs privés et les pouvoirs publics dans le secteur hospitalier a aussi une longue histoire révélatrice d'enjeux très actuels.

En 1865 la municipalité propose la création d'un hôpital général, d'un hôpital pour les femmes et d'un dispensaire (Gupta, 1981 : 89). En 1884, une souscription publique permet de rassembler 70000 ₹ grâce notamment à un don de 24000 ₹ de Rai Mela Ram de Lahore pour la construction d'un hôpital. La municipalité et le district vont alors contribuer au projet d'hôpital par une subvention de 50000 ₹. Comme pour l'*European Hospital* de Bombay, des tensions existent autour de la localisation de l'hôpital. Certains défendent une localisation hors de la vieille ville afin d'avoir un site suffisamment grand. Finalement le site retenu près de Jama Masjid le fut surtout pour des raisons financières. En 1892, le *Dufferin Hospital* ouvre finalement ses portes. La même année, la *Society of Propagation of Gospel*, une organisation missionnaire anglicane, crée un établissement de 50 lits : le *S.P.G. Zenana Hospital*. Malgré le développement de ces infrastructures, les *hakims*, les médecins traditionnels musulmans, restent populaires. En 1885 le *Tibbia Medical College* est inauguré et doit permettre la formation d'*hakims* mais aussi de médecins ayurvédiques. Ceci semble indiquer une moindre pénétration de la médecine européenne parmi la population et parmi les élites indiennes par rapport à des villes comme Bombay.

En 1901, le *Victoria Zenana Hospital* est inauguré. La construction de l'hôpital fut pour l'essentiel financée par les riches familles de la ville et notamment Lala Ram Kishen Das, une figure importante de

la vie économique et politique locale. Les autorités sanitaires coloniales espéraient rattacher le nouvel établissement à l'hôpital civil existant dont les conditions d'accueil s'étaient fortement dégradées. Lala Ram Kishen Das menaçait de retirer purement et simplement sa contribution si l'hôpital n'était pas indépendant de l'hôpital civil. À nouveau des débats intenses entourèrent la localisation du nouvel établissement. Mirza Hairat proposait de localiser l'hôpital du côté de Lal Kuan pour le rendre facilement accessible aux femmes musulmanes et aux pauvres. Le gouvernement impérial refusait de voir l'hôpital construit près de Jama Masjid pour des raisons d'esthétique et de perspective sur l'imposante mosquée. Un service à part fut ajouté pour les Européens de deuxième classe et leur familles (Gupta, 1981 : 165). Alors que le nombre d'Européens augmenta rapidement à Delhi à partir de 1890, le Civil Hospital restait le seul hôpital disponible et certains Européens refusaient d'y être soignés. La municipalité suggéra la création d'un nouvel hôpital à Civil Lines financé par le Gouvernement et par les compagnies ferroviaires. Delhi était en effet devenu au début du 20^e siècle le premier nœud ferroviaire en Inde et la majorité des Européens vivant à Delhi travaillaient pour ces entreprises. Alors que les Indiens n'avaient pas lésiné sur les dons pour la construction du Zenana Hospital, les compagnies ferroviaires ne proposaient que 200 ₹ par mois contre les 5000 ₹ par mois demandées. En conséquence le projet fut abandonné tout comme le projet d'un hôpital pour les Européens souffrant de maladies infectieuses. Les Européens les moins fortunés continuaient donc de se faire soigner au Civil Hospital avec les Indiens. Les habitants du Civil Lines pouvaient utiliser le St Stephen's Hospital. Après avoir fonctionné comme dispensaire sur les bords de la Yamuna, cet hôpital religieux pour femmes et enfants fut inauguré en 1885 à Chandni Chowk par Lady Dufferin. En 1909, l'hôpital est transféré sur son site actuel, Tis Hazari près de Mori Gate, et devient un hôpital général. La Municipalité de Delhi a soutenu le développement du St Stephen's Hospital en octroyant un terrain. Le transfert de la capitale impériale à New Delhi va considérablement améliorer le niveau d'équipement de l'agglomération, notamment dans le secteur hospitalier. Les nouveaux hôpitaux gouvernementaux, comme le Lady Hardinge Medical College ouvert en 1916, le Willingdon Hospital ouvert en 1932 ou le Irwin Hospital³¹ ouvert en 1936, directement financés par le Gouvernement central modifient en profondeur le paysage hospitalier et relèguent les initiatives privées au second plan. Le soutien aux acteurs privés n'est plus une priorité.

Pourtant, suite à la formation du Pakistan en 1947 et aux mouvements importants de populations de part et d'autres de la nouvelle frontière dans le Punjab, le soutien aux initiatives privées revient au premier plan. Le *Delhi Improvement Trust* attribue des terrains à des sociétés caritatives originaires du Punjab Occidental. Avec à leur tête des philanthropes tels que Sir Ganga Ram, Lala Khairati Ram et le

31 L'Irwin Hospital a depuis été rebaptisé le Lok Nayak Hospital ou LNJP Hospital. Le Willingdon Hospital est aujourd'hui connu sous le nom de Dr. Ram Manohar Lohia Hospital

Dr. B. L. Kapur, ces sociétés contrôlaient trois hôpitaux caritatifs majeurs de Lahore. Le gouvernement central, via notamment le Ministère de la Réhabilitation (*Ministry of Rehabilitation*), un ministère créé pour aider les réfugiés de la Partition dans l'obtention de nouveaux logements et pour gérer les bâtiments et les terrains laissés vacants par les personnes ayant fui pour le Pakistan, soutient les démarches des trois sociétés dans l'obtention de terrains à prix subventionnés auprès du gouvernement local. Le *Sir Ganga Ram Hospital* fut inauguré en 1954 par Jawaharlal Nehru à Rajinder Nagar. Le *Moolchand Hospital* fut inauguré en 1957 à Lajpat Nagar. Le *B.L Kapur Hospital* fut inauguré par Nehru en 1959 à Karol Bagh. Ces trois hôpitaux étaient localisés dans des quartiers accueillant un grand nombre de réfugiés originaires du Punjab occidental. Nehru invita le Dr B.L. Kapur à créer un hôpital à Delhi, alors que le docteur avait déjà rouvert un hôpital à Ludhiana dans le Punjab indien. On doit souligner le rôle central d'intermédiaire joué par le Ministère de la Réhabilitation qui a permis à d'autres sociétés caritatives originaires du Punjab Occidental de développer des hôpitaux privés comme le Jessa Ram Hospital et le Tirath Shah Hospital à Delhi (contact n°44 et n°46). À une époque où le gouvernement central s'inscrivait dans une démarche planificatrice et où certains hôpitaux privés caritatifs de Bombay passaient sous contrôle municipal ou gouvernemental, le développement de ces nouveaux hôpitaux privés caritatifs à Delhi se présentait comme une originalité.

Toutefois la DDA, nouvellement créée en 1957, abandonne cette politique de soutien aux opérateurs privés. Le *Land & Development Office* (L&DO) créé en 1928 par le gouvernement pour acquérir les terrains nécessaires au développement de New Delhi réactiva ce *modus operandi* avec la vente d'un terrain de deux acres dans le quartier de Chanakyapuri à la société Veeranwali International en 1973. Cette société avait proposé d'acquérir le terrain à un prix subventionné en échange de 70 % des lits réservés pour des soins gratuits. Comme nous l'avons déjà souligné dans le deuxième chapitre, la National Health Policy de 1982 va ouvrir une nouvelle période de partenariat entre les pouvoirs publics et le secteur privé. Pour le gouvernement central, le soutien au développement des hôpitaux privés devient un élément important de sa politique hospitalière. L'appel aux acteurs privés à partir des années 1980 est présenté, aujourd'hui encore, comme la solution aux dysfonctionnements de la politique hospitalière gouvernementale. Le secteur privé a une capacité d'investissement que le secteur public a perdu. Les opérateurs privés maîtrisent mieux le développement et la gestion des établissements hospitaliers. Les hôpitaux sont opérationnels plus rapidement et donnent une meilleure satisfaction aux patients. Le soutien du gouvernement au développement du secteur hospitalier privé va permettre d'améliorer l'accès et l'accessibilité aux services hospitaliers. En faisant appel à des sociétés privées caritatives, le gouvernement aura la garantie que ces nouveaux établissements seront accessibles mêmes aux plus pauvres. Avec l'arrivée de Rajiv Gandhi au poste de Premier Ministre en 1984, il est désormais entendu en haut lieu que le secteur public ne peut seul répondre aux besoins de santé de la population indienne.

Comme dans d'autres domaines, Delhi devient alors le terrain idéal pour expérimenter et surtout montrer le chemin à suivre aux gouvernements des États de l'Union. Delhi doit servir de modèle à l'Inde et deux voies sont explorées par les pouvoirs publics pour soutenir le secteur hospitalier privé : l'attribution de terrains gouvernementaux à des sociétés privées et la formation d'une joint-venture avec un partenaire privé. Nous aurons l'occasion de présenter ce deuxième modèle dans le point suivant.

A côté des mesures d'exemptions douanières sur l'importation d'équipement médical, la valorisation des réserves foncières gouvernementales devient en effet le pilier majeur de la politique de soutien au secteur hospitalier privé, à Delhi plus qu'ailleurs. Les pouvoirs publics peuvent en effet s'appuyer sur les importantes réserves foncières constituées par la DDA, et accessoirement par le L&DO, en vue du schéma d'aménagement urbain. Nous avons déjà expliqué précédemment comment ces réserves foncières sont utilisées au moment de la planification zonale (*Zonal Planning*) pour permettre la création d'hôpitaux publics. Ces terrains, connus sous le nom de *Nazul Lands*, désignent des terrains vacants propriétés du gouvernement et répondent à une réglementation spécifique. Ces terrains concernent par exemple les bandes de terres adjacentes à des voies ferrées ou à des canaux, mais aussi les terres vacantes acquises pour le développement planifié de Delhi. Selon les *Nazul Lands Rules*, la DDA peut mettre à disposition ces terrains notamment pour la construction d'hôpitaux, de dispensaires ou d'infrastructures sociales et caritatives (*Disposal of Developed Nazul Rules, 1981, Rule n°5*). Seules des autorités gouvernementales ou des sociétés enregistrées sous le *Societies Registration Act, 1860* peuvent bénéficier de ces terrains. Une *society* peut être assimilée en droit français à une association Loi 1901, puisqu'elle ne peut mener une activité commerciale³². Un *public charitable trust* ou *trust*, un statut très similaire dans ces objectifs à celui de la *society*, ne peut faire l'acquisition de *Nazul Lands*. Un *public charitable trust* peut être constitué notamment pour gérer un héritage ou une donation (un terrain, un bâtiment) et seulement si les objectifs de l'entité sont caritatifs. Certains États de l'Union ont leur propre *Trust Act*, qui s'appuie sur les règles du *Indian Trusts Act, 1882*. Nous verrons plus loin que la différence de statut entre *society* et *trust* n'est pas anodine et posera problème dans le cas de l'attribution de terrains hospitaliers à Delhi. Les sociétés de type commercial, enregistrées sous le *Indian Companies Act, 1956* n'ont donc à l'époque aucun accès aux *Nazul Lands*.

Par ailleurs les *Nazul Lands Rules* et notamment l'article 20 viennent préciser les conditions d'attribution

32 Pour le détail complet du *Societies Registration Act, 1860* voir :

<http://uprfsc.up.nic.in/India%20Societies%20Registration%20Act.pdf>

« Any seven or more persons associated for any literary, scientific or charitable purpose, or for any such purpose as is described in section 20 of this Act, may by subscribing their names to a memorandum of association and filing the same with the Registrar of Joint-stock Companies 4[4][* * *] form themselves into a society under this Act. ».

des parcelles à des sociétés privées (*Disposal of Developed Nazul Rules, 1981, Rule n°20*)³³. Il est notamment rappelé que seules des sociétés à but non-lucratif peuvent se voir attribuer des terrains et que ces attributions doivent se faire au nom de l'intérêt général de la population de Delhi. Toute société qui veut faire l'acquisition d'un terrain doit être en mesure de financer la construction et le fonctionnement du futur hôpital ou dispensaire. Le soutien et l'approbation d'un ministère central, notamment du MoHFW, ou d'autres autorités publiques comme la DDA ou la DHS sont par ailleurs obligatoires. Le *Land Disposal Department* de la DDA est chargé d'attribuer les terrains contre le versement d'une prime et d'un loyer annuel par la société privée. Cette prime est d'un montant très inférieur aux prix fixés sur le marché immobilier. La DDA, lors d'enquêtes parlementaires répétées s'est déclarée incapable de calculer le montant du rabais ainsi obtenu. En effet les terrains commerciaux de la DDA étaient alors attribués par une mise aux enchères. Le prix d'appel était fixé en fonction de l'activité (p ex. commerciale, industrielle) et d'un quotient variable selon les zones de planification. Il serait donc impossible de mesurer le montant de la subvention ainsi offerte aux sociétés privées pour la construction d'un hôpital. Il est néanmoins notoirement reconnu par les fonctionnaires de la DDA comme par les représentants des hôpitaux privés bénéficiaires, que les sociétés privées ont pu accéder via les *Nazul Lands* à des terrains à prix très bas.

En échange de cet accès à des terrains gouvernementaux à prix subventionné, les hôpitaux privés nouvellement construits devaient réserver à des patients pauvres une partie de leurs lits (25 % des lits) ainsi qu'une partie de leurs services de médecine ambulatoire (40 % des patients soignés en soins ambulatoires). Il s'agit d'une nouveauté par rapport aux attributions de terrain des années 1950 notamment. Malgré leur statut de sociétés caritatives, les pouvoirs publics veulent s'assurer que les hôpitaux rempliront bien leurs missions de soins gratuits vis-à-vis de la population. Pour la première fois, il est établi ce qui est attendu des sociétés privées en termes de délivrance de soins pour la population de Delhi. Si ce *modus operandi* (un terrain contre des lits gratuits) s'inscrit dans la continuité de pratiques plus anciennes, avec la généralisation de ce principe et le nombre de projets qui vont en bénéficier, on assiste au début des années 1980 à un tournant dans la politique hospitalière de Delhi. Dans une agglomération comme Delhi, où les terrains viabilisés sont rares et où les dysfonctionnements de la DDA dans la gestion de ses ressources foncières créent une rareté artificielle, cette nouvelle politique va attiser les convoitises de plusieurs sociétés privées et va accélérer la privatisation des services hospitaliers de la ville.

33 Pour le détail complet des *Nazul Lands Rules* voir :

http://www.dda.org.in/tendernotices_docs/may09/403to410_DDANazulRules.pdf

A.2. L'Indraprastha Medical Coporation Limited : une joint-venture sous influence

Si le modèle « terrain contre lits » va être fréquemment utilisé notamment au cours des années 1980 et 1990, d'autres initiatives de PPP vont voir le jour dans le secteur hospitalier de Delhi. La formation d'une joint-venture entre le Gouvernement de Delhi et la chaîne hospitalière privée Apollo Hospitals est une autre voie explorée par les pouvoirs publics. La naissance et le développement de ce projet sont révélateurs d'enjeux multiples en termes de politique hospitalière, d'aménagement urbain et d'interférences politiques. Surtout très rapidement, le développement de cette joint-venture va mettre à jour les divergences entre intérêts de santé publique et intérêts commerciaux et privés.

A côté du Indira Gandhi Indoor Stadium, au pied de l'ITO Bridge, au cœur de l'agglomération, un immeuble de dix étages fut construit pour héberger les athlètes (*Players Building*) en vue des Jeux Asiatiques organisés à Delhi en 1982. Les travaux ne furent jamais achevés à temps. Une fois les Jeux Asiatiques terminés, l'immeuble, dont le gros œuvre avait été complété, reste inoccupé ; le Ministère des Sports et les autorités n'ayant aucun budget ni aucune affectation pour le bâtiment. En 1986, la DDA transfère officiellement le bâtiment du Ministère des Sports au Gouvernement de Delhi. Entre temps en effet, il fut décidé de lancer un appel d'offre auprès de sociétés privées pour la création d'un hôpital tertiaire dans ce bâtiment inachevé. Le gouvernement s'engageait à achever les travaux et à louer le bâtiment pour un montant symbolique, contre la prise en charge gratuite d'un tiers des patients hospitalisés et de 40% des patients en soins ambulatoires. L'hôpital devait aussi être géré sur la base du « pas de pertes pas de profits ». L'appel n'était ouvert qu'à des sociétés caritatives. 25 sociétés firent acte de candidature. Un comité spécial (*High Power Committee*) sous la direction du Lieutenant-Gouverneur de Delhi sélectionna quatre projets. Parmi eux, Apollo Hospitals, une société commerciale, s'était associée avec la famille Singhanian déjà à la tête d'un réseau important d'hôpitaux caritatifs dans le nord de l'Inde. Parallèlement, Apollo Hospitals et son fondateur Prathap Reddy firent une proposition en dehors du cadre de l'appel d'offre et selon des conditions beaucoup plus restrictives quant à la gratuité des soins. L'hôpital devait au moins soigner 10000 patients en soins chirurgicaux et 30000 patients en soins ambulatoires par an avant de soigner gratuitement des patients. Par ailleurs, seuls 10% des patients seraient effectivement soignés gratuitement. 10% des patients devraient payer au moins les médicaments et tout matériel médical à usage unique (cathéters, pansements, seringues,...). Enfin 10% des patients seraient aidés financièrement pour couvrir une partie de leurs soins médicaux. Finalement et à la surprise de certains fonctionnaires du Gouvernement de Delhi, Apollo Hospitals fut sélectionné, sans son partenaire la famille Singhanian, mais selon les conditions imposées par l'appel d'offre initial.

Le 11 mars 1988, un accord est signé entre le Gouvernement de Delhi et Apollo Hospitals pour la formation de la joint-venture sous la forme d'une entreprise : l'Indraprastha Medical Coporation Limited (IMCL). Le gouvernement détient 26% des parts et compte trois représentants au sein du conseil d'administration composé de neuf membres. Il est à nouveau fait mention dans l'accord des modalités du partenariat et notamment du principe de « pas de pertes, pas de profits », de la réservation d'un tiers des lits pour des soins gratuits et de la gratuité des soins ambulatoires pour 40% des patients. Le 16 mars 1994, un bail est signé entre le Gouvernement de Delhi et l'IMCL pour l'occupation et l'utilisation de l'hôpital qui a été construit par le gouvernement pour un coût de 160 M. ₹ et qui se situe sur un terrain de 6 ha. Le nouvel hôpital a été construit sur des terrains appartenant au L&DO et situés dans le South Delhi le long d'un axe très passant, la Mathura Road. Le bâtiment qui devait au départ accueillir l'hôpital a finalement été réattribué au Ministère des Sports avant d'être réaffecté à un autre usage³⁴. Le montant du bail est de 1 ₹ par an. Les conditions d'attribution afférentes à la gratuité des soins sont à nouveau rappelées dans le bail.

En juillet 1996, l'Indraprastha Apollo Hospital et ses 600 lits est inauguré et accueille ses premiers patients. C'est le plus grand hôpital du groupe hospitalier. Le gouvernement de Delhi veut alors savoir comment l'hôpital compte organiser et piloter la prise en charge gratuite des patients. En janvier 1997, des tensions se font jour au sein du conseil d'administration entre les représentants du Gouvernement de Delhi et les représentants d'Apollo Hospitals et des autres actionnaires. En effet, l'article 23 du pacte d'actionnaire d'IMCL et l'article 6 du bail ne préciseraient pas clairement ce qui est entendu par soins gratuits et notamment l'inclusion ou non des médicaments et du matériel médical à usage unique. Les critères pour définir un patient pauvre sont aussi absents. En l'état, l'hôpital refuse de prendre en charge gratuitement des patients. En mars 1997, le gouvernement rétorque que l'hôpital doit dans un premier temps mettre à disposition 100 lits gratuits et prendre en charge 40% de patients en soins ambulatoires gratuitement ainsi que tout patient envoyé par le gouvernement de Delhi. VJ Chacko, le fidèle bras-droit de Prathap Reddy qui dirige l'hôpital, rétorque que les médicaments et le matériel médical à usage unique représentent un coût pour l'hôpital, et que seul le service médical (diagnostic, examen) peut être gratuit. En avril 1997, les lits gratuits sont enfin prêts et le gouvernement de Delhi propose que l'hôpital prenne en charge dans un premier temps les accidents de la route. L'hôpital est en effet situé sur un des axes majeurs de Delhi, la Mathura Road. En mai 1997, plusieurs hôpitaux gouvernementaux comme le GTB, le LNJP, le DDU et le GB Pant reçoivent l'instruction de référer des patients à l'Indraprastha Apollo Hospital. En juin 1997, le conseil d'administration se déchire à nouveau autour de la question des médicaments gratuits. Les représentants du gouvernement rappellent à la direction ses

³⁴ Entre 1998 et 2000 le bâtiment sera effectivement complété et rénové pour accueillir le siège administratif du Gouvernement de Delhi (Delhi Secretariat ou Dilli Sachivalaya).

obligations en la matière, tandis que d'autres actionnaires comme TWL Holdings ou l'Industrial Finance Corporation of India, une institution financière pourtant contrôlée par le gouvernement central, rappellent que l'hôpital doit d'abord assurer son équilibre financier. Pour ces actionnaires, l'IMCL doit d'abord rembourser ses emprunts avant d'assumer financièrement la gratuité des soins. D'autres proposent que l'hôpital suive les mêmes directives que les autres hôpitaux privés qui ont bénéficié du soutien du gouvernement dans l'obtention de terrains à prix subventionnés. En août, les débats se poursuivent cette fois autour de la prise en charge des accidents de la route, dont il n'a jamais été fait explicitement mention dans le pacte d'actionnaires, ni dans le bail. Le gouvernement de Delhi propose alors un autre système pour les lits : 75 lits d'hospitalisation et 15 lits en unité de soins intensifs doivent être réservés aux patients pauvres. Le 21 janvier 1998, la direction de l'hôpital sans l'approbation du conseil d'administration, envoie une lettre au Gouvernement de Delhi pour lui signifier que l'hôpital étant une entreprise commerciale (Private Limited), la prise en charge gratuite des patients pauvres ne peut se faire que si l'hôpital réalise des profits. En février 1998, la direction propose cette fois de prendre en charge gratuitement les patients mais sans payer les médicaments. Deux ans après l'ouverture de l'hôpital, la question de la prise en charge gratuite des patients n'est toujours pas réglée et le partenariat public-privé est en train de tourner court.

Selon Prathap Reddy, la création de l'Indraprastha Apollo Hospital et le modèle du joint-venture doit beaucoup à Rajiv Gandhi qui, durant son mandat de Premier Ministre, a soutenu la venue d'Apollo Hospitals à Delhi (entretien contact n°1). Passablement impressionné par le premier Apollo Hospital de Chennai, Rajiv Gandhi aurait alors invité Prathap Reddy à créer un hôpital à Delhi dès le milieu des années 1980. On peut s'interroger sur le rôle joué par Rajiv Gandhi et le poids du gouvernement central dans cette opération. En effet, alors que la procédure d'attribution du bâtiment paraissait relativement transparente et qu'une société caritative devait être le partenaire du gouvernement dans cette joint-venture, c'est finalement une entreprise commerciale, Apollo Hospitals, qui a été choisie. On peut aussi s'interroger sur le transfert du site du futur hôpital et les coûts afférents pour les pouvoirs publics, en passant ainsi d'un bâtiment à moitié achevé situé au cœur de l'agglomération à un site localisé dans le South Delhi à proximité de quartiers aisés. Néanmoins, dans la profusion de nouveaux modèles de PPP qui déferlent dans le secteur des soins en Inde après les réformes de 1991, l'ouverture de l'Indraprastha Apollo Hospital apparaît comme un exemple de réussite du nouveau Partenariat Public Privé. Au début des années 2000 ce modèle de la joint-venture entre gouvernement et opérateur privé sera repris par le gouvernement du Maharashtra et le groupe hospitalier Wockhardt, avec le soutien financier de la Banque Mondiale, pour l'ouverture d'un hôpital à Mumbai.

A.3. Des résultats décevants

Quel bilan pouvons-nous finalement tirer de ces modèles de PPP développés pour le secteur hospitalier de Delhi à partir des années 1980 ? Quels furent les résultats de cette politique en matière de développement de l'infrastructure hospitalière mais aussi en matière d'accès pour les patients pauvres ? Comme nous allons le voir, les résultats furent décevants à plus d'un titre.

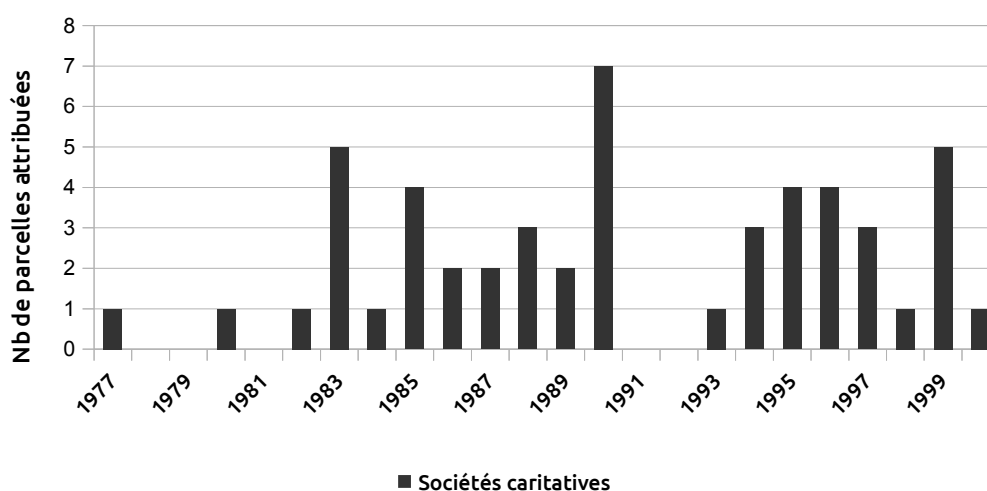


Tableau 23: Nombre de parcelles attribuées par la DDA (1977-2000)

Le Tableau 23 (p.186) présente l'évolution du nombre de parcelles distribuées à des sociétés caritatives pour la construction d'hôpitaux entre 1977 et 2000 par la DDA. Sur cette période, 51 parcelles au total ont été attribuées à des sociétés privées à un prix subventionné. On peut distinguer deux grandes périodes. La moitié des parcelles a été attribuée entre 1983 et 1990 (N=26). 40% des parcelles sont distribuées entre 1994 et 1999 (N=20). On constate que les premières attributions au secteur privé ont d'abord concerné des parcelles situées dans le South Delhi autour de la zone de développement de Saket-Sheikh Sarai puis des zones comme Karkardooma et Rohini (Illustration 16 p.188). Au cours de la deuxième moitié des années 1990, les attributions ont concerné à nouveau la zone de Saket-Sheikh Sarai ainsi que des zones de développement urbain plus périphériques comme Dwarka. Mais en 2011, plus de dix ans après la fin de la période considérée, combien de parcelles ont été converties en hôpitaux fonctionnels ? Dix parcelles seraient encore vacantes et sept seraient toujours en construction, soit un tiers des 51 parcelles distribuées par la DDA entre 1977 et 2000 (Illustration 16 p.188). Le terme « en construction » est en fait trompeur. Le mur d'enceinte a été complété, mais rien n'a été construit, comme dans le cas d'une parcelle attribuée en 1995 à la Vikrant Children Medical Foundation à Saket. Certains terrains ont depuis été occupés par des squatters comme la parcelle

attribuée à la All India Society for Health and Education Research du côté de Mayur Vihar Phase II ou récupérés pour d'autres projets.

Des terrains contre lits : l'année d'attribution des parcelles par la DDA (1977-2000)

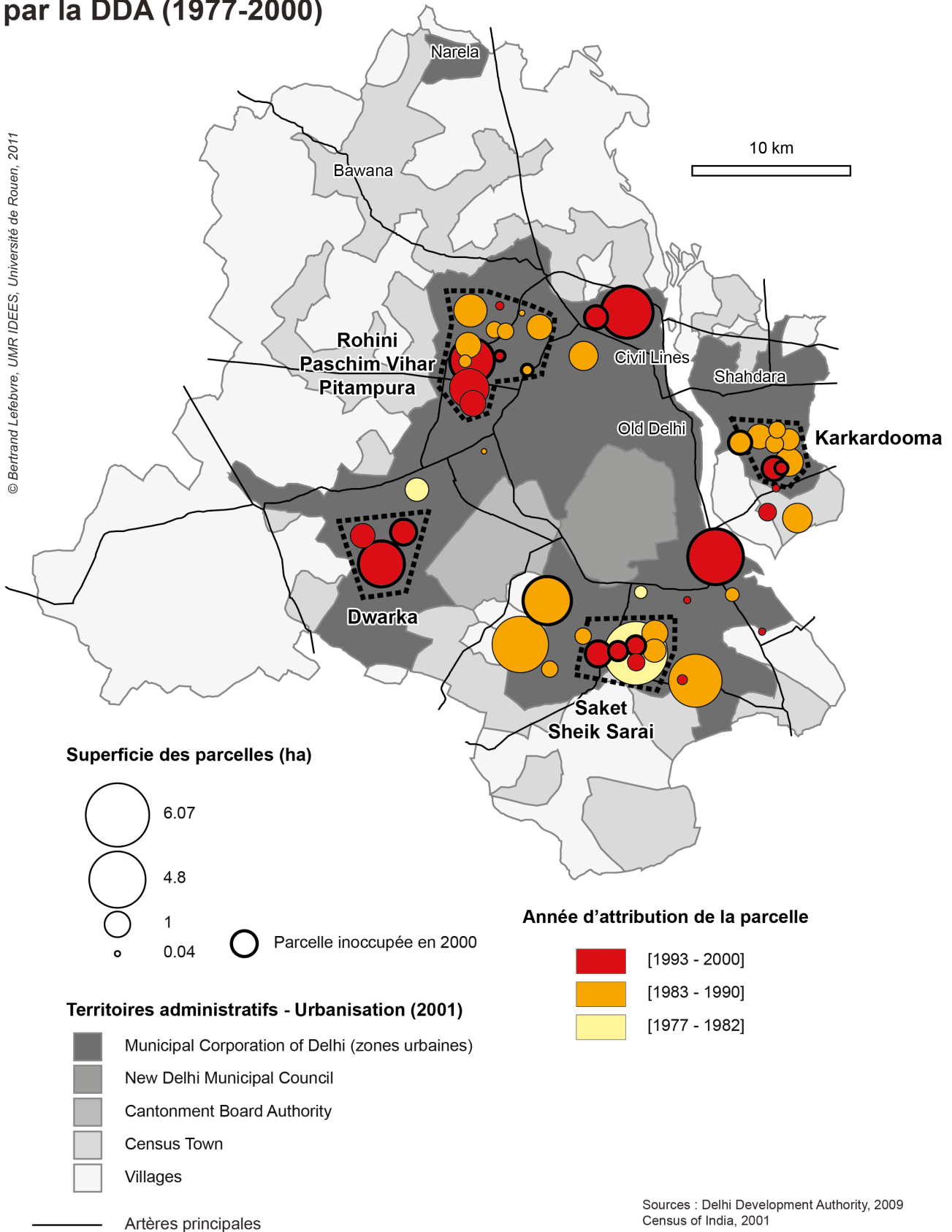


Illustration 16: Des terrains contre des lits : l'année d'attribution des parcelles par la DDA (1977-2000)

Des délais de construction supérieurs à dix ans, intolérables dans le secteur public pour les thuriféraires de la privatisation, apparaissent comme la norme pour ces hôpitaux privés. Pourtant dans la plupart des baux consultés, la construction de l'hôpital doit avoir été complétée dans un délai de deux ans suite au transfert du terrain à la société privée. Un délai supplémentaire de cinq ans peut être obtenu dans certaines circonstances, voire de quinze ans moyennant des pénalités financières. Si on peut admettre une certaine tolérance à l'égard de sociétés caritatives pour réunir des fonds et lancer les travaux, une opinion partagée par la plupart des fonctionnaires de la DDA et du Gouvernement de Delhi interrogés, on ne peut que s'étonner de la faible réactivité des pouvoirs publics lors de dépassement de délai manifeste. Sept sociétés sur les dix qui avaient obtenu une extension ont à nouveau dépassé les délais. La situation était encore plus catastrophique au début des années 2000. Plusieurs sociétés se sont retrouvées dans l'incapacité de construire leur hôpital après avoir dépensé leurs fonds dans l'acquisition d'un terrain de la DDA. Après avoir construit l'hôpital, d'autres sociétés se révélèrent tout simplement incapables de recruter du personnel médical et d'équiper l'établissement. Certains projets n'ont dû leur salut qu'à la signature de contrats avec des chaînes hospitalières privées. La Devki Devi Foundation, le Flt. Lt. Rajan Dhall Charitable Trust ont ainsi signé des partenariats avec Max Healthcare et Fortis Healthcare pour la construction et la gestion de leur hôpital.

Cette forme de PPP a tout de même permis à des sociétés caritatives d'accroître leur capacité d'accueil et de traiter plus de patients. Le Venu Eye Institute après avoir démarré dans un petit immeuble d'une zone résidentielle de South Extension, a bénéficié de l'acquisition d'un terrain à prix subventionné pour devenir un centre de soins oculaire de niveau régional, capable d'organiser des campagnes gratuites de prévention et de traitement dans le nord de l'Inde. Au total, si on exclut trois hôpitaux ayurvédiques et un hôpital dentaire et qu'on ajoute l'Indraprastha Apollo Hospital, les programmes de PPP auront permis le développement de 4300 lits en 2011. Cela représente 11% du nombre total de lits hospitaliers sur le territoire du NCTD et 25% de la capacité d'accueil du secteur privé pour 2011. Le développement de ces nouveaux hôpitaux et l'augmentation du nombre de lits disponibles n'a toutefois pas été également distribué à l'échelle de l'agglomération comme le montre l'illustration 16 (p.188). En fonction du planning zonal et du cahier des charges du schéma directeur à l'aménagement de Delhi, les terrains attribués aux sociétés privées dans le cadre du PPP se diffusent en périphérie mais ont aussi tendance à former des clusters. Le développement du modèle des *Facilities Centers*, défendu dans le schéma d'aménagement, n'arrange rien à cette concentration des services hospitaliers autour de quelques points de distribution.

Les changements de site de projets hospitaliers : Apollo Hospital et EHIRC

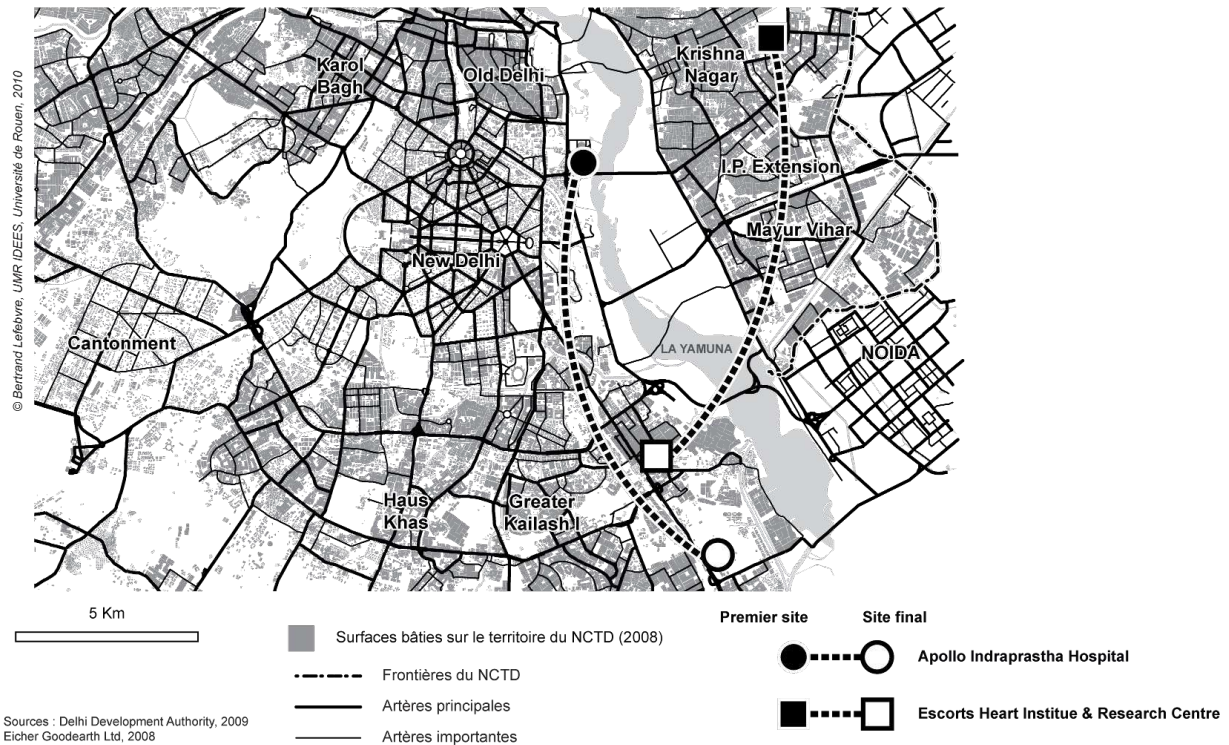


Illustration 17: Les changements de site de projets hospitaliers : Apollo Hospital et EHIRC

Une partie de cette mauvaise distribution des nouveaux hôpitaux est aussi due à des négociations plus ou moins ouvertes entre les sociétés privées, la DDA et les pouvoirs publics. On a ainsi vu comment Apollo Hospitals avait obtenu la création de son futur hôpital sur un site localisé dans le South Delhi (Illustration 17 p.190). L'hôpital n'est donc plus au cœur de la ville mais dans une périphérie sud qui voit se multiplier les projets d'hôpitaux privés soutenus par le gouvernement de Delhi. Par ailleurs, de par sa proximité avec l'ITO Bridge, le premier site envisagé aurait assuré une bonne couverture des territoires situés sur les rives est de la Yamuna peu ou mal desservis en services hospitaliers. L'Escorts Heart Institute & Research Centre (EHIRC) a connu un transfert plus ou moins similaire. HP Nanda, fondateur et dirigeant du groupe industriel Escorts, souhaitait construire un hôpital à Delhi spécialisé dans les soins cardiaques. Alors qu'il avait déjà établi un hôpital caritatif à Faridabad, non loin de plusieurs usines de son groupe, il voulait que ce nouvel hôpital réponde aux besoins croissants de l'Inde en chirurgie cardiaque. Ayant lui-même eu à subir un pontage cardiaque, il n'eut d'autre choix que de se faire soigner à l'étranger à la fin des années 1970. Pourtant lorsque le Lieutenant-Gouverneur de Delhi propose un terrain situé à l'est de Delhi, ce dernier se voit opposer un refus catégorique de la part du groupe Escorts (Illustration 17 p.190). À moins d'obtenir un terrain situé dans le South Delhi, le groupe menace d'abandonner purement et simplement son projet d'hôpital spécialisé.

A la fin des années 1990 et au début des années 2000 plusieurs comités officiels (Khanna Committee, Qureshi Commission, Public Action Committee du Parlement) vont s'intéresser aux conditions d'attribution des terrains et surtout à la mise en application du cahier des charges. Chaque commission viendra confirmer ce que la presse et la population savent déjà depuis le début des années 1990 : les patients pauvres sont absents de plusieurs de ces hôpitaux et les soins ne sont pas gratuits. L'Indrapastha Apollo Hospital constitue certainement un des exemples les plus frappants, eu égard à la forme du partenariat et à l'implication directe du gouvernement de Delhi et du gouvernement central dans ce projet. Nous avons déjà relevé précédemment l'opposition entre d'un côté Apollo Hospitals et certains actionnaires contre le gouvernement et ses représentants au sein du conseil d'administration, sur la gratuité des soins et son étendue pour les patients. Ce conflit larvé trouve son expression dans les résultats du Tableau 24 (p.192) et du Tableau 25 (p.192). À la demande de la Haute Cour de Delhi, un comité a évalué à plusieurs reprises l'étendue de la gratuité des soins au sein de l'hôpital. Les résultats présentés dans les deux tableaux ont été collectés pour plusieurs années et pour différents mois afin de tester la fiabilité des données recueillies et l'évolution du nombre de patients traités gratuitement par l'hôpital aussi bien en soins chirurgicaux qu'en soins ambulatoires. Le constat est catastrophique. Alors que l'hôpital réalise des profits pratiquement depuis son démarrage, le pourcentage de patients hospitalisés gratuitement atteint péniblement les 2,5% en moyenne du total tandis que le pourcentage de patients soignés gratuitement en soins ambulatoires atteint un niveau encore plus bas (0.3% des patients en moyenne). Ces résultats sont très inférieurs aux objectifs de 30% d'hospitalisations gratuites, et de 40% de patients en soins ambulatoires soignés gratuitement dans le contrat de la joint-venture ainsi que dans le bail signé par l'IMCL.

Mois	Année	Nb de patients soignés gratuitement	Nb total de patients	c/d (%)
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>
Mars	2008	92	2884	3,2
	2007	69	2441	2,8
	2006	64	2749	2,3
	2005	57	2456	2,3
	2004	47	2381	2,0
Août	2008	94	2868	3,3
	2007	92	2693	3,4
	2006	58	2540	2,3
	2005	43	2501	1,7
	2004	39	2426	1,6
Décembre	2008	62	2702	2,3
	2007	78	2271	3,4
	2006	69	2538	2,7
	2005	39	2327	1,7
	2004	36	2343	1,5
Total		939	38120	2,5

Tableau 24: Nombre de patients hospitalisés gratuitement à l'Indraprastha Apollo Hospital (Sources: Haute Cour de Delhi, 2008)

Mois	Année	Nb de patients soignés gratuitement	Nb total de patients	c/d (%)
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>
Janvier	2008	102	23658	0,4
	2007	57	18899	0,3
Mai	2008	62	22998	0,3
	2007	50	21072	0,2
Octobre	2008	50	23754	0,2
	2007	37	18764	0,2
Total		358	129145	0,3

Tableau 25: Nombre de patients traités gratuitement en soins ambulatoires à l'Indraprastha Apollo Hospital (Sources: Haute Cour de Delhi, 2008)

Plusieurs hôpitaux caritatifs sont aussi dénoncés pour leurs pratiques commerciales et pour des grilles tarifaires prohibitives même pour des patients qui ont les moyens de payer leurs soins. Pendant ce temps, plusieurs hôpitaux ont constitué de véritables trésors de guerre doublement exemptés d'impôt grâce au statut de *society* et d'emprunt notamment pour l'achat du terrain. Ainsi à mesure que l'EHIRC s'est agrandi, la société a acquis d'autres parcelles voisines appartenant à la DDA, toujours à des tarifs préférentiels. Au final, EHIRC estime que la société a économisé entre 150 M. ₹ et 300 M. ₹ par rapport à un prix normal (entretien contact n°88). Ces sommes représentent entre 13 et 27 % des fonds de réserve (1,1 Milliard ₹) accumulés entre 1988 et 2001 par la société.

Des terrains contre lits : le prix des parcelles (1977-2000)

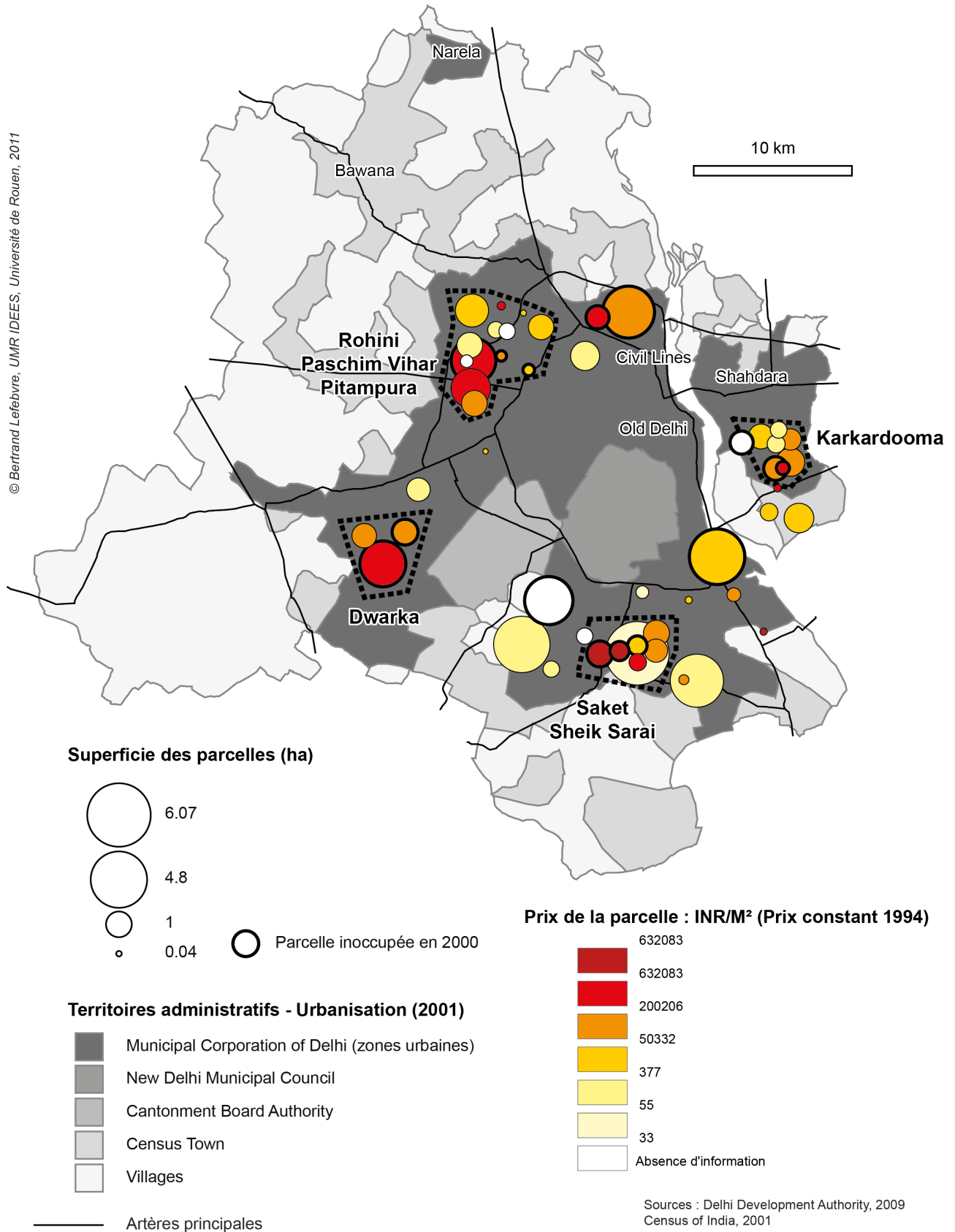


Illustration 18: Des terrains contre des lits : le prix des parcelles (1977-2000)

Le double objectif de mise en valeur des terrains inoccupés et d'un accès équitable aux soins hospitaliers pour l'ensemble de la population de Delhi n'est pas rempli. L'ambitieux programme de partenariat public privé a été dévoyé et vidé de son sens par des pratiques commerciales, incompatibles avec des objectifs caritatifs et d'accès universel aux soins. Surtout, comme le rappelle l'Illustration 18 (p.193), les sociétés privées ont obtenu des terrains à prix très bas. Il est frappant de constater que des terrains de plusieurs hectares, notamment ceux situés dans le South Delhi, une partie de la ville où les quartiers aisés sont nombreux, ont été acquis à un prix très faible même par rapport à d'autres terrains plus périphériques situés dans des zones de développement urbains plus récentes comme Dwarka ou Rohini.

B. Le PPP dans l'impasse

B.1. La question du statut des sociétés et de la corporatisation du secteur hospitalier de Delhi

Dès le départ, et alors que les modalités d'exécution du programme « terrains contre lits » sont limpides, les entorses se multiplient. Plusieurs sociétés se sont vues attribuer des terrains alors que leurs statuts ne leur permettaient pas d'accéder à ces terrains selon les règles des *Nazul Land Rules*. Plusieurs cas sont symptomatiques des contorsions juridiques employées par ces sociétés pour obtenir des terrains à prix subventionné. L'Arya Vaidy Sala Kottakkal est un *trust* établi en 1902 au Kérala et spécialisé dans les soins ayurvédiques. Déjà établi dans le sud de l'Inde et reconnu comme une institution de référence par le gouvernement indien, le *trust* approcha la DDA en 1976 pour obtenir un terrain à Delhi. Un premier terrain lui fut attribué en 1985 à Kondli dans le nord de Delhi, une zone de développement planifié en bordure de la frontière avec l'Haryana. Cette entorse aux *Nazul Land Rules* fut avalisée par les services juridiques de la DDA au motif qu'un *trust* créé depuis longtemps pouvait être considéré comme une *society*, les objectifs caritatifs étant clairement établis. La zone de développement de Kondli étant abandonnée, un deuxième terrain fut attribué au *trust* à Dallapura Society. Malheureusement ce terrain était occupé par des squatters et un nouveau terrain devait être trouvé. À cette occasion, un nouveau conseiller juridique considéra que les *Nazul Land Rules* devaient prévaloir, et qu'un *trust* ne pouvait être considéré comme une *society*, bloquant ainsi l'attribution d'un terrain au *trust* en septembre 1994. En octobre 1994, le Gouvernement de Delhi décida néanmoins que l'Arya Vaidy Sala Kottakkal devait bénéficier d'un terrain de la DDA, au motif que le *trust* avait déjà versé un avoir et à condition que le *trust* s'enregistre comme *society*. Cette dernière clause disparut pourtant du contrat concernant le nouveau terrain localisé à Karkardooma. De par ses statuts et les circonstances de sa création (suite à un décès) le *trust* ne pouvait être converti en *society*. Il a été estimé que la DDA a perdu 14 M. ₹ pour

avoir finalement transféré ce terrain à ce *trust* (PAC 12). Le premier contact entre le *trust* et les autorités de Delhi remonte à 1976 soit cinq ans avant l'établissement des *Nazul Land Rules* sur lesquelles s'est appuyé le conseiller légal de la DDA en 1994. Le Lieutenant-Gouvernant, alors l'autorité exécutive de Delhi, avait un pouvoir discrétionnaire étendu. Considérant la réputation du *trust*, son ancienneté et les lettres de référence du MoHFW, le *trust* obtint son terrain au mépris des *Nazul Land Rules*.

La Dharmashila Cancer Foundation and Research Centre présente un autre cas révélateur des contorsions juridiques approuvées par les pouvoirs publics. Un terrain fut attribué à cette entité enregistrée comme *trust* en mars 1990 avec le soutien du gouvernement de Delhi. Une *society* avec les mêmes membres et les mêmes objectifs fut créée dès avril 1990. Une fusion intervint entre le *trust* et la *society* afin de régulariser la situation et de permettre à la Dharmashila Cancer Foundation de récupérer le terrain et les droits de construction attribués au *trust* du même nom. Ce transfert fut bloqué pendant trois ans par les services juridiques de la DDA. Le *trust* n'étant pas autorisé à obtenir un terrain de la DDA à prix subventionné, la première opération devait être considérée comme nulle et caduque, ne laissant donc aucun terrain à transférer dans l'opération de fusion. Une procédure judiciaire aurait dû être lancée contre le *trust* défaillant pour que la DDA récupère légalement la possession du terrain, avant que la société Dharmashila Cancer Foundation ne se lance dans une nouvelle démarche en vue de se faire attribuer un terrain. Malgré plusieurs avis juridiques négatifs, la DDA autorisa le transfert du terrain du *trust* vers la *society*, perdant au passage 31,1 M. ₹. La DDA aurait considéré que la fondation avait commis une erreur, mais pas d'acte malveillant.

Le terrain attribué au *Unique Hospitals and Research Institute* se présente comme un cas de fraude manifeste. En décembre 1997 cette société se voit attribuer un terrain. Une société commerciale du même nom existe depuis janvier 1996. En février 1997, certains membres de cette société commerciale créent une société caritative et approchent dans le même mois la DDA afin d'obtenir un terrain. Après avoir confirmé par écrit que la société respecterait les conditions imposées par la DDA (25 % de lits gratuits pour les patients envoyés par le gouvernement), et que la société commerciale ne serait pas impliquée dans la gestion de l'établissement hospitalier, le gouvernement de Delhi autorisa finalement l'opération en août 1998. Les deux sociétés furent finalement fusionnées. La commission parlementaire estime que la DDA a perdu plus de 340 M. ₹ dans cette opération. Selon les experts juridiques de la DDA, il n'y avait aucun moyen légal d'empêcher l'attribution d'un terrain à la société caritative dès lors qu'elle respectait ses engagements.

Ces trois cas sont symptomatiques du foisonnement des statuts et des manipulations possibles en la matière. Si une société caritative ou *trust* ne permettent pas de distribuer des bénéfices, ils donnent accès

à tout un panel d'avantages en sus de l'accès aux terrains de la DDA : une fiscalité allégée, des tarifs préférentiels sur l'eau, l'électricité, la possibilité de faire des dons exemptés fiscalement. La société peut décider dans ses statuts ou lors de ses assemblées de donner des salaires exorbitants, des logements de fonction ou des avantages en nature difficiles à évaluer³⁵.

A partir du milieu des années 1990, le secteur hospitalier attise les convoitises, et plusieurs groupes industriels et financiers indiens sont décidés à investir dans la création de chaînes hospitalières. Parmi ces groupes, Max Healthcare et Fortis Healthcare se distinguent par l'ampleur de leurs projets de développement. Ces deux entreprises régionales vont rapidement s'attaquer au marché hospitalier de Delhi et centrer leur développement sur l'aire métropolitaine. À l'époque en effet, hormis l'ouverture récente de l'Indraprastha Apollo Hospital, la plupart des grands groupes hospitaliers, tous originaires du sud de l'Inde (Apollo Hospitals, Wockhardt Hospitals, Manipal Healthcare) n'ont pas encore investi le marché de Delhi. Pour développer rapidement leurs chaînes hospitalières sur Delhi et pour réduire les coûts d'investissement, ces deux groupes vont se mettre en chasse de sociétés et d'hôpitaux caritatifs (entretien contact n°4, n°5, n°88). Afin d'éviter toute complication avec la DDA, par rapport aux statuts commerciaux de leur entreprises, les deux chaînes hospitalières vont proposer des contrats de concessions (*Operate & Manage*) aux sociétés caritatives. Les sociétés caritatives restent propriétaires des terrains et des murs mais Fortis Healthcare et Max Healthcare obtiennent la gestion des hôpitaux. Moyennant des versements pour permettre la construction et l'aménagement des hôpitaux, ces entreprises vont rapidement trouver plusieurs sociétés caritatives prêtes à signer ces contrats.

35 C'est ainsi que nous avons appris par certains contacts, que le fondateur d'un des hôpitaux privés les plus en vue de Delhi a développé une activité non-déclarée autour de son hôpital : hôtellerie, tourisme, transports de patients et des familles,... en utilisant les chambres, les véhicules et le personnel de l'hôpital. Nous avons aussi découvert que certains hôpitaux privés de Delhi hébergent des touristes dans leurs chambres individuelles les plus luxueuses.



Illustration 19: Fortis Ft. Lt. Rajan Dhall Hospital, Vasant Kunj (2009)

C'est ainsi que le 12 mai 2005 Fortis a signé un contrat de dix ans pour gérer l'hôpital du Ft. Lt. Rajan Dhall Charitable Trust situé à Vasant Kunj (Illustration 19 p.197). Contre la promesse du versement d'une licence de 350 M. ₹ à la société caritative et d'un investissement de 159 M. ₹ pour finir l'hôpital (375 M. ₹ pour l'équipement médical), Fortis récupère les droits d'exploitation de l'hôpital. Max Healthcare va signer un contrat similaire avec la Devki Devi Foundation, pour un terrain situé à Saket et avec la Balaji Foundation pour un hôpital situé à Patparganj à l'est de Delhi. Le Jessa Ram Hospital, un hôpital caritatif créé en 1952 et qui avait bénéficié du soutien du *Delhi Improvement Trust* et du Ministère de la Réhabilitation, va aussi signer un contrat de concession avec Fortis Healthcare. Comme d'autres hôpitaux privés caritatifs établis dans les années 1950, cet hôpital traverse (Sir Ganga Ram Hospital, Tirath Shah Hospital) une grave crise interne liée à des conflits larvés entre le personnel médical et la direction ainsi qu'à une dégradation des locaux due à un manque d'investissements. Un des membres de la direction va alors approcher Fortis Healthcare et être la cheville ouvrière de l'accord de concession passé entre la société caritative et le groupe hospitalier. Cette corporatisation par des contrats de concession n'est qu'une des facettes d'une tendance beaucoup plus profonde. Des sociétés commerciales comme Rockland (immobilier, BTP, hôtellerie) ou Escorts (véhicules agricoles) ont ainsi

créé des sociétés caritatives (Foundation of Applied Research in Cancer, Escorts Heart Institute & Research Centre) qui leur ont donné accès aux terrains subventionnés de la DDA. À l'instar d'Apollo Hospitals, l'obtention de terrain à prix subventionné a permis à ces sociétés d'investir dans le secteur hospitalier et sur le marché de Delhi avec de grandes ambitions. Rockland est désormais une chaîne hospitalière en pleine expansion dans l'aire métropolitaine de Delhi avec des projets à Manesar (Gurgaon) et Dwarka (entretien contact n°82).

La trajectoire de l'EHIRC est encore plus symptomatique de cette corporatisation croissante du secteur hospitalier. À la fin des années 1990, le groupe Escorts affronte des difficultés financières importantes après une stratégie de diversification hasardeuse (télécoms). Après la mort de Har Prasad Nanda, le fondateur du groupe, son fils Rajan Nanda veut transformer l'EHIRC en entreprise commerciale (entretien contact n°2, n°3). Le secteur hospitalier est en pleine croissance, notamment à Delhi, et l'EHIRC est un hôpital réputé et assis sur plus d'1,1 Md ₹ de réserves, dont 950 M. ₹ sont la conséquence de diverses exemptions fiscales de la société caritative. Avec de tels fonds et un réseau de cliniques affiliées présent dans le nord de l'Inde (Punjab, Haryana, Uttar Pradesh), Rajan Nanda espère poursuivre le développement de ce réseau de soins et renflouer une partie des créances du groupe-mère, Escorts. La transformation en entreprise commerciale permettrait surtout d'attirer des investisseurs dans le capital de la nouvelle entité et ainsi transformer EHIRC en un groupe hospitalier de premier plan dans le nord de l'Inde. Mais la conversion d'une société caritative (*society*) en une société commerciale (Pvt. Ltd.) est une opération aux limites de la légalité. Le 11 novembre 1999, une société, l'Escorts Heart Institute & Research Centre (EHIRC) est créée à Chandigarh. Cette société porte le même nom et présente les mêmes statuts, moins les objectifs caritatifs, que la société créée et enregistrée à Delhi en 1981 pour construire et gérer l'hôpital. Le 01 avril 2000, l'EHIRC de Chandigarh et l'EHIRC de Delhi sont fusionnés, les actifs de l'EHIRC de Delhi passant à l'EHIRC de Chandigarh. L'EHIRC de Delhi est donc dissout. Le 30 mai 2000, soit moins de deux mois après la fusion, l'EHIRC de Chandigarh est transformé en entreprise commerciale, EHIRC Pvt Ltd, sous le régime du *Part XI of Companies Act*. Le groupe Escorts possède désormais 80% des parts de la nouvelle entité. Le Dr Naresh Trehan, qui dirige l'EHIRC depuis ses débuts, en récupère 10% et les derniers 10% sont contrôlés par Rajan Nanda à travers différentes sociétés commerciales. En juillet 2003, Escorts toujours en proie à des difficultés financières, décide de vendre 17% de ses parts au fonds d'investissement singapourien, Merlion India Fund. L'opération sera annulée devant les premières actions judiciaires engagées contre l'opération de fusion. Le 12 mai 2004, Escorts obtient un prêt d'1 Mds. ₹ de la Life Insurance Corporation of India, un des plus grands assureurs indien, avec EHIRC comme garantie de l'emprunt. En 2005, Escorts et Rajan Nanda vendent leurs participations dans EHIRC pour 5,85 Mds ₹ au groupe

hospitalier Fortis Healthcare alors que le groupe hospitalier thaïlandais Bumrungrad et Apollo Hospitals étaient aussi en compétition. Cette vente permet à Escorts d'éponger une partie de ses dettes et d'investir dans le développement de son activité principale : les véhicules agricoles. Une entreprise privée sauve ses usines de tracteurs en vendant une société, caritative à l'origine, qui a bénéficié largement du programme « terrains contre lits » et qui n'a jamais rempli ses obligations en matière de soins gratuits. La conversion de la société caritative en société commerciale n'a été bloquée à aucun moment par les pouvoirs publics malgré, ou à cause de la notoriété de l'hôpital et de l'entreprise. Il faudra attendre un recours d'Anil Nanda, le frère de Rajan Nanda, déposé en 2005 devant la Haute Cour de Delhi au moment de la vente d'EHIRC à Fortis Healthcare, pour que les pouvoirs publics et la DDA examinent enfin cette opération de corporatisation³⁶. Cette affaire est symptomatique d'une défaillance des mécanismes de régulation et d'une judiciarisation de cette régulation.

B.2. Un problème de gouvernance : la judiciarisation d'une régulation impossible

L'échec des modèles de PPP mis en place à partir des années 1980 tient à plusieurs éléments et notamment à une faillite des mécanismes de régulation. Les différents acteurs de la puissance publique, la DDA, le gouvernement central, le gouvernement de Delhi et ses officines (DHS, DNHC, Secrétariat à la santé) ont été incapables d'agir contre les dérives et les mauvaises pratiques des sociétés privées. Dans ces initiatives de PPP, les acteurs publics ont été incapables de bâtir un modèle de gouvernance qui garantisse le suivi des activités des hôpitaux privés et de leur développement, une relation de confiance avec les sociétés privées, mais aussi le suivi des patients. L'échec du PPP, que ce soit dans le modèle de la joint-venture ou des « terrains contre des lits », sont révélateurs des contradictions inhérentes à des modèles de distribution des soins mal pensés et mal régulés.

Ainsi, les clauses afférentes à la gratuité des soins n'ont jamais été systématisées dans les contrats. Par le passé, le *Delhi Improvement Trust* n'avait jamais inclus de telles conditions dans ces baux avec les hôpitaux ayant bénéficié de terrains à prix subventionné, comme le Jessa Ram Hospital, ou le BK Hospital. Les *Nazul Land Rules* ne donnent aucune indication en la matière. Les différents documents (contrats, baux, lettres de recommandation) qu'il nous a été possible de consulter auprès de la DDA et de la Haute Cour de Delhi, indique un flou total en la matière. Certaines lettres de recommandations du gouvernement et certains baux de la DDA mentionnent explicitement la gratuité des soins. Mais sur les 37 contrats que nous avons pu consulter, seuls seize font mention de la gratuité des soins. Il faut attendre 1992 pour

³⁶ Pour plusieurs contacts, ce recours judiciaire du flamboyant cadet des frères Nanda n'aurait rien à voir avec une soudaine prise de conscience philanthropique, mais plus à voir avec des tensions familiales autour de la vente de l'EHIRC dont il a été écartée.

que la DDA dans son *Guideline on Land Management* systématise deux conditions :

« l'institut devra servir d'hôpital général ouvert à tous, avec au moins 25% du nombre de total de lits réservés pour le traitement gratuit des pauvres et 25% du nombre total de lits réservés pour des soins subventionnés » [...]

« Un représentant de l'administration de Delhi sera membre de la société enregistrée et responsable de l'administration du projet »³⁷

Mais même après cette clarification, la DDA n'a jamais appliqué ces règles dans les contrats. Ainsi, 18 des 21 contrats dans lesquels la gratuité des soins n'est pas mentionnée furent signés après 1992. La DDA ne compte aucun représentant dans le conseil d'administration des hôpitaux qui ont bénéficié des terrains à prix subventionné, même dans les rares cas où il en est fait mention dans le bail (trois cas). Même lorsque la gratuité des soins est mentionnée dans les contrats, les sociétés caritatives contestent ce principe. Jusqu'où doit aller la gratuité des soins ? La gratuité ne concerne-t-elle que le lit d'hospitalisation et les repas ? Le service du personnel médical ? Les examens médicaux ? Les soins chirurgicaux ? Les médicaments et les équipements médicaux à usage unique ? Par ailleurs, le flou le plus complet règne quant à l'éligibilité à la gratuité des soins. Les patients très pauvres ? Tous les patients ? Comment savoir si un patient est pauvre ? Quels documents peut-il fournir ? Des relevés de salaires ? Une lettre de recommandation de l'administration ? Une carte de rationnement (BPL Card) ? Doit-il d'abord avoir été traité dans un hôpital public ? Dans aucun contrat, il n'est fait mention précisément de ces critères quant à l'étendue de la gratuité des soins et la définition des patients qui peuvent recevoir ces soins. Cela est laissé à la discrétion des hôpitaux et des sociétés qui vont souvent envisager la gratuité des soins à minima afin d'en limiter la charge financière. Certains hôpitaux comme le Batra Hospital et le Dharamshila Hospital ne vont conserver que 10% de leurs lits pour les patients pauvres, contre les 25% attendus par la DDA. Il n'existe en fait aucun système de contrôle de la performance des hôpitaux en la matière.

Il faut attendre la fin des années 1990 pour voir les pouvoirs publics examiner les résultats du PPP dans le secteur hospitalier de Delhi. Le 12 juin 2000, le GNCTD et le département de la santé constituent un comité d'évaluation présidé par un juge à la retraite, A.S. Qureshi, qui doit faire le point sur la situation des hôpitaux et sociétés caritatives aidés par le gouvernement, et soumettre des propositions pour améliorer le système et notamment les mécanismes de référencement des patients. Le 22 mai 2001, le

37 « The institute shall serve as general public hospital with at least 25 per cent of the total beds reserved for free treatment for weaker sections and other 25 per cent will be subsidized. » [...] « A representative of Delhi Administration will be made a member of the registered society responsible for the administration of the project. »

comité Qureshi rend un rapport accablant à tout point de vue. Seuls quelques hôpitaux remplissent leurs missions et offrent des services médicaux gratuits aux plus pauvres. Les autres hôpitaux se sont montrés très peu coopératifs avec le comité et présentent des résultats très inconsistants en matière de soins gratuits pour les plus pauvres. Le comité Qureshi suggère alors plusieurs propositions. Tout d'abord ramener le nombre de lits gratuits de 25% à 10% du total de lits et le nombre de patients soigné gratuitement en soins ambulatoires de 40% à 25%. Ces objectifs doivent s'appliquer à l'ensemble des hôpitaux, et semblent plus facilement atteignables quelles que soient la spécialité et la localisation de l'hôpital. Le comité rappelle par ailleurs que la gratuité des soins s'étend non seulement aux services médicaux mais aussi aux services de diagnostic, aux repas, aux médicaments et autres équipements nécessaires aux soins des patients. Le comité suggère aussi la mise en place de comités d'évaluation internes aux hôpitaux ainsi qu'un comité de pilotage au sein de la DHS pour superviser l'ensemble de l'activité des hôpitaux et organiser le référencement des patients pauvres du secteur public vers le secteur privé. Nous aurons l'occasion de revenir en détails dans le prochain chapitre sur la concrétisation de ces recommandations, mais on peut déjà faire le constat que dès 2001, les limites du modèle « terrains contre lits » ainsi que les correctifs à y apporter sont bien identifiés.

En 2005 et en 2006, des parlementaires indiens constituent un comité d'actions publiques (*Public Actions Committee*) qui doit évaluer le rôle de la DDA dans l'échec du PPP dans le secteur hospitalier de Delhi (PAC, 2005, 2006). Devant les parlementaires qui enquêtent sur les responsabilités de ce fiasco, les représentants de la DDA se défont sur le gouvernement central ainsi que sur le gouvernement de Delhi et ses officines qui ont signé les lettres de recommandation aux sociétés caritatives. Parce que son domaine d'action serait restreint au secteur foncier et immobilier, la DDA n'aurait ni la vocation ni l'expertise pour vérifier si les sociétés caritatives remplissent leurs missions en matière de soins. La DDA renvoie donc à ses responsabilités le gouvernement de Delhi, et notamment la DHS, en matière de services de santé. La DHS de son côté rappelle aux parlementaires qu'elle n'a aucune obligation en la matière et qu'elle ne peut s'appuyer sur aucun document cadre pour évaluer le respect des normes par les hôpitaux. Elle n'a par ailleurs à l'époque aucune liste des sociétés caritatives ayant bénéficié des terrains de la DDA. À travers cet échange d'amabilité entre DDA et DHS se lit le manque de coordination et de dialogue entre services de l'État, une situation qui a largement profité aux sociétés privées.

Les parlementaires découvrent par ailleurs que 35,4 M. ₹ n'avaient toujours pas été versés à la DDA au titre des primes d'acquisition des parcelles. Ils s'interrogent aussi sur le rôle joué par certains fonctionnaires dans l'acquisition de terrains et sur le peu de zèle de la DDA à faire appliquer les textes même lorsque les infractions relèvent directement de ses prérogatives, comme le dépassement de délais

pour la construction et l'ouverture d'hôpitaux, ou encore les retards de versements des primes et des loyers. En 2001, la DDA demande par exemple à quatorze hôpitaux de lui renvoyer des informations sur le nombre de patients traités gratuitement. Seuls cinq hôpitaux obtempèrent, les autres ne sont pas inquiétés. Il faut rappeler ici que la DDA a été éclaboussée par des scandales de corruption au début des années 2000 et par la mise à pieds de plusieurs responsables ayant reçu des pots-de-vin dans le cadre d'attribution de parcelles et de logement. Les parlementaires soulignent l'absence de mécanismes de contrôle et de régulation d'un programme généreux dans sa conception mais qui laisse les mains libres aux sociétés privées. Enfin les parlementaires s'élèvent contre une proposition de certaines sociétés qui voudraient racheter leurs baux au prix du marché et ainsi s'exonérer de leurs obligations en matière de gratuité des soins. EHIRC proposera ainsi en 2004 de verser 500 M. ₹ à la DDA pour l'ensemble des parcelles acquises, en échange de l'abandon des poursuites et l'abandon des clauses de gratuité des soins. Cette somme doit permettre aux pouvoirs publics de créer un hôpital équivalent en soins cardiaques. La DDA et les juges ont refusé cette proposition.

Devant l'absence de réactions des pouvoirs publics face aux abus des sociétés privées, dans le cadre du programme « terrains contre lits » comme dans la joint-venture avec Apollo Hospitals, une ONG d'avocats, Social Jurist, va déposer une série de plaintes à la Haute Cour de Delhi. Le 10 décembre 1997, Ashok Aggarwal, l'un des fondateurs de Social Jurist, dépose plainte auprès de la Haute Cour de Delhi contre IMCL, et le Gouvernement de Delhi pour le non respect de la prise en charge gratuite des patients pauvres (entretien contact n°93). Début 2002, suite aux conclusions du rapport du comité Qureshi, Social Jurist dépose à nouveau plainte devant la Haute Cour de Delhi, afin qu'elle statue sur les manquements des hôpitaux ayant bénéficié de terrains à des prix subventionnés et qui ne respectent par leurs engagements en matière de soins gratuits. L'Illustration 20 (p.204) présente près de 14 ans de procédures judiciaires sur le cas Indraprastha Apollo Hospital et sur le programme terrains contre lits. Nous avons compilé et reporté dans ces tableaux et cette frise chronologique les temps forts de ces deux procédures judiciaires majeures en laissant de côté d'autres procédures en cours contre des hôpitaux privés ayant bénéficié de terrains de la DDA. Plusieurs plaintes ont été engagées contre l'EHIRC pour dénoncer le changement de statut et annuler le bail de la société sur les terrains de la DDA, ainsi que sur les bâtiments de l'hôpital. Néanmoins les deux procédures présentées dans l'Illustration 20 (p.204) sont exemplaires à plusieurs titres. Tout d'abord, le temps judiciaire est un temps long. Il faut attendre douze ans pour que la Haute Cour de Delhi rende son jugement sur l'Indraprastha Apollo Hospital (voir Annexe 2 pour la mise en application) et six ans pour les hôpitaux privés soutenus par la DDA. Les sociétés privées ont fait appel dans les deux cas et ont porté les affaires devant la Cour Suprême de l'Inde. Si elle a suspendu provisoirement le jugement de la Haute Cour de Delhi, la Cour Suprême a aussi ordonné aux hôpitaux privées de soigner les patients pauvres

gratuitement et selon les modalités proposées par la Haute Cour de Delhi et le GNCTD dans l'attente de son propre jugement.

La judiciarisation du PPP dans le secteur hospitalier de Delhi

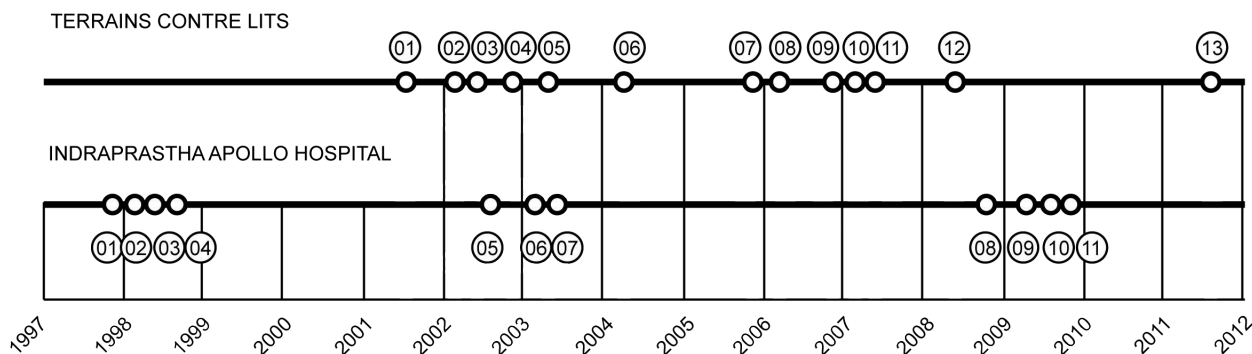
INDRAPRASTHA APOLLO HOSPITAL

TERRAINS CONTRE LITS

Sl.	DATE	JUGEMENTS
1	10/12/1997	Dépôt de la plainte par Ashok Aggarwal contre IMCL et le GNCTD
2	21/01/1998	Première réponse d'IMCL
3	30/04/1998	IMCL propose une conciliation pour définir l'étendue de la gratuité (médicaments,...)
4	04/07/1998	Le GNCTD envoie un comité pour évaluer l'hôpital
5	12/07/2002	La DHC créé un comité pour évaluer l'hôpital
6	24/02/2003	Le comité inspecte l'hôpital
7	05/03/2003	Le comité rend son rapport à la DHC et relève de nombreuses défaillances
8	12/11/2008	La DHC demande un nouveau rapport d'évaluation
9	08/04/2009	Le nouveau rapport ne note aucune amélioration sur la gratuité des soins
10	22/09/2009	La DHC rend son jugement qui condamne IMCL et ordonne au GNCTD à veiller sur l'application de la gratuité des soins
11	30/09/2009	IMCL porte l'affaire devant la Court Suprême qui suspend le jugement de la DHC mais qui impose à l'hôpital de soigner les patients référés par le GNCTD

Sl.	DATE	JUGEMENTS
1	22/05/2001	Publication du rapport Qureshi
2	01/01/2002	Social Jurist porte plainte contre les hôpitaux et le GNCTD
3	07/05/2002	La DHC ordonne au GNCTD de faire le point sur les propositions du rapport Qureshi
4	15/11/2002	La DHC ordonne la formation d'un comité par le GNCTD pour évaluer les hôpitaux
5	07/04/2003	La DHC rappelle à l'ordre le GNCTD
6	03/03/2004	La DHC déplore le manque de réactivité de la DDA, du L&DO, du GNCTD et des hôpitaux
7	02/12/2005	La DHC déplore l'absence de réaction des différents partis et constitue un comité pour évaluer la situation
8	07/02/2006	La DHC lance une nouvelle notification aux différents partis
9	13/12/2006	Le comité rend son rapport qui dénonce les manquements des hôpitaux et propose de faire passer le nombre de lits gratuits à 30% du total et la gratuité des soins ambulatoires
10	08/02/2007	Le GNCTD, suivant les recommandations du rapport Qureshi propose faire passer le nombre de lits gratuits à 10% et de patients soignés gratuitement en ambulatoire à 25% du total.
11	22/03/2007	La DHC rend son jugement et condamne les hôpitaux. La DHC approuve les dernières recommandations du GNCTD et ordonne la création d'un système d'évaluation et de référencement des patients pauvres
12	05/05/2008	Plusieurs hôpitaux portent l'affaire devant la Court Suprême qui suspend le jugement mais les enjoint de prendre part au nouveau programme lancé par le GNCTD suite au jugement de la DHC
13	05/07/2011	La Court Suprême demande aux hôpitaux des clarifications sur le coût de la gratuité de soins. La Court Suprême constate que le taux d'occupation des lits gratuits reste beaucoup trop faible.

DDA : Delhi Development Authority
 DHC : Haute Court de Delhi
 GNCTD : Gouvernement de Delhi
 IMCL : Indraprastha Medical Corporation Ltd.
 L&DO : Land & Disposal Office



Sources : Delhi High Court, 2009
 Supreme Court of India, 2011

Illustration 20: La judiciarisation du PPP dans le secteur hospitalier de Delhi

Au cours des deux procédures, les juges ne manquent pas de rappeler à l'ordre régulièrement les pouvoirs publics et notamment le GNCTD sur la constitution de comité d'évaluation des différents programmes de PPP. Les juges sont donc aussi tributaires du temps de l'administration pour pouvoir rendre un jugement éclairé. Enfin dans ses jugements, la Haute Cour de Delhi ne manque jamais de dénoncer la mauvaise volonté voire la mauvaise foi des hôpitaux privés. Leurs arguments notamment sur l'étendue de la gratuité des soins et son coût pour les hôpitaux sont démolis par les juges au nom du droit à la santé pour les citoyens de Delhi, droit reconnu par les conventions internationales, mais aussi par la Constitution Indienne comme nous l'avons présenté dans le premier chapitre. Les juges soulignent aussi que soigner des patients ne s'arrête pas à un lit d'hospitalisation ou à une consultation médicale, fussent-ils gratuits, mais doit évidemment inclure les médicaments, les tests médicaux, les procédures médicales (chirurgie,...) qui vont permettre de soigner le patient.

Les juges de la Haute Cour de Delhi sont donc devenus au gré des différentes procédures, des acteurs incontournables de la régulation du PPP dans la distribution des services hospitaliers. Surtout, les *Public Interest Litigations*, mobilisés par des ONG comme Social Jurist permettent de défendre les intérêts de la population notamment sur la base du droit à la santé et de la Constitution. Les citoyens et donc les patients font enfin leur apparition dans la gouvernance du système hospitalier. On peut toutefois remarquer, que la judiciarisation de la régulation du secteur hospitalier privé pose de nombreuses questions. Tout d'abord, les procédures sont extrêmement lentes et s'étalent sur plusieurs années, parfois plus de dix ans. Les sociétés privées ont par ailleurs toujours la possibilité de contester devant la Cour Suprême les décisions de la Haute Cour de Delhi, comme IMCL n'a pas hésité à le faire. Ensuite on peut s'interroger, sur les conditions et les modalités d'exécution des jugements de la Haute Cour de Delhi. Si s'appuyer sur des normes et des principes de gratuité des soins, pensées il y a plus de vingt-cinq ans, fait sens d'un point de vue légal, ces conditions et ces modèles de distribution des soins sont-ils toujours pertinents aujourd'hui ? Si peu d'hôpitaux ont joué le jeu, combien auraient vraiment réussi à remplir ces conditions de gratuité des soins ? D'autres modèles de distribution des soins sont-ils possibles aujourd'hui ? Pouvaient-on envisager d'autres solutions ? Enfin, on peut aussi s'interroger sur la crise de légitimité des pouvoirs publics. Incapables de prendre des décisions adéquates et de frapper fort, avec par exemple l'annulation des baux et la récupération des hôpitaux, la judiciarisation du PPP délégitime un peu plus des agences comme la DDA, le L&DO ou même la DHS. Cette inefficacité peut être reliée à l'absence de pression politique sur ces sujets. La santé n'est pas un argument électoral majeur pour les élus et les politiciens contrairement à d'autres sujets comme l'électricité, les routes, et l'eau (*bijli, sadak, paani*). En dehors des inaugurations d'hôpitaux gouvernementaux qui restent vides plusieurs années, ou d'hôpitaux privés qui n'ont de caritatif que le nom, les politiciens de Delhi s'intéressent peu au secteur hospitalier et à ses dérives (entretien contact n°93, entretien contact n°53).

La séparation entre l'exécutif et le législatif au sein de l'administration est telle que seuls les juges sont en mesure d'intervenir pour défendre l'intérêt public et les droits des citoyens à la santé.

B.3. « Any other bid ? » : la marchandisation des réserves foncières publiques.

Si la faillite des modèles de PPP dans le secteur hospitalier a abouti à une judiciarisation croissante du mode de gouvernance, elle a aussi eu d'autres conséquences comme la marchandisation des réserves foncières publiques. Face à la corporatisation déguisée du secteur hospitalier, via des contrats de gérance entre sociétés caritatives et sociétés commerciales, ou par la création de sociétés caritatives écrans contrôlées par des groupes industriels et financiers, les pouvoirs publics réagissent. En juin 2000, le comité dirigé par A.S. Qureshi conclut que devant ces violations flagrantes, la mise à disposition de terrains à des prix subventionnés doit être abandonnée et les sociétés devront payer désormais le prix du marché. La DDA passe une notification dès le 18 août 2000 pour amender le système d'attribution et passer à un système de mise aux enchères des terrains hospitaliers. La DDA utilise un système de mise aux enchères pour tout terrain à usage commercial, comme par exemple dans le secteur de l'hôtellerie. Le gouvernement amende les *Nazul Land Rules* le 5 juillet 2002 pour autoriser la mise aux enchères de terrains à destinations des sociétés hospitalières privées. Quelles sont les conséquences de ce nouveau système d'attribution des parcelles sur le développement du secteur hospitalier et notamment sur le secteur hospitalier privé ?

A partir de plusieurs sources (DDA, 2007, 2009, rapport du Public Action Committee 2003 et dossiers de la Delhi High Court, 2000, CAG, 2004) et d'entretiens menés auprès des services de la DDA nous avons rassemblé différentes données portant sur ces parcelles (taille, prix, date d'attribution, de possession, nom et statut de la société). En raison de certaines inconsistances d'une source à l'autre nous avons toujours privilégié la source d'information la plus récente. Nous avons aussi actualisé les informations afférentes au statut du projet d'hôpital. Afin de bien comprendre la rupture que la procédure de mise en enchère a pu représenter, nous présenterons aussi les parcelles distribuées par la DDA aux sociétés privées dans les années 1980 et 1990. Lorsque certaines informations ne pouvaient être récupérées (par exemple le prix du m²), nous avons alors exclu ces infrastructures des calculs. 87 parcelles auraient été attribuées à des sociétés privées pour la construction d'infrastructures de santé par la DDA. Si les projets d'hôpitaux ont été les principaux bénéficiaires de ces pratiques, des dispensaires de santé souvent créés par des organisations religieuses ont aussi bénéficié des mêmes avantages fonciers (12 projets au total). Nous avons exclu ces projets de notre analyse, tout comme deux terrains attribués à des entreprises de diagnostic médical en 2004. Nous avons aussi exclu plusieurs projets

antérieurs à 1977 ou non-renseignés quant à leur ancienneté. Nous obtenons au final une liste de 68 parcelles attribuées à la construction d'hôpitaux privés entre 1977 et 2009 par la DDA.

Statut des sociétés privées et parcelles hospitalières (1977-2009)

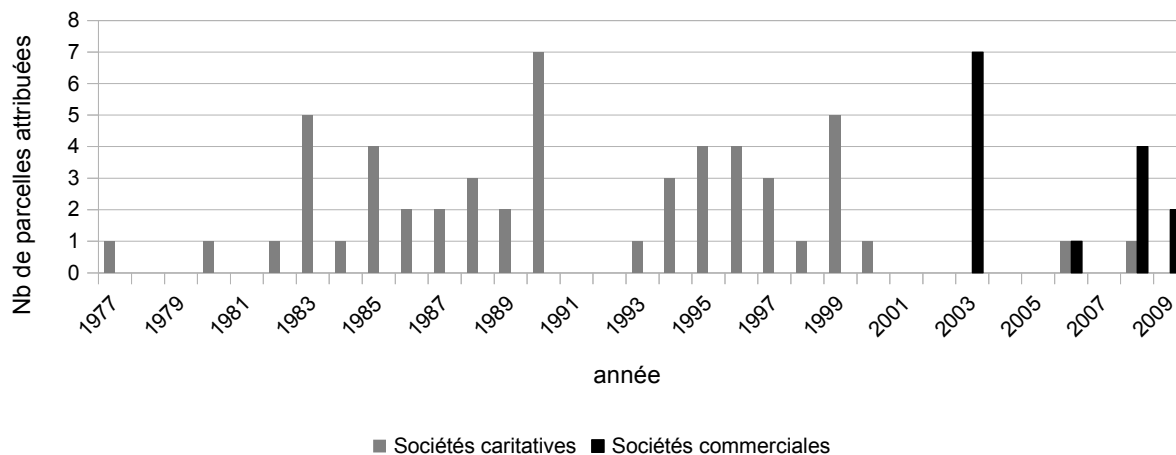


Tableau 26: Statut des sociétés privées et parcelles hospitalières (1977-2009)

Entre 1977 et 2009, près de 68 parcelles de la DDA furent attribuées à des sociétés privées pour la construction d'hôpitaux. Le Tableau 26 (p.207) présente le nombre de parcelles attribuées par an et le statut du bénéficiaire : une société caritative ou une société commerciale (Pvt Ltd). 54 parcelles furent attribuées à des sociétés caritatives et 14 parcelles à des sociétés commerciales. On peut discerner trois périodes de huit années chacune. 38 % des parcelles furent attribuées entre 1983 et 1990. 34 % de parcelles furent de nouveau attribuées entre 1993 à 2000. Enfin à partir de 2002 et la mise en place du système des enchères, le nombre de parcelles attribuées représente 23 % du total des attributions. À partir de 2003, les sociétés commerciales (Pvt Ltd) sont les principales bénéficiaires des terrains de la DDA. Sur seize parcelles, seules deux parcelles ont été attribuées à une seule et même société caritative en 2006 et en 2008.

Le prix moyen des parcelles hospitalières attribuées par la DDA (1977-2009)

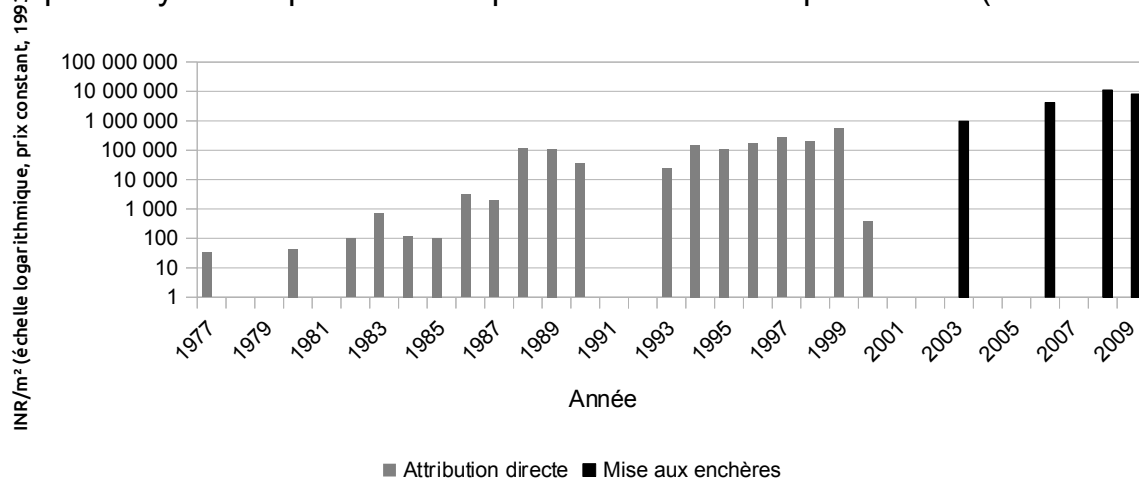


Tableau 27: Le prix moyen des parcelles hospitalières attribuées par la DDA (1977-2009)

Le Tableau 27 (p.208) présente le prix moyen des parcelles (en ₹/m² au prix courant) attribuées par la DDA à la construction d'hôpitaux. Le calcul du prix de chaque parcelle est déterminé par différentes méthodes qui vont évoluer au fil des décennies. Jusqu'en 1995-96 les prix étaient fixés par arrêté du gouvernement central et du ministère central des affaires urbaines, l'organisme de tutelle de la DDA. À partir de 1996 la DDA proposera elle-même les tarifs pour approbation du ministère. La méthode de calcul des prix s'en trouve modifiée. À partir de 1996, le calcul du prix d'une parcelle est effectué par tranche : 1 M. ₹ pour le premier acre, 2 M. ₹ pour le deuxième acre. Alors que dans les années 1980, le prix est fixé à 10000 ₹ par acre (soit 2,47 ₹/m²). Il faut parfois y ajouter 600000 ₹ par acre (soit 148,26 ₹/m²) pour les surfaces utiles à la construction de logements pour le personnel. Ce dernier tarif fut exclu car aucune des sources consultées ne spécifiaient, la taille exacte de la superficie consacrée aux logements du personnel (même dans les contrats de bail consultés). Le prix fixé pour l'hôpital fut donc appliqué à l'ensemble de la parcelle. Par souci de clarté, nous avons rapporté la somme totale des transactions à la superficie totale des terrains vendus pour chaque année. Afin de contrôler les effets de la fluctuation de la roupie indienne (₹) au cours des trente dernières années, le montant des transactions a été recalculé en prix constant en prenant l'index des prix de 1993 comme base de comparaison³⁸.

L'emploi d'une échelle logarithmique s'est avéré nécessaire pour rendre compte de l'envolée des prix des parcelles hospitalières depuis trente ans, même après avoir contrôlé la fluctuation de la roupie indienne. On passe ainsi de 33 ₹ au m² en 1977 à plus de 11,1 M. ₹ au m² en 2007. Avant 1994, la DDA

38 Whole Price Index : <http://eaindustry.nic.in/> Merci à Himanshu et Basudeb Chaudhuri pour ce lien.

demandait le paiement de 10000 ₹ par acre pour des terrains attribués à des hôpitaux ou des dispensaires. À partir de 1994, les prix s'ajustent au prix zonal référent qui s'ajustent eux sur les prix du gouvernement central pour les institutions éducatives et culturelles suivant le principe de « pas de profits, pas de pertes ». Ces nouveaux prix tiennent compte des coûts d'acquisitions, de développement, et doivent rester inférieur aux prix du marché. Cette situation explique certainement pourquoi entre 2000 et 2003 il n'y eut aucune attribution de terrain. Le nouveau système de mise aux enchères s'il garantit une plus grande transparence, entraîne aussi une inflation accrue des prix moyens des terrains.

En 2003, le prix de réserve des terrains s'établit à 2200 ₹/m², une somme bien supérieure aux prix atteints lors des décennies précédentes. Surtout, la mise aux enchères et l'ouverture aux sociétés commerciales décuplent les enjeux autour de certains terrains. Après plusieurs années sans attribution de parcelles, l'année 2003 a vu sept parcelles être attribuées au cours de deux enchères (05/03/2003 et 22/12/2003). Certaines parcelles furent âprement disputées entre plusieurs sociétés.

Par exemple Max Healthcare et Fortis Healthcare, deux chaînes hospitalières cherchant à développer leur réseau à Delhi furent intéressées par la même parcelle située dans le South Delhi, à Saket. Pour Max Healthcare l'obtention de cette parcelle était d'une importance capitale, le groupe contrôlant l'hôpital mitoyen à cette parcelle (entretiens contact n°35, n°48). En développant un nouvel hôpital sur cette parcelle, Max Healthcare pouvait espérer de nombreuses synergies entre les deux établissements (partage des services de laboratoire, restauration, plateau téléphonique, management). Bien décidé à entrer sur le marché hospitalier de Delhi, Fortis Healthcare était aussi très intéressé par ce terrain de 9000 m² (entretien contact n°88). Le prix de réserve de 43,6 M. ₹ s'envola pour atteindre 101,1 M. ₹ (+132 %, 1,7 M. €)³⁹. Au final le prix moyen du m² pour une parcelle de terrain hospitalier s'établit à 5609 ₹ soit une hausse de +50 % par rapport au niveau record atteint en 1999. Il n'y eut pas de mise aux enchères en 2004 et 2005 pour des parcelles d'hôpitaux. En 2006, le prix de réserve des parcelles atteignit de nouveaux sommets : 30000 ₹/m² et 13650 ₹/m² pour les deux parcelles attribuées cette année-là. L'inflation inhérente aux enchères fut beaucoup plus mesurée à partir de 2006. Parce que les enjeux financiers deviennent encore plus importants et parce que les parcelles disponibles sont situées dans des zones en phase d'urbanisation (Dwarka) ou toujours en friche (Narela). En 2008, le prix moyen du m² atteint 58254 ₹/m².

39 Certains mettent aussi cette envolée du prix de cette parcelle en relation avec la concurrence féroce que se livre un oncle (Analjit Singh, Max Healthcare) et ses deux neveux (Malvinder et Shivinder Singh, Fortis Healthcare) sur fond de conflits autour de l'héritage du patriarche, Mohan Bai, fondateur de Ranbaxy et à l'origine de l'immense fortune des deux branches de la famille.



Illustration 21: Le Max Devki Devi Hospital et le Max Superspeciality Hospital en construction (2005)

La mise aux enchères des terrains interpelle sur plusieurs points. Tout d'abord les sociétés caritatives sont dans l'incapacité financière d'acheter ces terrains. Si par le passé elles étaient les seules bénéficiaires des terrains de la DDA, la mise en concurrence directe face aux chaînes hospitalières leur ôte tout espoir d'acquérir de larges parcelles. Une société caritative comme le Venu Eye Institute aurait-elle jamais pu acquérir un terrain en 2006 ? Toutefois des sociétés religieuses ont pu investir dans l'achat de parcelle. Les mauvaises pratiques de certaines sociétés et le nouveau modèle d'attribution des parcelles qui en ont découlé doivent-ils pénaliser les sociétés caritatives qui remplissent leurs missions auprès des patients pauvres ? Au cours de ces mises aux enchères, on ne trouve plus aucune condition par rapport à la prise en charge de patients pauvres ou la réservation de lits gratuits. L'activité hospitalière est donc considérée comme une activité commerciale au même titre que l'hôtellerie.

Par ailleurs, la mise aux enchères entraîne des dérives inflationnistes lorsque plusieurs sociétés sont intéressées par la même parcelle. Le rôle de planificateur et d'arbitre de la DDA s'efface alors au profit

d'une logique purement marchande. La DDA met ainsi aux enchères l'ensemble des terrains prévus pour la construction d'hôpitaux. La DDA ne cherche pas à donner la priorité à des terrains situés dans des espaces peu ou mal équipés et ainsi à forcer la main des opérateurs privés en bloquant la mise à disposition de terrains situés dans des espaces déjà bien équipés comme le South Delhi. Cette logique aboutit parfois à des absurdités comme la mise aux enchères d'un terrain sans chemin d'accès propre et attenant à d'autres hôpitaux déjà construits. Tout futur acquéreur devra donc demander l'autorisation de créer une voie d'accès à un de ses concurrents directs. Au final, entre 2003 et 2009, les sociétés commerciales ont dépensé 2 Mds ₹ (43,2 M. €) pour l'acquisition de quatorze terrains de la DDA. Les sociétés caritatives entre 1977 et 2008 avaient dépensé 900 M. ₹ (19,4 M. €) pour 54 parcelles. On peut aussi se demander pourquoi Wockhardt Hospitals, une grande chaîne hospitalière, a vu le prix de sa parcelle multipliée par quatre dans un quartier, Pitampura, pourtant moins intéressant que dans le South Delhi. En faisant monter les enchères, des concurrents mal intentionnés auraient-ils voulu faire payer le prix fort à cette chaîne hospitalière absente du Delhi mais en plein développement en Inde ? Ayant participé à deux mises aux enchères, en 2008 et 2009, on s'est interrogé sur la présence de certains groupes comme Max Healthcare ou Apollo Hospitals qui nous avaient pourtant annoncé lors d'entretiens précédents ne pas vouloir s'étendre sur le territoire de la NCTD mais plutôt vers les villes-satellites (Gurgaon, Noida) ou augmenter la capacité de leurs hôpitaux in situ (entretiens contact n°33, n°35, n°38).

La DDA gagne de l'argent mais pour quel usage ? L'argent qui allait autrefois à la corruption vient aujourd'hui dans les caisses de la DDA. La corruption et les ententes auraient-elles disparu du jour au lendemain ? Si chaque procédure de mise aux enchères est enregistrée par vidéo et annoncée par voie de presse, mesures censées en garantir la transparence, il est piquant de noter que la responsable des mises en vente de parcelles institutionnelles de la DDA a été épinglée dans une enquête du *Central Bureau of Investigation* pour des faits de corruption en 2000 sur la vente de terrains et d'appartements construits par la DDA. Cette responsable s'en sortira « miraculeusement » avec une simple mise à pied en 2001, après d'intenses tractations en coulisse. À la sortie de chaque mise aux enchères, un certain nombre d'intermédiaires sollicitent les nouveaux acquéreurs de terrains pour leur proposer leurs services, comme par exemple surveiller leurs parcelles, réaliser tout ou partie de la construction (terrassement,...), les accompagner dans le long parcours qui va suivre jusqu'à l'ouverture de leur hôpital (demande d'autorisations auprès des différentes autorités,...) (entretiens contact n°71, 72, 73).

L'Illustration 22 (p.213) présente la distribution des parcelles distribuées avant et après la mise en place du système de mise aux enchères, ainsi que les prix de chaque parcelle (₹/m²). Si on constate à nouveau la forte augmentation des prix sur le long terme (voir la discrétisation des prix), on peut tirer d'autres

enseignements de cette carte. Avec la mise aux enchères, la géographie d'une certaine manière reprend ses droits. On constate que la taille des parcelles attribuées en périphérie est bien inférieure aux parcelles attribuées en centre ville. Si des zones de futurs développements (subcity) comme Narela ou Dwarka présentent des tarifs inférieurs à d'autres quartiers, la position périphérique des parcelles n'encourage pas les sociétés privées à surenchérir ou à acquérir de grandes parcelles et donc construire de grands hôpitaux. C'est d'ailleurs une tendance assez générale. La taille des parcelles attribuées après 2000 diminue sous le coup de l'explosion du prix du m² mais aussi sous celui des changements dans les modèles de distribution des soins hospitaliers qui privilégient la rentabilité au volume de patients traités. Les sociétés se positionnent sur des terrains à Dwarka en prévision du développement rapide de cette zone urbaine avec l'arrivée récente du métro (entretiens contact n°69, n°70).

Des terrains contre lits : le prix des parcelles (1977-2009)

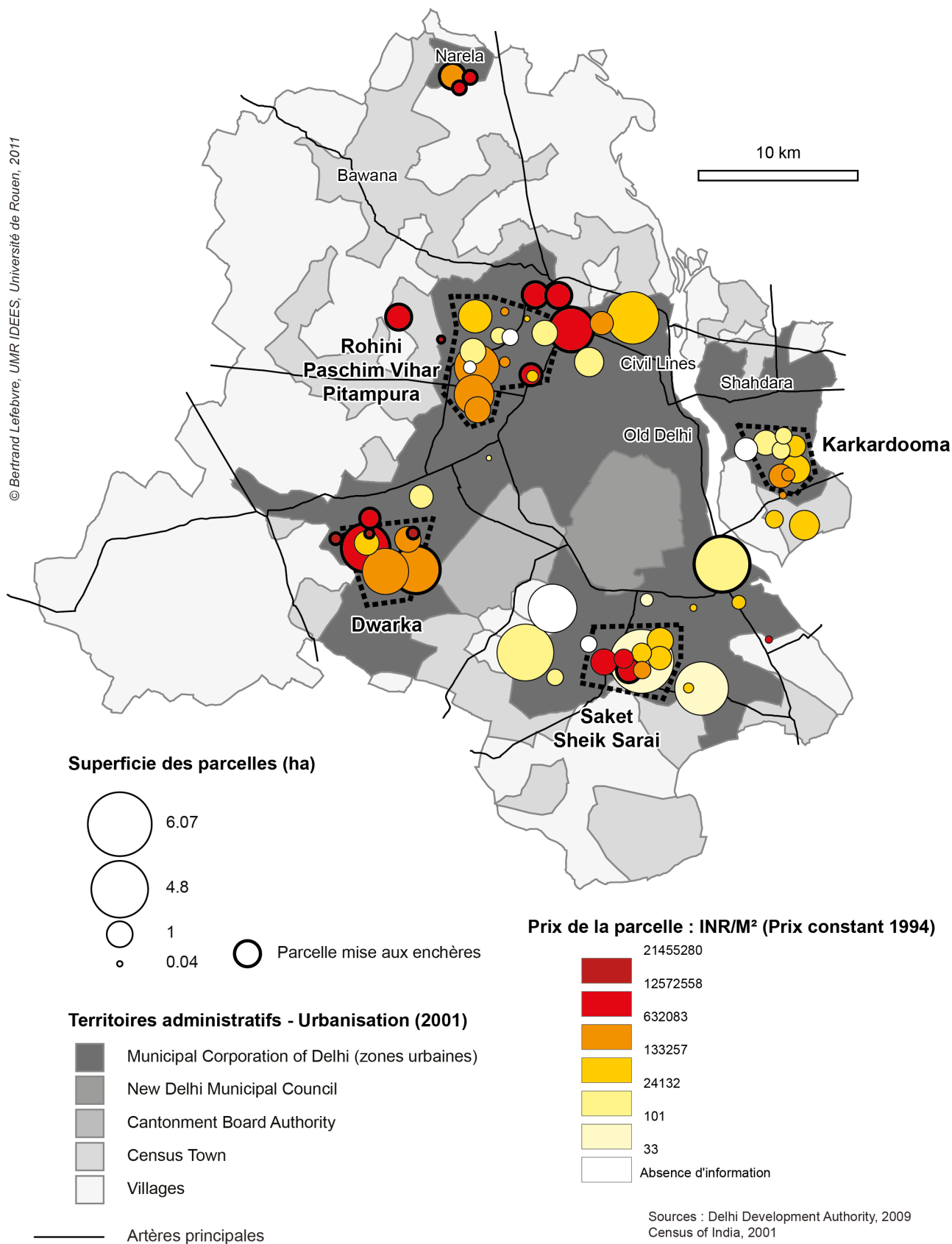


Illustration 22: Des terrains contre des lits : le prix des parcelles (1977-2009)

C. De nouveaux modèles de PPP à inventer pour garantir l'accès aux services hospitaliers pour tous

C.1. Le programme EWS : un héritage difficile à gérer



Illustration 23: L'affichage de la participation au programme EWS (2009)

Suite aux expériences décevantes des années 1980 et 1990, de nouveaux modèles de PPP vont être mis en place dans le secteur hospitalier de Delhi dans les années 2000. Le jugement rendu par la Haute Cour de Delhi (22/03/2007) sur le programme « terrains contre lits » impose au GNCTD la mise en place d'un programme pour garantir l'accès des patients pauvres aux hôpitaux privés ayant bénéficié de terrains à prix subventionné. Dans son jugement la Haute Cour de Delhi impose aux hôpitaux de garder 10% de leurs lits pour soigner gratuitement les patients pauvres et 25% de leur activité ambulatoire. Par ailleurs les hôpitaux gouvernementaux devront désormais envoyer des patients pauvres vers ces hôpitaux privés. Une réunion rassemblant les avocats de Social Jurist, des représentants des hôpitaux gouvernementaux, de la DHS et du ministère de la santé du GNCTD est organisée le 3 avril 2007 pour établir un programme répondant au jugement de la Haute Cour de Delhi. Le jugement de la Haute Cour de Delhi ne va pas seulement couvrir les hôpitaux qui ont bénéficié de terrains publics à partir des années 1980 mais va aussi inclure des hôpitaux beaucoup plus anciens comme le Moolchand Hospital, le Sir Ganga Ram Hospital, le Jessa Ram Hospital, le Dr BL Kapur Hospital et le St Stephen's Hospital. Ces hôpitaux ont bénéficié en leur temps du soutien des pouvoirs publics et ont obtenu des parcelles publiques à prix subventionnés.

Le programme EWS (*Economic Weaker Section of the Population*) impose plusieurs règles aux hôpitaux pour s'assurer de la bonne application du jugement. 10 % des patients hospitalisés et 25 % des patients traités en soins ambulatoires doivent être des patients pauvres soignés gratuitement. Un patient est considéré comme pauvre si les revenus mensuels du foyer sont inférieurs à 5000 ₹ par mois (4000 ₹ depuis le 02/11/2007). Une déclaration de l'employeur, un bulletin de paie, une carte de rationnement (BPL Card) peuvent servir de justificatif de revenus. La gratuité des soins couvre aussi bien le lit d'hospitalisation que les repas, les examens médicaux, les procédures chirurgicales et les médicaments. Les hôpitaux doivent enregistrer les patients soignés dans le cadre de ce programme et inclure leur adresse de résidence, les traitements reçus, les dépenses engagées et les documents prouvant la pauvreté du patient. Tout hôpital gouvernemental ayant envoyé un patient se faire soigner dans un hôpital privé doit recevoir un rapport sur les traitements engagés. Une équipe d'inspection composée d'avocats de Social Jurist, et de plusieurs représentants gouvernementaux doit recevoir chaque trimestre le détail de l'activité de chaque hôpital. Les hôpitaux privés devront signaler à l'entrée de leur établissement qu'ils participent au programme EWS (Illustration 23 p.214) et avoir un bureau d'accueil spécifique pour ce programme. Un médecin ou un responsable doit être nommé comme coordinateur référent (*nodal officer*) et superviser le programme EWS dans chaque hôpital privé. Deux fois par jour ce coordinateur devra envoyer à la *Delhi Nursing Home Cell* le nombre de lits occupés et de lits vacants. Le comité d'inspection a le droit de visiter l'hôpital à n'importe quel moment pour vérifier la bonne application du programme. Un médecin doit être nommé dans chaque hôpital gouvernemental comme coordinateur afin de diriger les patients vers les hôpitaux privés. Le non respect de ces règles impliquera des sanctions à l'encontre des hôpitaux fautifs. Les hôpitaux privés qui ne sont pas encore construits devront s'acquitter d'une amende auprès du GNTCD.

Le programme EWS : les hôpitaux privés participants au programme

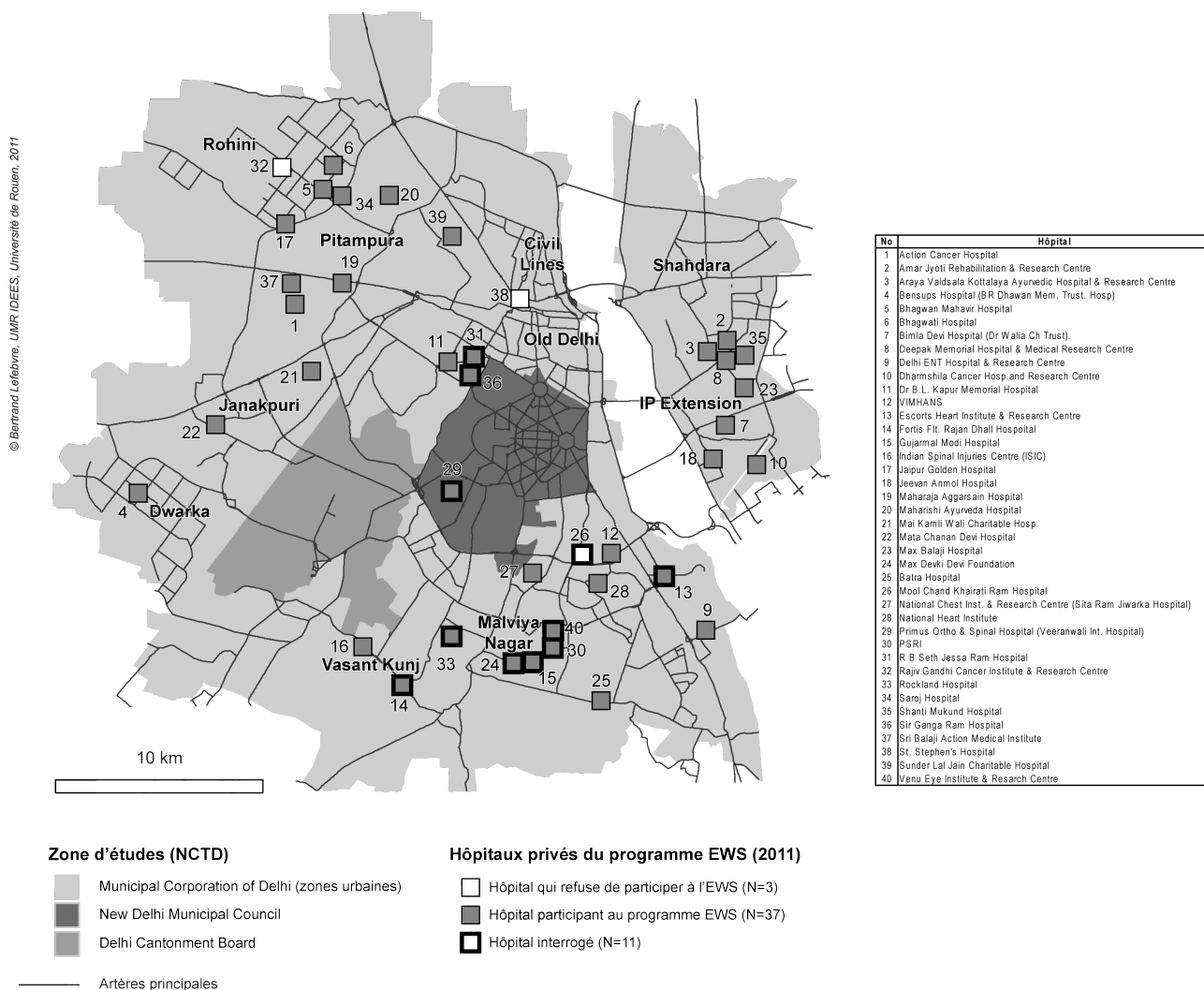


Illustration 24: Programme EWS : les hôpitaux privés participants au programme

Ce programme EWS doit donc permettre aux patients pauvres d'avoir enfin accès aux lits des hôpitaux privés ayant bénéficié du PPP. Ce programme permet surtout de régler plusieurs problèmes du premier modèle de PPP, « terrains contre lits ». Tout d'abord les objectifs sont harmonisés, clairement définis et encadrés. On a défini un patient pauvre et l'étendue de la gratuité à l'ensemble des soins. Le programme est supervisé par un comité de pilotage. Des coordinateurs sont désignés dans chaque hôpital. L'activité des hôpitaux est mesurée quotidiennement et chaque trimestre (entretien contact n°104). Ensuite, les hôpitaux privés et publics sont mis en réseau et les patients peuvent désormais passer d'un secteur à l'autre de manière coordonnée. L'affichage et la présence d'un accueil spécifique à l'entrée de chaque hôpital permettent aussi de gagner en clarté et en transparence pour les patients. En juillet 2011 le programme EWS compte 40 hôpitaux affiliés (Illustration 24 p.216). Les normes de la DDA, et

notamment la formation des Centres de Services (*Facilities Center*) impose une concentration de plusieurs hôpitaux autour de quelques centres. Par ailleurs trois hôpitaux refusent d'appliquer le programme EWS et attendent le résultat de leur recours auprès de la Cour Suprême pour faire casser le jugement de la Haute Cour de Delhi et laisse à craindre des problèmes d'accessibilité pour les patients. Si ce programme vise à améliorer l'accès aux services hospitaliers pour les plus pauvres, quels en ont été les résultats au cours des dernières années ? Quels problèmes sont apparus ? Les objectifs ont-ils été remplis du point de vue du GNCTD et de la Haute Cour de Delhi ?

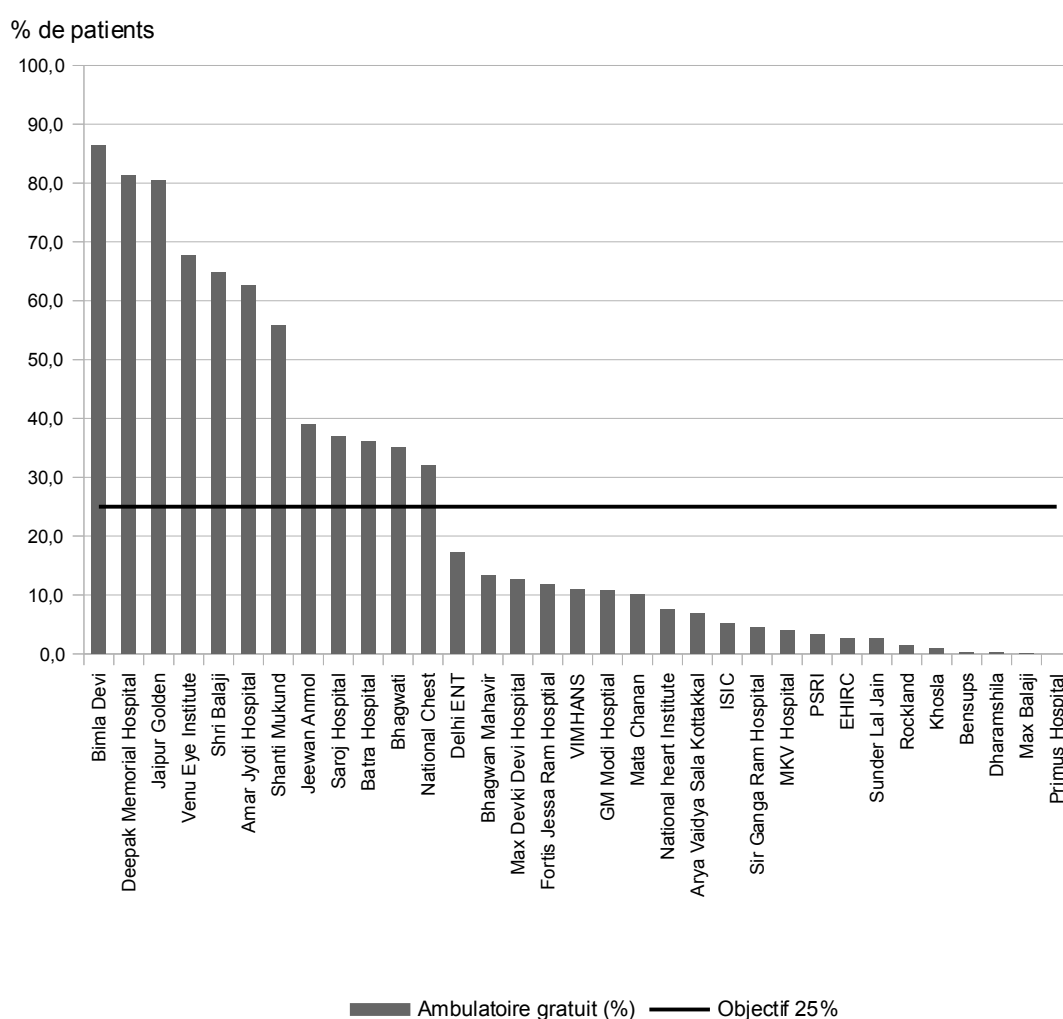


Tableau 28: Part des patients du programme EWS sur l'ensemble de l'activité ambulatoire des hôpitaux privés (Juillet-septembre, 2008)

Pour répondre à ces questions, nous avons conduit plusieurs entretiens auprès des différents acteurs de ce nouveau programme. Nous avons rencontré à plusieurs reprises les avocats qui ont porté l'affaire en justice (Social Jurist) et qui sont partie prenante du comité de pilotage. Nous avons aussi rencontré des responsables de la DHS et du secrétariat à la santé du GNCTD. Malgré plusieurs tentatives, il ne nous a

pas été possible de rencontrer des coordinateurs dans les hôpitaux gouvernementaux. Enfin nous avons visité onze hôpitaux privés et interrogé plusieurs coordinateurs, managers et médecins des différents hôpitaux impliqués dans le programme (Illustration 24 p.216, voir Annexe 1). Ces entretiens nous ont permis de comprendre le fonctionnement interne du programme et comment les acteurs se coordonnent et perçoivent ce programme. Entre 2009 et 2011 différentes données ont été obtenues auprès de différentes sources (DHS, Social Jurist, voir Annexe 3) pour nous permettre d'évaluer les résultats du programme EWS et de savoir si ce modèle de PPP donnait les résultats escomptés en matière d'accès aux soins hospitaliers pour les patients pauvres.

Les premières données que nous avons obtenues en janvier 2009 sur le programme EWS nous ont été fournies par l'ONG Social Jurist qui fait partie du comité de pilotage du programme. Ces données portent sur la part des patients pauvres soignés gratuitement en soins ambulatoires (Tableau 28 p.217) et en hospitalisation (Tableau 29 p.219) entre juillet et septembre 2008. Nous avons rappelé sur chacun des deux graphiques les objectifs fixés par la Haute Cour de Delhi. Les patients du programme EWS représentaient 28% des patients soignés en ambulatoire et 6% des patients soignés en chirurgie dans les 33 hôpitaux recensés à l'époque. Si l'objectif est atteint en matière de soins ambulatoires, les soins chirurgicaux sont en retrait. Ces moyennes cachent en réalité d'importantes disparités d'un établissement à l'autre. Sur les 33 hôpitaux, seuls 12 atteignent ou dépassent l'objectif de 25% de patients pauvres soignés gratuitement en soins ambulatoires et 9 hôpitaux atteignent ou dépassent l'objectif de 10 % de patients pauvres soignés en chirurgie gratuitement. 5 hôpitaux seulement remplissent leurs objectifs pour les deux catégories de soins. Un peu moins d'un an et demi après la création du programme EWS, les résultats sont donc décevants.

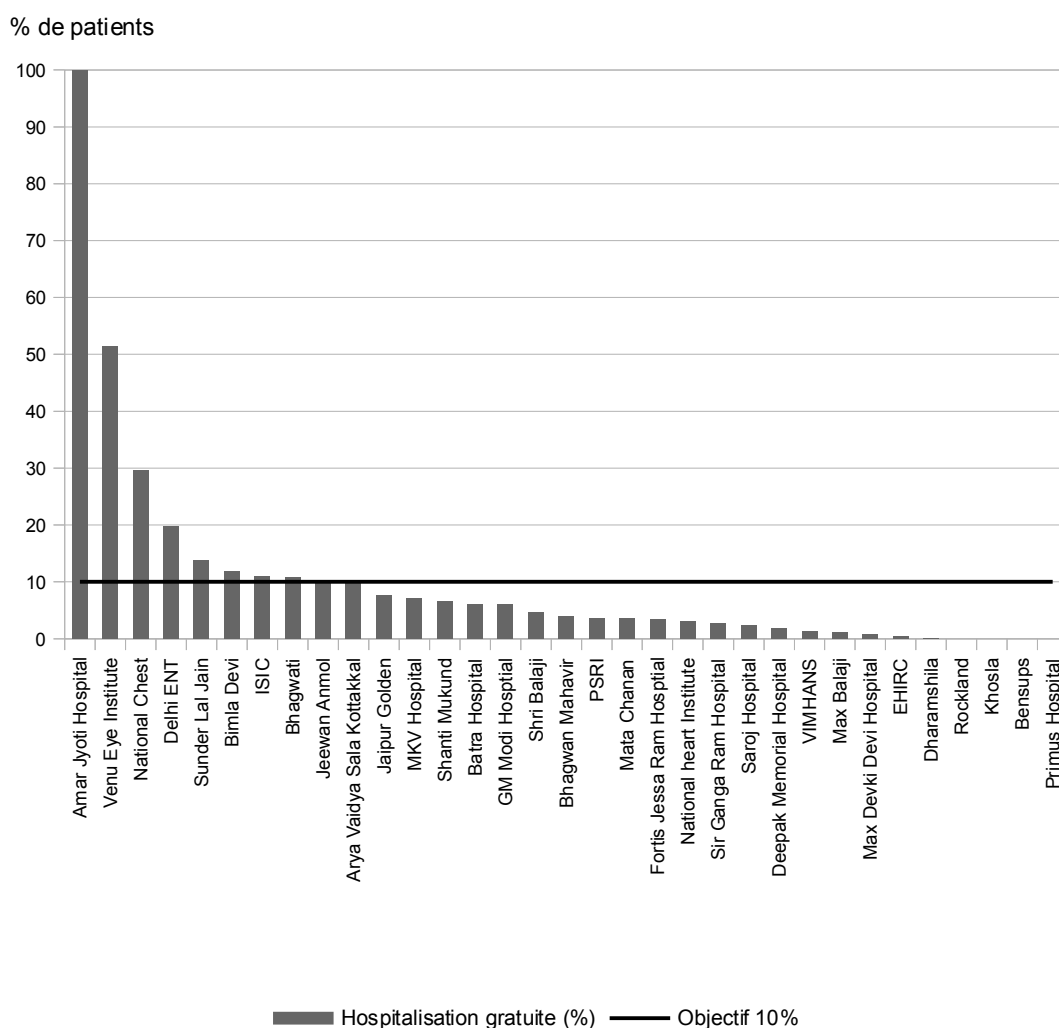


Tableau 29: Part des patients du programme EWS sur l'ensemble des hospitalisations dans les hôpitaux privés (Juillet-septembre, 2008)

Une partie de cet échec trouve son origine dans la faiblesse des transferts de patients du secteur public vers les hôpitaux privés. Ces transferts devaient permettre aux pouvoirs publics de s'assurer que les lits des hôpitaux privés étaient bien utilisés en permanence. Le Tableau 30 (p.220) présente le nombre de patients transférés des hôpitaux publics vers les hôpitaux privés dans le cadre du programme EWS entre avril 2007 et juin 2008. Sur les quinze premiers mois du programme, seuls 93 patients ont été transférés du secteur public vers le secteur privé; un chiffre très faible au regard de la capacité d'accueil des hôpitaux privés de l'époque (583 lits). Après la mise en application du jugement, on constate des résultats très variables d'un mois à l'autre : on passe ainsi de trois patients en juin 2007 à onze patients en juillet 2007 puis à nouveau à trois patients en août 2007. À partir du mois de septembre 2007, le nombre de patients transférés chaque mois se stabilise à plus de 10 patients. Mais à partir de février 2008, le nombre de transferts diminue très fortement. Lors des entretiens réalisés en 2009, certains

coordinateurs des hôpitaux privés affirmaient ne plus avoir reçu de patients du secteur public depuis plus de six mois. Les responsables de la DHS confirmaient à la même époque que le transfert de patients restait très intermittent.

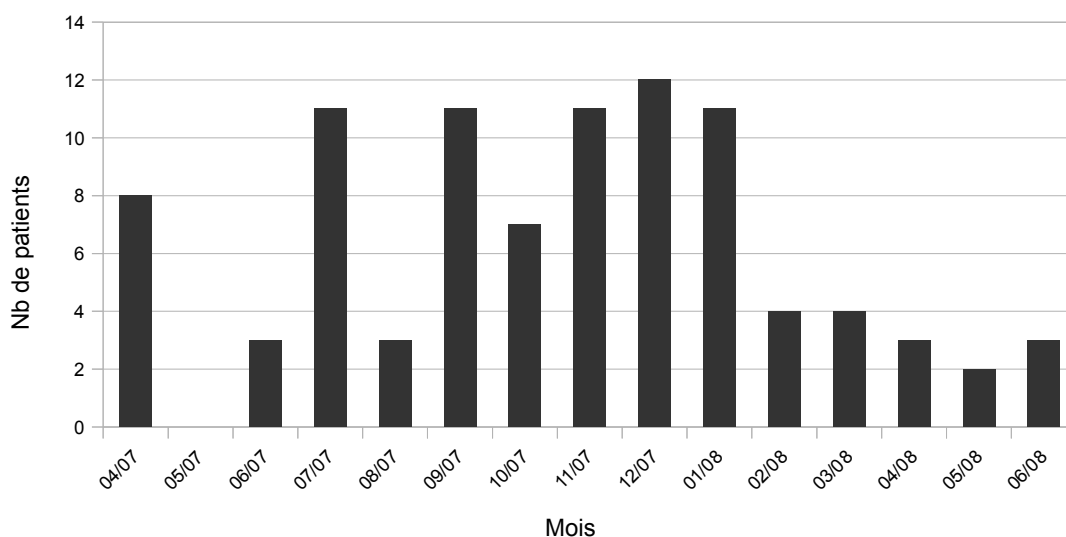


Tableau 30: Nombre de patients transférés des hôpitaux publics vers des hôpitaux privés (Programme EWS, 2007-2008)

Pourquoi la mise en réseaux des hôpitaux publics et des hôpitaux privés n'a pas donné les résultats escomptés ? Tout d'abord, il faut s'interroger sur la procédure en elle même. Le correspondant de l'hôpital public doit contacter son vis-à-vis de l'hôpital privé pour le prévenir et s'assurer que le patient trouvera bien un lit et qu'il sera traité par l'équipe médicale. Ensuite il faut que le coordinateur de l'hôpital public prépare un dossier médical et qu'une ambulance soit affrétée pour le transfert du patient. Il faut évidemment tenir au courant la cellule de la DHS du transfert. Le transfert de patient entraîne souvent une surcharge de travail pour les coordinateurs des hôpitaux publics qui ont souvent d'autres attributions (médecin-chef). Ils doivent à cette occasion coordonner plusieurs services (ambulance, examens médicaux, services-département) pour réaliser le transfert du patient. On peut d'ailleurs s'interroger sur la nécessité d'un transfert. Pourquoi transférer un patient s'il est déjà pris en charge dans l'hôpital public et qu'il y est soigné ? L'état de santé du patient rentre en ligne de compte pour décider de son transfert ou non. Un deuxième problème tient au manque de contact entre secteur public et secteur privé. Si chacun de leur côté les coordinateurs doivent référer de leur activité au comité de pilotage ainsi qu'à la DHS, le manque de contact interpersonnel direct ne permet pas de bâtir une relation de confiance. Ce manque de contact a souvent été déploré au cours des entretiens par les

coordinateurs du secteur privé. Ils ne savent pas qui est au bout du fil. Le coordinateur du GM Modi Hospital accueille volontiers les patients issus du secteur public mais au moment de notre entretien avec lui, il n'avait jamais reçu une seule demande issue des hôpitaux publics référents (entretien contact n°90). La plupart des patients envoyés par le secteur public viennent de l'hôpital gouvernemental voisin de Malviya Nagar. Ce coordinateur est en effet un ami proche du médecin-chef de cet hôpital public et ces deux médecins ont décidé de mettre en place un réseau informel. Inversement, comme nous en avons fait l'expérience lors de notre prise de contact avec les coordinateurs du secteur privé, il n'est pas rare que le coordinateur change au bout de quelques mois, ainsi que son numéro de contact. Il peut donc être difficile de joindre le coordinateur de l'hôpital privé. Devant ces changements intempestifs, les hôpitaux privés doivent désormais désigner un suppléant au coordinateur.

Depuis 2008, comment le programme EWS a-t-il évolué, notamment sur le volet hospitalisation qui nous intéresse ? Le jugement de la Haute Cour de Delhi impose à la DHS de publier en début de chaque mois sur son site Internet le nombre de lits disponibles et le nombre de lits occupés dans le cadre du programme EWS. Ces données constituent un instantané de la situation de chaque hôpital. Certains mois, des hôpitaux ne reportent pas leurs données à temps et leurs lits sont donc comptés vacants. Depuis janvier 2010, nous collectons ces chiffres pour mesurer l'évolution du programme EWS. Le Tableau 31 (p.222) présente pour les 10% de lits réservés dans chaque hôpital le nombre de lits vacants et occupés en moyenne entre janvier 2010 et juillet 2011. On constate que le nombre d'hôpitaux concernés est supérieur à 2008 (37 hôpitaux contre 33, 606 lits au total). Ensuite, la taille de l'établissement et donc le nombre de lits disponibles pour le programme EWS ne permettent pas de présager du succès du programme dans l'hôpital. Certains établissements de moins de cent lits accueillent en moyenne plus de patients en hospitalisations que des hôpitaux majeurs de plus de cent voire deux cents lits. Un autre enseignement de ce tableau tient aux très fortes variations d'un établissement à l'autre en termes d'occupation des lits.

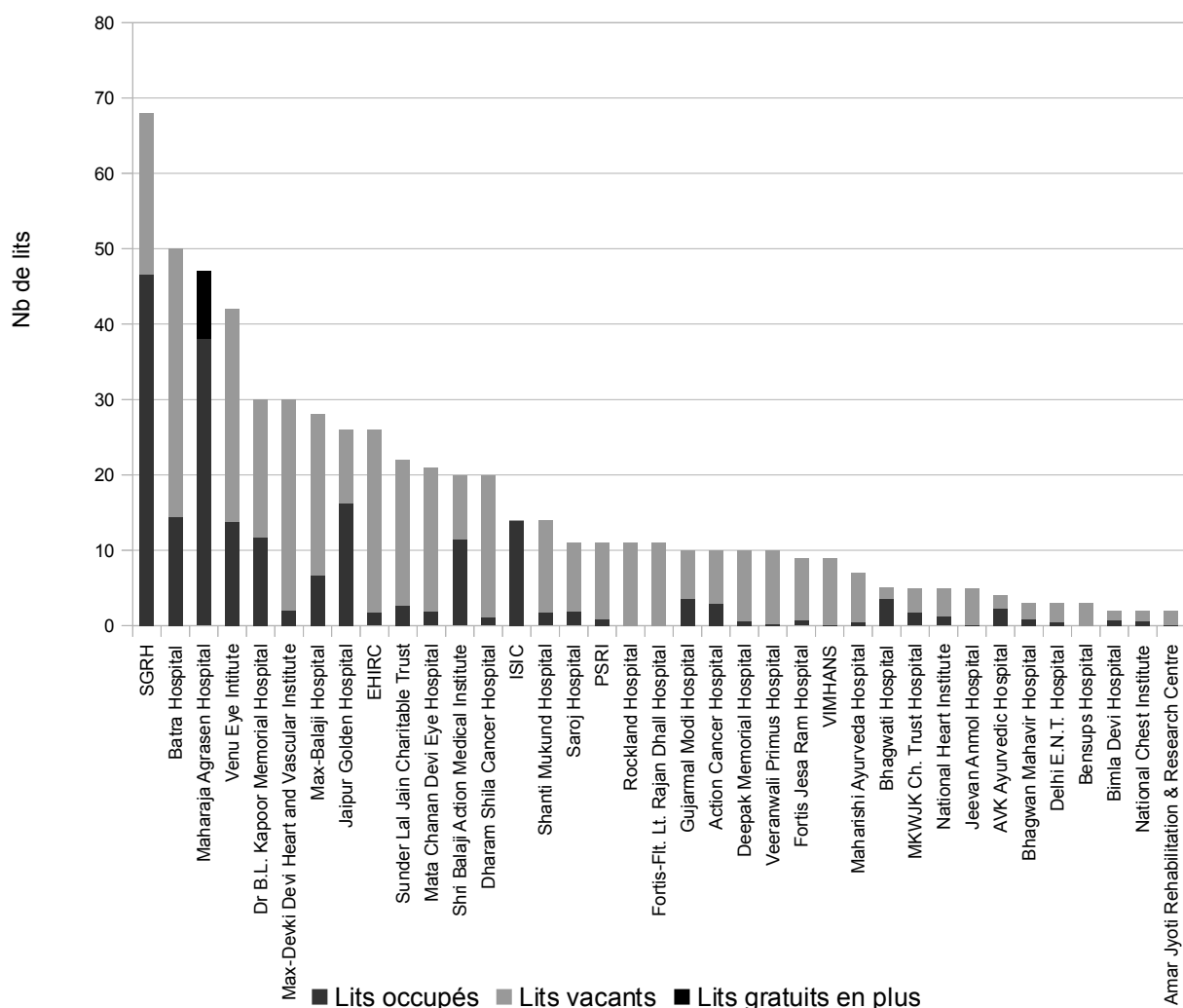


Tableau 31: Le programme EWS, la distribution moyenne des lits (Janvier 2010 - Juillet 2011)

Le Tableau 32 (p.223) présente le taux d'occupation des lits gratuits par mois pour huit hôpitaux ainsi que pour l'ensemble des hôpitaux du programme EWS (moyenne EWS). Nous avons choisi ces huit hôpitaux car ils sont représentatifs de la diversité des établissements participants au programme. L'ISIC et le Venu Eye Institute sont des hôpitaux spécialisés (orthopédie, soins oculaires). Le Sir Ganga Ram Hospital et le Batra Hospital sont de grands hôpitaux généralistes. L'EHIRC, le Max Devki Devi Heart & Vascular Institute et le Max Balaji sont des hôpitaux gérés par des chaînes hospitalières. Ce dernier hôpital et le GM Modi Hospital sont par ailleurs des hôpitaux généralistes de taille moyenne. On peut tout d'abord constater que sur l'ensemble des hôpitaux du programme EWS, le taux d'occupation des lits est supérieur à 20 % et avoisine en moyenne les 25%. En moyenne donc, un lit sur quatre du programme EWS est occupé au cours de la période considérée. Cette moyenne cache évidemment de grandes disparités d'un hôpital à l'autre mais aussi d'un mois à l'autre. Les hôpitaux gérés par les chaînes hospitalières (EHIRC, les hôpitaux Max) présentent sur l'ensemble de la période considérée des

résultats inférieurs à la moyenne, même si le Max Balaji Hospital présente sur plusieurs mois un taux d'occupation des lits dépassant les 30 %. À l'opposé, l'ISIC et le Sir Ganga Ram Hospital (SGRH) présentent des taux d'occupation excellents tout au long de la période considérée. Le Venu Eye Institute, le GM Modi et le Batra Hospital présentent en moyenne des résultats supérieurs à l'ensemble des hôpitaux mais aussi très variables d'un mois à l'autre. L'écart-type du taux d'occupation des lits de ces trois hôpitaux, respectivement de 32,2, 23,9 et 15, est largement supérieur à celui observé pour l'ensemble des hôpitaux (3,1).

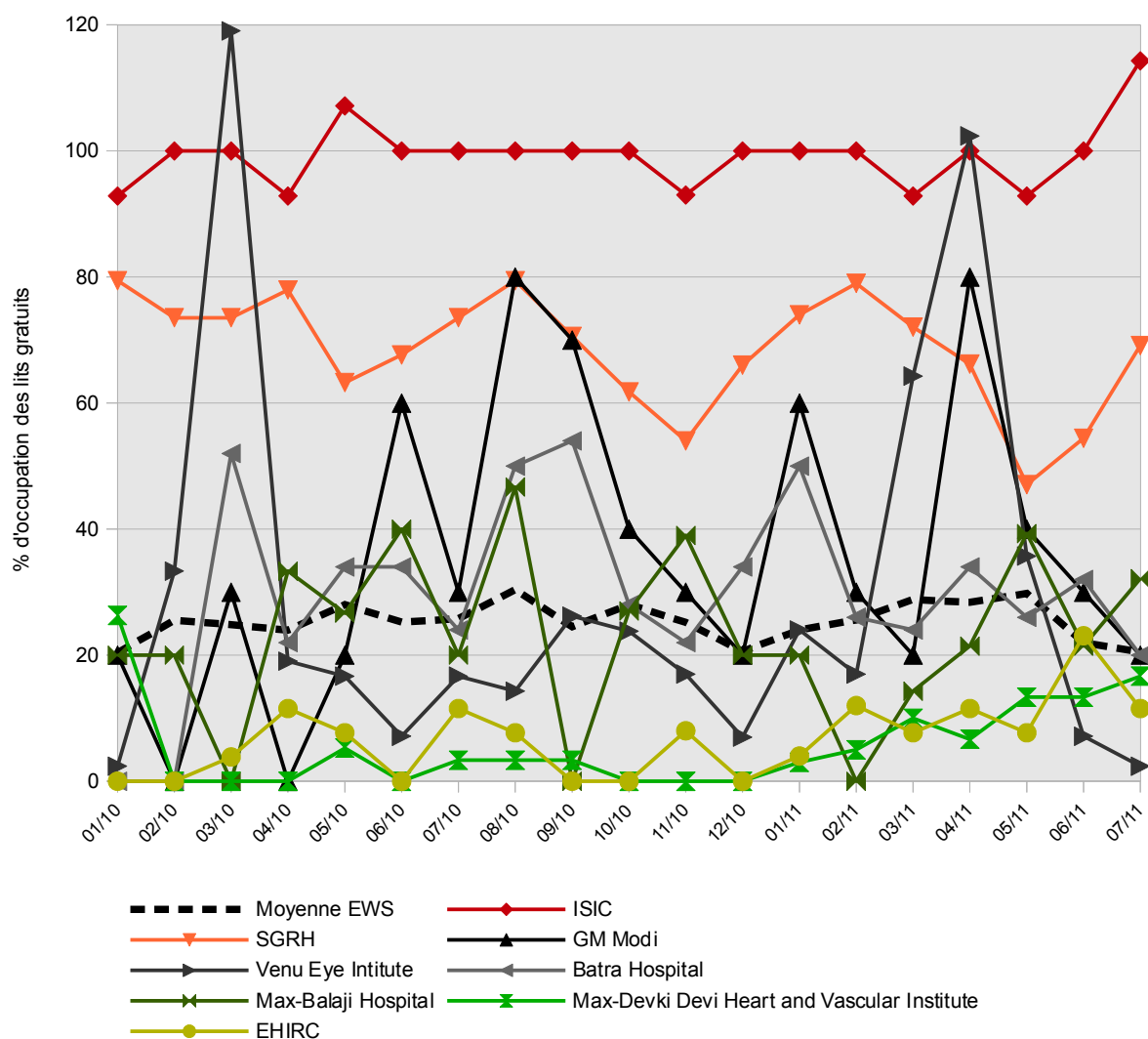


Tableau 32: Le taux d'occupation des lits gratuits dans différents hôpitaux (Janvier 2010 - Juillet 2011)

Comment expliquer de tels écarts entre les différents hôpitaux ? Il faut revenir au profil de chaque établissement. Le Sir Ganga Ram Hospital peut se targuer d'être un hôpital caritatif reconnu depuis plusieurs décennies. Si l'hôpital après une série d'agrandissements a aussi pris le train de la

corporatisation (tourisme médical, chambres individuelles, investissement dans l'équipement médical,...), il n'a pas attendu le programme EWS et mène sa propre politique d'accueil des patients pauvres et moins pauvres. En fonction du traitement et du profil socio-économique du patient, les médecins décident de lui faire payer tout ou partie du traitement (entretiens contact n°40, n°41). Après avoir connu une grave crise de fonctionnement au début des années 1980, l'hôpital est devenu très populaire et affiche lors des entretiens réalisés (2007, 2009) un taux d'occupation des lits de 100%. Le SGRH a passé des accords avec deux cliniques voisines pour accueillir les patients qu'il ne peut accueillir (entretien n°43). Ce bon taux d'occupation des lits rejaillit sur le programme EWS. Mais les responsables interrogés au SGRH se plaignent aussi de la paperasserie qui leur incombe avec le programme EWS et leurs griefs à l'encontre du programme en 2009 étaient nombreux. Ce contrôle de leur activité leur paraît bien inutile alors qu'ils mènent une politique déjà active en direction des patients pauvres. Les patients pauvres n'ont pas toujours de justificatifs de revenus et même s'ils sont pris en charge gratuitement par l'hôpital, ils ne peuvent être enregistrés dans le programme EWS. L'ISIC est un des rares hôpitaux de Delhi spécialisé dans l'orthopédie et la traumatologie. Il bénéficie d'un partenariat technique avec un hôpital gouvernemental de Milan (Italie) et a été créé par un ancien officier de l'armée indienne, lui même paralysé. Comme pour le SGRH, le taux d'occupation général de l'hôpital rejaillit sur le programme EWS. Les soins prodigués nécessitent par ailleurs un alitement qui explique en partie la bonne performance de l'hôpital en matière d'occupation des lits.

Comment expliquer les résultats irréguliers des hôpitaux comme le Venu Eye Institute, le Batra Hospital et le GM Modi (Tableau 32 p.223) ? Ces hôpitaux sont en fait impliqués dans des opérations de soins, des camps de soins (*health camp*) dans les slums de Delhi, mais aussi dans des zones rurales du nord de l'Inde. Ce sont souvent à la suite de ces camps que les patients pauvres sont pris en charge dans le cadre du programme EWS. Le Venu Eye Institute est ainsi à la tête d'un réseau d'hôpitaux et de cliniques mobiles dans les États voisins de Delhi (Uttar Pradesh, Haryana, Rajasthan). Ces camps permettent de détecter les problèmes de vue et de transférer les patients vers l'hôpital principal de Delhi pour des opérations de la cataracte en autre (entretien contact n°98). Par ailleurs, cet hôpital ne se contente pas d'offrir 10% de ses lits pour le programme EWS mais 75 % (42 lits) comme le stipule le statut de la société caritative, ce qui vient tempérer le caractère irrégulier de son taux d'occupation des lits.

Enfin comment expliquer la mauvaise performance des hôpitaux gérés par les chaînes hospitalières ? Les résultats des autres hôpitaux gérés par des chaînes hospitalières (Bensups, Rockland et Fortis-Flt. Lt. Rajan Dhall Hospital) sont encore plus faibles que ceux présentés dans le graphique, avec tout simplement aucun patient pauvre hospitalisé entre janvier 2010 et juillet 2011. Pourtant ces hôpitaux

comme le Fortis-Flt. Lt. Rajan Dhall Hospital ont un taux d'occupation des lits global plutôt bon (supérieur à 60% au moment des entretiens en 2008-09) voire très bon comme au Rockland et au EHIRC (> 90%). Mais comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, ces hôpitaux ciblent surtout des patients de la classe moyenne et les patients couverts par des assurances privées. Par ailleurs comme nous l'ont expliqué les coordinateurs du Fortis-Flt. Lt. Rajan Dhall Hospital et du Rockland, ces établissements récents, par leur architecture moderne et leur réputation, n'incitent pas les patients pauvres à franchir l'entrée de leur établissement (entretiens contact n°82, n°96). Les patients pauvres, même en ambulatoire, sont souvent très inquiets de devoir payer à un moment ou un autre dans ces établissements. Dans des hôpitaux mieux établis qui soignent des patients gratuitement depuis plusieurs années, les coordinateurs insistent sur l'importance des camps de santé pour attirer des patients pauvres qui, souvent faute d'information, n'osent pas venir vers ces hôpitaux privés. Ce manque d'informations est aussi dénoncé par les avocats de Social Jurist qui estiment que la publication de la liste des hôpitaux privés participants au programme EWS n'est pas assez régulière et reste limitée à la presse. Au final, le programme EWS est loin d'avoir résorbé les faillites du programme « terrains contre lits ». Les hôpitaux qui assuraient déjà leurs missions caritatives continuent, et les progrès des autres hôpitaux restent marginaux. La corporatisation du secteur hospitalier n'arrange rien et l'ancrage caritatif de l'établissement semble déterminant dans le succès du programme EWS, bien plus que les efforts de contrôle de la DHS.

C.2. La distance contre le programme EWS ?

A côté d'arguments sur le coût des soins et leur durée, un argument assez récurrent dans nos entretiens pour expliquer le faible taux d'occupation des lits gratuits du programme EWS tient à la localisation des hôpitaux. Certains hôpitaux privés seraient trop loin des quartiers pauvres et des slums (entretiens contact n°87, n°91, n°96). La distance serait un frein à l'utilisation du service. Cet argument paraît assez séduisant et fait écho à des phénomènes bien connus en géographie de la santé comme l'*Inverse Care Law* ou encore la loi de Tobler. On peut aussi ajouter l'effet des représentations des patients pauvres sur certains hôpitaux du programme, comme pour le Rockland Hospital et le Fortis-Flt. Lt. Rajan Dhall Hospital.

L'origine géographique des patients pourrait nous aider à évaluer si la distance joue vraiment un rôle majeur dans la réussite du programme EWS. De manière assez inattendue, alors que nous en avons fait plusieurs fois la demande en 2008 et 2009 auprès de la DHS et des hôpitaux enquêtés, des données sur l'origine géographique des patients ont été mises en ligne pour les mois de mars et juillet 2011. Nous avons donc décidé d'utiliser ces données pour vérifier si la distance pouvait être un critère discriminant

dans le succès du programme EWS au sein des différents hôpitaux. D'où viennent les patients ? Quelle distance doivent-ils parcourir ? Les patients des hôpitaux qui remplissent les objectifs du programme EWS vivent-ils à proximité de ces établissements ? Observe-t-on une corrélation entre distance à l'hôpital et taux d'occupation des lits ? On doit évidemment garder à l'esprit que ces données ne constituent qu'un instantané pour deux dates dans une année.

Hospitalisations gratuites	04/03/11	%	05/07/11	%	Total	%
Patients hospitalisés enregistrés	221	100	174	100	395	100
• Patients hospitalisés adresse connue	193	87	123	71	316	80
• Total	193	100	123	100	316	100
• Autres États	6	3	14	11	20	6
• Haryana	9	5	14	11	23	7
• Uttar Pradesh	56	29	8	7	64	20
• NCTD	122	63	87	71	209	66
• Total	122	100	87	100	209	100
• Hors zone SIG	1	1	2	2	3	1
• Adresse incomplète	0	0	5	6	5	2
• localisés	121	99	80	92	201	96

Tableau 33: Localisation des patients du programme EWS

Le Tableau 33 (p.226) présente les données sur les patients. Au total ce sont 316 patients pour lesquels nous avons obtenu l'adresse sur les 395 patients hospitalisés le 4/3/2011 et le 5/7/2011 dans le cadre du programme EWS. Sur ces 316 patients, seulement 209 résident sur le territoire du NCTD. Ce chiffre nous révèle une dimension importante du programme EWS. Ce programme ne concerne pas seulement les habitants de Delhi mais aussi pour 44% des patients originaires des autres États voisins. Des hôpitaux comme l'ISIC et le Venu Eye Institute accueillent même une majorité de patients de ces États voisins dans le programme EWS. Sur les 209 patients résidant dans le NCTD, cinq patients n'ont pu être localisés et trois autres (Bhatti Mines) résident dans un village pour lequel notre couverture SIG ne nous permet pas de calculer la distance. Nous avons utilisé l'extension Network Analyst de la suite SIG Arcgis pour mesurer la distance entre les patients (N=201) et les hôpitaux (N=37). Nous avons calculé 7437 distances grâce à l'outil OD Cost Matrix qui calcule l'ensemble des distances par le plus court chemin entre patients et hôpitaux sur la base du réseau routier digitalisé par Eicher GoodEarth Ltd. Sur ces 7437 distances, nous avons retenu les distances entre les patients et l'établissement où ils ont été soignés.

L'Illustration 25 (p.228) nous donne un premier aperçu de la distribution des patients pour le 4/3/2011 et le 5/7/2011 ainsi que sur les hôpitaux. Seuls 19 hôpitaux ont accueilli des patients ces deux jours là, soit un peu plus de la moitié des établissements prenant part au programme EWS. La répartition des

patients est concentrique, le centre de Delhi n'ayant que très peu de patients alors que les zones plus périphériques, notamment dans le nord ouest, le sud et l'est concentrent les patients. On remarque d'ailleurs ici et là la formation de grappes de patients autour de certains hôpitaux. Le calcul de la distance devrait nous en dire un peu plus à ce sujet.

Hôpital	Distance Patient-Hôpital				Programme EWS – NCTD		
	Moyenne	Max	Min	Ecart-Type	Lits disponibles	Nb Patients	taux d'occupation
ISIC	22818	26172	19172	3509	3	3	100,0
Primus	18680	18680	18680	nil	10	1	10,0
PSRI	9558	22998	1646	8128	10	5	50,0
Kotakkal	8271	20587	2894	8399	4	4	100,0
Mata Chana Devi	7773	12830	2715	7152	21	2	9,5
Maharaja Agrasen	7728	25236	375	5137	30	50	100 (166,7)
Deepak Memorial Hospital	7335	7335	7335	nil	9	1	11,1
Max Balaji	6623	9532	3743	2363	27	6	22,2
Batra Hospital	5819	25068	1227	7666	49	14	28,6
Sri Balaji	5152	26144	584	5815	20	17	85,0
SGRH	4883	8335	1838	2573	68	5	7,4
Action Cancer	4510	4510	4510	nil	10	1	10,0
BL Kapur	3035	3035	3035	nil	29	1	3,4
Shanti Mukund	1824	1824	1824	nil	14	1	7,1
Bimla Devi	1596	2137	1163	403	2	7	100 (350)
Max Saket	916	2504	107	1376	30	3	10,0
TOTAL 4/3/2011	6891	26172	107	6209	336	121	36,0

Hôpital	Distance Patient-Hôpital				Programme EWS – NCTD		
	Moyenne	Max	Min	Ecart-Type	Lits disponibles	Nb Patients	taux d'occupation
ISIC	22369	25978	16053	5489	3	3	100 (121,4)
EHIRC	18782	28208	9356	13331	25	2	8,0
National Heart Institute	13784	13784	13784	nil	4	1	25,0
Dharamshilla	11810	11810	11810	nil	18	1	5,6
Max Balaji	11181	25162	4269	7977	26	11	42,3
PSRI	10772	17145	3219	6410	7	4	57,1
Action Cancer	10568	19564	1599	7653	9	6	66,7
BL Kapur	10136	14525	2808	4838	29	8	27,6
Kotakkal	9157	11852	6461	3812	4	2	50,0
Maharaja Agrasen	7220	18302	253	5039	29	21	72,4
Deepak Memorial Hospital	5166	5166	5166	nil	9	1	11,1
Mata Chana Devi	4972	9296	2392	3768	20	3	15,0
Batra Hospital	3127	8856	1003	2697	48	8	16,7
SGRH	2730	2866	2594	192	67	2	3,0
Sri Balaji	2463	5415	588	1545	19	7	36,8
TOTAL 5/7/2011	8482	28208	253	6826	317	80	25,2

Tableau 34: La distance moyenne parcourue par les patients du programme EWS (04/03/11, 05/07/11)

Le Tableau 34 (p.227) présente les résultats des mesures de distance par le plus court chemin entre les patients et les hôpitaux où ils ont été hospitalisés pour les deux dates retenues (4/3/2011 et 5/7/2011). La distance moyenne entre la résidence du patient et l'hôpital est de 6,9 km pour le 4/3/2011 et de 8,5 km pour le 5/7/2011. Les distances s'échelonnent entre 28,2 km et 107 mètres. Ce tableau présente aussi la performance du programme EWS dans les différents hôpitaux en termes de nombre de patients et d'occupation des lits. Afin de contrôler le poids des patients extérieurs à notre zone SIG, nous avons exclu du total des lits disponibles ceux déjà occupés par ces patients pour obtenir un taux d'occupation des lits qui ne concerne que les patients du NCTD et de notre zone d'étude.

Le programme EWS : Origine des patients hospitalisés le 04/3/2011 et le 05/07/2011

© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011



Zone d'études (NCTD)

- Municipal Corporation of Delhi (zones urbaines)
- New Delhi Municipal Council
- Delhi Cantonment Board

— Artères principales

Hôpitaux privés du programme EWS (2011)

- Hôpital avec des patients hospitalisés (N=19)
- Hôpital sans patients hospitalisés (N=18)

Patients hospitalisés (2011)

- Patient hospitalisé le 04/03/2011 (N=121)
- Patient hospitalisé le 05/07/2011 (N=80)

Sources : Social Jurist, 2009
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2009-2011
 Eicher GoodEarth, 2008

Illustration 25: Le programme EWS : Origine des patients hospitalisés le 04/03/11 et le 05/07/11

Un rapide examen des distances moyennes et du taux d'occupation des lits nous laisse très perplexe quant à la réalité de cette corrélation négative entre ces deux variables. L'ISIC affiche à la fois un taux d'occupation des lits supérieur ou égal à 100% et les distances moyennes les plus importantes (22,4 km pour 5/7/2011, 22,8 km pour 4/3/2011). La distance moyenne parcourue par les patients du Max Nanda Devki de Saket est la plus faible pour le 4/3/2011 (916 mètres) et pourtant l'hôpital n'affiche qu'un taux d'occupation des lits de 10%. Les résultats du coefficient de Pearson sont révélateurs de la difficulté à lier taux d'occupation des lits et distance aux patients. Afin de ne pas fausser le calcul nous avons ramené le taux d'occupation des lits du Bimla Devi, du Maharaja Agrasen (4/3/2011) et de l'ISIC (5/7/2011) à 100% en faisant fi de l'hospitalisation de patients supplémentaires en dehors des lits du programme EWS. Le coefficient de Pearson entre la distance moyenne et le taux d'occupation des lits est de 0,27 pour le 4/3/2011 et de 0,42 pour le 5/7/2011. On peut mettre l'augmentation du coefficient de Pearson entre les deux dates sur le compte de la diminution du nombre de patients (de 121 à 80). Ces résultats démontrent une corrélation positive moyenne entre les deux variables. L'argument de la distance se retourne contre les chaînes hospitalières et les hôpitaux peu performants. Plus la distance parcourue par les patients augmente plus le taux d'occupation des lits tendrait à augmenter. Il est évident que d'autres facteurs jouent pour expliquer le taux d'occupation des lits comme nous l'avons expliqué plus haut (camps de santé, spécialisation, profil de la société caritative).

La carte suivante présente pour quatre hôpitaux les différentes distributions spatiales de patients pour les deux dates (Illustration 26 p.230). Cette carte nous montre les effets différentiels des modèles d'hôpitaux sur la distribution des patients hospitalisés dans le cadre du programme EWS. Les patients pauvres du Batra Hospital viennent des quartiers voisins et notamment de Sangam Vihar, une zone d'urbanisation spontanée. Le Batra Hospital y organise régulièrement des camps de santé. Le Max Balaji Hospital obtient des résultats tout à fait honorables parce qu'il s'appuie sur une société caritative active qui organise des camps de santé dans des slums et des *colonies* de réhabilitations comme le Indira JJ Camp ou Seelampur. L'autre hôpital du groupe Max Healthcare situé à Saket et la société caritative partenaire pourraient s'inspirer de l'expérience du Max Balaji ou de son quasi voisin le Batra Hospital pour développer des camps de santé dans les slums et les zones d'urbanisation spontanée. À l'opposé de ce modèle, les patients de l'ISIC sont originaires des quatre coins de Delhi. La spécialisation de l'hôpital sur les soins orthopédiques et la qualité du plateau technique attirent les patients sur de longues distances. Enfin le Maharaja Agrasen, qui n'a pourtant rejoint le programme EWS qu'à l'hiver dernier, attire des patients pauvres issus de tout le nord-ouest de Delhi. 40% et 26% des hospitalisations du 4/3/2011 et 5/7/2011 ont eu lieu dans cet hôpital. Cette société caritative a fait l'acquisition de nouveaux terrains dans le nord-ouest de Delhi. Elle semble très impliquée dans les activités caritatives sociales (santé, éducation) avec le nord ouest de Delhi comme territoire d'action.

Le programme EWS : Origine des patients de quatre hôpitaux (4/3/11 et 5/7/11)

© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011



Zone d'études (NCTD)

- Municipal Corporation of Delhi (zones urbaines)
- New Delhi Municipal Council
- Delhi Cantonment Board
- Artères principales

Hôpitaux privés du programme EWS (2011)

- | Hôpital | Patient | |
|--|---------|----------------------------|
| | ● | Max Balaji Hospital (N=17) |
| | ● | Maharaja Agrasen (N=71) |
| | ● | Batra Hospital (N=22) |
| | ○ | ISIC (N=6) |

Sources : Social Jurist, 2009
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2009-2011
 Eicher GoodEarth, 2008

Illustration 26: Le programme EWS : origine des patients de quatre hôpitaux (4/3/11 et 5/7/11)

Au final le bilan du programme EWS est très mitigé. On peut se demander si la pesanteur du système et son organisation hiérarchique ne nuisent pas aux bons résultats du programme. Un hôpital comme le Sir Ganga Ram Hospital, après avoir présenté des résultats tout à fait probant sur ce programme, semble peu à peu s'en désintéresser au vu des efforts administratifs à fournir. Par ailleurs, alors que plusieurs hôpitaux n'ont jamais atteint leurs objectifs en termes d'accueil de patients pauvres, les sanctions se font toujours attendre. Certains hôpitaux semblent miser sur le pourrissement de la situation et la sclérose de l'appareil administratif et judiciaire à prendre des sanctions. Plusieurs responsables d'hôpitaux privés nous ont confié attendre le résultat du jugement de la Cour Suprême sur le programme « terrains contre lits ».

C.3. Construire les hôpitaux de demain : quand l'expérimentation continue... et échoue

Si le programme EWS a porté sur le volet accès du PPP dans le système hospitalier de Delhi, d'autres initiatives de PPP ont été lancées sur le volet développement et opération du secteur. Les échecs passés des programmes de PPP dans le secteur hospitalier de Delhi et les poursuites judiciaires qui s'en sont suivies ont condamné toute initiative de partenariat entre acteurs publics et privés pour le développement de nouveaux hôpitaux au début de la décennie 2000. Les griefs du côté du secteur public comme du côté du secteur privé à l'encontre du PPP et de modèles mal pensés et mal encadrés étaient trop nombreux. La confiance était rompue. Pourtant, l'idée de relancer le PPP dans le secteur hospitalier est réapparue pour un destin qui reste encore à écrire.

Le succès du PPP dans d'autres secteurs dans la deuxième moitié des années 2000 incite à l'optimisme. Avec les Jeux du Commonwealth en vue, les projets de PPP se sont multipliés à Delhi, pour faire sortir de terre de nouvelles infrastructures de transports. Sur les 113,6 Mds ₹ de contrats approuvés sous forme de PPP pour Delhi ces dernières années, près de 86,6 Mds ₹ sont allées à la construction du nouveau terminal de l'aéroport⁴⁰. Les initiatives dans le secteur de la santé et le recours à des opérateurs privés se sont multipliées à partir de 2008 : services ambulanciers, services de diagnostic pour les hôpitaux publics, plate-forme téléphonique. Chacun de ces contrats doit permettre de pallier les défaillances du GNCTD et d'améliorer le service aux patients. Une des raisons de ce tournant tient aussi au rôle joué par deux haut fonctionnaires du Secrétariat à la santé du GNCTD. Ces deux médecins ont une longue expérience du système hospitalier gouvernemental et de sa gestion après avoir occupé différents postes de direction dans le MoHFW de Delhi et dans plusieurs hôpitaux (entretiens contact n°100, n°101). À leur prise de poste au sein du Secrétariat à la santé, ils décident de réfléchir à la relance

40 <http://www.pppinindia.com/database.php>

du PPP dans le secteur de la santé. Ils trouvent rapidement des soutiens auprès de la Ministre en Chef, Sheila Dixit et parmi certains collègues du Secrétariat à la santé de Delhi. Suite à la réélection de Sheila Dixit à son poste de ministre en chef en 2009, le lancement de nouveaux PPP dans le secteur de la santé s'accélère. La perspective des Jeux du Commonwealth incite à cette accélération face aux blocages institutionnels internes au MoHFW. Depuis la formation du CATS (*Centralised Accident and Trauma Services*, similaire au SAMU) en 1991, le GNCTD et le Gouvernement Central ont été dans l'incapacité de financer et d'étendre la flotte de ce service d'urgence faute d'entente sur la répartition de la charge financière. Le développement d'un service d'urgence composé de 450 ambulances et capable de suppléer le CATS et sa vingtaine d'ambulances devient une priorité. Le PPP est la seule solution pour mettre en place en deux ans un service efficace composé d'une flotte de 450 ambulances et d'une plateforme téléphonique.

Ces deux haut fonctionnaires vont ainsi mettre en place différentes procédures d'appels d'offres et d'appel à proposition pour attirer des opérateurs privés. Ils vont s'inspirer de ce qui se pratique dans le secteur du transport mais aussi d'autres expériences de PPP dans le secteur de la santé à l'étranger. Ils seront aidés dans cette direction en suivant des sessions de formation auprès de la Banque Mondiale qui cherche à diffuser les meilleures pratiques en la matière. Très rapidement le secteur hospitalier apparaît comme prioritaire. Ce retour en grâce du PPP dans le secteur hospitalier s'explique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les défis du secteur hospitalier de Delhi n'ont pas disparu. Les hôpitaux publics sont surchargés et ne désemplissent pas. Le développement des nouveaux hôpitaux du GNCTD, notamment en périphérie, reste trop lent et repose sur des mécanismes décisionnels toujours aussi pesants comme nous les avons décrits dans le chapitre 4. Le nouveau schéma directeur pour 2021 impose par ailleurs le triplement du nombre de lits hospitaliers. Il est donc crucial pour le GNCTD d'accélérer le développement du secteur hospitalier de l'État. Surtout face à la faiblesse des moyens humains du MoHFW de Delhi pour mener à bien l'ensemble des phases de développement d'un hôpital (conception, construction, équipement de l'hôpital, recrutement du personnel), le PPP présente l'avantage de requérir moins de personnel, l'opérateur privé pouvant se charger de tout ou partie des phases de développement et surtout du fonctionnement d'un hôpital. De l'aveu même de plusieurs fonctionnaires au sein du MoHFW, le personnel et les compétences manquent pour mener le développement d'un nouvel hôpital de manière continue. Dans le cadre du PPP, le rôle des fonctionnaires peut se limiter à la mise en place du cahier des charges, au suivi de l'appel d'offre, au projet et au fonctionnement de l'hôpital. Surtout l'opérateur privé devient légalement responsable du bon déroulement du projet au risque de sanctions pénales mais par dessus tout financières. Le GNCTD devient un financeur et n'est plus forcément maître d'œuvre ni opérateur de la distribution du service hospitalier.

Afin de tester de nouveaux modèles de PPP dans le secteur hospitalier, il est proposé dans un premier temps d'organiser deux appels d'offre pour des hôpitaux déjà achevés ou en voie de l'être mais toujours inopérants. Le Janakpuri Superspeciality Hospital situé dans l'ouest de Delhi (300 lits) et le Tahirpur Hospital situé à l'est de Delhi (650 lits) sont deux établissements très importants pour ces parties de la ville qui sont encore mal desservies en hôpitaux publics de soins tertiaires. La forme du PPP envisagée repose sur un contrat de concession de l'hôpital (*Operate & Maintain*) à un opérateur privé. En échange d'une concession longue durée de l'hôpital (quatorze à quinze ans) et du respect des normes établies par le GNCTD sur la prise en charge de patients pauvres, l'opérateur privé s'engage à équiper et gérer l'hôpital. Les appels à proposition ont été ouverts en août 2008. Afin d'accompagner le Secrétariat à la santé dans la procédure de sélection des opérateurs privés, les deux hauts fonctionnaires sont aidés par Deloitte Touche Tohmatsu, un des leaders mondiaux de l'audit et du service aux entreprises. Dix-huit groupes hospitaliers indiens vont répondre à l'appel d'offre pour l'hôpital de Janakpuri, et parmi eux tous les grands noms du secteur (Apollo Hospitals, Fortis Healthcare, Max Healthcare, Wockhardt Hospitals, Manipal Healthcare,...). Huit groupes seulement vont répondre à l'appel d'offre pour l'hôpital de Tahirpur situé dans l'East Delhi. La taille des hôpitaux, la spécialisation des soins et donc la bonne rentabilité attendue ainsi que la présence d'une population assurée dans l'aire métropolitaine de Delhi (fonctionnaires, grandes firmes indiennes,...) attirent l'intérêt des opérateurs privés mais la géographie interne à Delhi joue aussi. Par ailleurs à ce moment de la procédure, tous les détails ne sont pas encore fixés; notamment sur la prise en charge des patients pauvres et sur les modalités de financement d'un tel programme. S'il est attendu que l'opérateur privé devra réaliser des bénéfices, il devra aussi prendre en charge des patients pauvres. L'hôpital doit aussi offrir des services médicaux accessibles financièrement au plus grand nombre. Si l'expertise des grandes chaînes hospitalières indiennes n'est plus à démontrer pour assurer la rentabilité d'un hôpital, les expériences passées de PPP à Delhi (Joint Venture Apollo Indraprastha Hospital et le programme terrain contre lits) incitent à la prudence quant à leur volonté de remplir leurs obligations de services pour les plus pauvres et l'ensemble de la population. Lors de notre entretien en 2009 avec les deux hauts fonctionnaires du Secrétariat à la santé chargés du PPP, la question d'un modèle de gouvernance des hôpitaux qui soit efficace pour les opérateurs privés comme pour l'administration était au cœur de leur réflexion. Il faut mettre en place des mécanismes de contrôle pour s'assurer que l'opérateur privé ne cherchera pas à se dédouaner de ses engagements ou à ne pas supporter financièrement l'ensemble de ces obligations. Il faut mettre en place un système de surveillance de l'activité de l'hôpital qui soit transparent et un système de pénalités efficace pour dissuader l'opérateur privé de frauder. Enfin il faut mettre en relation avec le futur opérateur un cadre financier et budgétaire qui permette à l'opérateur privé de réaliser des bénéfices tout en limitant les coûts pour les patients. À cette époque, ces deux fonctionnaires laissaient entendre qu'une des solutions envisagées était la création d'un programme d'assurance santé subventionné par le GNCTD ou d'une

tarification à l'activité (*Diagnosis Related Group*, DRG) qui permettrait une grande souplesse dans la gestion du programme et la négociation des tarifs des différents actes médicaux. Une autre piste évoquée aurait consisté pour le gouvernement à subventionner à 100% l'hospitalisation des patients pauvres, à 60-70% celle des patients intermédiaires, et enfin à laisser les patients couverts par une assurance santé privée payer leur hospitalisation. Par ailleurs, si le modèle de la concession a fait ses preuves, il était déjà envisagé à l'époque de faire passer sous concessions plusieurs hôpitaux gouvernementaux récents mais aux performances décevantes, comme à Narela. Toujours à la recherche de nouveaux modèles de PPP et de la meilleure efficacité possible dans le développement des futurs hôpitaux gouvernementaux, le modèle du PFI (*Private Finance Initiative*) paraissait une solution à envisager. Parce que Delhi, n'a plus le temps d'attendre dix ou quinze ans avant de voir ouvrir ses futurs hôpitaux, ce modèle qui permet de financer la construction d'infrastructures publiques par des fonds privés est réputé pour être très efficace à réduire le temps de développement des hôpitaux. Ce modèle a été particulièrement employé dans le secteur hospitalier public du Royaume-Uni, de l'Australie, et s'est depuis diffusé à d'autres pays (Espagne, Portugal, Brésil...). Le PFI pouvait être envisagé pour développer en moins de trois ans de futurs hôpitaux à Rohini, Dwarka et dans l'est de Delhi.

A l'époque de nos derniers entretiens dans le secteur hospitalier de Delhi au printemps 2009, le renouveau du PPP dans le secteur de la santé et le secteur hospitalier de Delhi paraissait bien engagé. Il paraissait surtout clair pour le GNCTD comme pour les opérateurs privés que nous avons interrogé à ce sujet que les erreurs passées ne se reproduiraient pas et que les nouveaux modèles de PPP répondraient aux attentes de tous les acteurs : du patient aux pouvoirs publics en passant par les opérateurs privés. L'efficacité du secteur privé serait enfin au service de la santé publique et de l'accès aux soins pour tous à Delhi. Pourtant les difficultés pointaient déjà. Les deux haut fonctionnaires étaient face à une somme d'interrogations quant au choix du meilleur modèle de PPP, des cahiers des charges pour les appels d'offres mais aussi du fonctionnement de l'hôpital, de la prise en charge des patients et des financements. Si Deloitte Touche Tohmatsu était bien présent à leurs côtés pour mener la procédure d'appel d'offre, on sentait poindre une certaine exaspération de la part des deux haut fonctionnaires quant au manque d'expertise du cabinet sur les questions médicales, et le besoin pour eux de passer énormément de temps à expliquer la réglementation, les besoins en matière d'infrastructures et d'équipements pour qu'un hôpital soit complètement opérationnel. Deloitte Touche Tohmatsu semblait surtout peu concerné par la nécessaire adaptation au contexte local de modèles de partenariat conçus ailleurs. Le caractère expérimental de cette nouvelle vague de PPP se faisait sentir.

Été 2011, où en sont les projets de PPP dans le secteur hospitalier de Delhi ? En moins de deux ans, tous ces projets ont été purement et simplement abandonnés. L'hôpital de Janakpuri a ouvert ses

services ambulatoires au public et sera équipé et géré par le DDU Hospital. L'hôpital de Tahirpur est toujours inoccupé et pourrait passer sous le contrôle du GTB Hospital voisin. Le projet de PPP pour le futur hôpital tertiaire de Dwarka a été abandonné. Cette débâcle n'est pas spécifique aux projets hospitaliers. Tous les PPP dans le secteur de la santé ont été abandonnés. Le contrat pour la flotte d'ambulances qui avait été remporté par Fortis Healthcare a été dénoncé par le GNCTD peu avant le début des Jeux du Commonwealth au prétexte que les ambulances ne respectaient pas les normes en vigueur⁴¹. Le projet de plate-forme téléphonique a été abandonné après la parution de l'appel d'offre, tout comme le PPP pour la prise en charge des activités de diagnostic à l'intérieur des hôpitaux. Même le programme MAMTA qui semblait pourtant remplir ses objectifs a été récemment abandonné. Comment expliquer un tel retournement de situation ? Il semble en fait que tout le monde au sein du MoHFW n'ait pas partagé l'enthousiasme de nos deux haut fonctionnaires pour le PPP. La ministre de la santé de l'époque Kiran Walia (2009-2011) tiendrait une part de responsabilité dans cet échec en ne prenant aucune décision. Par ailleurs il semble que les opérateurs privés se soient lassés des modifications incessantes du cahiers des charges. Même en réduisant le prix annuel de la concession et en augmentant sa durée à 20 ans, les huit entreprises qui avaient été retenues ont refusé d'aller plus loin sur le projet de Tahirpur. La localisation de cet hôpital à l'est de Delhi, non loin de l'Uttar Pradesh, a été vue comme un désavantage au regard du profil de la population locale. 30 ans après le refus d'Escorts de s'implanter dans l'est de Delhi, les modèles de PPP changent mais la géographie et la faible attractivité du East Delhi reste. En février 2011, suite à un remaniement ministériel, Ashok Kumar Walia, une figure politique très influente de Delhi qui a été ministre de la santé par le passé puis ministre des affaires urbaines et des finances, a été nommé à nouveau comme ministre de la santé. Devant les retards des procédures d'appel d'offres, ce médecin de formation a organisé plusieurs réunions et a décidé d'annuler toutes les procédures encore en cours. Une nouvelle réflexion doit être engagée pour décider de la relance ou non du PPP. Pour plusieurs opérateurs privés interrogés, le manque de visibilité opérationnelle à moyen terme et les changements de décisions comme leurs révocations, ne les attirent par vers le PPP. Il existe par ailleurs un risque d'interférence politique qui peut se retourner contre un projet et son développement, un gouvernement nouvellement élu pouvant avoir la volonté de défaire ce qui a été engagé par son prédécesseur.

Conclusion

Delhi a connu près de trente ans de politiques plus ou moins actives de PPP dans le secteur hospitalier.

41 Voir l'article suivant pour comprendre cette opération et son échec (Times of India, 06/09/2010) :

http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2010-09-06/delhi/28239665_1_new-ambulances-emergency-vehicles-delhi-government

Si cette orientation de la politique hospitalière a été fortement suggérée par le gouvernement central, elle a surtout été portée par le GNCTD. Ce chapitre a été l'occasion de présenter les différents modèles de PPP adoptés au cours des décennies, leurs mécanismes, leurs inscriptions dans le mille-feuille territorial et administratif de Delhi et leurs résultats sur la distribution des établissements hospitaliers et sur l'accès aux soins hospitaliers. Malgré les différents modèles de PPP proposés, les mécanismes de la gouvernance urbaine à Delhi ont mis en échec l'amélioration de l'accès aux soins hospitaliers. Les acteurs ont souvent échoué sur les mêmes problèmes.

Tout d'abord, il existe un vrai problème concernant l'échelle de régulation. Les premiers modèles de PPP ont laissé trop de pouvoirs de régulation et de décision à l'échelle de l'hôpital privé qui devait décider quel patient était pauvre, quelle était l'étendue de la gratuité des soins,... De nouveaux mécanismes de régulation se sont progressivement mis en place sous la pression du pouvoir judiciaire qui ont permis d'harmoniser les objectifs et les moyens mais surtout de créer enfin un système de surveillance de l'activité des hôpitaux privés. Le poids de la Haute Cour de Delhi dans cette nouvelle régulation jette une lumière crue sur la faiblesse du GNCTD mais aussi d'une agence comme la DDA, pour faire appliquer le droit et préserver les intérêts des patients en général et des patients pauvres en particulier. Seul l'appareil judiciaire permet de redonner une voix au patient-citoyen dans cette nouvelle régulation qui s'invente entre opérateurs privés pas toujours bien intentionnés et une puissance publique incapable de contrôler l'offre privée.

Une deuxième faiblesse récurrente des programmes de PPP dans le secteur hospitalier tient à leur caractère vertical, qui aboutit à une centralisation inefficace et à une fragmentation contre-productive des réseaux hospitaliers. Le programme EWS nous en offre un bon exemple. Un comité de pilotage est mis en place qui permet de veiller à la bonne application du programme dans les hôpitaux privés. Une structure hiérarchique est développée pour faire remonter l'information vers le comité de pilotage sur les patients soignés, les lits vacants ou occupés. Le comité visite régulièrement les hôpitaux privés. Les hôpitaux privés et les hôpitaux publics sont mis en réseau. Le système est en place, les statistiques sont collectées et pourtant le programme EWS s'essouffle et la plupart des hôpitaux privés et publics ne remplissent pas leurs obligations. Il existe un vrai manque d'intégration horizontale qui n'est pas spécifique à ce programme. Les coordinateurs ne se connaissent pas même lorsque les hôpitaux sont mitoyens. Il n'existe aucun représentant des hôpitaux privés au sein du comité de pilotage. Les patients sont mal informés et méconnaissent leurs droits. Le programme EWS ne pense qu'en termes de soins à l'intérieur de l'hôpital alors que les hôpitaux qui remplissent leurs objectifs sont souvent ceux qui vont vers les patients pauvres à travers des camps de santé. Ces camps de santé menés par certains hôpitaux privés entrent dans le cadre d'un autre programme du GNCTD, le *Mobile Health Scheme*.

Face à ces errements, de nouvelles initiatives de PPP ont été engagées à partir de 2008 mais ont depuis été abandonnées. Finalement, l'amélioration de la gouvernance du système hospitalier et de l'accès à ces services semble vouloir passer par le modèle de l'assurance-santé et de sa privatisation partielle. On assiste à la multiplication des initiatives en ce sens comme le RSBY ou le MAMTA. Le gouvernement central et le GNCTD se retranchent dans un rôle de financeur et de législateur. La lutte contre les mauvaises pratiques des hôpitaux privés à l'égard des patients est désormais dans les mains des assurances privées qui mènent la vie dure aux hôpitaux privés de Delhi pour faire baisser le coût des soins. Le RSBY finance et s'appuie sur des assureurs privés pour couvrir les frais d'hospitalisation des travailleurs pauvres et réguler la relation avec les hôpitaux privés. Finalement la question de l'accès aux soins est en train de passer d'une régulation basée sur l'accessibilité, sur l'équité dans la distribution spatiale des infrastructures, sur une politique distributrice s'appuyant sur les schémas d'aménagement urbain, à une régulation basée sur l'assurance-santé, sur l'accès par la mise en place de couverture universelle de soins ouvrant les portes du secteur privé même aux plus pauvres, donnant ainsi le choix au patient.

Partie 3 : Distribution et accessibilité aux services hospitaliers

CHP6. Dynamiques de localisation des services hospitaliers de Delhi

Introduction

Nous avons vu dans les chapitres précédents comment s'organisaient les services hospitaliers et leur distribution d'un point de vue institutionnel. Nous avons identifié les différents acteurs du système hospitalier, qu'ils soient publics ou privés; identifié leur rôle aussi bien en termes de financement, de régulation que de distribution de soins hospitaliers. Malgré l'objectif toujours affiché d'assurer une distribution équitable des services hospitaliers, et de permettre l'accès aux soins hospitaliers pour l'ensemble de la population, les résultats de la politique hospitalière de Delhi paraissent mitigés, voire décevants. Si nous avons déjà relevé le blocage de certains mécanismes de régulation, la faillite de la politique de soutien au secteur hospitalier privé et l'insuffisance de l'investissement public pour développer les hôpitaux de demain, nous voulons à travers ce chapitre et les chapitres suivants ouvrir une réflexion sur la dimension spatiale de l'organisation du système hospitalier de Delhi. Quel est l'impact en termes de desserte sur le territoire du NCTD de la fragmentation du secteur hospitalier, entre secteur privé et secteur public, entre petites cliniques de quartiers et grands campus hospitaliers gouvernementaux ?

Comment les services hospitaliers se distribuent-ils sur un territoire comme le NCTD ? Comment cette distribution a-t-elle évolué entre 2002 et 2011 ? Quelle place occupe désormais le secteur privé, après plusieurs décennies de soutien de la part des pouvoirs publics ? Quels ont été les résultats de la politique d'investissements du gouvernement de Delhi dans le secteur hospitalier ? Le développement des réseaux privés et des réseaux publics sont-ils complémentaires ou concurrentiels dans la desserte des quartiers périphériques ? Comment se distribuent les différents échelons de l'offre hospitalière à l'échelle du NCTD ? Peut-on relier les dynamiques de diffusion et de développement des hôpitaux dans leur dimension spatiale à des décisions politiques, aux changements de la réglementation urbanistique ? Prendre la mesure de la diversité du secteur hospitalier de Delhi, son évolution au cours de la dernière décennie et son impact sur l'accès aux services hospitaliers fait rejaillir des questions méthodologiques importantes. Comment définir les services hospitaliers ? Selon quels critères et selon quelle catégorisation ? Quelles sources d'information peuvent être mobilisées ? Quelle est la fiabilité de ces sources ? Ce chapitre est donc aussi une porte d'entrée sur la distribution des services hospitaliers dans leurs dimension spatiale avant de relier la dynamique du secteur hospitalier de Delhi, à la géographie sociale de Delhi à travers la question de l'accessibilité aux services hospitaliers dans les chapitres

suivants.

Nous aborderons dans un premier temps la question du recensement et de l'enregistrement des hôpitaux de Delhi. Comment avons-nous construit une base de données sur le secteur hospitalier de Delhi ? Quelles sont les limites de cette base ? Puis dans un second temps, nous étudierons l'évolution du secteur hospitalier local en relation à la géographie urbaine du NCTD et nous présenterons une première analyse de la distribution spatiale des services hospitaliers. Enfin nous poursuivrons notre questionnement sur la distribution des services hospitaliers à un niveau désagrégé, en travaillant autour des établissements, de leurs catégorisation et de la mesure des processus spatiaux observés pour les établissements hospitaliers.

A. Recenser les hôpitaux de Delhi

A.1. Le problème du sous-enregistrement des cliniques privées

Dans l'optique d'analyser la distribution spatiale des services hospitaliers de Delhi, nous avons créé une base de données géolocalisées des différents établissements hospitaliers de Delhi. Dans les villes satellites localisées dans les États de l'Haryana et de l'Uttar Pradesh, les DHS n'enregistrent pas les infrastructures privées de manière régulière. Si les villes satellites de Delhi comme Gurgaon, Noida, Ghaziabad ou Faridabad dépendent de DHS situées à plusieurs centaines de kilomètres (Chandigarh, Lucknow), le problème principal tient à l'absence d'équivalent au DNHRA (Delhi Nursing Home Registration Act) dans ces États de l'union. Dans chaque district en Inde, le District Health Officer est chargé des questions de santé et notamment de la veille sanitaire. Le District Health Officer de Gurgaon fut approché mais aucune liste à jour n'existait alors au moment de l'entretien (novembre 2005). Les autorités d'aménagement urbain comme l'HUDA approchées au printemps 2009 pour Gurgaon n'enregistrent que les hôpitaux qui sont localisés sur leurs terrains, soit quatre hôpitaux au total. Les annuaires référencent bien certains hôpitaux mais là encore la confusion règne entre hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux, centre de diagnostic médical. Comme pour les chapitres précédents nous avons donc focalisé notre attention sur le territoire du NCTD et nous avons exclu les territoires des villes satellites immédiates (Gurgaon, Faridabad, Ghaziabad,...) de notre analyse.

Une des premières difficultés a donc consisté à créer une base de données géoréférencée des hôpitaux et des cliniques de Delhi. Dans ce qui est certainement l'un des premiers travaux sur la distribution spatiale des services de santé et notamment des services hospitaliers de Delhi, les auteurs s'appuient sur

les données disponibles auprès de la DHS (Sinha & Mukherjee, 2004). Une des missions de la DHS consiste en effet à collecter des informations sur les services de santé public et privé (adresse, nombre de lits,...). Ces données sont publiées à intervalles plus ou moins réguliers (*Health Facilities in Delhi*, 2001-02, 2004, 2009-10). Le *State Bureau of Health Intelligence* a aussi créé un SIG pour localiser les établissements de santé dépendant du secteur public (dispensaires, maternités, hôpitaux). Si les données et la localisation des hôpitaux publics sont donc fiables, les informations concernant le secteur privé sont sujettes à caution.

Delhi est un des rares États de l'union où l'enregistrement des cliniques privées est obligatoire auprès de la DHS. Le Delhi Nursing Home Registration Act (DNHRA) fut voté en 1953 et amendé à plusieurs reprises (1992, 2002, 2009). Il encadre l'activité des établissements hospitaliers privés. Tout établissement privé de santé équipé d'une salle d'opération, de lits d'hospitalisation doit s'enregistrer. Le Delhi Nursing Home Registration Act encadre l'activité du secteur hospitalier privé en définissant des normes en termes de personnel (formation, nombre de médecins et de personnel médical par rapport au nombre de patients), de médicaments et d'équipement médical, de locaux (taille des chambres, de la salle d'opération, surfaces des murs et du sol) et d'accueil des patients (tarifs affichés, enregistrement des patients,...). Le DNHRA s'appuie aussi sur d'autres réglementations comme le MPD 2021 et le BMW Act (1996) pour réglementer l'activité du secteur privé. Un établissement hospitalier privé doit donc satisfaire à l'ensemble de ces règles pour pouvoir être enregistré auprès de la DNHC. Tout établissement non enregistré est considéré comme illégal et ne peut être autorisé à soigner des patients et doit faire l'objet de poursuites judiciaires ainsi que d'une fermeture. Le DNHRA sert à contrôler la qualité du service médical rendu et ainsi assurer une qualité standardisée pour l'ensemble de la population.

Pourtant, le nombre de cliniques et hôpitaux privés enregistrés ne représenterait qu'une fraction du secteur hospitalier privé. En 1993, sur la foi des déclarations du directeur de la Delhi Medical Association de l'époque (Dr Prem Aggarwal) Nanda et Baru ont estimé à 1200 voire 1300 le nombre de cliniques et hôpitaux privés dans la région de Delhi, dont 10% seraient effectivement enregistrés dans le cadre du DNHRA (Nanda & R. Baru, 1993). Toujours selon la même source, 400 cliniques privées étaient enregistrées auprès de la Delhi Medical Association en 1991. En 1992, un amendement au DNHRA rendait obligatoire l'autorisation de la DDA pour l'établissement d'une clinique. Parce que leur localisation en zones résidentielles était illégale pour la DDA, une grande majorité des cliniques ne pouvaient s'enregistrer auprès de la DHS. Nous avons vu dans le chapitre 4 que la situation n'est toujours pas réglée malgré la longue procédure judiciaire engagée.

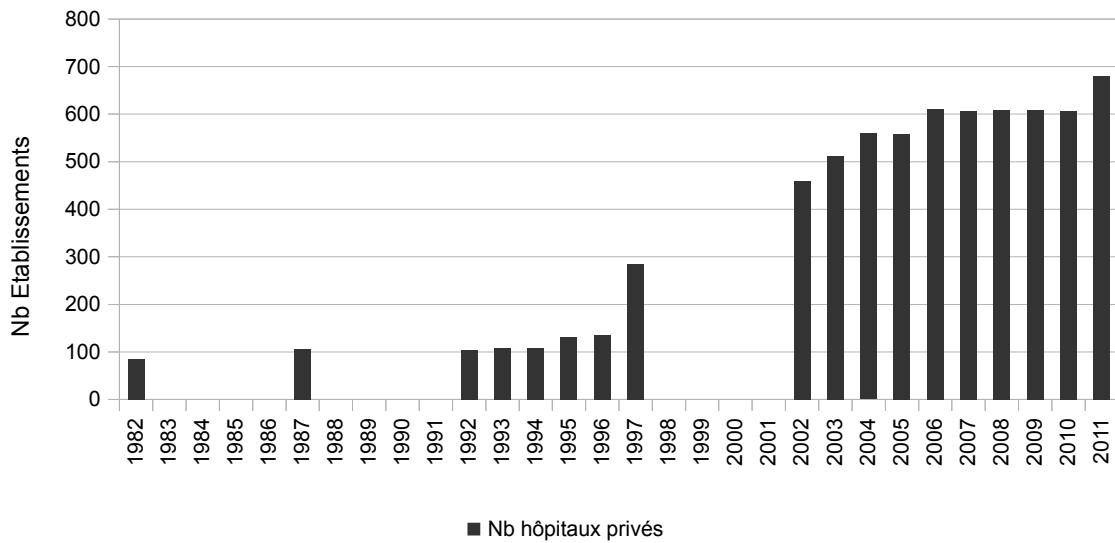


Tableau 35: Hôpitaux privés enregistrés auprès de la DHS (1982-2011) Sources : DHS

Le Tableau 35 (p.244) présente l'évolution du nombre de cliniques et d'hôpitaux privés enregistrés auprès de la DHS entre 1982 et 2011. Ces données ont été obtenues auprès de la DHS. Comme pour beaucoup d'administrations indiennes, les années s'entendent ici non pas en termes calendaire mais en termes budgétaire (p. ex. de mars 1981 à février 1982). On constate tout d'abord que jusqu'en 2002, les chiffres concernant l'enregistrement restent très intermittents. L'augmentation progressive du nombre de cliniques et d'hôpitaux privés enregistrés s'explique en grande partie par le poids des décisions de justice et l'application de nouvelles régulations. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, la perspective de mise sous scellé et de fermetures des établissements non enregistrés entraîne une augmentation rapide du nombre d'enregistrement entre 1992 et 1997. Entre 1996 et 1997, le nombre d'établissements enregistrés est multiplié par 2,1 pour passer de 136 à 285. Avec le nouveau BMW Act, la DHS doit mener sur ordre des autorités judiciaires, une étude pour connaître le nombre de cliniques et d'hôpitaux privés réels sur le territoire du NCTD. L'objectif est d'identifier les cliniques illégales, les inviter à régulariser leur situation par rapport au DNHRA, au MPD 2001 et au BMW, et fermer les cliniques qui ne répondraient pas aux normes. Cette étude menée par une entreprise privée en 2002 révéla que 1600 cliniques n'étaient pas enregistrées par la DHS et ne respectaient pas les normes du DNHRA. Ce chiffre frappa les esprits à l'époque, surtout face aux 461 cliniques et hôpitaux privés enregistrés par la DHS. Moins d'un quart des cliniques et hôpitaux privés étaient enregistrés en 2002. Fin 2003, à la suite de cette étude, la DHS envoya aux cliniques illégales des lettres de mise en demeure pour régulariser leur situation. Selon la responsable du SHBI et les responsables de la Delhi Nursing Home Cell (DNHC) interrogés à ce sujet, devant l'écho pris par cette affaire, environ 200 cliniques avaient déjà fermé leur porte entre le moment de l'étude et l'envoi des lettres.

Hôpitaux et cliniques privés	Établissements en fonction	Établissements renouvelés	Nouveaux établissements enregistrés	Établissements non-renouvelés
2001-02	461	409	66	14
2002-03	511	461	71	21
2003-04	559	511	54	6
2004-05	559	559	3	3
2005-06	585	394	39	13
2006-07	607	-	50	28
2007-08	609	-	15	15
2008-09	608	-	-	-
2009-10	607	-	-	-
2010-11	679	-	96	15

Tableau 36: Enregistrement des hôpitaux et cliniques privés (2002-2011)

Le Tableau 36 (p.245) présente l'activité de la Delhi Nursing Home Cell entre 2001-02 et 2010-11. La Delhi Nursing Home Cell est chargée d'enregistrer et de vérifier si les cliniques et hôpitaux privés respectent le DNHRA. Suite à l'étude de 2002, près de 800 cliniques avaient entamé des démarches pour régulariser leur situation. On ne constate pourtant aucune augmentation massive du nombre d'établissements enregistrés. Entre 2002 et 2006 le nombre d'établissements enregistrés augmente tout de même de 33% et passe de 461 à 585 cliniques et hôpitaux privés. Sur l'ensemble de la période considérée 394 établissements ont été nouvellement enregistrés⁴². Pourquoi la régularisation des cliniques illégales a-t-elle été aussi faible ? D'après les responsables de la DNHC, une majorité de cliniques a en fait abandonné les démarches car elles ne répondaient pas à une ou plusieurs normes, notamment sur les locaux. Mettre aux normes les locaux peut conduire à un déménagement ou des travaux, et au final à des investissements trop élevés pour beaucoup de petites cliniques. Ensuite certaines cliniques ont abandonné les démarches devant le spectre de la DDA et de son nouveau système de taxation en zones résidentielles et le paiement des éventuels arriérés ou d'un refus pur et simple d'autoriser la clinique à fonctionner dans ses locaux. Enfin, toutes ces démarches prennent du temps. La DNHC est composée de deux médecins et d'une petite équipe d'assistants qui doivent vérifier les locaux, les contrats de travail, les équipements médicaux de plus de 600 cliniques et hôpitaux privés, en plus de défendre les intérêts des patients devant les cours de justice lors de cas de négligences médicales. Ils travaillent donc sans discontinuer du lundi au vendredi, la journée du samedi étant

⁴² Les données pour les années 2008-09 et 2009-10 n'étaient pas disponibles. Les chiffres de 2009-10 laissent penser que ces résultats portent sur les trois années.

réservée aux dossiers juridiques. L'absence de données sur le renouvellement des licences à partir de 2006-07 s'explique en partie par cette surcharge de travail. Alors que le DNHRA doit être renouvelé tous les ans, les visites de vérification s'enchaînent dans les bons mois au rythme de deux visites d'établissements par jour. Entre les petites cliniques et les grands hôpitaux privés, ainsi que les visites prioritaires des nouveaux établissements, il n'est pas toujours évident de visiter tous les établissements en une année. Ainsi le Fortis Hospital de Vasant Kunj a commencé son activité avant toute visite de la DNHC. Un récent amendement du DNHRA stipule que la licence est désormais valide pour trois ans. Cette modification va permettre à la DNHC d'avoir plus de temps pour vérifier toutes les cliniques et tous les hôpitaux privés de Delhi.

C'est néanmoins à partir de ces données que nous allons bâtir notre base de données. Pouvons-nous tester la validité des données de la DHS sur le secteur hospitalier privé ? Depuis 2002 et les résultats de l'enquête menée par la DHS sur les cliniques et hôpitaux illégaux, la situation a-t-elle changé ? On se propose de tester ces données à travers deux méthodes : un relevé de terrain et un test téléphonique.

A.2. Relevé de terrain des cliniques et hôpitaux privés : le cas du South Delhi

Nous avons décidé de tester la qualité des données officielles en réalisant un relevé des infrastructures de soins dans le South Delhi et de comparer les résultats de ce relevé aux données officielles. Nous avons choisi le South Delhi pour plusieurs raisons. Tout d'abord, c'est un espace que nous connaissons bien : lieu de travail, lieu de résidence, un espace donc familier. Ensuite, cette partie de la ville présente une grande diversité de quartiers : des quartiers très huppés, des quartiers gouvernementaux, des zones institutionnelles, des quartiers d'urbanisation spontanée, des villages urbains. Ce relevé de terrain ne portait pas seulement sur les cliniques privées mais sur l'ensemble des établissements de soins, de la pharmacie au centre de diagnostic en passant par les dispensaires et les hôpitaux publics. Cette base de relevé a en effet servi non seulement à la présente recherche mais aussi à d'autres travaux (Master 2 de Charles-Noël Ebang, 2006, Pierre Chapelet, 2001-2007).

Nous avons réalisé le relevé géographique des établissements de soins entre février et juin 2006 avec l'aide de deux assistants et d'agrandissements du Delhi Eicher City Map. Le repérage en vélo ou moto déjà expérimenté en 2002 au cours de la maîtrise semblait une méthode robuste (Lefebvre, 2003). À partir d'agrandissements d'une carte routière de la ville (Delhi Eicher City Map), on relève la localisation des infrastructures. Nous n'avons pas utilisé de GPS. La précision de la localisation est fonction de la qualité du signal et de sa réception par le GPS. Ce qu'on appelle communément l'effet canyon peut être

particulièrement fort en milieu urbain, de par l'interférence d'un bâtiment sur la réception d'un signal provenant d'un des satellites de localisation. Les relevés GPS peuvent présenter des marges d'erreurs de quelques dizaines de mètres à plusieurs centaines de mètres. Un test conduit en novembre 2005 à Gurgaon donna des résultats peu probants malgré un environnement urbain moins dense que dans l'agglomération de Delhi.

Les hôpitaux privés : relevés de terrain et données officielles (2006-07)



Illustration 27: Les hôpitaux privés : relevés de terrain et données officielles (2006-07)

Le relevé a été réalisé en deux temps (février mars ; mi-avril mi-juin 2006). En effet à la même période, la MCD sur l'ordre de la Cour Suprême lançait une grande opération de mise sous scellés et de fermeture des établissements commerciaux opérant dans des zones résidentielles. Il fut donc nécessaire

de vérifier entre la mi-avril et la mi-juin si les établissements de soins étaient toujours bien ouverts. Cette vérification s'avéra aussi nécessaire devant certaines erreurs qui apparurent rapidement au moment de la première digitalisation réalisée courant avril. Malgré plusieurs jours de test avec les assistants, il s'avéra que des erreurs de localisation s'étaient glissées dans les relevés, sans parler d'un certain manque d'enthousiasme d'un des assistants à couvrir l'ensemble des quartiers ciblés. Nous avons donc réalisé nous-même cette deuxième vérification des relevés avec l'aide d'agrandissements du Delhi Eicher City Map, d'un VTT⁴³, de beaucoup d'eau et de crème solaire.

L'Illustration 27 (p.247) présente l'ensemble de la zone couverte au cours de ce relevé de terrain ainsi que le résultat de la comparaison entre les établissements hospitaliers privés relevés sur le terrain et ceux enregistrés par la DHS. L'ensemble de la zone couverte représente approximativement une superficie de 125 km² (Paris intra-muros : 110 km²). Nous avons relevé 1578 établissements de soins (pharmacie, médecins, dispensaires, centre de diagnostic, cliniques, hôpitaux). Nous avons donc comparé notre relevé des cliniques privées aux données de la DHS pour l'année 2006-07. 85 cliniques et hôpitaux privés étaient enregistrés par la DHS et ont été relevés sur le terrain. 10 établissements relevés sur le terrain n'étaient pas enregistrés par la DHS. Enfin deux établissements étaient enregistrés par la DHS mais n'ont pas été relevés sur le terrain. Ces deux établissements correspondent au Max Superspeciality Hospital qui a ouvert ses portes en mai 2006 dans une zone qui avait été couverte en avril par le relevé et un établissement situé sur un campus auquel nous n'avons pu accéder.

Sur les 95 hôpitaux relevés sur le terrain, 89% étaient enregistrés par la DHS. Les dix cliniques non-enregistrées sont pour la plupart localisées dans des villages urbains comme Munirka, Chirag Delhi, Katwaria Sarai ou des zones commerçantes comme Lajpat Nagar. Aucune d'elles n'apparaissent par la suite dans les relevés de la DHS à l'exception du Sahi Hospital localisé à Jangpura. Cet établissement était enregistré en 2002 mais a ensuite disparu des relevés de la DHS jusqu'à réapparaître lors du dernier relevé de 2010-11. Ces chiffres sont au final surprenants par rapport à l'ampleur du nombre de cliniques illégales à Delhi relevées en 2002. Malgré plusieurs demandes en 2004, 2005, 2007, 2008 et 2009 il ne nous a jamais été permis d'accéder au rapport de la DHS sur les cliniques privées illégales. Le choix du South Delhi et la période du relevé au moment de la mise sous scellés d'établissements commerciaux situés en zones résidentielles ont-ils induit un biais ? Le test téléphonique peut nous aider à y voir plus clair sur la régularisation des cliniques illégales.

43 VTT gracieusement fourni par Eric Leclerc, qu'il soit remercié de ce soutien matériel.

A.3. Sondage téléphonique : étendre le test à l'ensemble du NCTD

Nous avons en effet rapidement envisagé une autre technique pour tester à l'échelle de l'agglomération la validité des données fournies par la DHS sur le secteur hospitalier privé. Avec nos moyens humains et financiers, limités, il était en effet impossible de reproduire à l'échelle de Delhi, un relevé précis des établissements de santé. À partir d'une liste de 581 hôpitaux et des cliniques privées officiellement enregistrés par la DHS pour 2007-08, un test téléphonique a été conduit avec l'aide d'une assistante de recherche entre septembre et octobre 2008. Ce test répondait à trois objectifs. Premièrement, nous voulions tester la validité des données présentées par la DHS pour l'ensemble des cliniques privées de Delhi. Entre les demandes d'enregistrement et les visites de contrôle qui étaient censées être effectuées à un rythme annuel pour tous les établissements enregistrés, quelle est la validité d'une liste de 2007 pour l'année 2008 ? La DHS publie en réalité à un rythme biennuel les données collectées sur des cliniques et des hôpitaux enregistrés (2007, 2009, 2011). Les résultats attendus pour 2009 devaient nous permettre de comparer les résultats de notre test téléphonique aux résultats présentés pour 2007 et 2009. Une deuxième dimension portait sur la qualité des informations présentées par la DHS, comme l'adresse, le statut (*trust*, entreprise commerciale,...) mais surtout le nombre de lits. Observe-t-on des différences entre les données de la DHS et les données recueillies au cours d'entretiens téléphoniques ? Enfin nous avons aussi voulu vérifier l'année de création des établissements pour voir si nous observions des différences avec la liste que nous avons obtenue pour les cliniques enregistrés en 2002. Quelle a été l'ampleur du mouvement de régularisation des cliniques et des hôpitaux qui n'étaient pas enregistrés auprès de la DHS ?

Nous avons volontairement limité le nombre de questions (adresse, nombre de lits d'hospitalisation, statut, années de création) afin de privilégier l'exhaustivité. Après un premier test du script et devant les difficultés à atteindre les responsables de cliniques, nous avons opté pour un échantillonnage basé sur un tirage aléatoire de la moitié de notre effectif de départ, soit 291 établissements hospitaliers. Il a souvent été nécessaire de rappeler plusieurs fois un établissement, les responsables étant absents ou en consultation. Ayant atteint notre quorum de 291 établissements, le test a été prolongé sur soixante établissements supplémentaires jusqu'à la fin du contrat de l'assistante de recherche. Le tableau suivant vient résumer l'ensemble des résultats (Tableau 37 p.250). Au final 351 établissements hospitaliers ont été testés soit 60% des établissements enregistrés par la DHS en 2007. 49 hôpitaux ne purent être joints faute de numéros adéquats (faux numéros, numéros réattribués), soit 14% de notre échantillon. 96 hôpitaux ont refusé de répondre au questionnaire, soit 27% de notre échantillon. 206 hôpitaux ont répondu à nos questions, soit 35% des hôpitaux enregistrés par la DHS et 59% des hôpitaux testés. Sur

les 49 hôpitaux que nous n'avons pas réussi à joindre, un seul hôpital n'apparaît plus dans la liste de la DHS publiée en 2009, ce qui semble indiquer un problème global de report ou de saisie des numéros dans la liste de la DHS.

Hôpitaux	N	%
Hôpitaux privés enregistrés par la DHS en 2007	581	100
• Hôpitaux privés testés	351	60
• Total	351	100
• Pas de réponse (faux numéros, numéros réattribués)	49	14
• Refus de réponse	96	27
• Réponses	206	59
• Total	206	100
• Pas de différence du nombre de lits entre le test et les données de la DHS (2007, 2009)	85	41
• Écart du nombre de lits < à +/- 5 lits entre le test et les données de la DHS (2007, 2009)	71	34
• Écart du nombre de lits < à +/- 25% entre le test et les données de la DHS (2007, 2009)	25	12
• Hôpitaux privés créés avant 2002	174	84
• Hôpitaux créés entre 2002 et 2007	32	16
• Hôpitaux enregistrés par la DHS en 2002	119	58
• Hôpitaux créés avant 2002 et régularisés par la DHS entre 2002 et 2007	55	27
• Hôpitaux créés entre 1999 et 2002 et régularisés par la DHS entre 2002 et 2007	20	10

Tableau 37: Résultats du test téléphonique (septembre-octobre 2008)

Les informations sur les adresses se sont avérées exactes et n'ont nécessité que des demandes de précisions sur le numéro du bâtiment ou du pâté de maison. Le nombre de lits par établissement s'est avéré être une variable nettement moins fiable. En comparant le nombre de lits recueilli au cours du questionnaire au nombre de lits présenté pour la liste de 2007 et de 2009, on observe des écarts (Tableau 37 p.250). 85 hôpitaux ont un nombre de lits exactement identiques aux chiffres officiels soit de 2007 ou de 2009 (41% de l'effectif interrogé). 71 hôpitaux, soit 34% de l'effectif interrogé, ont une marge d'erreur de plus ou moins cinq lits dans la déclaration du nombre de lits au cours des entretiens téléphoniques. On peut considérer qu'une telle marge est très importante notamment si on garde en mémoire que 52% des établissements interrogés comptent moins de 15 lits enregistrés par la DHS. 25 hôpitaux (12% de l'effectif interrogé) ont une marge d'erreur inférieure à 25% par rapport au nombre de lits enregistrés en 2007 ou en 2009. Comment peut-on expliquer les écarts importants entre les données déclarées lors de l'entretien téléphonique et les données enregistrées par la DHS ? La différence tient à la définition du lit hospitalier par la DHS. La Handa Nursing Home a officiellement quatre lits enregistrés en 2007 et en 2009 mais annonce 35 lits lors de l'entretien téléphonique. C'est l'écart le plus important de notre échantillon. Cette clinique abrite dans le même bâtiment un département spécialisé dans la néphrologie qui possède sa propre licence auprès de la DHS (Handa

Stone Clinic) et qui compte huit lits enregistrés. Même avec douze lits au total nous sommes encore loin des 35 lits annoncés. Un certain nombre de soins appliqués aux reins ne nécessite pas de soins chirurgicaux et donc aucune hospitalisation, mais requiert néanmoins l'alitement du patient et donc un nombre de lits important. On pense ici aux dialyses dans le cas d'insuffisance rénale chronique terminale, ou encore à la lithotripsie dans le traitements des calculs rénaux. On observe aussi des écarts importants pour des cliniques spécialisées dans les soins orthopédiques ou les soins oculaires. La clinique Dr Mukesh Ortho & Trauma Centre annonce 25 lits contre deux lits enregistrés auprès de la DHS. Il existe aussi quelques rares cas où les écarts n'apparaissent plus si on considère le nombre de lits enregistrés en 2011. Le Goyal Eye Institute annonçait dix lits lors de l'entretien téléphonique contre trois dans les données enregistrées en 2007 et 2009. En 2011, les dix lits sont bien enregistrés par la DHS.

Il semble donc exister un décalage entre les données collectées par la DHS et les données restituées par la DHS. Qu'en est-il de l'enregistrement des hôpitaux ? Combien d'hôpitaux privés ont été régularisés depuis 2002 ? Sur les 206 hôpitaux questionnés, 119 étaient déjà enregistrés en 2002, soit 58% de l'effectif interrogé (Tableau 37 p.250). 32 hôpitaux ont été créés entre 2002 et 2006 (16% de l'effectif). Sur la même période 55 hôpitaux créés avant 2002 ont été régularisés (27% de l'effectif). La régularisation des cliniques et hôpitaux privés représente donc une part importante dans l'augmentation du nombre d'établissements hospitaliers entre 2002 et 2006. Sur les 174 hôpitaux créés avant 2002 32% n'étaient pas enregistrés en 2002. 20 des 55 hôpitaux régularisés ont été créés en 1999 et 2002. On constate donc un décalage dans l'enregistrement des cliniques qui a sûrement plus à voir avec la procédure d'enregistrement en elle-même qu'avec la mauvaise volonté des patrons de clinique interrogés.

Les deux tests menés sur les données de la DHS appellent plusieurs remarques quant à la fiabilité des données de la DHS sur le secteur hospitalier privé. Depuis l'étude de 2002 qui révéla l'existence de 1600 cliniques privées illégales sur le territoire du NCTD, il est probable que le sous-enregistrement ait perdu de son ampleur. La peur de sanctions juridiques et financières, une année 2006-2007 marquée par des mises sous scellés et des fermetures d'établissements illégaux, le nouveau Master Plan 2021 qui autorise l'établissement de cliniques en zones résidentielles, les procédures de régularisation, l'allongement de la validité d'une licence de un à trois ans, devraient à terme réduire le sous-enregistrement des cliniques privées auprès de la DHS. L'extension de la validité d'une licence devrait aussi réduire considérablement les délais d'enregistrement des cliniques et hôpitaux privés.

En conséquence, malgré le sous-enregistrement manifeste auprès de la Delhi Nursing Home Cell, ces

chiffres apparaissent comme la seule source d'information vérifiée et fiable. Étudier la distribution spatiale des services hospitaliers en excluant les hôpitaux privés non-enregistrés et pourtant bien utilisés par la population, est certainement une limite importante qu'il faudra garder à l'esprit à l'aune des résultats de l'analyse, notamment sur la distribution et l'accessibilité des services hospitaliers. Néanmoins cette limite est aussi porteuse d'informations importantes sur le système hospitalier et sa distribution. Quels quartiers sont desservis en infrastructures hospitalières répondant à des standards minimums en matière de locaux, d'hygiène, d'équipement et de formation du personnel médical ? Quels quartiers ne le sont pas ?

B. La desserte en services hospitaliers

B.1. Géolocalisation et présentation d'une base de données sur les services hospitaliers du NCTD

A partir des données de la DHS nous avons donc géolocalisé les cliniques et les hôpitaux qui composent le secteur hospitalier légal du NCTD. Nous avons pris pour point de départ des données collectées en 2002 au cours de notre maîtrise (Lefebvre, 2003). Nous avons mis à jour cette base de données avec l'aide des différents rapports de la DHS sur les services de santé (2003, 2004) et par l'obtention de listes via des demandes directes auprès de la DHS (2007, 2008, 2009) et plus tard par l'intermédiaire de leur site Internet (2010, 2011). Nous avons fusionné les différentes sources dans une seule base de données rassemblant pour chaque infrastructure l'adresse, le quartier, le district, le nombre de lits aux différentes années, le statut de opérateur (MCD, GNCTD, privé,...).

En partant à chaque fois de l'adresse référencée dans les listes de la DHS, nous avons géolocalisé les hôpitaux privés et publics. La géolocalisation a été un processus itératif, particulièrement à partir de 2008, la collecte annuelle de nouvelles données notamment sur le secteur privé permettant la mise à jour de notre base de données. Certaines adresses se sont avérées fausses ou imprécises. Lors des différentes géolocalisations, nous avons croisé plusieurs sources d'information afin de localiser avec le plus d'exactitude possible les hôpitaux et les cliniques. Bien qu'imprécises, les bases du Delhi Eicher City Map nous ont guidé dans un premier temps. Certaines adresses manquent de précision dans ce guide : pas de numéro de rue sur certains quartiers, quartiers non référencés. Les annuaires en ligne (www.sulekha.com) reprennent en général les adresses enregistrées par la DHS. Enfin une dernière source d'information fut utilisée : Wikimapia. Nous avons alors eu recours à Google Earth couplé à wikimapia pour localiser ces infrastructures⁴⁴. Sur une plate-forme Google Earth wikimapia permet aux

44 On peut en effet coupler Wikimapia à Google Earth en installant un fichier KML de Wikimapia sous Google Earth : wikimapia.org/ge.kml

particuliers ou institutions de localiser des lieux à travers le monde. Plusieurs cas se sont alors présentés. Cet outil nous fut particulièrement utile pour les zones périphériques du NCTD, comme Narela ou Najafgarh, pas encore couvertes par les bases du Delhi Eicher City Map. Quelques hôpitaux ont déménagé, nous avons alors conservé leurs localisations aux différentes années (Orthonova de Madangir en 2002 à Safdarjung Development Area 2007). Certains hôpitaux privés ont disparu des listes au fil des années. Les listes étant basées sur l'enregistrement, on pourrait considérer que ces hôpitaux ont perdu leur licence comme le signale le Tableau 36 (p.245). Pourtant lors de la dernière géolocalisation réalisée en 2011, ces hôpitaux n'ont jamais réapparu.

Les cliniques et les hôpitaux géolocalisés entre 2002 et 2011

© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

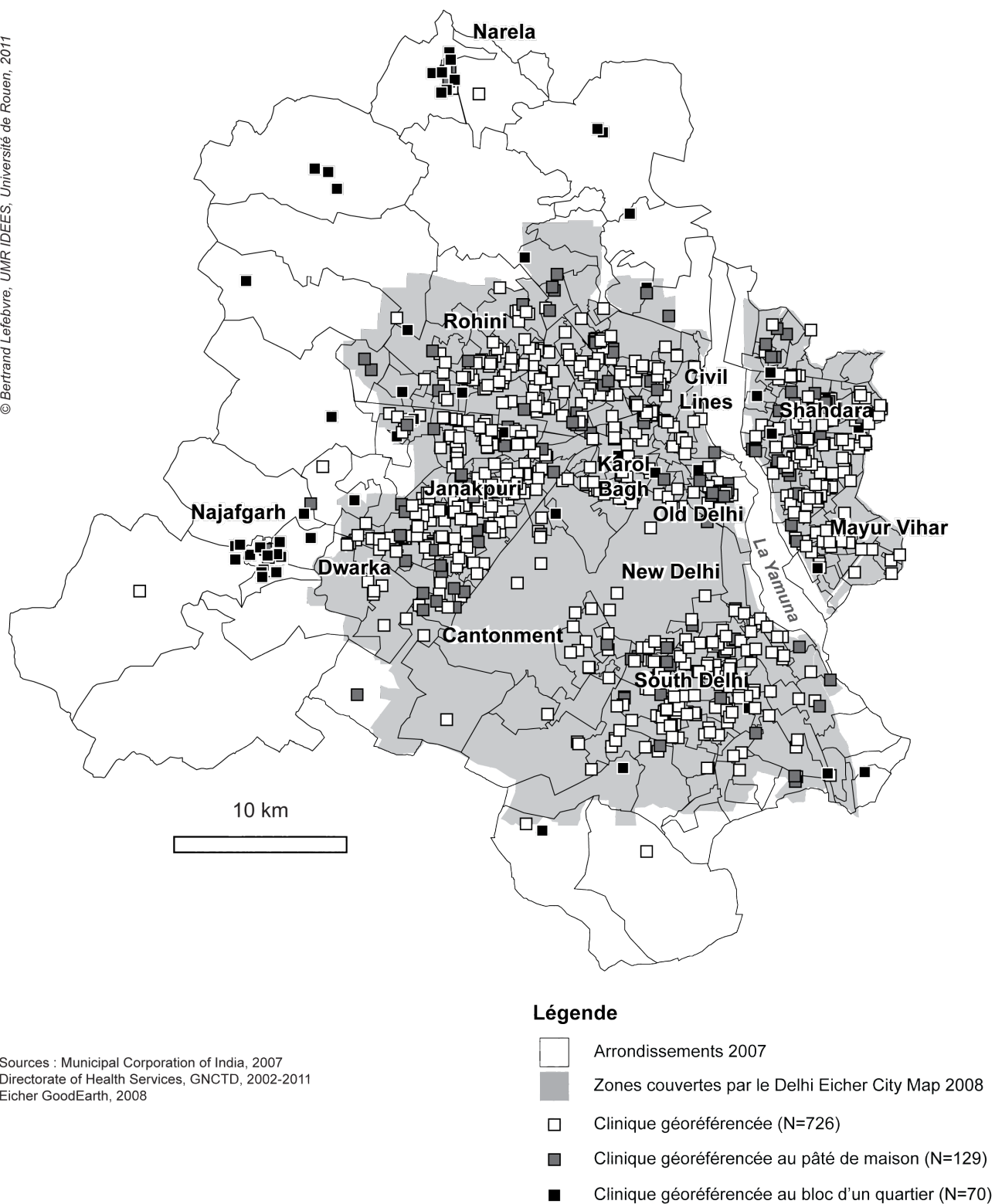


Illustration 28: Les cliniques et les hôpitaux géolocalisés entre 2002 et 2011

Selon les responsables de la DNHC, les cas de fermetures sont liés à l'abandon de la clinique par son propriétaire (p. ex. départ à la retraite, problèmes financiers), une situation de plus en plus fréquente selon différentes sources, ou liés au non respect des normes du DNHRA. L'hôpital doit alors fermer ses portes. Avant de sanctionner la clinique ou l'hôpital privé, les responsables de la DNHC donnent un délai pour que l'établissement se mette aux normes. Pour un cas comme le Sahi Hospital que nous avons décrit précédemment, aucun des hôpitaux enregistrés en 2002 qui ont disparu dès les années 2003 et 2004 des listes n'a jamais réapparu depuis. On peut alors considérer que ces hôpitaux ont certainement fermé. Les projets d'hôpitaux publics furent aussi intégrés à cette base de données et localisés.

Nous avons attribué un code quant à la qualité de la géolocalisation : 1 quand la géolocalisation est trouvée, 0,75 quand la géolocalisation est confirmée à l'échelle d'un pâté de maison (absence de numéro), 0,5 quand la géolocalisation est confirmée à l'échelle d'un bloc de quartier⁴⁵. Sur les 928 hôpitaux répertoriés pour les différentes années, 925 furent localisés au final. Trois hôpitaux publics opérant en 2002 et contrôlés par la MCD ne purent être localisés (30 lits au total, 0,3 % de l'effectif total). 726 hôpitaux furent localisés avec exactitude (78,2% de l'effectif total voir Illustration 28 p.254). 129 furent localisés à l'échelle du pâté de maison (13,9% de l'effectif total). Beaucoup de ces établissements sont localisés dans des quartiers comme Old Delhi ou des villages urbains pour lesquels l'adresse n'était pas assez précise. 70 hôpitaux furent localisés à l'échelle d'un bloc de quartier (7,5%). Sur ces 70 hôpitaux, 35 sont localisés dans des villages ou des villes périphériques du NCTD comme Najafgarh ou Narela pour lesquelles nous n'avions pas de base SIG précises (zones grises, Illustration 28 p.254). Même avec Google Earth et Wikimapia il fut difficile d'aller au delà d'une certaine précision : un bloc dans un quartier.

Une fois cette géolocalisation complétée, nous avons restreint le nombre d'hôpitaux pris en compte dans l'optique d'étudier la distribution des services hospitaliers et leur accessibilité (Tableau 38 p.256). Le statut de l'hôpital fut un premier critère discriminant. Par exemple seul le personnel militaire peut accéder aux deux hôpitaux militaires du Cantonment (le R&R Hospital et le Base Hospital, 1820 lits au total). Il en va de même pour de nombreux hôpitaux qui dépendent d'organismes publics (Northern Railways, CGHS, ESIC, Prison, NIHFW) et dont l'accès est réservé à une partie de la population (personnel et famille, prisonniers,...). Au total nous avons exclu 16 hôpitaux sur ce critère. Nous avons aussi exclu plusieurs hôpitaux publics pour les longs séjours et dont l'accès reste réglementé. Les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux pour maladies contagieuses (tuberculose, maladies infectieuses,

45 A Delhi comme dans de nombreuses villes indiennes, beaucoup de quartiers sont découpés en blocs : on habite au numéro 23 du bloc M du quartier de Greater Kailash 2

lèpre) comptent ainsi sept établissements et 1895 lits. Enfin par souci d'homogénéité et pour faciliter les comparaisons, nous avons exclu six hôpitaux ayurvédiques et homéopathiques (370 lits).

Hôpitaux enregistrés par la DHS (2002-2011)	928	100
• Hôpitaux non-géolocalisés	3	0,3
• Hôpitaux géolocalisés	925	99,7
• Total	925	100
• Absence du nombre de lits	2	0,2
• Fusion sur le même site (Uttam Nagar)	1	0,1
• Projets gouvernementaux	18	1,9
• Hôpital ouvert et fermé entre 2002 et 2011	8	0,9
• Réseaux fermés (Armée, entreprises publiques,...)	16	1,7
• Longs séjours (psychiatrie, maladies infectieuses,...)	7	0,8
• Hôpital ayurvédique ou homéopathique	6	0,6
• Hôpitaux retenus pour l'analyse	867	93,7
• Total	867	100,0
• Hôpitaux hors zone Eicher	43	5
• Hôpitaux zone Eicher (accessibilité)	824	95

Tableau 38: Géolocalisation des hôpitaux enregistrés par la DHS (2002-2011)

D'autres hôpitaux ont été exclus au regard de leur évolution entre 2002 et 2011. Huit hôpitaux qui n'étaient pas encore enregistrés en 2002 et qui ne l'étaient plus en 2011 ont été retirés de la base finale (Tableau 38 p.256). Les 18 projet d'hôpitaux gouvernementaux localisés, dont certains ont ouvert leurs services ambulatoires mais pas leurs services chirurgicaux, ont été exclus. Enfin un hôpital réparti sur un pâté de maison (Uttam Nagar) avait enregistré deux établissements qui furent fusionnés à partir de 2010. Nous avons donc considéré que ces deux établissements n'en formaient qu'un dès 2002. Au cours du présent et du prochain chapitre, notre analyse du secteur hospitalier de Delhi, sa distribution spatiale, son accessibilité, et son évolution portera donc sur ces 867 hôpitaux. Nous allons maintenant étudier plus en détail ces hôpitaux pour comprendre comment s'organisent le système hospitalier en fonction du secteur (privé, public), de la taille des établissements, et de leur répartition spatiale.

B.2. Vers une déconcentration des services hospitaliers ?

Un première approche pour comprendre la distribution des services hospitaliers consiste à étudier la desserte de ces services par rapport à la population. L'agrégation du nombre d'établissements et de lits

hospitaliers par arrondissement, pour 2002 et 2011, nous offre une vision globale du système hospitalier de Delhi en relation à sa population mais aussi à sa géographie urbaine. Nous allons utiliser la population par arrondissement de 2001 pour mesurer les différents taux de desserte en établissements et en lits hospitaliers. Les données censitaires de 2001 sont pour l'instant les seules données disponibles, dans l'attente de la publication des résultats désagrégés du dernier recensement de 2011. Nous avons vu dans le chapitre 4 que si la croissance démographique du NCTD reste forte, les districts centraux continuent de perdre des habitants au profit des districts périphériques. On devra donc garder à l'esprit ces dynamiques démographiques pour analyser les taux de dessertes en établissements et lits hospitaliers pour 2011.

	Année	Total	min	max	moyenne	médiane	écart-type
Population (2001)	2001	13 836 048	9 614	271 289	92 240	82 520	47 243
Etablissements hospitaliers	2002	520	0	19	3,47	2,00	3,61
	2011	740	0	21	4,93	3,50	4,69
Lits hospitaliers	2002	23 625	0	1 776	157,50	46,50	312,44
	2011	32 447	0	2 285	216,31	94,00	349,99
Desserte Etablissements	2002	nil	0,37	29,33	5,23	3,74	5,02
	2011	nil	0,40	27,79	6,24	4,41	5,01
Desserte Lits	2002	nil	0,03	53,41	3,06	0,81	7,26
	2011	nil	0,02	53,41	3,54	1,13	7,31

Tableau 39: La desserte en services hospitaliers par Arrondissements (N= 150) (2002-11)

Le Tableau 39 (p.257) présente la distribution des données par arrondissement et pour les différentes années et nous permettra de compléter notre analyse à partir des différentes cartes présentant ces variables. L'illustration 29 (p.258) présente la desserte des arrondissements en établissements hospitaliers pour 2002 et 2011 (nombre d'établissements hospitaliers pour 100000 habitants, 2001).

NCTD : Desserte en établissements hospitaliers (2002-2011)

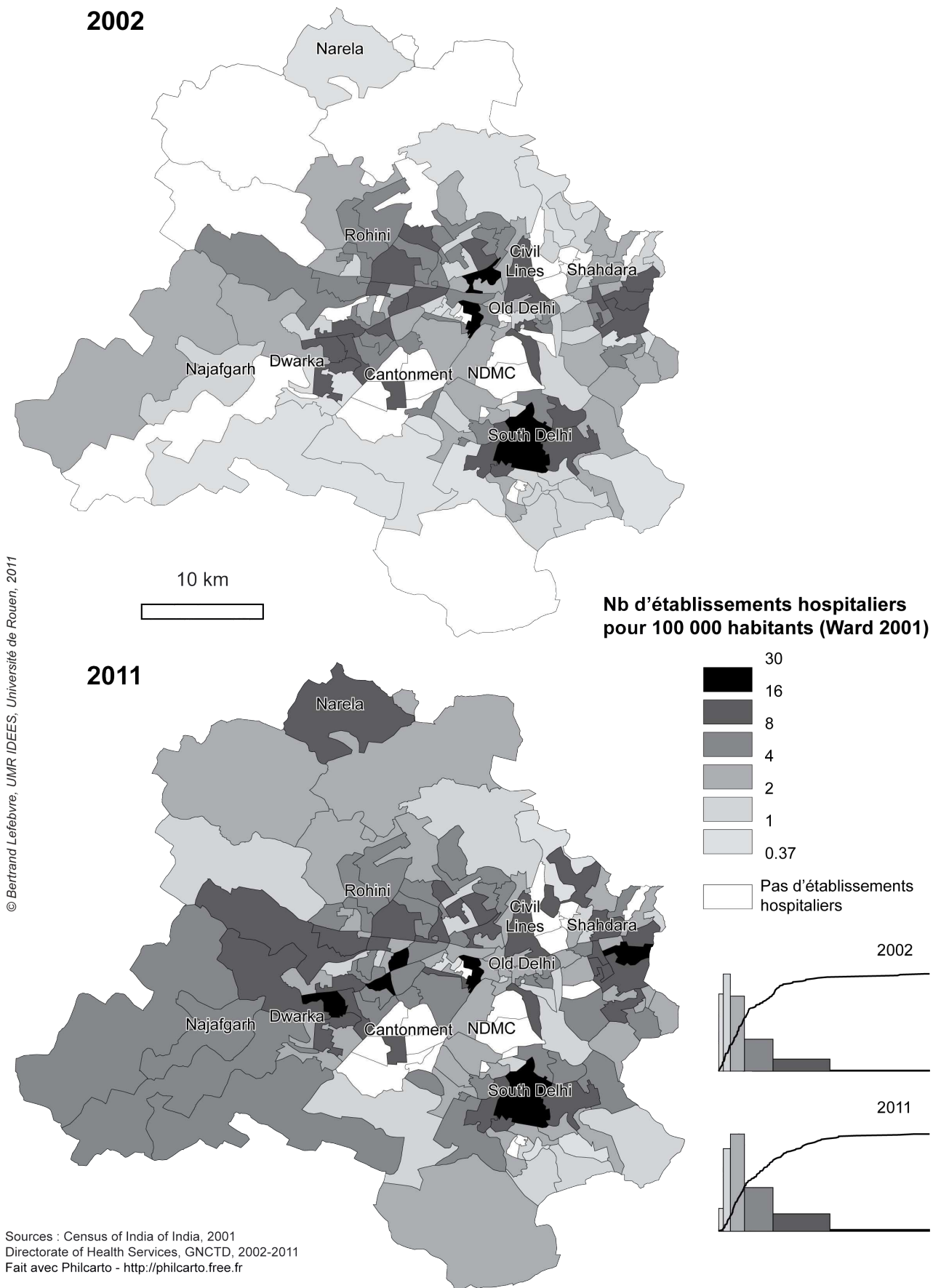


Illustration 29: NCTD : Desserte en établissements hospitaliers (2002-2011)

Au cœur de l'agglomération (New Delhi, Cantonment) plusieurs arrondissements ne comptent aucun hôpital ou des taux de desserte faible (< 4 établissements pour 100000 habitants). Une première couronne avec des taux de desserte supérieurs à la moyenne se forme à partir des arrondissements du sud, de l'ouest, du nord et d'une partie de ceux situés à l'est. L'essentiel des arrondissements qui composent le South Delhi présente des taux de desserte largement supérieurs à la moyenne. Les arrondissements les plus périphériques, et qui correspondent pour la plupart aux zones périurbaines et rurales du NCTD ont des taux de dessertes inférieurs à la moyenne. En 2002 plusieurs de ces arrondissements ne comptent aucun hôpital malgré leur large territoire.

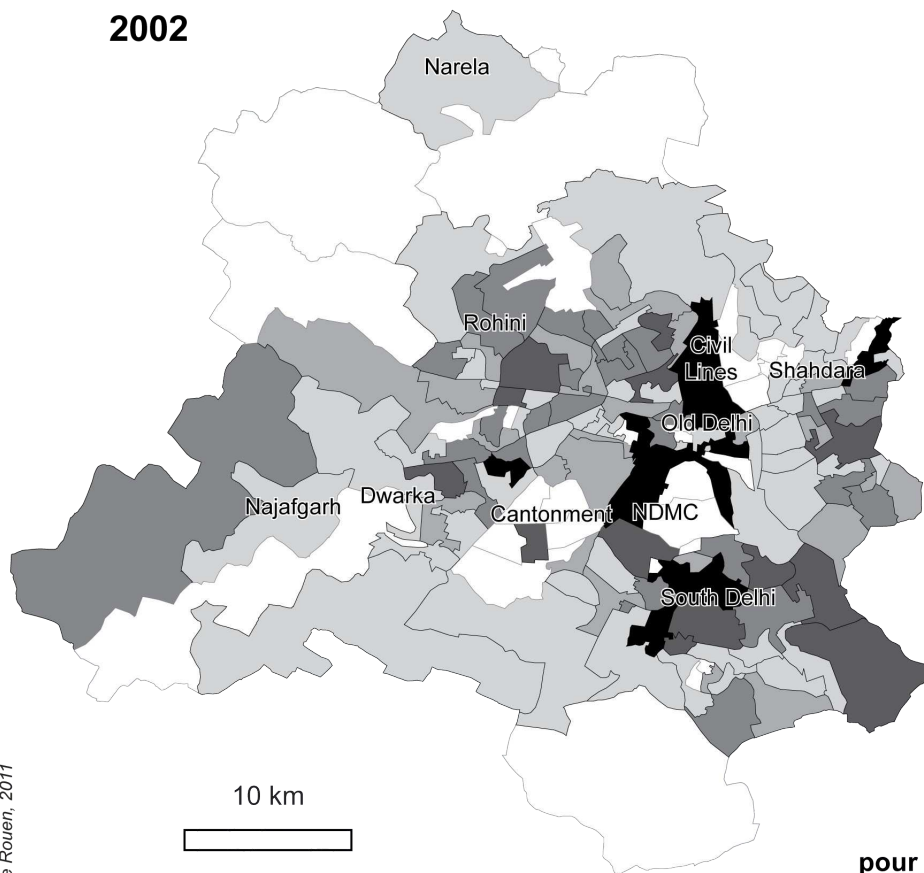
L'utilisation d'une échelle commune entre 2002 et 2011 nous permet d'apprécier un double phénomène. Les résultats du Tableau 39 (p.257) nous rappellent que le nombre d'établissements hospitaliers a fortement augmenté entre 2002 et 2011 (+220 établissements, +42,3%). Cette augmentation est particulièrement forte par rapport à la croissance démographique du NCTD sur la même période (+21% 2001-2011). Cette augmentation se lit aussi dans des valeurs centrales plus élevées en 2011 par rapport à 2002. Le nombre moyen d'établissements par arrondissement passe de 3,5 à 5 entre 2002 et 2011. L'augmentation de l'écart-type de 3,61 à 4,69 indique aussi que ce mouvement n'a pas bénéficié à l'ensemble des arrondissements et que les écarts se sont accrus en termes de disponibilité d'établissements hospitaliers. En l'absence de données démographiques à jour pour 2011, la réduction de l'écart-type de la desserte en établissements hospitaliers entre 2002 et 2011 est difficile à interpréter (de 5,02 à 5,01) et semble au mieux indiquer un rééquilibrage en la matière. Les taux de desserte en établissements augmentent en périphérie et indiquent un mouvement de desserrement et de diffusion des établissements hospitaliers vers ces territoires peu ou mal desservis en 2002. Les arrondissements de l'ouest de Delhi et du sud-ouest voient doubler leur taux de desserte. L'arrondissement de la ville satellite de Narela au nord voit aussi son taux de desserte augmenter fortement. On doit bien sûr garder à l'esprit que les taux de desserte sont calculés pour 2011 et 2002 en fonction de la population de 2001. Ces arrondissements périphériques comme nous l'avons présenté dans le chapitre 4 on aussi vu leur population augmenter et il est évident que l'augmentation des taux de desserte calculé à partir de la population de 2011 ne serait pas aussi forte. De la même manière la baisse des taux de desserte de certains arrondissements centraux, autour d'Old Delhi, ne serait pas aussi frappante au regard de la baisse de population enregistrée par cette partie de la ville entre 2001 et 2011. Néanmoins, la distribution des établissements hospitaliers semble bien marquée par une déconcentration vers la périphérie. Enfin on doit noter pour 2011 le renforcement du taux de desserte de plusieurs arrondissements situés dans la première couronne de Delhi, qui semble indiquer un mouvement de concentration des établissements dans ces arrondissements. On peut ainsi relever plusieurs arrondissements localisés le long d'un axe entre Old Delhi et Dwarka à l'ouest de Delhi. Si la desserte

en établissements nous permet d'apprécier la diversité de l'offre par arrondissement, la desserte mesurée en lits hospitaliers est toute aussi importante pour bien comprendre l'ajustement entre l'offre de services hospitaliers et la population (Illustration 30 p.261).

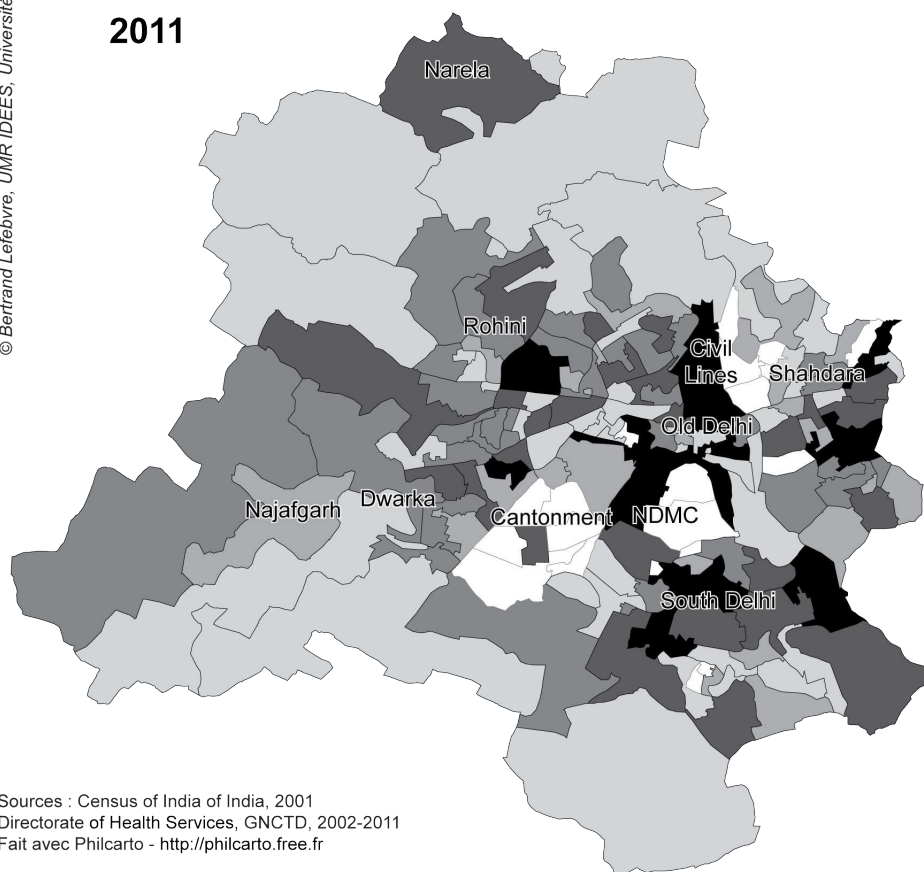
Ces cartes présentent la desserte des arrondissements en lits hospitaliers pour 2002 et 2011 (nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants, population 2001). La distribution spatiale de la desserte en lits hospitaliers diffère de la desserte des établissements. Si on retrouve en partie une opposition entre centre et périphérie, avec de meilleurs taux de desserte dans les arrondissements centraux et dans la première périphérie par rapport aux arrondissements périurbains, on constate aussi des variations importantes d'un arrondissement à l'autre au cœur de l'agglomération. Les fortes différences de capacités de lits entre les grands hôpitaux publics et les petites cliniques privées rejaillissent sur les arrondissements. Les arrondissements qui accueillent de grands campus hospitaliers publics apparaissent privilégiés, notamment ceux situés dans les anciens espaces urbanisés lors de la colonisation britannique (New Delhi, Civil Lines). Le nombre de lits hospitaliers a augmenté de 37,3% (+8822 lits) entre 2002 et 2011. Le nombre moyen de lits par arrondissement est passé de 158 lits à 216 lits sur la même période. L'évolution du nombre médian de lits par arrondissement est aussi très encourageante (de 46,5 lits à 94 lits). Le desserrement et la diffusion spatiale vers la périphérie du système hospitalier observés pour les établissements se confirment à travers l'augmentation du nombre de lits en périphérie et dans les arrondissements périurbains entre 2002 et 2011. Pourtant rapportée à la population, cette augmentation semble encore marquée par une plus grande hétérogénéité des arrondissements : l'écart-type de la desserte en lits hospitaliers passant de 7,26 à 7,31. On constate ainsi le renforcement du taux de desserte de plusieurs arrondissements en périphérie ouest, est et sud. Ces fortes valeurs nous donnent à voir la formation de nouveaux pôles périphériques.

NCTD : Desserte en lits hospitaliers (2002-2011)

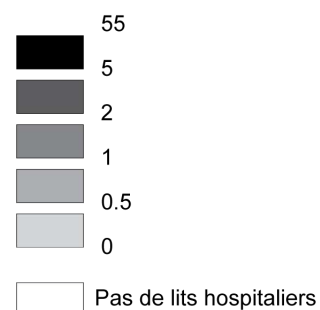
2002



2011



Nb de lits hospitaliers pour 1000 habitants (Ward 2001)



2002



2011



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Census of India of India, 2001
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2002-2011
 Fait avec Philcarto - <http://philcarto.free.fr>

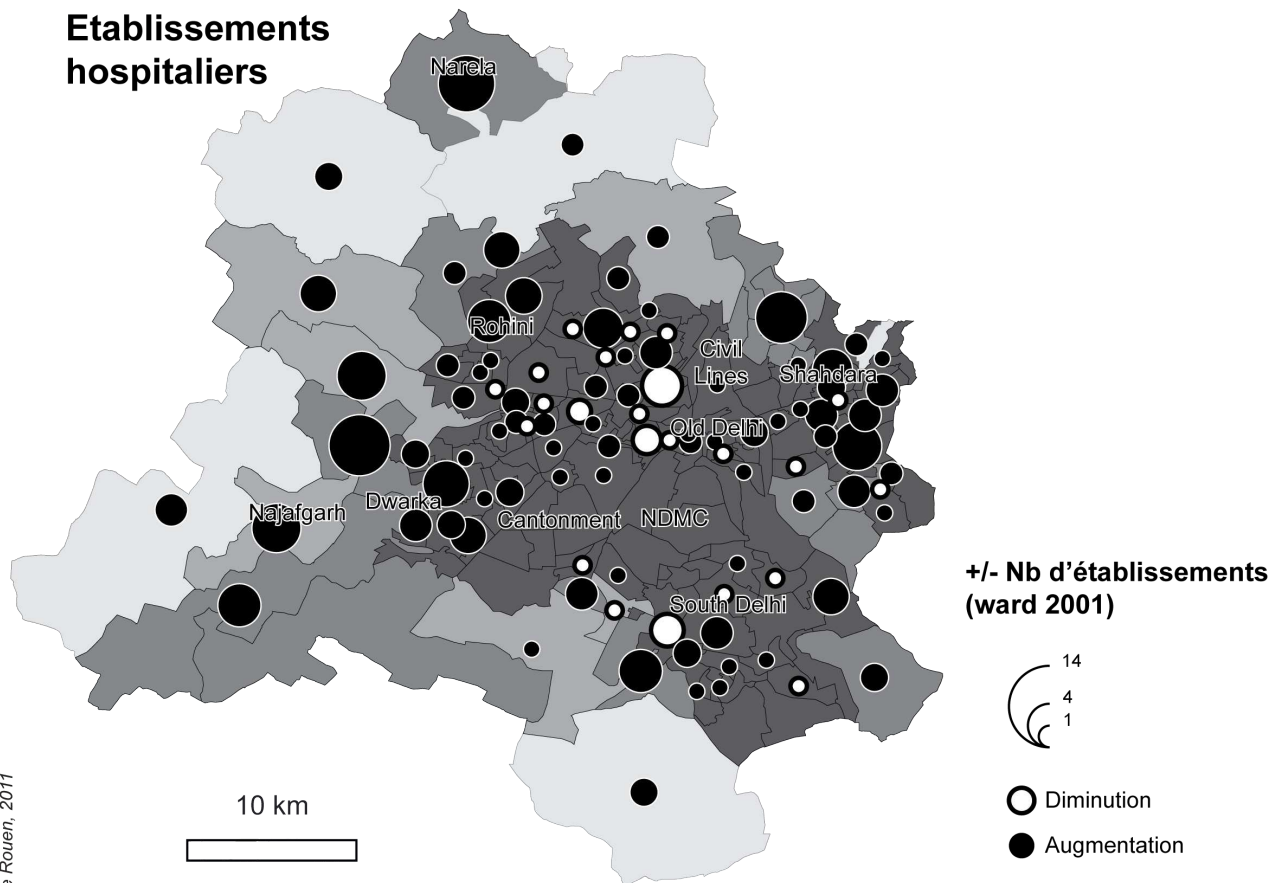
Illustration 30: NCTD : Desserte en lits hospitaliers (2002-2011)

Les cartes suivantes présentent l'évolution du nombre d'établissements et de lits hospitaliers entre 2002 et 2011 par arrondissement (Illustration 31 p.263). Afin de bien comprendre la relation de ces évolutions avec la géographie urbaine du NCTD nous avons aussi représenté le taux d'urbanisation de chaque arrondissement pour 2001. Nous rappelons ici que le nombre d'établissements et le nombre de lits sont ceux enregistrés auprès de la DHS en 2001-02 et 2010-11. 23 arrondissements voient le nombre d'établissements diminuer entre 2002 et 2011. 22 de ces arrondissements sont urbanisés à 100% et sont situés au cœur de l'agglomération. Dans le même temps le nombre d'établissements augmente dans 127 arrondissements. L'évolution du nombre d'établissements est donc caractérisée par une diminution importante des établissements au cœur de Delhi, comme autour d'Old Delhi et par une forte augmentation en périphérie.

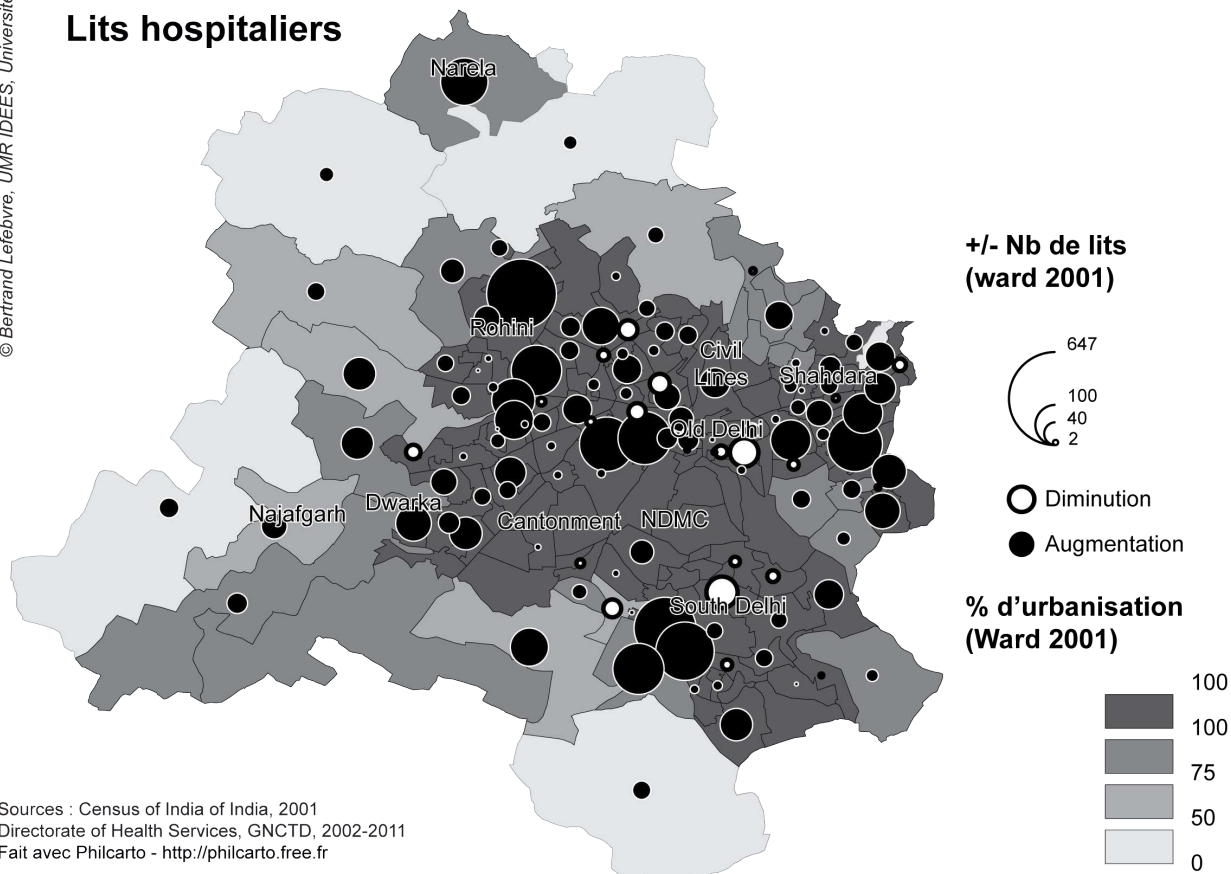
L'augmentation du nombre d'établissements est particulièrement forte dans l'est de Delhi et dans les arrondissements moins urbanisés de la périphérie ouest. On remarque aussi des diminutions dans les arrondissements de la première périphérie ou une stagnation du nombre d'établissements (South Delhi, absence de cercles). L'évolution du nombre de lits hospitaliers présente une opposition entre centre et périphérie nettement moins marquée. Dans l'ensemble, le nombre de lits augmente dans la plupart des arrondissements. 128 arrondissements voient leur nombre de lits augmenter. 22 arrondissements dont 20 sont urbanisés à 100% voient leur nombre de lits diminuer. L'augmentation entrevue pour le nombre d'établissements se confirme pour le nombre de lits dans plusieurs arrondissement de l'est de Delhi. Autrement dit, l'augmentation du nombre de lits semble particulièrement forte dans les arrondissements de la première périphérie notamment par rapport aux espaces plus périurbains qui ont pourtant connu une augmentation importante du nombre d'établissements. On peut ainsi observer une diminution du nombre d'établissements dans plusieurs arrondissements concomitants avec une augmentation du nombre de lits comme par exemple à l'ouest d'Old Delhi (Karol Bagh), ou au sud et à l'est de Rohini (Pitampura, Shalimar Bagh). Le système hospitalier de Delhi est donc en plein développement et des espaces périphériques peu ou mal desservis ont vu leur situation s'améliorer au cours de la décennie 2000. Une partie de ce dynamisme repose sur le développement rapide du secteur privé mais aussi sur une politique volontariste du GNTCD. Nous allons maintenant nous intéresser plus précisément à ces tendances dans le point suivant.

NCTD : Evolution du système hospitalier (2002-2011)

Etablissements hospitaliers



Lits hospitaliers



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Census of India of India, 2001
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2002-2011
 Fait avec Philcarto - <http://philcarto.free.fr>

Illustration 31: Evolution du système hospitalier (2002-2011)

B.3. Dynamiques croisées : secteur hospitalier public et privé

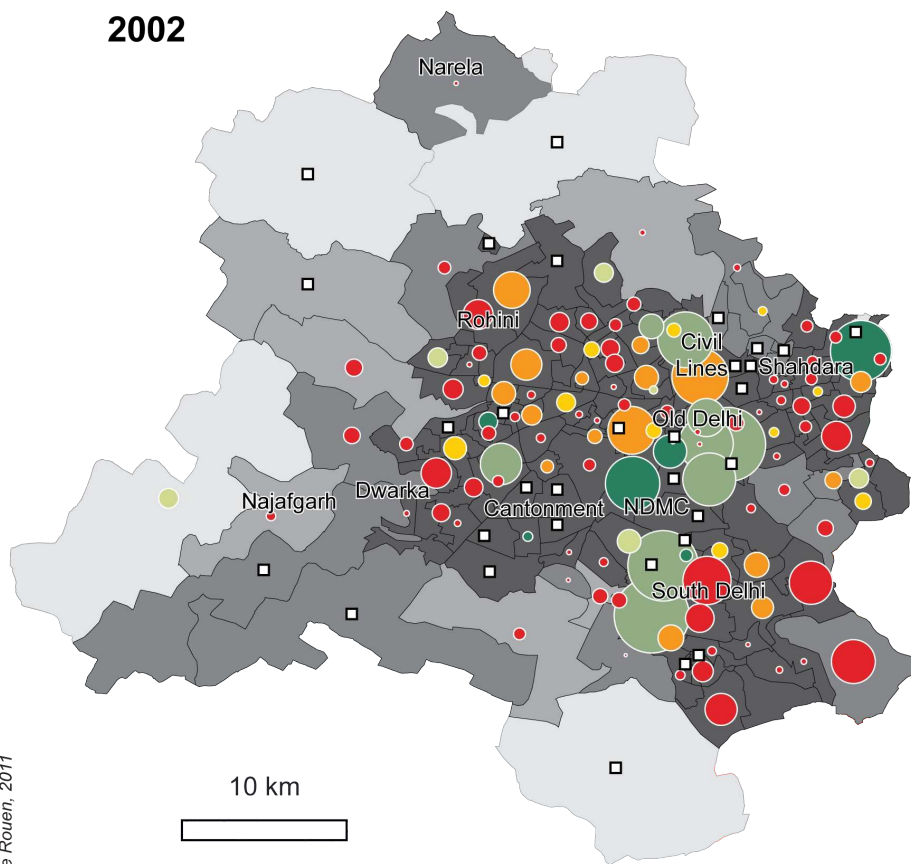
La décennie 2000 est en effet marquée par une augmentation importante du nombre d'établissements et du nombre de lits (Tableau 40 p.264). Une grande partie de ce dynamisme est portée par le secteur privé. 208 nouveaux établissements sont enregistrés entre 2002 et 2011 (+45%). Nous avons vu précédemment qu'une partie de ce dynamisme s'expliquait en partie par la régularisation d'établissements hospitaliers privés mais l'ampleur de l'augmentation indique un fort mouvement de croissance de l'offre hospitalière privée de Delhi. Cette croissance du nombre d'établissements se traduit aussi en termes de capacité d'accueil (+6216 lits, +57%). Pour un nouveau lit hospitalier dans le secteur public, le secteur privé a vu s'ajouter 2,4 lits supplémentaires entre 2002 et 2011. Pour la première fois en 2011, le nombre de lits hospitaliers dans le secteur privé dépasse celui du secteur public et représente désormais 53 % du total. La croissance du secteur hospitalier public a en effet été nettement moins rapide. Le nombre d'établissements hospitaliers publics est passé de 61 à 73 (+12, +20%) et le nombre de lits de 12688 à 15294 (+2606, +21%). Cette augmentation est voisine de la croissance démographique du NCTD entre 2001 et 2011 (+21%). Les ouvertures de nouveaux établissements et de nouveaux lits hospitaliers dans le secteur public ne permettent pas une amélioration significative de la desserte en services hospitaliers sur le territoire du NCTD. L'amélioration de la desserte en services hospitaliers entre 2002 et 2011 doit donc beaucoup au secteur privé.

Secteur	Catégorie	2002		2011		Evolution Nb	Evolution %
		Nb	%	Nb	%		
Secteur Public	Etablissements	61	12	73	10	12	20
	Lits	12 688	54	15 294	47	2 606	21
Secteur Privé	Etablissements	459	88	667	90	208	45
	Lits	10 937	46	17 153	53	6 216	57
Total	Etablissements	520	100	740	100	220	42
	Lits	23 625	100	32 447	100	8 822	37

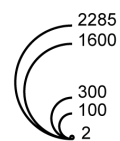
Tableau 40: Évolution du secteur hospitalier public et privé (2002-2011)

NCTD : Distribution du secteur privé et du secteur public (2002-2011)

2002

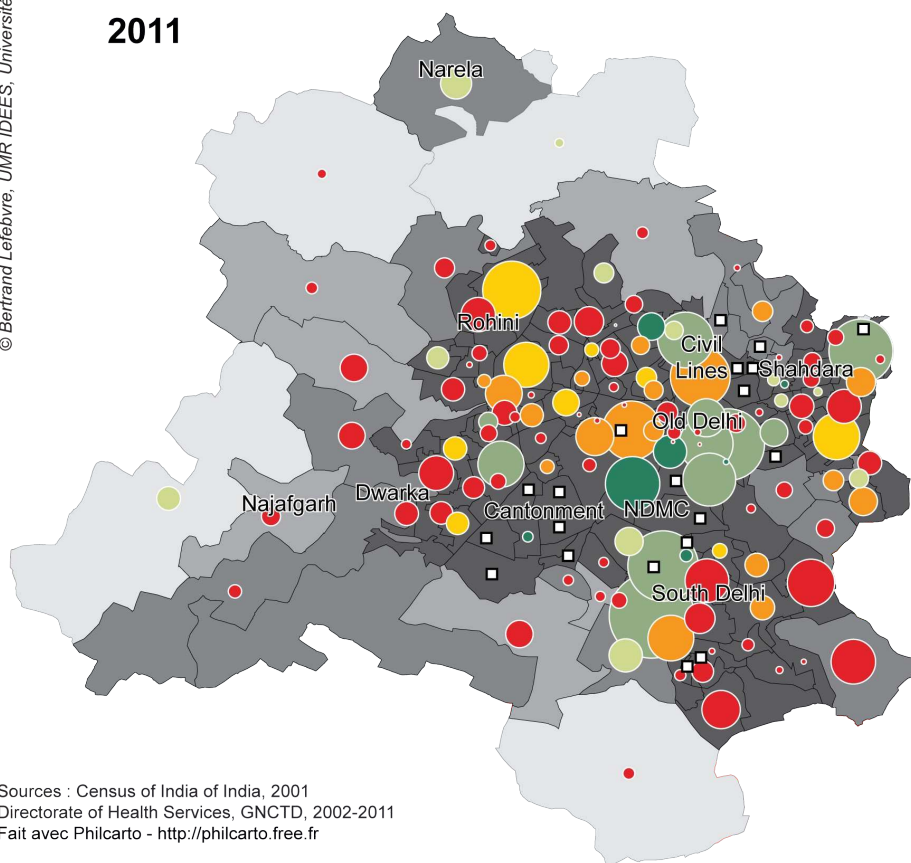


Nb de lits hospitaliers (ward 2001)

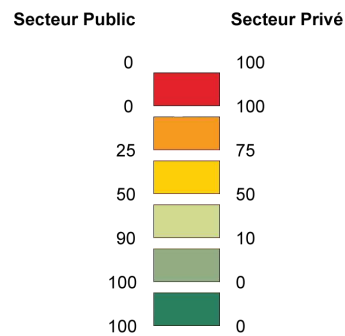


□ Pas de lits

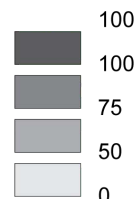
2011



% de lits hospitaliers par secteur



% d'urbanisation (Ward 2001)



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Census of India of India, 2001
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2002-2011
 Fait avec Philcarto - <http://philcarto.free.fr>

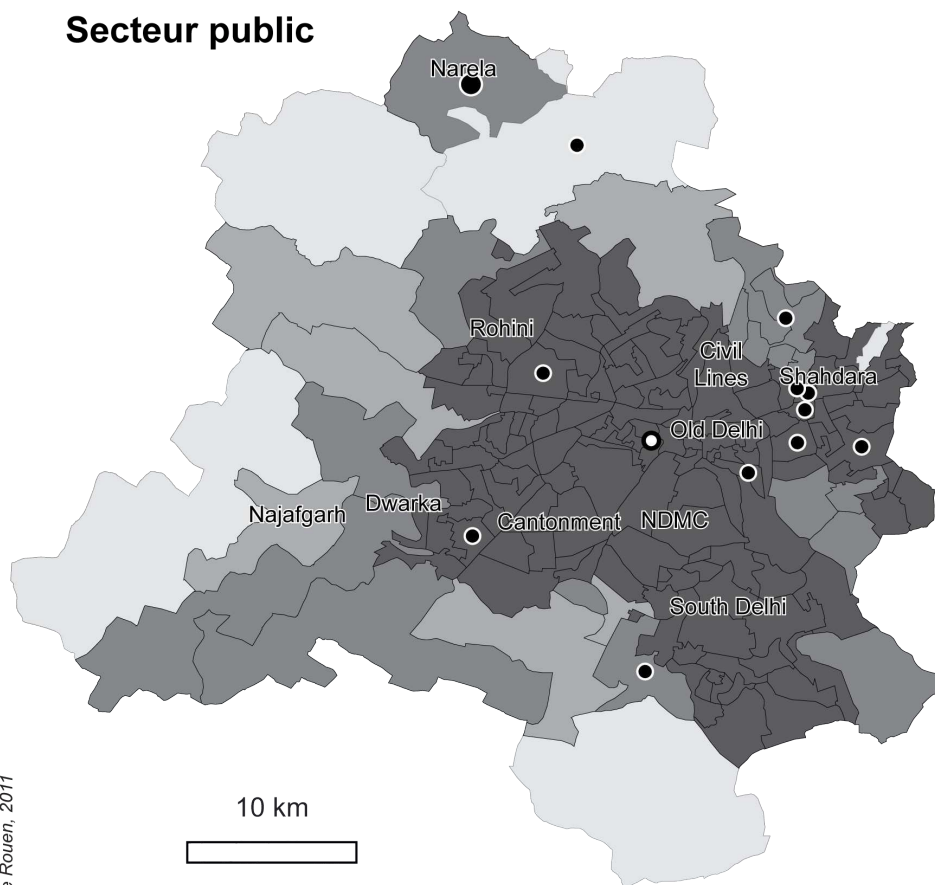
Illustration 32: NCTD : Distribution du secteur privé et du secteur public (2002-2011)

L'illustration 32 (p.265) présente la distribution spatiale des lits hospitaliers par arrondissement en fonction du secteur, pour 2002 et 2011. Cette collection de cartes nous permet de comprendre la répartition du secteur hospitalier public et privé sur le territoire du NCTD ainsi que son évolution au cours de la décennie 2000. En 2002, on retrouve une opposition entre des arrondissements au cœur de l'agglomération avec un grand nombre de lits hospitaliers et majoritairement publics (Civil Lines, New Delhi) et des arrondissements périphériques avec une capacité d'accueil plus faible et très majoritairement privée. En 2002, 74 arrondissements sur 150 ne comptent que des lits hospitaliers privés sur leur territoire. Seuls 21 arrondissements comptent une majorité de lits publics. Comme nous l'avons suggéré précédemment il faut voir dans cette distribution un effet de l'héritage colonial et de la faiblesse de la déconcentration des hôpitaux publics, impulsée par la politique de planification urbaine dont on a vu dans le chapitre précédent les nombreuses faillites.

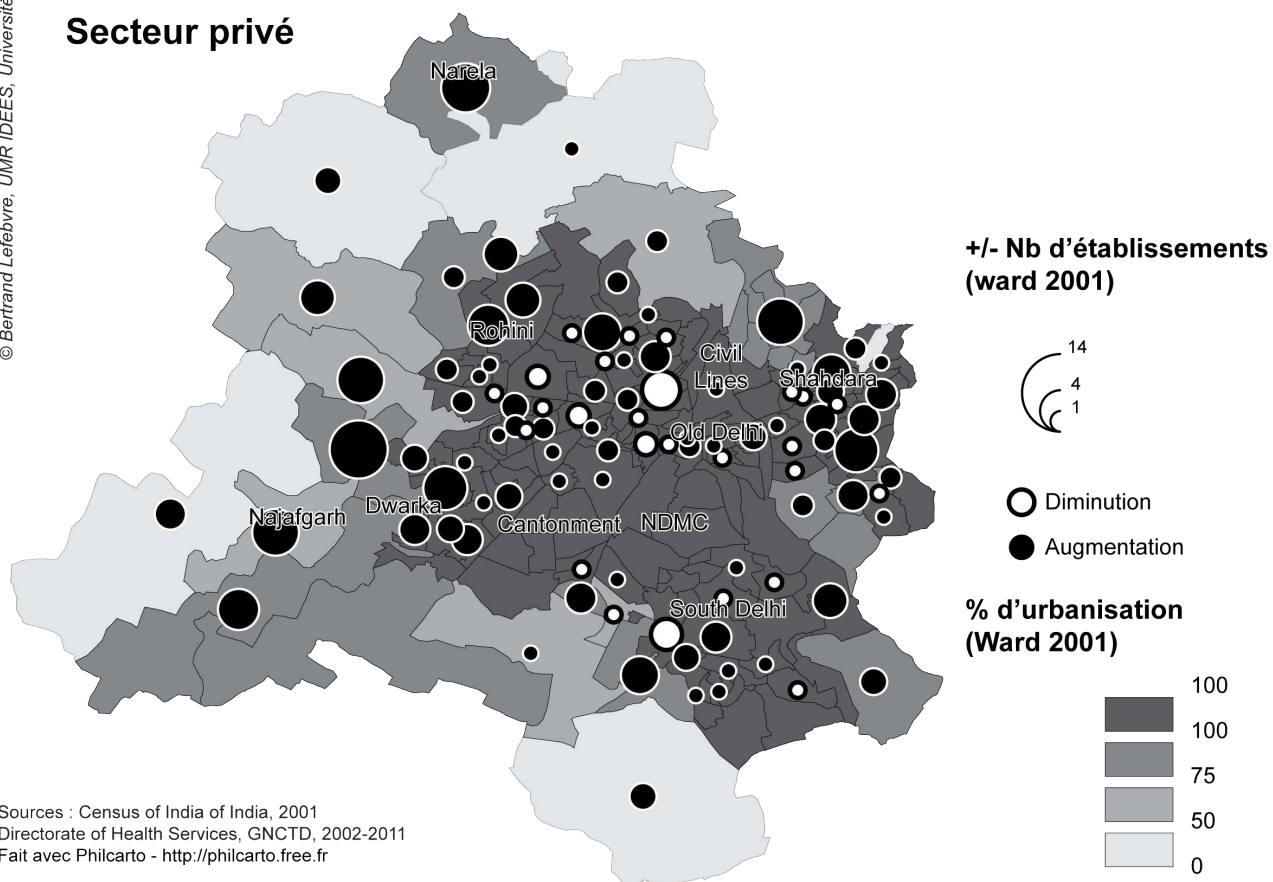
La distribution des lits hospitaliers s'est rééquilibrée entre 2002 et 2011 entre les arrondissements centraux et la périphérie, et cela en grande partie grâce à la croissance du secteur hospitalier privé mais aussi du secteur public. En 2011, 30 arrondissements comptent une majorité de lits hospitaliers publics contre 21 en 2002. Le nombre d'arrondissements ne comptant que des lits hospitaliers privés reste lui inchangé (74). Néanmoins sur les 28 arrondissements qui ne comptaient aucun lits hospitaliers en 2002, 9 compte désormais exclusivement des lits hospitaliers privés contre un seul pour le secteur public. L'augmentation du nombre de lits hospitaliers publics reste donc circonscrite à quelques arrondissements, notamment à Rohini, Narela, et vers Shahdara. Dans le même temps le développement du secteur hospitalier privé se poursuit dans les arrondissements périurbains de l'ouest, ainsi que dans certains arrondissements plus centraux, ou encore dans l'est de l'agglomération.

NCTD : Evolution du système hospitalier par secteur (2002-2011)

Secteur public



Secteur privé



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Census of India of India, 2001
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2002-2011
 Fait avec Philcarto - <http://philcarto.free.fr>

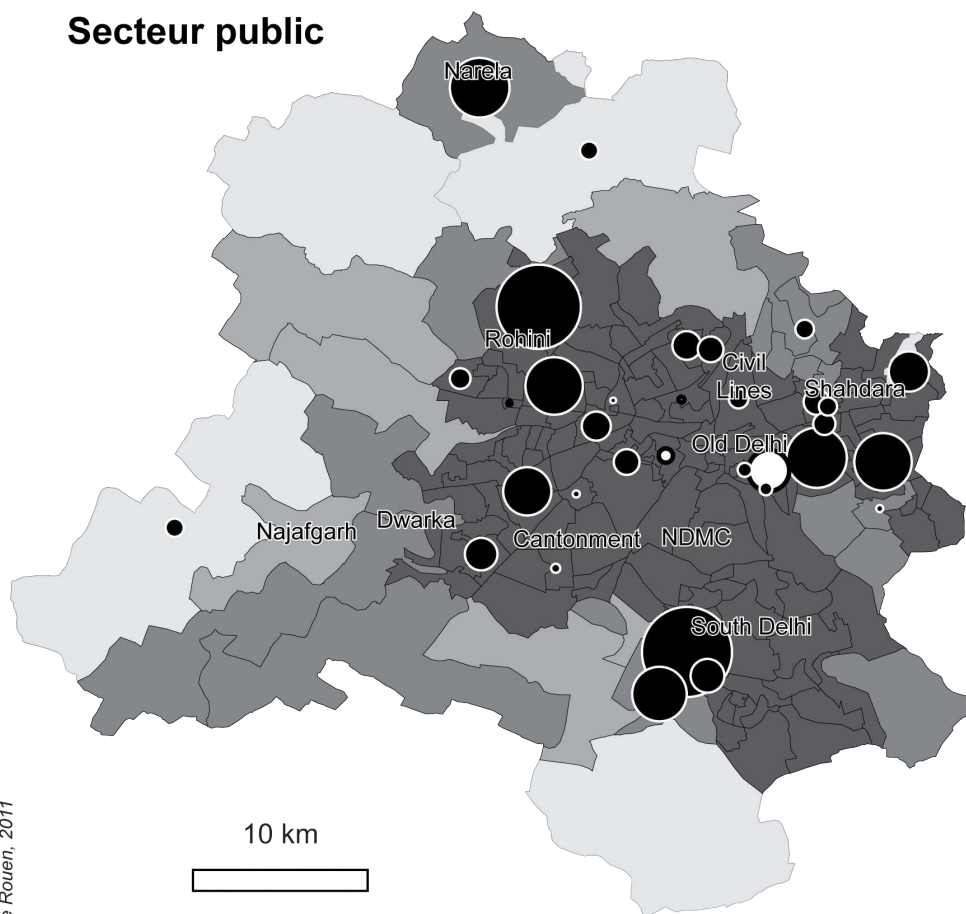
Illustration 33: NCTD : Évolution du système hospitalier par secteur (2002-2011)

L'Illustration 33 (p.267) présente l'évolution du nombre d'établissements hospitaliers entre 2002 et 2011 par arrondissement et par secteur. Cette collection de cartes vient préciser les tendances entrevues sur les cartes précédentes. Les ouvertures de nouveaux établissements publics privilégient des espaces plus périphériques ou notoirement mal desservis comme Shahdara. La moitié des ouvertures (N=6) concerne les arrondissements des district Est et Sud-Est de Delhi. Cette politique d'ouverture en périphérie s'inscrit dans une politique de développement qui, tout en s'appuyant sur les larges réserves foncières de la DDA situées en périphérie, vise à mieux desservir ces espaces pour réduire l'afflux de patients vers les grands hôpitaux publics du cœur de l'agglomération. La fermeture d'un hôpital public correspond à la disparition de 20 lits d'hospitalisation dans un établissement des services sociaux (Social Welfare) de la Municipal Corporation of Delhi. La dynamique du secteur privé s'inscrit dans le mouvement de déconcentration décrit précédemment, avec des ouvertures nombreuses dans les arrondissements périurbains de l'ouest et du sud-ouest de Delhi ainsi que dans les arrondissements en limite d'agglomération. Par contraste, on observe la baisse du nombre d'établissements privés dans les arrondissements du centre. 26 arrondissements voient le nombre d'établissements hospitaliers privés décliner, tandis que 47 arrondissements voient le nombre d'établissements hospitaliers privés rester inchangé.

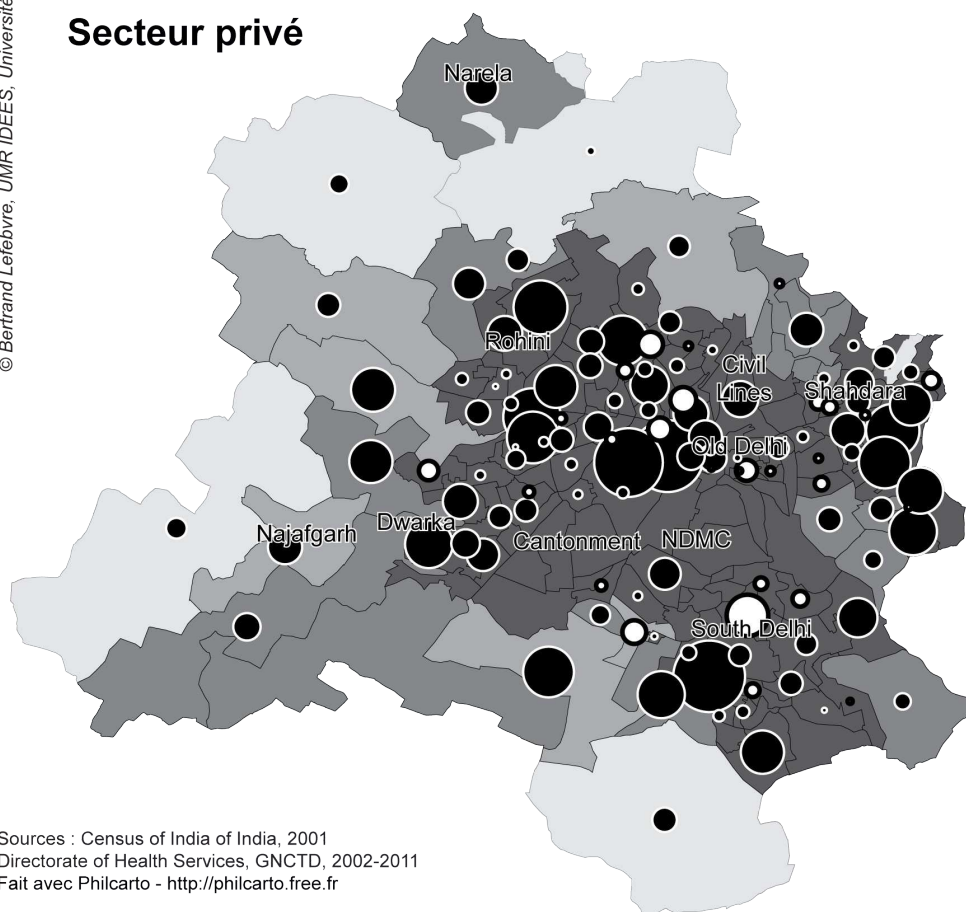
L'Illustration 34 (p.269) présente l'évolution du nombre de lits hospitaliers entre 2002 et 2011 par arrondissement et selon le secteur. Ces cartes viennent nuancer plusieurs tendances entrevues sur les cartes précédentes. Alors que le nombre d'arrondissements concernés par les ouvertures de nouveaux établissements hospitaliers publics paraissait assez faible, on constate que l'augmentation du nombre de lits hospitaliers public concerne 30 arrondissements. Si plusieurs arrondissements périphériques comme Rohini et Narela, ou situés à l'est du NCTD ont vu le nombre de lits augmenter rapidement ($>+200$ lits hospitaliers publics), des arrondissements déjà bien desservis en lits hospitaliers publics ont aussi connu d'importantes augmentations. C'est par exemple le cas de plusieurs arrondissements du South Delhi ou situés à l'ouest du Cantonment (Janakpuri). Les nombreuses ouvertures de nouveaux établissements dans l'est de Delhi semble concerner de petits établissements hospitaliers.

NCTD : Evolution du système hospitalier par secteur (2002-2011)

Secteur public



Secteur privé



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Census of India of India, 2001
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2002-2011
 Fait avec Philcarto - <http://philcarto.free.fr>

Illustration 34: NCTD : Évolution du nombre de lits par secteur (2002-2011)

De la même manière, la dynamique du secteur hospitalier privé paraît plus nuancée lorsqu'on étudie les lits hospitaliers. Si on constate bien une forte augmentation du nombre de lits dans des arrondissements très périphériques, ou jusqu'à présent mal desservis comme dans l'est de Delhi, la diminution du nombre d'établissements hospitaliers privés dans le centre semble peu affecter l'évolution du nombre de lits du secteur. Alors que 77 arrondissements ont connu une augmentation du nombre d'établissements privés, le nombre de lits hospitaliers privé a augmenté dans 94 arrondissements. Plusieurs arrondissements centraux, comme à l'ouest d'Old Delhi (Karol Bagh) voient ainsi le nombre d'établissements privés décliner mais le nombre de lits augmenter. Ces résultats agrégés à l'échelle des arrondissements tendent à signaler un mouvement de concentration du secteur hospitalier privé dans certains arrondissements. 21 arrondissements ont vu leur nombre de lits hospitaliers privés augmenter alors que le nombre d'établissements restait stable ou diminuait. Pour mieux comprendre les dynamiques de localisation des établissements hospitaliers et leur évolution entre 2002 et 2011, on se propose d'utiliser d'autres approches dans le point suivant.

C. Les dynamiques de localisation des services hospitaliers : entre dispersion et concentration

C.1. La hiérarchisation des services hospitaliers

Pour prendre la mesure des phénomènes de diffusion du secteur hospitalier public et privé, il paraît essentiel d'opérer deux changements par rapport à l'approche précédente. Dans un premier temps, on se propose de partir d'un niveau d'analyse désagrégé en prenant cette fois comme point d'analyse l'établissement et non plus l'arrondissement. Cette approche ponctuelle nous paraît essentielle pour bien comprendre les phénomènes de polarisation, ou au contraire de déconcentration suggérés par les résultats observés au niveau des arrondissements. Il paraît tout aussi important d'introduire une catégorisation en fonction de la taille de l'établissement hospitalier. Un établissement hospitalier n'est pas qu'un point sur une carte ou dans un SIG, et la taille des établissements hospitaliers est aussi un critère important à étudier pour bien cerner les dynamiques de développement du secteur hospitalier. La réglementation qui encadre la localisation d'un établissement hospitalier (MPD 2021) mais aussi une partie de la réglementation du DNHRA repose sur la taille de l'établissement. Nous avons vu dans le chapitre 4 que le nombre de lits d'hospitalisation peut faire basculer un établissement d'une catégorie de la DDA (catégorie A, B, C,...) à l'autre et que beaucoup d'enjeux, notamment sur l'autorisation des cliniques en zones résidentielles repose sur le nombre de lits. On sait aussi qu'une clinique de deux lits ne pourra jamais offrir l'éventail de thérapies d'un hôpital de 500 lits. Le nombre de lits d'hospitalisation peut donc servir de proxy quant à la hiérarchie des services hospitaliers quand l'information sur les

soins offerts par les différents établissements est manquante. D'autres travaux sur le secteur hospitalier en Inde (R. V. Baru, 1998; Muraleedharan, 1999) ou sur New York (McLafferty, 1982, 1986) ont utilisé le nombre de lits à cette fin, pour définir le niveau de service proposé par chaque établissement hospitalier. Cette question est importante car il va de soi que l'accessibilité et la desserte des services hospitaliers dépendent en partie de cette hiérarchisation du niveau de service. Le schéma directeur de la DDA se base sur ce principe pyramidal : plus la taille de l'établissement est importante plus la population à desservir et l'aire de services le sont également.

Lits hospitaliers	2002	2011
Moyenne	45,4	43,8
Médiane	11	10
Mode	10	10
Max	1630	1847
Min	2	1
Ecart-type	153,9	142,7
Total	23625	32447
Etablissements	520	740

Tableau 41: Lits hospitaliers par établissement (2002-2011)

Pour pouvoir mesurer l'accessibilité aux différents niveaux de services hospitaliers, nous allons donc bâtir une typologie reposant sur la taille des établissements hospitaliers. La typologie de la DDA offre un bon point de départ avec une classification pour les hôpitaux reposant sur quatre catégories : Catégorie A (>500 lits), Catégorie B (201-500 lits), Catégorie C (101-200 lits), Catégorie D (<100 lits). Cette dernière catégorie est bien entendue beaucoup trop large, notamment par rapport aux nombreuses petites cliniques privées. On sait par ailleurs que la DDA définit depuis le dernier Master Plan une clinique comme une infrastructure comptant au maximum 50 lits. Lors du précédent Master Plan (2001) cette limite était fixée à 30 lits. Ce changement étant relativement récent (2007) et l'année 2001-02 servant de point de départ à notre analyse, il nous paraît intéressant de conserver cette limite de 30 lits. Le DNRHA utilise aussi cette marque de 30 lits dans sa classification des cliniques et hôpitaux privés pour le paiement des frais d'enregistrement ainsi qu'une marque à 10 lits. Cette dernière limite nous paraît là encore pertinente. La médiane de la taille des établissements en 2002 se situe à 11 lits et en 2011 à 10 lits (Tableau 41 p.271). La valeur modale des deux distributions est aussi de 10 lits. Se positionner sur des catégorisations officielles nous permet aussi de pouvoir évaluer les résultats de la planification en termes de développement du nombre d'hôpitaux et selon les catégories en vigueur. La taille moyenne des établissements hospitaliers a diminué entre 2002 et 2011 passant de 45,4 lits à 43,8 lits d'hospitalisation. Alors que le nombre d'établissements et de lits ont augmenté fortement, l'écart-

type s'est réduit passant de 153,9 à 142,7 lits. L'écart entre la médiane et la moyenne tendrait à indiquer une distribution plus déséquilibrée en termes de capacité, en faveur des établissements hospitaliers de petite taille. Comment se distribuent les établissements et les lits hospitaliers en fonction de ces différentes catégories ?

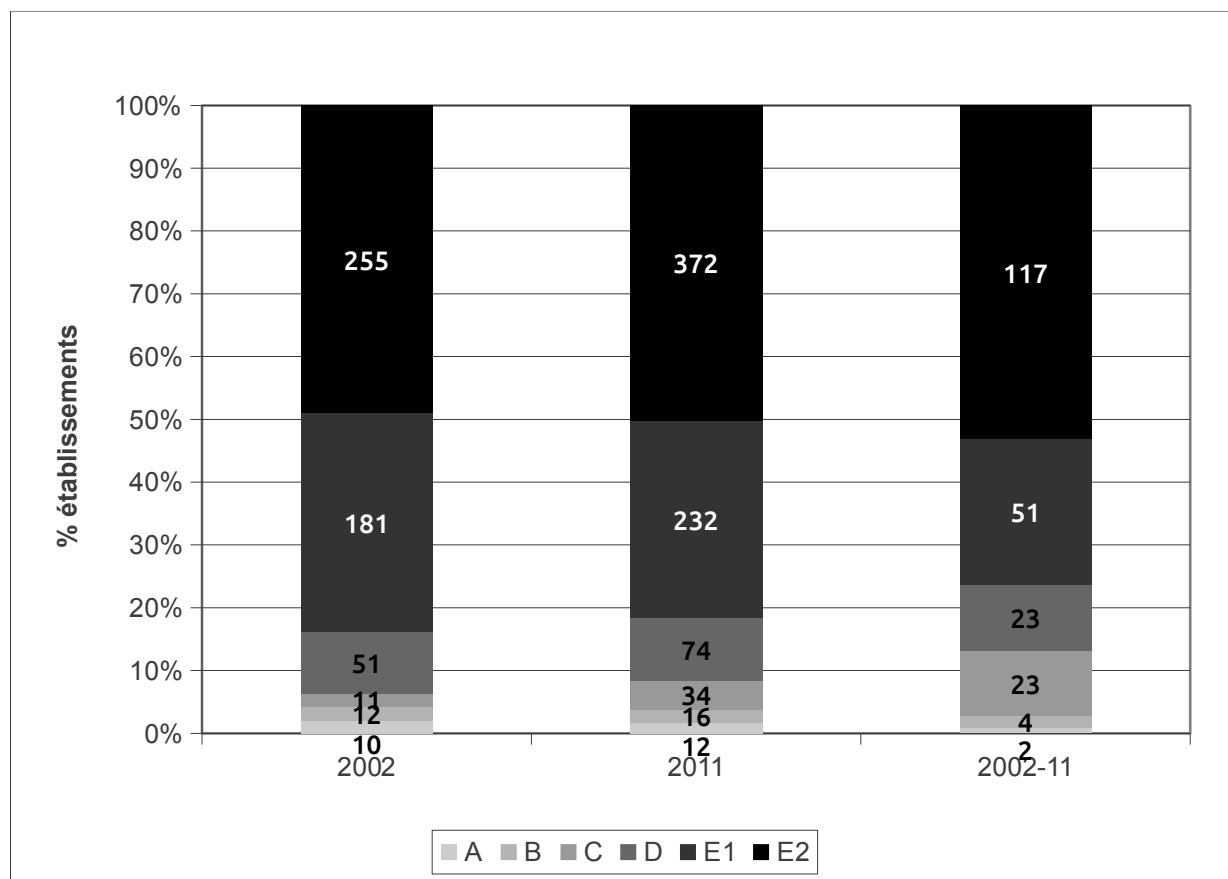


Tableau 42: Distribution des établissements hospitaliers par catégorie (2002-2011)

Le Tableau 42 (p.272) présente la distribution des établissements hospitaliers pour 2002 et 2011 en fonction des catégories et pour les 220 nouveaux établissements hospitaliers enregistrés au cours de cette période (A : >500 lits, B : [500-200[lits, C : [200-100[lits, D : [100-30[lits, E1 : [30-10[lits, E2 : [10-1[lits). Nous présentons les catégories en pourcentage du total d'établissements pour chaque année (total 100%). Le nombre d'établissements par catégorie est aussi donné pour référence. On constate tout d'abord que la catégorie E2 ([10-1[lits) représente près de 50% des établissements hospitaliers. La part de ces petits établissements a légèrement augmenté entre 2002 et 2011. Même si le nombre d'établissements augmente dans toutes les catégories, on constate une érosion de la part des catégories supérieures (A, B, >200 lits, de 4,2% à 3,8% établissements) et de la catégorie E1 ([30-10[lits, de 35% à 31%). Les catégories C et D ([200-30[lits) prennent une part plus importante notamment pour la

catégorie C ([200-100[lits) qui passe de 2 à 5% du nombre total d'établissements hospitaliers sur Delhi. Ces évolutions reflètent plusieurs tendances décrites par des responsables interrogées, notamment dans le secteur privé. L'époque où Apollo Hospitals ouvrait le plus grand hôpital de son réseau à Delhi (>600 lits) est révolue. Les chaînes hospitalières, et les investisseurs privés privilégient aujourd'hui des établissements de taille inférieure (200-100 lits) qui sont plus faciles à gérer, et qui nécessitent des investissements en capital moins importants. La rentabilité de l'établissement est assurée non plus par le volume mais par le flux des patients. L'augmentation du flux de patients va de pair avec l'augmentation du taux d'occupation des lits, de l'utilisation des équipements médicaux, et de la réduction de la période d'hospitalisation pour le patient. Plusieurs études internes aux hôpitaux privés montrent que le patient est le plus rentable au cours des trois premiers jours d'hospitalisation. Dans le même temps les pouvoirs publics ont aussi investi dans le développement d'hôpitaux généraux de 100 à 200 lits, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4.

Comment l'évolution des établissements et de leur hiérarchie se traduit en termes de capacité d'accueil et de lits d'hospitalisation ? Nous reprenons dans le Tableau 43 (p.274) les mêmes catégories, mais cette fois en étudiant les lits d'hospitalisation. Les catégories des hôpitaux A et B (>200 lits) représentent plus de 50% de la capacité d'accueil en 2002 et 2011. Dans la pyramide du réseau hospitalier, cette distribution est évidemment tout sauf surprenante. La montée en puissance des hôpitaux de catégorie C et dans une moindre mesure des hôpitaux de catégorie D apparaît encore plus clairement si on considère le nombre de lits. 37% des 8822 nouveaux lits ont été ouverts dans des hôpitaux de catégorie C contre 11% des établissements. 17% des nouveaux lits hospitaliers ont été ouverts dans les hôpitaux D contre 11% des établissements. La forte croissance de ces établissements contraste avec la part de plus en plus faible prise par les petits établissements (<30 lits) dans le nombre total de lits hospitaliers (<20% du total).

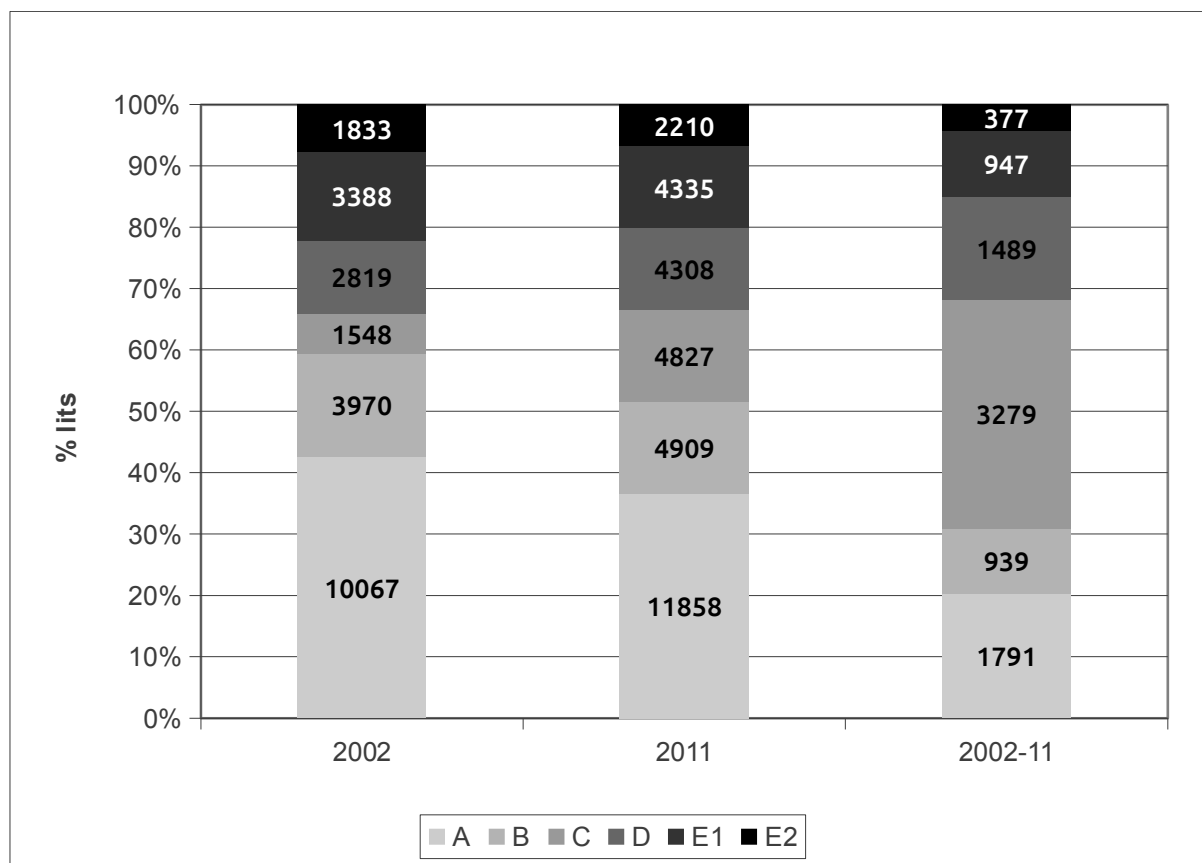


Tableau 43: Distribution des lits hospitaliers par catégories (2002-2011)

Le Tableau 44 (p.275) présente pour les 867 hôpitaux de notre analyse leur position par catégorie en 2002 et 2011 dans un tableau à double entrée. On peut ainsi mieux comprendre la trajectoire des établissements entre 2002 et 2011 et leur contribution à l'évolution des différentes catégories d'hôpitaux. Ce tableau nous offre plusieurs enseignements importants sur la dynamique du secteur hospitalier de Delhi. Tout d'abord 40% des hôpitaux enregistrés en 2011 ne l'étaient pas en 2002 (N=347, catégorie NIL). La proportion est particulièrement importante pour la catégorie E2 ([10-1[lits) avec près de 61% d'établissements nouvellement enregistrés entre 2002 et 2011 (N=227). Dans le même temps, 85 établissements de cette catégorie en 2002 ont disparu en 2011 soit 66% du total des hôpitaux ayant fermé leurs portes entre 2002 et 2011. Les catégories E1 et D sont aussi caractérisées par une volatilité importante des établissements hospitaliers mais à un degré moindre. La catégorie D en particulier a connu très peu de fermetures entre 2002 et 2011 (N=5) mais a bénéficié de l'augmentation de capacité de plusieurs hôpitaux de catégories inférieures (E1, E2). Si 21% des établissements de cette catégorie enregistrés en 2011 n'étaient pas enregistrés en 2002, 29% appartenaient déjà à la catégorie E1. Le phénomène est encore un peu plus marqué pour la catégorie C. 32% des établissements de cette catégorie en 2011 appartenaient à la catégorie D en 2002. 35% des établissements n'existaient pas en 2002. Le dynamisme de cette catégorie C ([200-100[lits) est donc particulièrement flagrant sur ces

chiffres. Il dénote surtout une fois de plus la stratégie des opérateurs publics et privés d'augmenter progressivement la capacité d'accueil de leur établissement.

Catégories	2011 (%)								
	2002	A	B	C	D	E1	E2	NIL	Total
A	10 (83)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (1)
B	2 (16)	10 (62)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (1)
C	0 (0)	3 (18)	7 (20)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (1)
D	0 (0)	1 (6)	11 (32)	31 (41)	1 (0)	2 (0)	5 (3)	51 (5)	
E1	0 (0)	0 (0)	2 (5)	22 (29)	104 (44)	16 (4)	37 (29)	181 (20)	
E2	0 (0)	0 (0)	2 (5)	4 (5)	37 (15)	127 (34)	85 (66)	255 (29)	
NIL	0 (0)	2 (12)	12 (35)	16 (21)	90 (38)	227 (61)	0 (0)	347 (40)	
Total	12 (100)	16 (100)	34 (100)	74 (100)	232 (100)	372 (100)	127 (100)	867 (100)	

Tableau 44: Évolution du nombre d'établissements par catégorie (2002-2011)

L'évolution du nombre de lits selon un tableau à double-entrée est aussi très révélateur des tendances entre ouverture, fermeture, agrandissement et réduction de la capacité d'accueil des établissements hospitaliers du NCTD (Tableau 45 p.276). Tandis que 1399 lits disparaissaient entre 2002 et 2011, 8822 lits supplémentaires s'ajoutaient au secteur hospitalier de Delhi. Parmi ces 8822 nouveaux lits hospitaliers, 6260 lits ont été créés par de nouveaux établissements hospitaliers soit 71% des nouveaux lits. La part prise dans cette croissance par les nouveaux établissements des catégories C et E1 est très importante (+1979 lits, +1683 lits). La politique de soutien gouvernemental au secteur privé par le programme "terrains contre lits" tient un rôle important dans cette dynamique puisque cinq des douze nouveaux établissements de catégorie C ([200-100[lits) ont bénéficié de ce programme. 59% des lits créés par ces nouveaux hôpitaux de la catégorie C sont le fait de ces hôpitaux (+1169 lits). Au total l'ensemble des hôpitaux privés soutenus par le programme "terrains contre lits" a contribué à un quart de l'augmentation du nombre de lits (+2207 lits, 25%) sur la période 2002-2011.

Catégories	2011								
	2002	A	B	C	D	E1	E2	NIL	Total
A	476	0	0	0	0	0	0	0	476
B	315	208	0	0	0	0	0	0	523
C	0	273	-32	-1	0	0	0	0	240
D	0	430	<u>712</u>	301	-5	-66	-183	1189	1189
E1	0	0	153	<u>661</u>	97	-118	<u>-656</u>	137	137
E2	0	0	184	128	291	-46	<u>-560</u>	-3	-3
NIL	0	516	<u>1979</u>	<u>864</u>	<u>1683</u>	<u>1218</u>	0	6260	6260
Total	791	1427	2996	1953	2066	988	-1399	8822	8822

Tableau 45: Distribution par catégorie des nouveaux lits hospitaliers (2002-2011)

C.2. Distance au centre et distribution des services hospitaliers

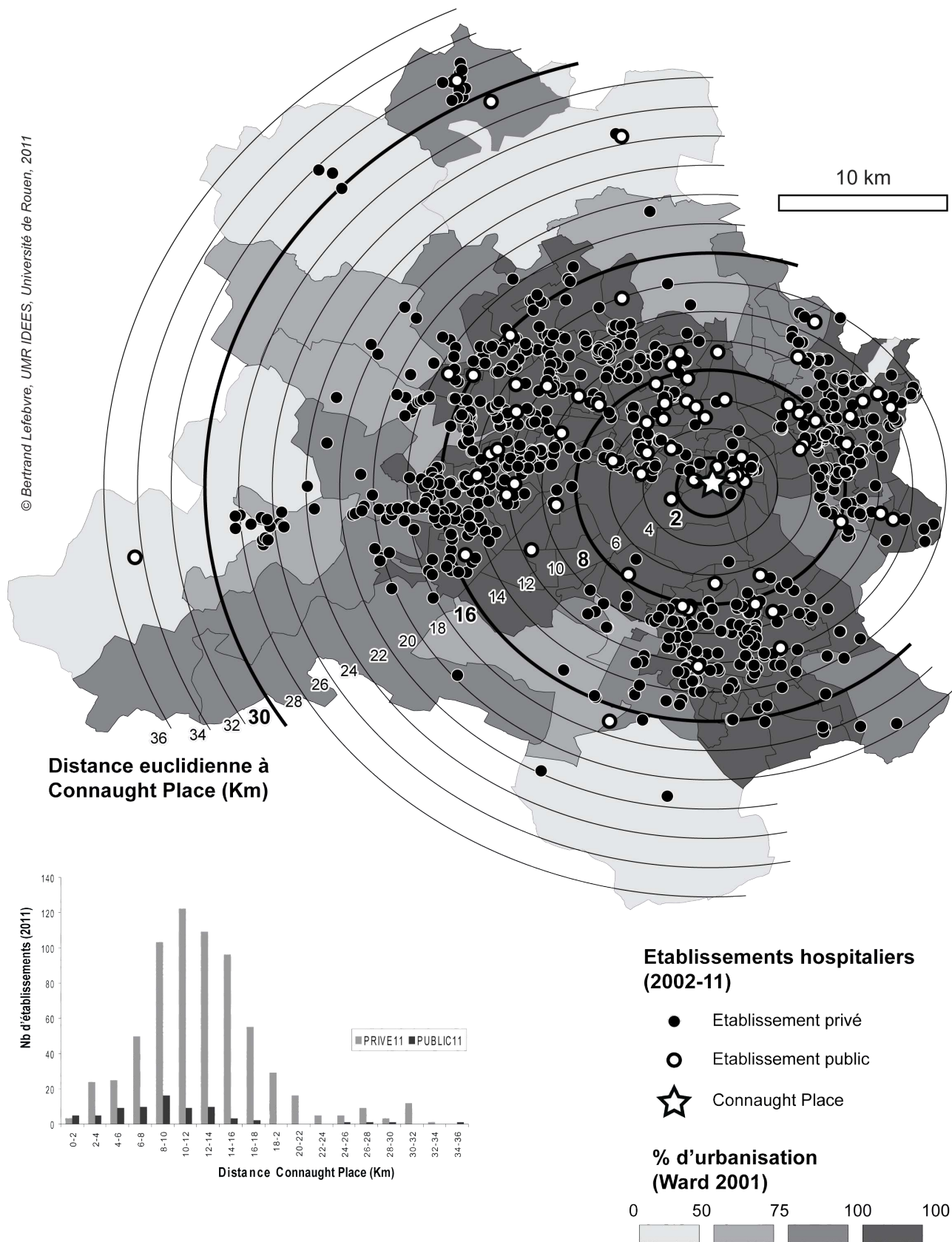
Quel a été l'impact de ces évolutions sur la distribution spatiale du secteur hospitalier à l'échelle du NCTD ? Si l'utilisation de cartes par arrondissement nous a montré des mouvements de déconcentration et de diffusion à l'échelle du NCTD, voire de concentration entre 2002 et 2011, l'utilisation d'un niveau d'agrégation différent nous paraît important pour confirmer ou non ces impressions visuelles. Nous allons nous intéresser aux établissements et étudier la distribution du semis de points que composent les établissements à l'échelle du NCTD.

Pour prendre la mesure de la déconcentration du système hospitalier de Delhi à l'échelle du NCTD, on se propose de mesurer la distance euclidienne entre chacun des 867 établissements hospitaliers et un point central représentant le cœur de l'agglomération (Illustration 9, p.38). Alors qu'un modèle centre-périphérie se dessine dans la distribution des services hospitaliers, et que la morphologie urbaine de Delhi répond à un modèle similaire, cette méthode robuste permet de mesurer la force de la déconcentration des services hospitaliers et leur répartition à l'échelle du NCTD. Alors que plusieurs possibilités s'offraient à nous, nous avons choisi Connaught Place comme point central. Le recours au barycentre du NCTD aurait donné trop de poids aux espaces périphériques, périurbains voire ruraux, dont nous avons vu qu'ils sont loin d'être équipés en établissements hospitaliers. Des sites comme le Fort Rouge, la Jama Masjid, ou India Gate représentent des centralités historiques dans leurs sous-ensembles respectifs (Old Delhi, New Delhi) mais pas à l'échelle de la Delhi moderne, et de ses limites post-Indépendance. Connaught Place a été créé au sein de New Delhi pour devenir le centre d'affaires (CBD) de Delhi. Son site est excentré au nord de New Delhi, mais n'est qu'à quelques kilomètres d'Old Delhi, et à proximité de la New Delhi Railway Station, la gare principale de Delhi. Connaught Place est

donc située de manière centrale dans le noyau urbain composé de New Delhi et Old Delhi, qui fut le point de départ du Delhi moderne après l'Indépendance. La Delhi Metro Rail Corporation ne s'y est pas trompée et a fait de Rajiv Chowk, l'autre nom officiel de Connaught Place, le centre névralgique des deux lignes de métro les plus importantes de Delhi, la ligne Jaune (Nord-Sud) et la ligne Bleue (Est-Ouest) de son réseau. Nous avons ensuite mesuré la distance euclidienne entre Connaught Place et les 867 hôpitaux géoréférencés sur l'ensemble du territoire du NCTD pour 2002 et 2011.

L'Illustration 35 (p.278) présente la distribution des établissements hospitaliers pour 2002 et 2011 par rapport à Connaught Place. Nous avons figuré la distance euclidienne à Connaught Place sous forme de cercles concentriques selon un pas de 2000 mètres. Nous avons voulu faire ressortir plusieurs distances qui nous paraissaient significatives d'un point de vue urbain. À 8 km de Connaught Place, se trouve la limite du noyau urbain du Delhi post-indépendance, composé de New Delhi au sud, de Civil Lines au Nord, de Karol Bagh à l'ouest et de de Shahdara à l'est, avec Old Delhi en son centre. Les espaces situés entre 8 et 16 km de Connaught Place ont été largement urbanisés entre 1950 et 2000 comme l'attestent les taux d'urbanisation des arrondissements. Entre 16 et 30 km se trouvent les espaces de l'actuel front d'urbanisation, et de périurbanisation, composés de zones de développement urbain comme Rohini ou Dwarka mais aussi de centres urbains plus anciens mais au développement très rapide comme Najafgarh. Enfin au delà de 30 km se trouvent des espaces ruraux, mais surtout des pôles urbains périphériques en plein développement comme Narela ou Bawana au nord-ouest du NCTD.

NCTD : Distance au centre et établissements hospitaliers (2002-2011)



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Census of India of India, 2001
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2002-2011
 Fait avec Philcarto - <http://philcarto.free.fr>

Illustration 35: NCTD : Distance au centre et établissements hospitaliers (2002-2011)

Le Tableau 46 (p.279) présente les résultats de la mesure de distance entre Connaught Place et les établissements hospitaliers du NCTD pour 2002 et 2011 et par secteur. L'établissement hospitalier le plus éloigné est à 34,473 kilomètres de Connaught Place tandis que l'établissement le plus proche est situé à 833 mètres. Plusieurs éléments apparaissent dans ce tableau. Tout d'abord, en regardant les valeurs centrales (médiane, moyenne) les établissements du secteur hospitalier public paraissent beaucoup plus proches de Connaught Place et donc du centre que les établissements du secteur privé en 2002 comme en 2011. Cet élément apparaît lorsqu'on observe le graphique de l'illustration 35 (p.278) qui présente le nombre d'établissements hospitaliers publics et privés par rayon de distance. Deuxièmement on peut remarquer que les valeurs centrales augmentent entre 2002 et 2011, tout comme les écart-types. Ces valeurs viennent confirmer la tendance à la déconcentration accélérée du secteur hospitalier en général et du secteur privé en particulier entre 2002 et 2011.

	2002			2011		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Effectifs (N)	61	459	520	73	667	740
Moyenne	8798	11118	10846	9767	12668	12382
Mediane	8571	11080	10877	8607	12046	11768
Max	34473	31541	34473	34473	32427	34473
Min	833	1409	833	833	1409	833
Ecart-Type	5180	3997	4214	6332	5401	5563

Tableau 46: Distance entre Connaught Place et les établissements hospitaliers (en mètres, 2002, 2011)

Le Tableau 47 (p.280) présente la distribution des établissements par secteur (privé, public) en fonction de la distance à Connaught Place et par pas de distance de 2000 mètres pour 2002 et 2011. La comparaison des courbes nous confirme plusieurs impressions entrevues précédemment. Tout d'abord les établissements hospitaliers publics sont très concentrés dans le centre urbain de Delhi. 65% des établissements publics sont situés à moins de 10 km de Connaught Place en 2002 et 62 % en 2011. Cinq des douze nouveaux hôpitaux publics ouverts entre 2002 et 2011 sont à moins de 10 km de Connaught Place. De nouveaux hôpitaux publics ont ouvert dans des espaces plus périphériques mais la faiblesse de leur nombre et leur dispersion à différentes distances ne viennent pas modifier le profil de la courbe de distribution entre 2002 et 2011. La politique de rééquilibrage spatiale voulue par le schéma directeur n'apparaît donc pas de manière flagrante à l'aune de ces chiffres et prend une ampleur très limitée par rapport au secteur privé. La concentration au cœur de l'agglomération du secteur privé est plus faible que pour le secteur public. Seul 38% des établissements hospitaliers privés sont situés à moins de 10 km de Connaught Place en 2002, et seulement 31 % en 2011. En fait 64 % des

établissements hospitaliers privés en 2011 sont situés entre 8 et 16 km, une bande qui correspond à la phase d'urbanisation du Delhi moderne (1950-2000). Il est intéressant d'observer que la déconcentration paraît beaucoup plus forte pour le secteur privé dans cette partie de l'agglomération puisqu'elle abritait 73% des établissements hospitaliers en 2002. La part des établissements hospitaliers privés situés entre 16 et 30 km est passée de 8% en 2002 à 18% du secteur privé en 2011. La forme de la courbe des établissements privés de 2011 nous montre le mouvement de diffusion des établissements hospitaliers vers la périphérie. 46% de l'augmentation des établissements hospitaliers privés a eu lieu au delà de 16 km de Connaught Place, contre seulement un tiers pour le secteur public.

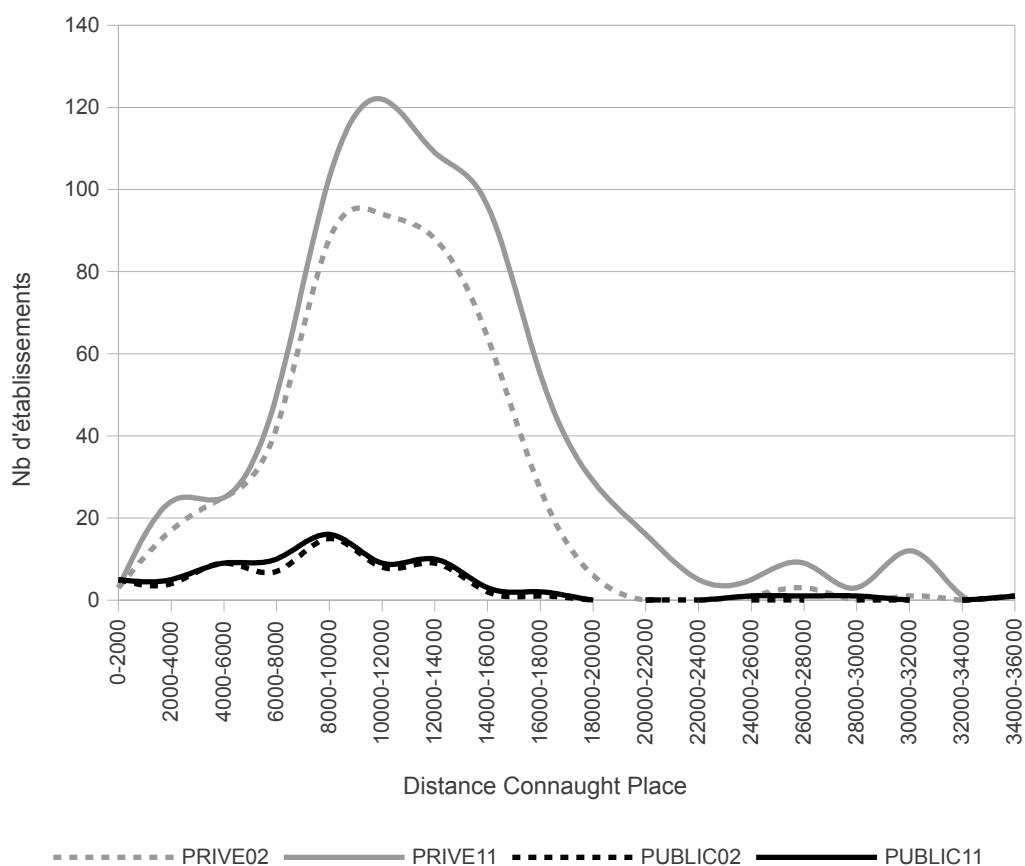


Tableau 47: Distance à Connaught Place et nombre d'établissements hospitaliers (2002-2011)

L'analyse serait incomplète sans la prise en considération des lits hospitaliers (Tableau 48 p.281). Toujours selon le même modèle, le nombre de lits par secteur et pour 2002 et 2011 est présenté par pas de 2000 mètres.

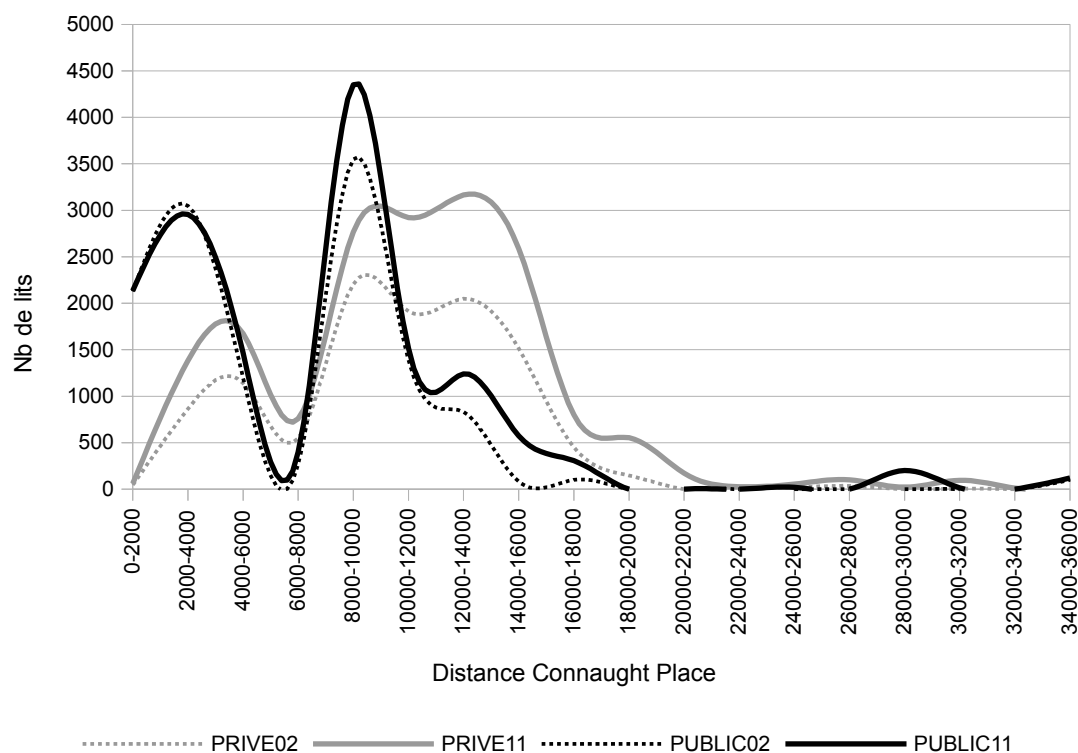


Tableau 48: Lits hospitaliers et distance à Connaught Place (2002-2011)

On observe premièrement que si le nombre d'établissements présentait clairement la prépondérance du secteur privé sur le secteur public, l'équilibre entre les deux secteurs paraît beaucoup plus mesuré une fois pris en compte le nombre de lits. Le nombre de lits hospitaliers publics est supérieur à celui du secteur privé à moins de six kilomètres de Connaught Place pour 2002 et 2011. 80% des lits hospitaliers publics en 2002 et 74% en 2011 sont à moins de dix kilomètres de Connaught Place. La forme des courbes du secteur public présente plusieurs pics qui nous indique l'existence de forte concentration de lits, et donc d'établissements de grandes tailles et des distances très variables de Connaught Place. Autour de Connaught Place (2000-4000 mètres) nous retrouvons les grands hôpitaux de l'époque coloniale. En limite du noyau urbain post-colonial (8000-10000 mètres), nous retrouvons les grands campus du AIIMS et de Safdarjung créés ou étendus dans les années 1950-60. Autour de 12000 et 14000 mètres se localisent les campus hospitaliers publics créés dans les années 1970-80, comme le Guru Teg Bahadur Hospital (GTB Hospital) ou le Deen Dayal Upadhyaya Hospital (DDU Hospital). L'impact de l'ouverture et l'augmentation de la capacité d'accueil des hôpitaux de *colonies* se fait sentir entre 12 et 18 km de distance à Connaught Place. On remarque aussi une diminution du nombre de lits au plus près de Connaught Place mais une augmentation importante autour de 8000-10000 mètres (AIIMS-Safdarjung Hospital). 43% de l'augmentation du nombre de lits dans le secteur public se concentrent toujours à moins de dix kilomètres de Connaught Place.

En ce qui concerne le secteur privé, l'augmentation du nombre de lits entre 2002 et 2011 se distribue de manière un peu plus déconcentrée. 51% de l'augmentation du nombre de lits du secteur privé entre 2002 et 2011 a lieu entre 10 et 16 km de Connaught Place. La classe modale s'éloigne de Connaught Place et passe de 8-10 km à 12-14 km. Néanmoins le nombre de lits augmente fortement au cœur de l'agglomération (4-6 Km). Le creux que l'on observe à 6-8 km de Connaught Place s'explique par la couverture dans ce pas de distance d'une partie du fleuve de la Yamuna et des espaces forestiers du Ridge, des espaces protégés contre l'urbanisation. La courbe du nombre de lits chute beaucoup plus brutalement que celle des établissements hospitaliers. Cela tient en partie à la distribution des établissements selon leur taille.

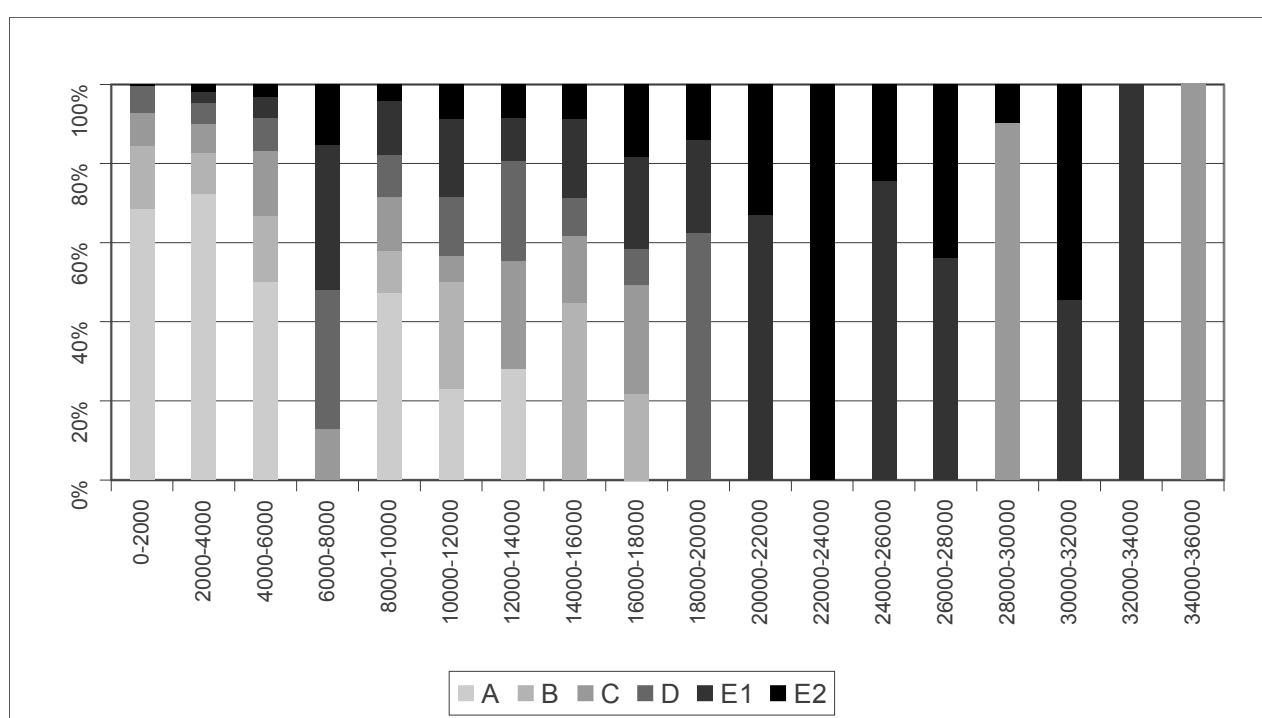


Tableau 49: Part des différentes catégories et distribution du nombre de lits en fonction de la distance à Connaught Place

Le Tableau 49 (p.282) vient éclairer la distribution des services sur le territoire du NCTD et leur hiérarchisation en fonction de la distance à Connaught Place. Ce tableau présente le nombre de lits par catégorie d'établissements et en fonction de la distance à Connaught Place pour 2011 et présente un phénomène déjà observé en 2002 ainsi que par le nombre d'établissements. À mesure que l'on s'éloigne du centre Connaught Place, l'équilibre de la hiérarchie des services hospitaliers s'inverse. À mesure que l'on s'éloigne de Connaught Place, les grands hôpitaux (catégorie A et B, > 200 lits) du centre, et en particulier les grands hôpitaux publics cèdent la place aux petits établissements essentiellement privés

(E1, E2, <30 lits), qui deviennent majoritaires à partir du 20^e kilomètre. Si la desserte en services hospitaliers s'améliore même pour les espaces périphériques, le potentiel d'accès à des niveaux de services hospitaliers spécialisés reste très difficile en périphérie. L'utilisation de Connaught Place nous a permis de mettre en lumière le mouvement de dispersion et de distribution des services hospitaliers par rapport à Delhi, son urbanisation et son agglomération urbaine. Nous avons approché cette question à travers des graphiques et des tableaux qui ont aggloméré les résultats par secteur et en fonction de la distance à Connaught Place, sans faire cas du territoire du NCTD.

C.3. Mesurer la dispersion des services hospitaliers

La hiérarchisation des services hospitaliers et sa distribution est une question importante car en filigrane se pose la question de la desserte en fonction du niveau de service. Comment a évolué la distribution des grands établissements hospitaliers à l'échelle du NCTD ? Comment a évolué la distribution des petites cliniques privées ?

Catégorie	2002		2011		Évolution 2002-11	
	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public
A >500	8812	6267	8088	7171	-724	905
B [500-200[	10071	8266	11426	8680	1355	415
C [200-100[	11389	4536	10449	15992	-940	11456
D [100-30[	10397	12533	11456	9239	1059	-3294
E1 [30-10[	11027	9035	12844	11109	1817	2075
E2 [10-1]	10986	6734	12687	5090	1701	-1645
Total	11106	9715	12658	11028	1552	1313
Total Année	10964		12541		1577	

Tableau 50: Distance standard par catégorie d'hôpital (en mètres)

La distance standard (Standard Distance) est une mesure de dispersion spatiale. Cette mesure synthétique s'apparente à l'écart-type et mesure la distance euclidienne moyenne entre tous les points par rapport au centre spatial moyen (Spatial Mean Center) d'une distribution. Cette mesure est particulièrement intéressante pour comparer la plus ou moins grande dispersion de plusieurs services en ville (Myint, 2008). Le Tableau 50 (p.283) présente la distance standard pour chaque classe d'hôpital, par secteur et pour chaque année. Une partie des changements observés est bien sûr expliquée par les ouvertures et les fermetures d'établissements entre 2002 et 2011 mais aussi par les changements de catégories dus à l'augmentation ou à la réduction de la capacité d'accueil des établissements. On

constate tout d'abord l'augmentation de la distance-standard entre 2002 et 2011 qui passe de 10964 mètres à 12541 mètres. Nous avons donc la confirmation qu'un mouvement de dispersion est à l'œuvre entre 2002 et 2011 pour l'ensemble du système hospitalier. On peut aussi remarquer qu'en 2002 comme en 2011, la distance-standard des établissements hospitaliers publics reste plus faible que celle des établissements hospitaliers privés, indiquant une dispersion spatiale plus réduite du secteur public. Pourtant en fonction du secteur et surtout de la taille des établissements on constate des mouvements contradictoires.

Alors que la dispersion tend à augmenter plus fortement que la moyenne pour les petits établissements hospitaliers privés (E1, E2, <30 lits), les hôpitaux privés de plus grande taille se dispersent moins fortement voire se concentrent sur la même période. On remarque ainsi que la distance-standard des hôpitaux privés de catégories A et C diminue entre 2002 et 2011. Ce mouvement est d'autant plus étonnant pour les hôpitaux privés de catégorie C qu'on a remarqué la forte augmentation de leur nombre. Dans le même temps les hôpitaux publics de catégorie C qui avaient la distance-standard la plus faible en 2002 (4536 mètres) obtiennent la distance-standard la plus forte en 2011, indiquant un fort mouvement de dispersion (15992 mètres). Si l'ouverture d'un hôpital de catégorie C à Narela explique la forte augmentation de la distance-standard, l'augmentation de la capacité d'accueil de plusieurs hôpitaux publics périphériques a aussi une part d'explication. L'augmentation du nombre de lits, et donc le changement de catégorie afférent, explique la diminution de la distance-standard de la catégorie D (-3294 mètres).

Si ces mesures nous permettent de rendre compte de la dispersion spatiale des établissements hospitaliers en fonction de leur taille, il manque évidemment une représentation visuelle et territoriale à l'échelle du NCTD. Nous aurions pu choisir de représenter l'évolution du nombre d'établissements pour chaque catégorie en fonction du secteur et de la taille, puis du nombre de lits. Cela aurait eut le mérite de la clarté mais aurait aussi rendu plus difficile la compréhension de l'ensemble de la distribution spatiale des établissements à l'échelle du NCTD, ainsi que les comparaisons. Comment représenter ces changements dans la distribution des services hospitaliers entre 2002 et 2011 ? Comment intégrer dans une représentation synthétique localisation des établissements, distance et capacité d'accueil dans une seule approche ? Le modèle de Huff est un modèle d'interaction spatiale qui repose sur la loi de la gravitation. Inspiré de la théorie des lieux centraux de Christaller, ce modèle considère l'espace comme isotrope. En fonction de la capacité d'accueil d'un hôpital, de la distance à cet hôpital et d'un exposant de la distance, on détermine la probabilité d'un lieu d'être desservi par l'hôpital. Le modèle de Huff exprime l'attraction d'un hôpital sur un lieu en la rapportant à la somme des attractions mesurées sur tout l'espace (Waniez, 2007). Ce modèle est couramment utilisé pour

déterminer les aires de services de surfaces commerciales. La valeur de l'exposant de la distance vient rappeler que l'effet de la distance est variable en fonction des interactions spatiales et par exemple dans le cas d'un hôpital, en fonction du niveau de services offert. Le logiciel Philcarto permet la représentation de l'intensité de l'attraction et donc de la probabilité d'attraction dans chaque aire de desserte de l'hôpital (« Probabilité desserte Modèle Huff » sur les cartes suivantes). La cartographie des résultats sous forme d'isolignes nous permet d'apprécier la plus ou moins bonne desserte des espaces en services hospitaliers ainsi que la distribution de ces services.

Les cartes illustrent pour chaque secteur et pour chaque année la probabilité de desserte en services hospitaliers à l'échelle du NCTD (Illustration 36 p.286 et Illustration 37 p.288). Elles nous offrent un niveau d'analyse désagrégé sur la distribution des services hospitaliers (un point=un établissement) par rapport aux représentations précédentes par arrondissement. Les espaces aux couleurs chaudes ont une probabilité plus forte d'être desservis par les établissements hospitaliers que les espaces aux teintes froides. Nous avons figuré les mesures de distance à Connaught Place pour replacer ces probabilités par rapport à cette centralité urbaine.

NCTD : Probabilité de desserte du secteur hospitalier public (2002-2011)

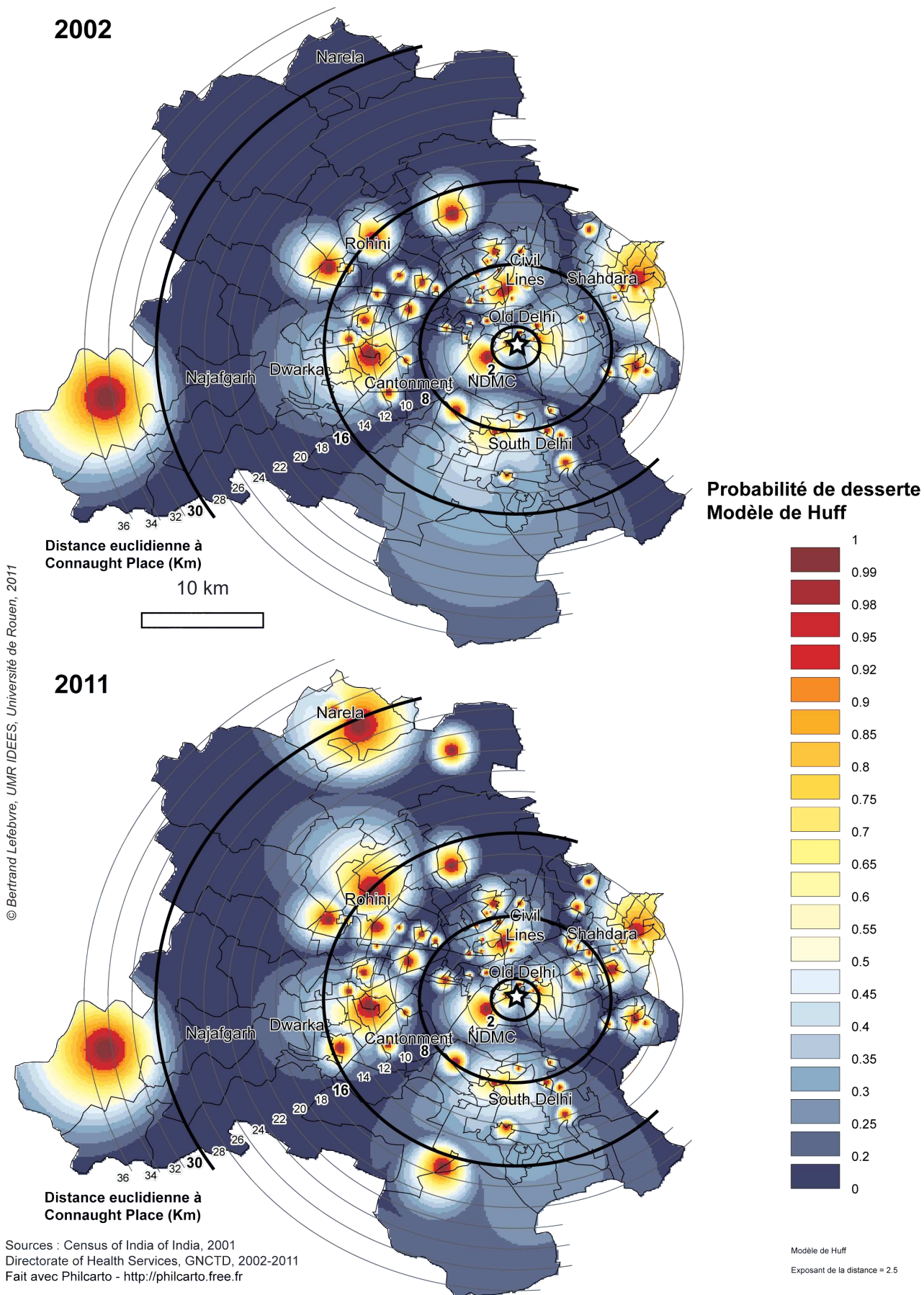


Illustration 36: NCTD : Probabilité de desserte du secteur hospitalier public (2002-2011)

L'illustration 36 (p.286) présente la probabilité de desserte pour les établissements hospitaliers publics en 2002 et 2011. Ces cartes viennent préciser plusieurs configurations spatiales déjà observées précédemment. Tout d'abord on retrouve bien l'opposition entre un centre bien desservi et une périphérie rurale et périurbaine moins bien équipée en 2002. L'existence d'un établissement comme le Rao Tula Ram Hospital dans un village à l'ouest de Najafgarh, apparaît presque comme une anomalie et ne dessert finalement qu'une faible portion du territoire rural du NCTD. Cette carte met en exergue pour 2002 l'existence de pôles hospitaliers majeurs comme le GTB à l'est (Shahdara), le DDU à l'ouest (nord de Cantonment) et le duopôle AIIMS-Safdarjung Hospital au sud qui desservent des pans majeurs du territoire de NCTD notamment dans la première couronne de l'agglomération de Delhi (distance 8 et 16 Km de Connaught Place). La périphérie nord-ouest est au contraire caractérisée par un réseau régulier d'hôpitaux plus petits qui s'égrainent autour de Rohini. Enfin on peut aussi remarquer l'existence d'espaces peu ou mal desservis en établissements hospitaliers publics à l'ouest et à l'est d'Old Delhi qui correspondent à des marges intérieures et qui viennent nuancer le modèle général centre-périphérie.

La carte de 2011 montre des changements importants. Tout d'abord la périphérie rurale et périurbaine s'équipe notamment au nord (Narela) et au sud mais de grandes portions de l'espace du NCTD restent peu ou mal desservies (probabilité <20%). On assiste en fait au renforcement du réseau hospitalier public dans la zone des 8 à 16 km de Connaught Place. La taille de plusieurs hôpitaux augmente et donc leur potentiel d'attraction se renforce à Rohini et dans le South Delhi. De nouveaux établissements sont créés comme dans une des marges intérieures et mal desservies à l'ouest de Shahdara. L'amélioration de la desserte à l'ouest du NCTD reste limitée comme les progrès à l'extrême sud du NCTD. Les futurs projets hospitaliers du GNTCD devraient améliorer la desserte de ces espaces (Chhattarpur, Molarband,...).

NCTD : Probabilité de desserte du secteur hospitalier privé (2002-2011)

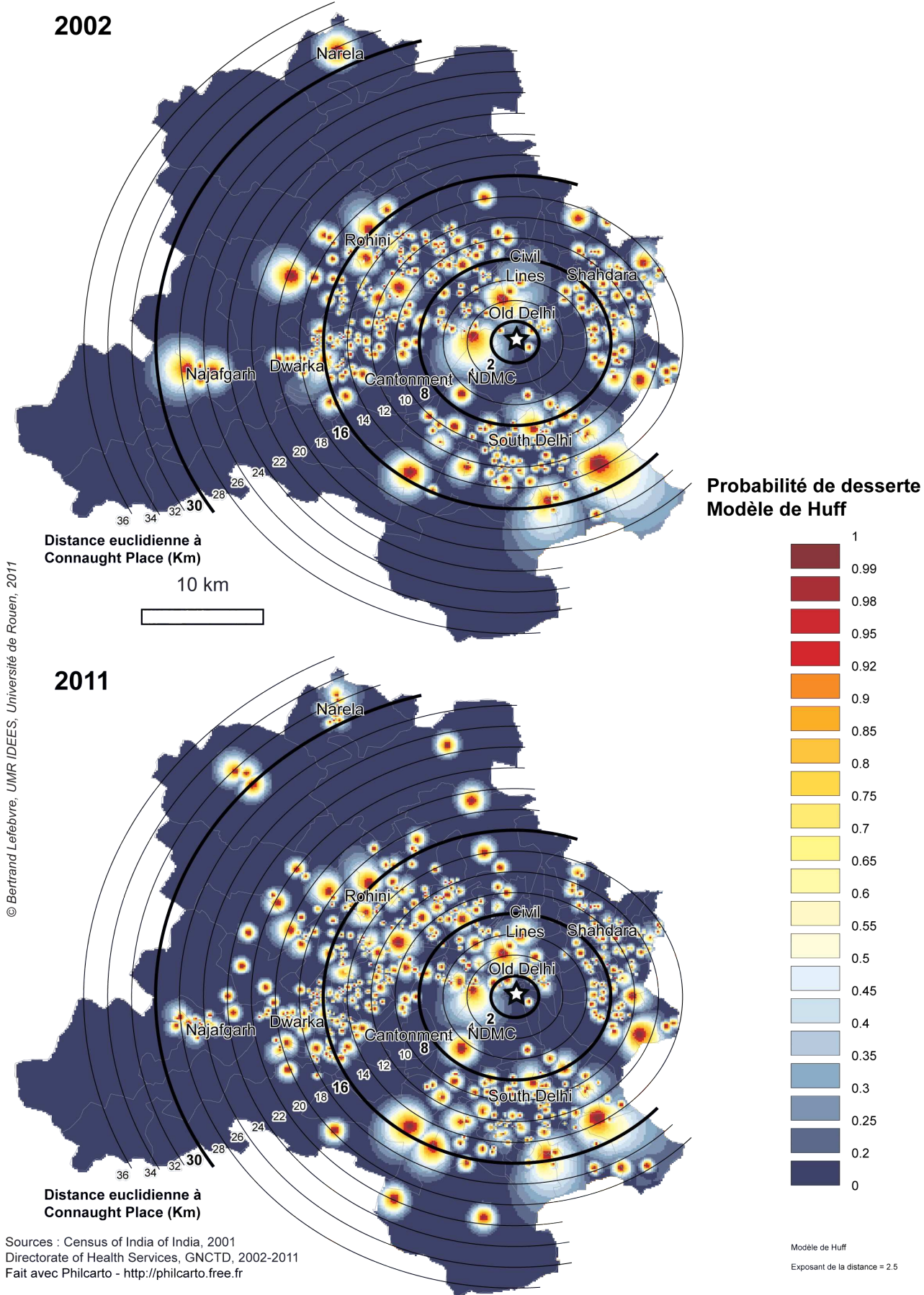


Illustration 37: Probabilité de desserte du secteur hospitalier privé (2002-2011)

L'illustration 37 (p.288) présente la probabilité de desserte pour les établissements du secteur hospitalier privé en 2002 et 2011. L'opposition entre centre et périphérie est toujours aussi frappante notamment en 2002. Les établissements hospitaliers présents en périphérie (Narela, Najafgarh) en 2002 ne sont pas forcément de grande taille mais l'absence de concurrence leur donne une attractivité potentiellement importante. La taille des établissements hospitaliers privés et leur nombre expliquent en partie une distribution plus diffuse au cœur de l'agglomération mais aussi des aires d'attraction potentielle plus réduites. Certains grands établissements privés comme l'Apollo Hospital ou le Batra Hospital servent de grandes portions de l'espace sud du NCTD. Entre 2002 et 2011 le mouvement de déconcentration vers la périphérie apparaît clairement et il concerne des petits établissements qui forment comme une série de nouveaux arcs entre 20 et 24 kilomètres de Connaught Place. L'éclatement des fortes aires d'attraction de Najafgarh et de Narela s'explique par l'augmentation importante du nombre de cliniques privées dans ces villes-satellites qui créé un contexte plus concurrentiel. On observe un phénomène similaire à l'est de Delhi autour de Shahdara. Enfin on observe la formation de nouveaux pôles importants dans la partie sud du South Delhi qui sont liés à l'ouverture de nouveaux hôpitaux de taille importante (100 à 200 lits) par les chaînes hospitalières comme Max Healthcare et Fortis Healthcare.

Conclusion

Le Tableau 51 (p.290) présente l'écart entre les objectifs fixés par le Master Plan of Delhi (2021) et la réalité du système hospitalier en 2011. Les chiffres pour le nombre d'établissements et le nombre total de lits sont calculés en fonction des normes définies par le Master Plan of Delhi (2021) présentées dans le chapitre 4 et en fonction de la population du NCTD en 2011. Le nombre d'établissements est inférieur de 75% au nombre d'établissements selon les normes de la DDA. La situation pour le nombre de lits est aussi préoccupante mais à un degré moindre (-61%). Il manque 2207 établissements hospitaliers et 51319 lits pour remplir les objectifs de la planification. Au delà de ce constat général d'échec de la desserte en services hospitaliers sur le territoire du NCTD, nous avons vu que la distribution des hôpitaux et des lits d'hospitalisation restait déséquilibrée spatialement entre un centre suréquipé et une périphérie qui voit sa desserte s'améliorer timidement.

Établissements	Nb de lits	Normes MPD-21*	2011	Écart (N)	Écart (%)
A	>500	33	12	-21	-64
B	[500-200[	67	16	-51	-76
C	[200-100[	167	34	-133	-80
D	[100-30[	670	74	-596	-89
E	[30-1[	2 010	604	-1 406	-70
Total Etablissements		2 947	740	-2 207	-75
Nb Lits		83 766	32 447	-51 319	-61

*: calculer à partir de la population du NCTD en 2011 (16 753 235 habitants)

Tableau 51: Catégorie du système hospitalier, normes de la DDA et établissements enregistrés en 2011

Les traitements appliqués à l'ensemble des données collectées nous rappellent au final le poids de l'histoire dans la distribution des services hospitaliers, notamment dans le secteur public. Le temps de la croissance urbaine d'une métropole comme Delhi n'est pas le temps de la planification et du développement des établissements hospitaliers. Le rééquilibrage démographique qui s'opère depuis plusieurs décennies entre centre et périphérie à Delhi peine à se mettre en place dans le secteur hospitalier public, où des établissements tertiaires majeurs voient leur capacités augmenter comme sur le campus hospitalier du AIIMS (+491 lits, +36% de lits entre 2002 et 2011). La décennie 2000 a vu le développement et l'extension de nouveaux hôpitaux dans des quartiers périphériques qui attendaient ces hôpitaux parfois depuis les années 1970 comme dans l'East Delhi.

Le développement du secteur hospitalier privé a été phénoménal mais n'a pas permis de compenser la forte concentration de l'appareil hospitalier public. Si la croissance des petits établissements est très importante dans l'équipement et la desserte des espaces les plus périphériques du NCTD, le développement et la croissance d'hôpitaux tertiaires privés restent concentrés dans l'agglomération urbaine de Delhi. Ce mouvement a été en partie soutenu par la politique de PPP des pouvoirs publics. On assiste ainsi à un mouvement de concentration des plus grands établissements hospitaliers privés. À terme, de nouveaux hôpitaux privés majeurs devraient émerger dans des quartiers périphériques comme Rohini ou surtout Dwarka.

En multipliant les niveaux d'analyses (arrondissements, établissements) et les types de traitements (taux de desserte, modèle de Huff, distance-standard, distance au centre) nous avons essayé de capturer au mieux la diversité des dynamiques du secteur hospitalier. Ces méthodes souffrent toutefois de plusieurs limites, notamment d'un point de vue spatial. La mesure de distance au centre (Connaught Place) et le modèle de Huff font l'hypothèse d'un espace isotrope qui rend difficilement compte de la complexité d'une question comme l'accessibilité aux services hospitaliers. Les arrondissements du NCTD pour 2001, et notamment les arrondissements périphériques, couvrent différents types d'espaces urbains

(villages, slums, zones résidentielles planifiées,...). Le niveau d'agrégation des informations du recensement proposé par les arrondissements ne permet pas de relier les dynamiques contradictoires du système hospitalier à une géographie sociale de Delhi beaucoup plus fragmentée que ne le laisse supposer les arrondissements. Nous allons dans les prochains chapitres porter notre attention sur ces questions.

CHP7. Mesurer la ségrégation urbaine à Delhi

Introduction

Pour comprendre les conséquences de la privatisation des services hospitaliers de Delhi dans leurs dimensions spatiales, il est important d'identifier les territoires qui ont vu leur accessibilité s'améliorer ou au contraire se dégrader. Cette question nous renvoie à la définition du « qui », dans notre approche des services hospitaliers par la gouvernance urbaine et la distribution des services. Quels territoires bénéficient d'une bonne desserte en services hospitaliers publics et privés ? À qui profite la privatisation des services hospitaliers et la politique de soutien au secteur hospitalier privé ? Pour pouvoir établir qui reçoit quoi, comment et où, encore faut-il s'entendre sur le « qui » et sur la manière de le définir à l'échelle de Delhi. Rendre compte des groupes socio-économiques et de leur distribution spatiale dans une métropole est un exercice délicat. Une métropole comme Delhi ne fait pas exception qui plus est lorsque la ségrégation sociale y est un phénomène puissant.

La ségrégation est par essence un concept difficile à circonscrire, entre processus et état, et pour lequel le jugement moral n'est jamais très loin de l'analyse scientifique. La question de la ségrégation sociale en ville a été abordée aussi bien par les sociologues que par les géographes et il existe une littérature conséquente sur le sujet (voir Brun, Rhein, & Bernand, 1994). Si le lien entre ségrégation spatiale et ségrégation sociale n'est pas toujours établi, on définit volontiers la ségrégation comme l'inscription spatiale des inégalités sociales. Les sociologues de l'École de Chicago ont dès les années 1920 identifié le marché du logement et les proximités socioculturelles comme deux éléments moteurs dans la distribution des groupes sociaux à travers Chicago. La définition et la mesure du degré de mixité sociale acceptée et acceptable sont dépendants de chaque ville, de son histoire, de son gouvernement, de sa situation économique, sociale et politique. Où démarre la ségrégation ? Où s'arrête la spécialisation de l'espace ? La ségrégation repose-t-elle sur une politique de l'État, comme ce fut le cas de l'apartheid en Afrique du Sud ? La ségrégation est-elle une conséquence collective des choix résidentiels des foyers d'une ville ?

La ségrégation est plus forte pour les groupes situés aux extrêmes de la hiérarchie sociale. Par un mouvement d'agrégation, de recherche de l'entre-soi, certains groupes sociaux peuvent faire le choix de l'isolat. C'est ainsi qu'on observe en Inde, le développement de résidences fermées (*condominiums, gated community*), parfois sur des critères religieux ou de castes, ou comme ailleurs sur des critères

économiques liés à l'accès à ces logements de haut standing. À l'opposé, l'exclusion des groupes sociaux les plus pauvres, les plus marginalisés socialement et politiquement, peut aboutir à leur ghettoïsation. Il est entendu que plus on descend dans la hiérarchie économique et sociale plus le choix de la résidence est limité et devient contraint. La ségrégation sociale dans les villes indiennes, n'est pas qu'une affaire de marché immobilier et de choix pour les foyers, mais aussi une affaire de politiques publiques et de planification urbaine. À Delhi les politiques de démolitions des slums, en vue de l'organisation d'événements internationaux (Asian Games 1982, Commonwealth Games, 2010) ont ainsi poussé des milliers de personnes hors de leurs logements vers des zones périphériques mal équipées et éloignées de leurs lieux de travail. Il est donc parfois utile de faire une distinction entre la ségrégation choisie et la ségrégation subie. La ségrégation définit tout autant un état, la plus ou moins grande homogénéité sociale des quartiers, qu'un processus, l'exclusion, la marginalisation, la relégation spatiale de certains groupes sociaux.

La ségrégation renvoie à la question de la répartition spatiale des groupes sociaux et leurs stratégies résidentielles (Pumain, 2004) mais aussi à leurs distances à des services, des équipements et aux inégalités qui en découlent. Au début des années 1980, Pinçon et al. se sont interrogés sur l'articulation spatiale entre structure d'équipements et structure sociale sur l'agglomération parisienne (Pinçon-Charlot, Préteceille, & Rendu, 1986). En comparant des indicateurs sur les équipements collectifs (transports, logements, commerces, santé, éducation...) et des indicateurs socio-économiques, ils identifient des situations contradictoires. Dans le Paris intra-muros en phase de gentrification, le haut niveau d'équipements du centre bénéficie de plus en plus aux classes aisées. La première couronne est différenciée socialement mais les initiatives communales offrent un bon niveau d'équipements. Enfin dans les espaces périphériques mal équipés et marqués par de forts clivages sociaux, émergent certains pôles urbains mieux équipés. Ce travail n'est pas sans rappeler les travaux de McLafferty sur le secteur hospitalier de New York et sur les conséquences des fermetures et des ouvertures d'hôpitaux pour les quartiers qui composent la ville (McLafferty, 1982). Avec la métropolisation et la croissance des aires métropolitaines, on assiste à un désajustement croissant des équipements et des services par rapport à la population, et les espaces qui composent les aires métropoles (Bassand, Kaufmann, & Joye, 2001). Il faut y voir ici une conséquence de la croissance démographique et de l'expansion urbaine des plus grandes agglomérations urbaines mais aussi le résultat des politiques d'aménagement urbain. La spécialisation fonctionnelle du sol entraîne une séparation entre les espaces d'habitat, de travail, de récréation et de circulation. Ces règles ont donné naissance à un urbanisme où les zones résidentielles, industrielles, administratives et commerciales se juxtaposent mais se différencient, et où le transport sur de longues distances devient le seul moyen d'utiliser et d'accéder aux services.

On sait qu'à Delhi, la ségrégation sociale est un phénomène ancien qui n'est pas seulement lié aux pratiques résidentielles des individus ou de certains groupes, mais a été inscrit dans la matrice de la ville, via l'exercice de la planification urbaine. Nous avons déjà relevé plus haut la mise en place d'un modèle de ville duale, à partir de 1857 avec la création de Civil Lines réservé aux Européens. Cette dualisation de la ville s'est renforcée avec la création et le développement de New Delhi à partir de 1920. La ségrégation résidentielle entre ville européenne et ville indienne s'est dédoublée au sein de New Delhi d'une ségrégation hiérarchique entre les différents rangs des fonctionnaires (Legg, 2007). Cette ségrégation résidentielle a été renforcée par la politique d'aménagement urbain qui a privilégié le développement et les infrastructures de New Delhi par rapport au reste de l'agglomération, pourtant en plein développement et aux besoins d'infrastructures importants. Nous avons vu que cette pratique de la planification urbaine s'est maintenue après l'indépendance et a induit une forte différenciation des espaces urbains, entre quartiers légaux et quartiers illégaux, le développement de zones résidentielles planifiées et de zones résidentielles informelles ne répondant pas aux normes urbanistiques (voiries, infrastructures,...). La ségrégation est à la fois un état (la distribution spatiale inégale des populations) et un processus permanent de choix, d'exclusions, de discriminations et de regroupements résidentiels (Dupont & Dureau, 1997). La ségrégation résidentielle est accompagnée d'une ségrégation fonctionnelle particulièrement prononcée à Delhi. Nous avons déjà remarqué que la politique d'aménagement urbain de Delhi repose sur une approche zonale de la ville et une séparation des fonctions résidentielles, économiques, et administratives. Cette fragmentation de l'espace urbain, n'est pas un problème en soi. On imagine mal installer un site d'enfouissement d'ordures ménagères au pied de l'India Gate. Mais cette fragmentation urbaine, qui est au cœur de l'aménagement de Delhi, pose néanmoins question lorsqu'il s'agit de distribution d'équipements et de services collectifs capable d'améliorer ou de compenser les inégalités économiques et sociales au sein d'une ville. La distribution des infrastructures de santé dans une agglomération comme Delhi ne devrait pas tant être égale d'un point de vue spatiale (un maillage régulier d'infrastructure) que juste d'un point de vue social.

Comment rendre compte de la fragmentation urbaine ? Comment trouver des indicateurs adéquats pour rendre compte d'un phénomène multidimensionnel (urbanistique, infrastructures, ségrégation sociale, économique...)? Le questionnement sur la ségrégation se double d'un questionnement sur la mesure de la pauvreté dont il est aujourd'hui entendu qu'il est phénomène complexe qui ne peut se résumer à une mesure du revenu par tête mais doit aussi intégrer des dimensions liées au capital économique, social et spatial (Baud, Sridharan, & Pfeffer, 2008). Il s'agit d'un problème récurrent à l'heure actuelle en Inde pour tout chercheur qui s'intéresse aux questions urbaines. Nous allons revenir dans ce chapitre sur la ségrégation et la fragmentation urbaine, sur les différentes mesures de ce phénomène à l'échelle de Delhi. Nous présenterons ensuite la méthodologie que nous avons employée

pour représenter la ségrégation et la fragmentation urbaine de Delhi. Enfin nous présenterons les résultats de notre approche qui n'est pas restreinte à la question de l'accessibilité aux services hospitaliers mais qui veut participer à une meilleure compréhension de la ségrégation urbaine à Delhi.

A. Mesurer la ségrégation et la fragmentation urbaine

A.1. Premières approches par les données censitaires

Plusieurs chercheurs ont approché, directement et indirectement, la question de la ségrégation et de la fragmentation urbaine de Delhi (Baud, Pfeffer, Sridharan, & Nainan, 2009; Baud et al., 2008; Dupont, 2004; Dupont & Dureau, 1997; Dupont & Mitra, 1995). La méthodologie utilisée dans ces travaux repose sur deux méthodes complémentaires : les données du recensement décennal et des enquêtes foyers menées sur un échantillon de quartiers. Les travaux menés par Véronique Dupont au cours des années 1990 sont très caractéristiques de cette approche. La cartographie de certaines variables issues du recensement de 1991 permet de mesurer et de caractériser les différents arrondissements et d'identifier les choix résidentiels des riches et des pauvres à travers Delhi. Cette analyse à l'échelle de l'agglomération s'est doublée d'enquêtes de terrain menées dans différents arrondissements, et sur différentes populations (riches, classe moyenne, pauvres, sans logis). Ces travaux constituent une étude particulièrement aboutie des mécanismes de ségrégation résidentielle à l'intérieur de Delhi.

Dans une précédente publication nous avons aussi utilisé les données du recensement pour caractériser la population de Delhi et sa distribution spatiale (Chapelet & Lefebvre, 2005). Après avoir cartographié et testé différentes données du recensement de 1991 à l'échelle des arrondissements nous avons bâti une typologie des arrondissements et des villages du NCTD. À partir d'une Analyse en Composantes Principales (ACP) puis d'une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) sur quinze variables démographiques, sociales, et économiques⁴⁶ nous avons caractérisé la géographie sociale et la distribution spatiale des populations et des fonctions économiques à l'échelle de l'agglomération urbaine et de sa proche périphérie (Illustration 38 p.296).

⁴⁶ Densité de population (1), sex ratio (2), sex ratio dans la population active (3), proxy fertilité (4), alphabétisation des femmes (5), % d'intouchables (6), taille des foyers (7), taux d'activité dans la population (8), distribution de la population active : secteur primaire (9), transports-logistiques (10), commerce (11), autres services (12), artisanat (13), industries (14), construction(15)

National Capital Territory of Delhi Economical and social context in 1991

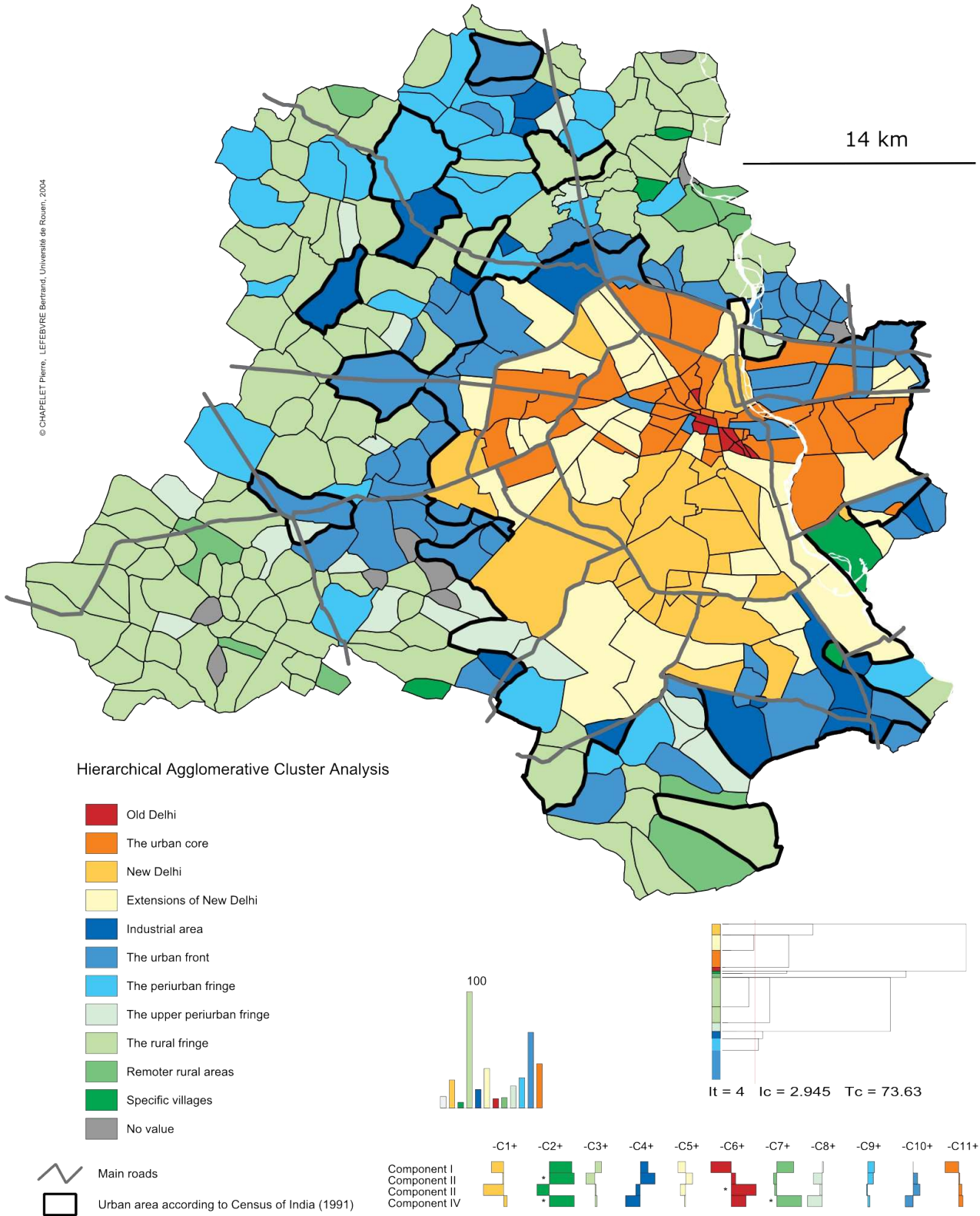


Illustration 38: Typologie socio-économique du NCTD (1991)

Sources: Census of India (1991), Survey of India
Made with Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/phlgeo>

Ces travaux utilisant les données du recensement de 1991 à l'échelle des villages et des arrondissements urbains ont depuis laissé place à d'autres approches à l'échelle du NCTD utilisant les données du recensement de 2001. Entre 1991 et 2001, le découpage en arrondissement s'est généralisé à l'ensemble du territoire du NCTD. Les travaux sur Delhi, ont aussi changé de nature, et leur centre d'intérêt s'est déplacé de la ségrégation socio-spatiale vers la question de la pauvreté et l'identification des poches de pauvreté dans la ville (*poverty clusters*). Les travaux d'Isa Baud sont très représentatifs de cette nouvelle approche qui veut intégrer les différentes dimensions de la pauvreté et de la défavorisation (*deprivation*) (Baud et al., 2008). En utilisant les données du recensement de 2001, et après avoir identifié les données adéquates pour mesurer la défavorisation selon différentes dimensions (capital humain, capital physique, capital financier, capital social), un indice de défavorisation a été créé (*Index of Multiple Deprivation*). Comme le montre l'illustration 39 (p.297), cette approche permet de sortir de l'équation « pauvreté en ville=slums » et rappelle notamment la nécessité pour les acteurs de la gouvernance locale de mieux identifier les zones de pauvreté en dehors des slums.

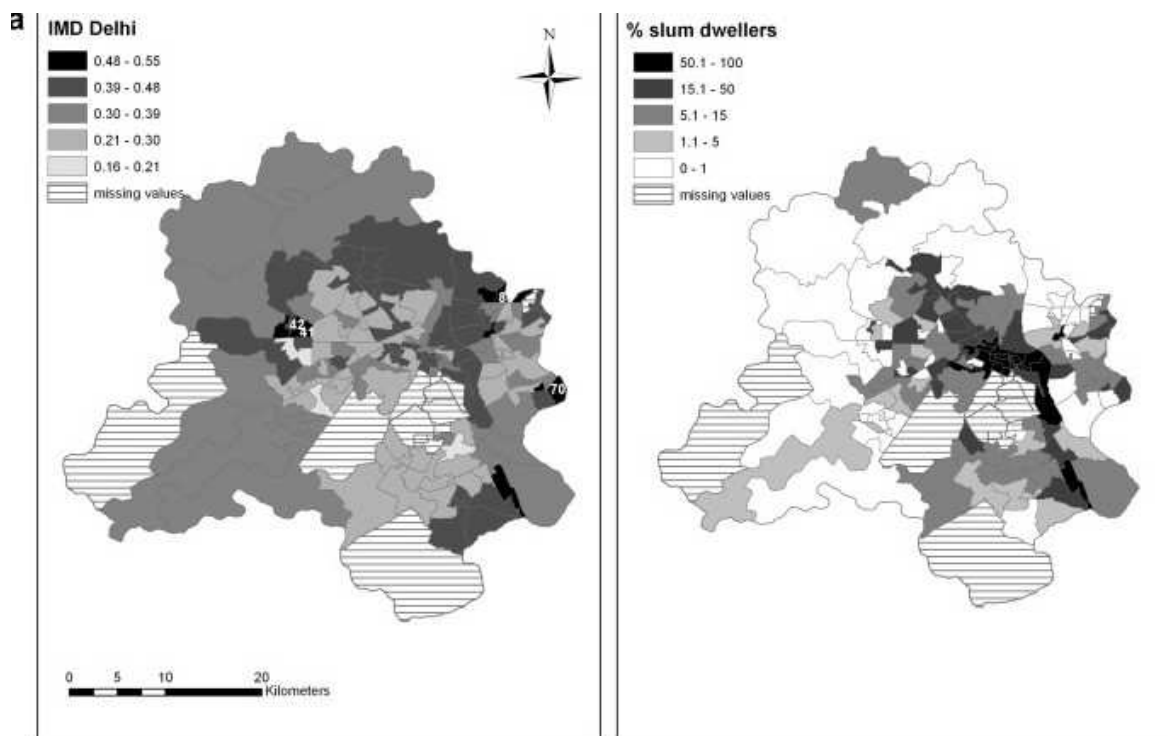


Illustration 39: Indice de défavorisation (IMD) et population vivant dans les slums pour 2001 (Isa Baud et al. 2008)

Si chacune de ces approches a donné des résultats intéressants pour approcher la ségrégation sociale de Delhi et la géographie de la pauvreté, elles souffrent aussi de plusieurs limites, pas toujours bien

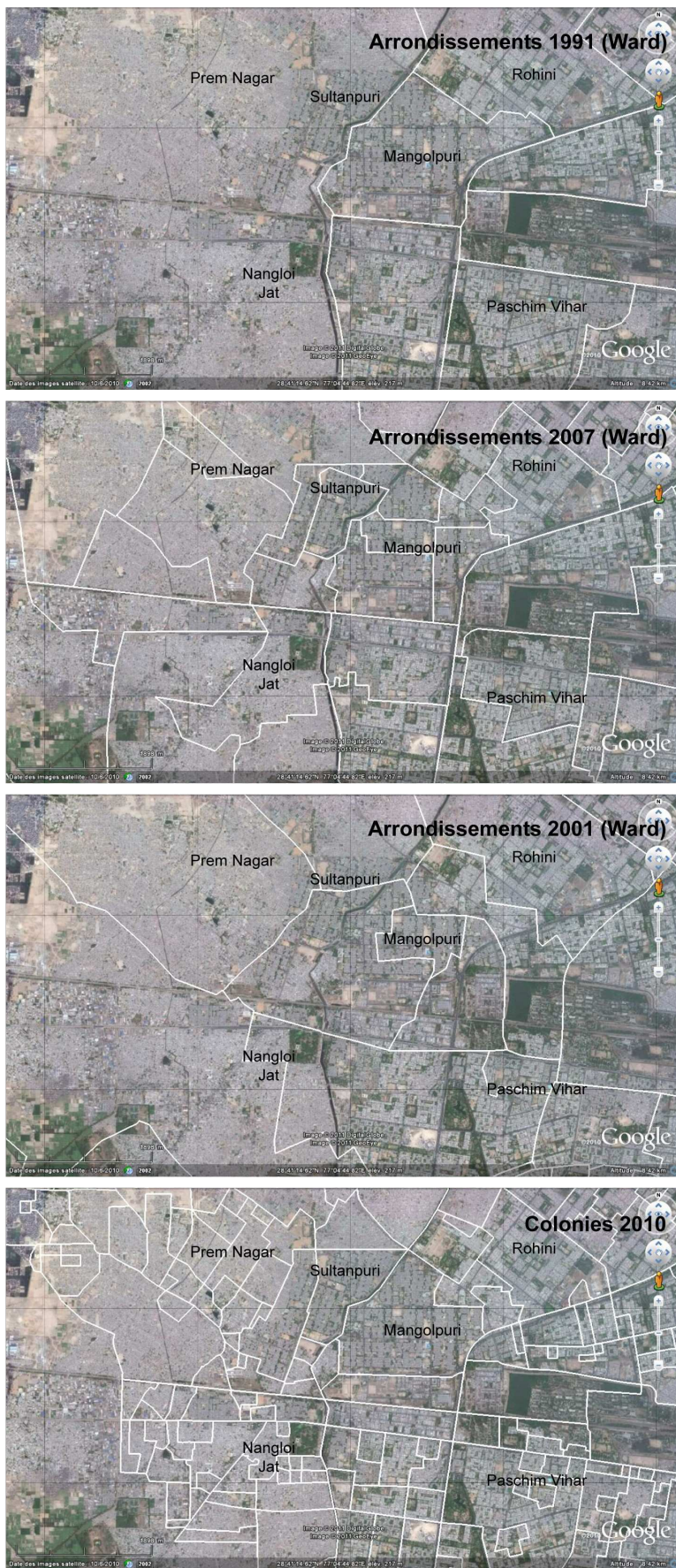
identifiées par leurs auteurs. Dans le contexte d'une agglomération urbaine qui a crû de 310000 habitants par an entre 1991 et 2011, des données issues du recensement décennal deviennent rapidement obsolètes. Ces dernières années ont été marquées par la destruction de nombreux slums à travers l'agglomération et la relocalisation de leurs habitants en périphérie. Cette politique a modifié en peu de temps la distribution de la population et notamment de la pauvreté. Les premiers résultats du recensement de 2011 montrent une baisse accélérée de la population dans les districts de New Delhi et de Central (-25%, -45000 habitants et -10%, -68000 habitants) en partie liées à la destruction des slums dans ces districts (Census of India, 2011). La commercialisation des zones résidentielles, notamment dans le South Delhi, entraîne une réduction du nombre de logements disponibles et une flambée du marché immobilier qui pousse une partie de la population en dehors de certains quartiers vers les nouvelles zones résidentielles développées en périphérie. Les données du recensement sont donc un instantané et il convient de le garder à l'esprit dans ces analyses. Une autre limite de ces approches qui utilisent les données du recensement tient à la faible prise en compte de l'environnement urbain. La population et les données collectées au lieu de résidence ne nous disent rien par exemple d'autres fonctions très importantes d'une ville comme le commerce, les industries, les espaces économiques. Si la place de ces fonctions apparaît en filigrane à travers l'analyse de certains résultats sur l'occupation professionnelle des populations, l'importance des zones administratives, industrielles, et commerciales et leur emprise sur l'espace urbain n'apparaît pas clairement.

A.2. Les données censitaires face au MAUP

Mais la principale limite de ces différentes approches est d'utiliser le découpage censitaire sans tenir compte du problème du MAUP que nous avons déjà abordé dans le chapitre précédent. Entre 1991, 2001 et 2011, les limites des unités de recensements ont été profondément modifiées. Le Census of India et les pouvoirs publics accompagnent par de nouveaux découpages administratifs la croissance et l'expansion urbaine à l'échelle du NCTD. En 1991, les résultats du recensement étaient disponibles par village, par *Census Town*, et par arrondissement pour les trois plus grandes unités urbaines (Municipal Corporation of Delhi, New Delhi Municipal Council, Delhi Cantonment Board). Les données censitaires pour les villes et les villages diffèrent notamment sur l'équipement en infrastructure de l'unité censitaire, mais les données démographiques, sociales, et économiques sont similaires (*Primary Census Abstract*). En 2001, suite à l'extension des arrondissements de la MCD aux zones rurales, le découpage territorial fut modifié. Les données censitaires par village sont toujours disponibles, mais désormais les données par arrondissement incluent aussi des zones rurales, et des espaces périurbains. Alors que le découpage de 1991, paraissent relativement respectueux de la morphologie urbaine de l'agglomération, les arrondissements de 2001 ne permettent plus d'identifier les espaces qui relèvent du

cœur urbain, du front d'urbanisation, et des espaces périurbain. C'est d'autant plus problématique pour une agglomération comme Delhi dont on a vu que l'expansion urbaine était aréolaire et en pâte d'oie, le long de certains corridors de communication. En 2011, les résultats du recensement seront encore présentés selon un nouveau découpage des arrondissements opéré à l'occasion des élections locales de 2007.

Découpage administratif et espace urbain



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2010

Sources : Census of India, 1991, 2001
Municipal Corporation of Delhi, 2010
Google Earth, 2010

Illustration 40: Découpage administratif et espace urbain

L'illustration 40 (p.300) présente pour une zone de l'espace urbain située le long de Rohtak Road (d'ouest en est : Premnagar, Sultanpuri, Nangloi Jat, Mangolpuri, Rohini au nord) les différents découpages des arrondissements entre 1991 et 2007⁴⁷. En comparant les différents clichés, on relève les importantes modifications du découpage censitaire et la grande diversité des quartiers inclus dans les arrondissements notamment pour 2001, entre zones résidentielles planifiées, quartiers spontanés, villages urbains. Si le découpage des arrondissements de 2007 semble plus cohérent par rapport à la morphologie urbaine, une comparaison avec le découpage par *colony* de la MCD pour 2010 nous montre un niveau d'agrégation autrement plus précis.

On doit en effet s'interroger sur l'utilisation des arrondissements comme niveau d'analyse. Les arrondissements sont-ils un découpage pertinent par rapport aux questions posées ? Doit-on sacrifier à la bonne disponibilité de ce découpage, une réflexion sur le niveau d'agrégation et l'analyse des variables étudiées ? La réalisation d'enquêtes-foyers pour vérifier la validité des résultats obtenus à un niveau supérieur, ou pour compléter l'analyse, est employée dans la plupart des travaux sur la ségrégation urbaine (Dupont, 2004). Si ces résultats apportent souvent un éclairage précis sur les mécanismes de la ségrégation résidentielle ou sur les caractéristiques socio-économiques des habitants, on peut rester frustré quant à l'accumulation d'études de cas et l'absence d'une vision suffisamment désagrégée sur l'ensemble de l'agglomération. Si l'utilisation des arrondissements et des données du recensement permet effectivement de faire ressortir certaines oppositions de l'espace urbain de Delhi, entre le Nord et le Sud, Old et New Delhi, la couronne périurbaine et le centre, ces ensembles rassemblent plusieurs centaines de milliers d'habitants et présentent une forte hétérogénéité socio-économique en termes de quartiers et de populations. Les personnes familières de l'espace de Delhi savent qu'au-delà de ces grands découpages, qui représentent une réalité (South Delhi, North Delhi, Old Delhi,...) il existe aussi une forte ségrégation d'un quartier à l'autre. Nous avons vu que l'histoire du développement de Delhi est marquée d'actes d'aménagement très forts, mais aussi d'une urbanisation spontanée, que le nouveau et l'ancien s'imbriquent, se juxtaposent, que les villages urbains constituent un archipel au milieu de quartiers huppés, que certains espaces s'urbanisent en quelques années ou disparaissent au gré des décisions de la Cour Suprême de Delhi. Les données du recensement et le découpage par arrondissement peinent à capturer le dynamisme urbain de Delhi et la juxtaposition de réalités urbaines, la colocalisation d'habitats résidentiels huppés, populaires, pauvres et temporaires. Cette granularité urbaine et sociale ne transparait que très difficilement à l'échelle des arrondissements.

47 La digitalisation des différents arrondissements (1991, 2001, 2007) a été réalisée à partir de cartes papier (format A4, format A2) scannées et projetées dans un SIG, ce qui explique la plus ou moins bonne concordance avec le réseau de voiries tel qu'il apparaît sur les clichés satellites. La digitalisation des *colonies* (2010) a été réalisée à partir de couches SIG déjà géoréférencées et issues d'une analyse géomatique de l'espace urbain.

Le Census of India, pour des raisons de confidentialité, mais plus sûrement de moyens, n'autorise pas l'utilisation des données collectées à l'échelle de l'*Enumeration Block* qui sont les échelons de base du recensement notamment en ville, et qui correspondent au quartier IRIS de l'INSEE. Si les arrondissements et le traitement des données du recensement rendent bien compte des grandes lignes de fractures au sein de l'agglomération de Delhi (zones rurales, périurbaines, zones urbaines aisées, zones urbaines pauvres), elles n'autorisent pas la mise en lumière de la forte ségrégation sociospatiale qui existe d'un quartier ou d'une *colony* à l'autre. Le niveau d'agrégation proposé par les arrondissements du Census of India lissent les résultats, et ne rend pas compte de la fragmentation sociale importante qui existe dans Delhi. La ségrégation urbaine est aussi une question de niveau d'agrégation, notamment pour mesurer l'homogénéité sociale d'un espace. Plus les unités spatiales sont grandes, plus faibles sera la mesure de la ségrégation, l'agrégation des résultats créant un lissage des variables et des différences. Peut-on approcher cette granularité de l'espace urbain et notamment sociale à l'échelle d'une agglomération comme Delhi ?

A.3. La *colony*, un nouveau niveau d'agrégation

Confronter à cette question et au regard de notre expérience passée, nous avons d'abord cherché à aller le plus loin possible avec les données du recensement disponibles. Dès 2004, nous avons approché le Census of India pour obtenir des données à l'échelle de l'*Enumerations Block* ainsi que le fond de carte correspondant. Notre demande fut rejetée. Nous avons décidé alors d'explorer une autre méthode inspirée d'un traitement réalisé à partir des données de 1991. Afin d'obtenir une carte précise de la densité de population, nous avons croisé l'analyse d'une image satellite Ikonos de 1997 avec la population par arrondissement (1991) et désagrégé les données au prorata de la surface bâtie (Chapelet & Lefebvre, 2005). Mais les cartes des arrondissements de 2001 étaient beaucoup moins précises dans leurs tracés que celles de 1991, car n'épousant pas toujours les réseaux de transport pour délimiter les unités spatiales (Illustration 40 p.300). Ensuite face à l'hétérogénéité des quartiers à l'intérieur de chaque arrondissement, comment aurions-nous pu interpréter des variables sociales et économiques sans tomber dans le piège de l'erreur écologique ? Les travaux d'un bureau d'études (RMSI, Shalabh P. Bharadwaj et K.S. Siva Subramanian) qui reprennent une méthodologie similaire pour identifier les différents marchés urbains à l'échelle du NCTD en 2006 (Illustration 41 p.303) donne surtout à voir les zones de fortes densités (TransYamuna) et de faibles densités résidentielles (New Delhi) mais présente au final un niveau de désagrégation assez faible.

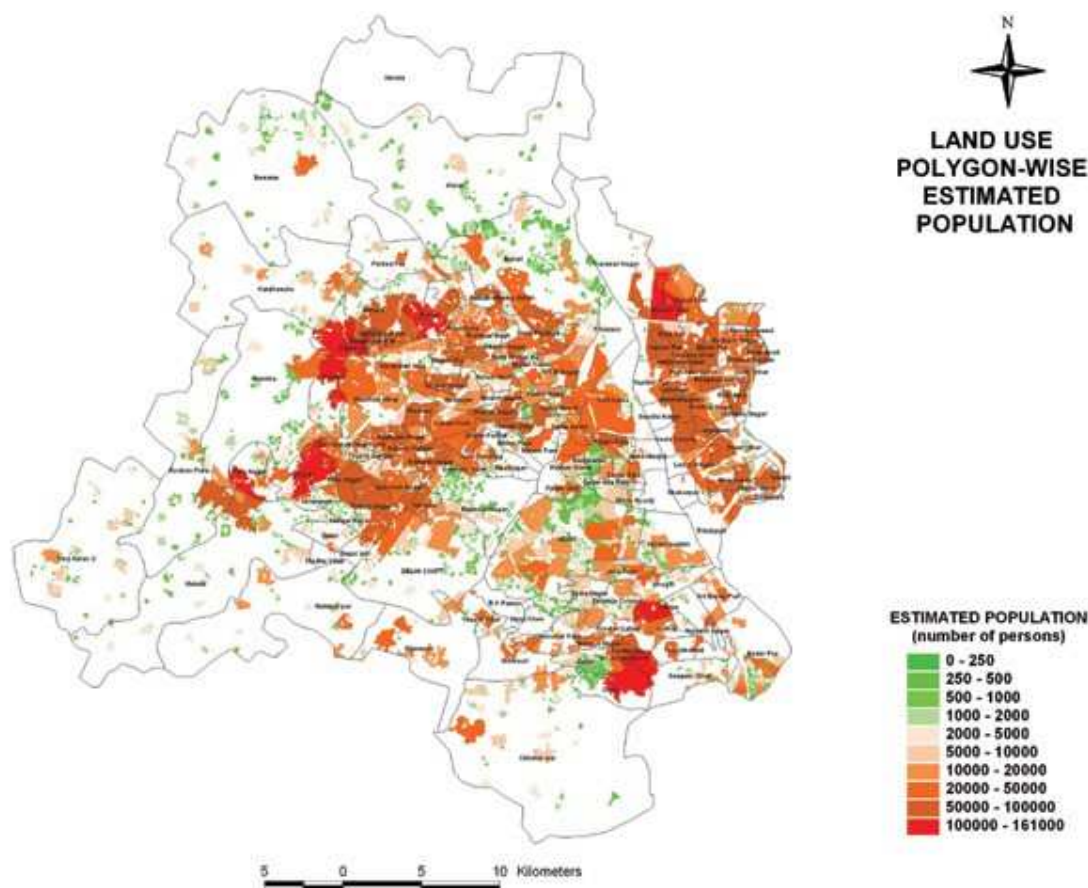


Illustration 41: Données du recensement 2001 et image satellite : la mesure de la densité (RMSI, Shalabh P. Bharadwaj et K.S. Siva Subramanian)

En 2007, le CSH fait l'acquisition de bases de données géographiques issues du Delhi Eicher City Map pour localiser les services hospitaliers. À partir d'images satellite et de relevés de terrain, l'entreprise Eicher GoodEarth Ltd. réalise et met à jour régulièrement une cartographie très détaillée de la ville qui nous a été particulièrement utile pour localiser les services hospitaliers, comme nous l'avons présenté dans le chapitre précédent. Cette base de données est agrémentée de données qui délimitent les quartiers de la ville. Notre réflexion autour du quartier comme niveau d'analyse s'est ainsi engagée et nous a mené vers la *colony* comme unité de mesure de la ségrégation socio-spatiale. La *colony* est une unité administrative utilisée par la MCD dans le calcul de la taxe foncière (*Unit Area Value*) mais aussi dans la définition de son territoire d'action.

Pourquoi utiliser la *colony* dans une approche de la ségrégation sociospatiale de Delhi ? Tout d'abord la cartographie précise des arrondissements de 1991 et de 2001 ne nous a jamais été accessible malgré plusieurs demandes répétées. Si les axes majeurs de circulation (rail, voies rapides) servent souvent à délimiter ces arrondissements, certaines limites restent floues (voir Illustration 40 p.300). Même si les tentatives de typologie ont donné des résultats intéressants pour caractériser la fragmentation socio-

spatiale de Delhi (Baud et al., 2008), il est difficile d'utiliser ce découpage pour s'intéresser aux problèmes d'accessibilité et de distribution des services hospitaliers. Les unités spatiales sont de dimensions trop importantes pour en tirer des conclusions au delà de calculs de ratio équipement/population qui restent une mesure grossière de la desserte en équipement de santé (Chapelet & Lefebvre, 2005). Le niveau d'agrégation offert par les arrondissements ne paraît pas adéquat par rapport aux questions qui nous intéressent. Par ailleurs l'utilisation des *colonies* et des quartiers nous semble aussi justifiée par le fait qu'un quartier représente une certaine homogénéité morphologique et identifié. Les acteurs du secteur hospitalier ne se posent pas la question de savoir dans quel arrondissement leur hôpital se situe, mais quels sont les quartiers qui environnent leur établissement. Avec plus de 2300 *colonies* référencées et malgré l'absence de couverture du Cantonment et de la NDMC, les *colonies* de la MCD nous semblaient un maillage autrement plus précis à l'échelle de l'État de Delhi que les 159 arrondissements de 2001 ou les 273 arrondissements de 2007. Cette augmentation du nombre d'unités spatiales devait nous permettre de mieux approcher la question de l'accessibilité aux services hospitaliers. Si l'absence de système équivalent à celui de la MCD dans les territoires de la NDMC et du Cantonment créé un trou important au milieu de l'agglomération, il convient de rappeler que 80 % du territoire de la NDMC est composé de terrains occupés par le Gouvernement central et l'administration et que l'essentiel du territoire du Cantonment est occupé par des bases militaires, l'aéroport de Delhi, et les forêts du Ridge. 425000 habitants vivent sur ses deux territoires soit moins de 3 % de la population totale du NCT en 2001.

Les limites des *colonies* présentaient aussi l'avantage d'être facilement accessibles et délimitées de manière relativement précise. La MCD en partenariat avec l'entreprise MapMyIndia a créé un SIG en ligne sur lequel les propriétaires peuvent localiser leur logement au niveau du pâté de maison et savoir à quelle *colony* il appartient et quel UAV s'y applique⁴⁸. À la recherche de fonds de carte de la MCD, nous avons découvert cette base de données géographiques sur les *colonies*, qui depuis n'est pas toujours accessible et semble connaître des périodes de maintenance plus ou moins longues. À partir de ce site et avec l'aide d'Olivier Telle nous avons procédé entre fin 2007 et début 2008 à une première digitalisation de ce découpage. Cette digitalisation se révéla problématique car certaines limites coupaient des quartiers pourtant clairement identifiables et délimités par la distribution des espaces bâtis et du réseau de voiries. Certaines zones étaient laissées sans information alors que la liste des *colonies* identifiées par la MCD supposait la couverture de ces espaces urbanisés. Une autre limite tenait à notre SIG et aux couches d'information se rapportant au réseau routier et au bâti de l'agglomération de Delhi. Si l'essentiel de l'agglomération était effectivement couvert par les données Eicher en notre possession, certaines zones périurbaines et rurales n'étaient pas comprises dans notre SIG. Si Eicher a effectivement mené un

48 <http://app.mapmyindia.com/mcdApp/>

travail de photo-interprétation sur ces zones en vue de futures versions de leur guide de Delhi, elles n'étaient pas mises en vente même courant 2009.

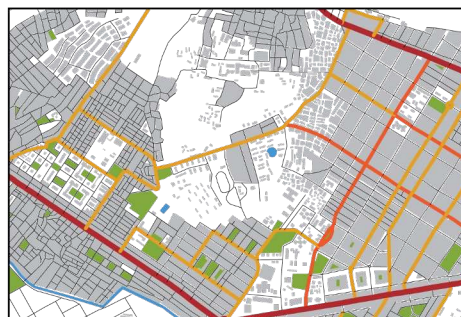
Au regard des imperfections de la première version de ce découpage territorial, une nouvelle version fut digitalisée durant le printemps et l'été 2010. Le SIG en ligne du MCD n'étant plus accessible à ce moment, nous sommes repartis de la dernière liste des *colonies* pour 2009-10, et de la couche digitalisée en 2008. Afin d'obtenir un résultat optimal, nous avons aussi eu recours à Google Earth couplé à Wikimapia ainsi qu'à la topographie identifiée par des cartes du Survey of India et digitalisées en 2002 (Illustration 42 p.306). Nous avons aussi utilisé le moteur de recherche Google pour repérer à travers les adresses la localisation de certains quartiers. C'est en croisant ces différentes sources et en tenant compte des limites spatiales des couches d'information Eicher que nous avons localisé et digitalisé 1746 *colonies* sur 2311 (76%) contre 1658 *colonies* en 2008 (+88 *colonies*). 408 *colonies* se trouvent en dehors de notre aire d'étude (18%). 157 *colonies* localisées dans notre zone d'études ne purent être trouvées (7%). L'absence de géolocalisation pour ces 157 *colonies* s'explique essentiellement par l'absence de références toponymiques correspondant au nom de la *colony* identifiée par la MCD. Il est probable dans plusieurs cas, que la *colony* définie par la MCD corresponde à un bloc au sein d'un quartier déjà digitalisé.

Cartographier la taxe foncière à Delhi - 2010

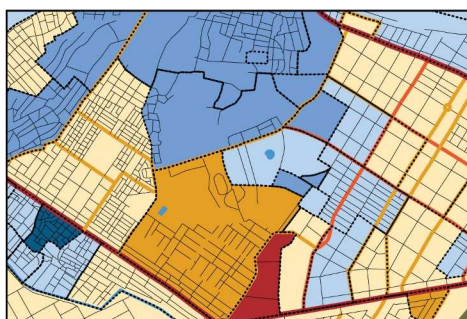
Liste des colonies de la MCD (2010)

ZoneNAME	WardNAME	ColonyNAME	ColonyCODE	ColonyCAT	Rs p sqm
Shahdola South	Mayap Vihar Phase I	Kotla	012090001	G	200
Shahdola South	Mayap Vihar Phase I	Kotla Village	012090002	G	200
Shahdola South	Mayap Vihar Phase I	Trikapur	012090003	G	200
Shahdola South	Delguri II	Himmatpuri	012100004	G	200
Shahdola South	New Ashok Nagar	Chilla Janata Flats	012120005	G	200
Shahdola South	New Ashok Nagar	Chilla Sarsola Bungalow	012120006	H	100
Shahdola South	New Ashok Nagar	Chilla Sarsola Khadar	012120007	H	100
Shahdola South	New Ashok Nagar	East End Apartments	012120008	D	320
Shahdola South	New Ashok Nagar	Harjoti Basti, Ashok Nagar	012120009	G	200
Shahdola South	New Ashok Nagar	New Ashok Nagar	012120010	G	200
Shahdola South	New Ashok Nagar	Parvatan Vihar	012120011	D	320
Shahdola South	Kalyan Puri	Kalyan Puri	012130012	G	200
Shahdola South	Kichehrpur	Dulapura	012140013	H	100
Shahdola South	Kichehrpur	Durga Mahalla	012140014	G	200
Shahdola South	Kichehrpur	Durga Park Colony	012140015	G	200
Shahdola South	Kichehrpur	Ghazi Pur Duiy Farm	012140016	G	200
Shahdola South	Kichehrpur	Harjoti Basti Dullapura	012140017	G	200

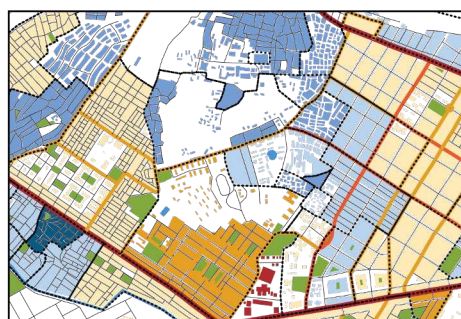
Couches SIG Eicher Goodearth Ltd (2008)



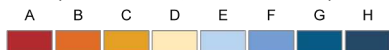
Les colonies de la MCD



Les colonies de la MCD à l'échelle du bâti

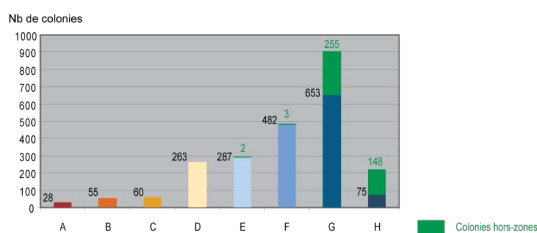


Les colonies de la MCD (Taxe foncière, Unit Area Value)

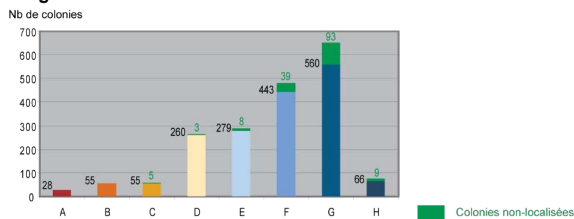


- Artères principales
- Artères secondaires
- Routes
- Rues, ruelles
- Espaces bâtis
- Espaces verts
- Limites de colonie

Localisation des colonies et limites de la zone d'étude

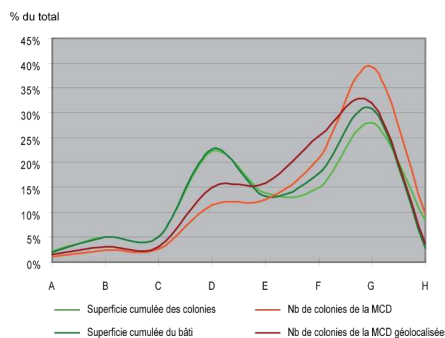


La digitalisation des colonies dans le SIG



- 1 Digitalisation des colonies à partir des couches SIG Eicher et de la liste de la MCD. Google Earth, et Wikimapia ont permis de mieux préciser la localisation et les limites de certaines colonies.
- 2 A partir du SHP nouvellement créé et de la couche bâti du SIG Eicher, une jointure spatiale est opérée avec Arcgis pour attribuer à chaque pâté de maisons, les informations des colonies (catégorie foncière, géocode...).

Effectif et superficie cumulés des colonies



Sources : Municipal Corporation of Delhi, 2010
Google Earth, 2010
Eicher Goodearth Ltd, 2008

Illustration 42: Digitaliser les colonies et l'UAV

Une décomposition par catégorie de la taxe foncière (*Unit Area Value*) nous permet de mieux apprécier la marge d'erreur liée à cette digitalisation imparfaite et appelle plusieurs commentaires (Tableau 52 p.307). Seulement 76% des colonies ont été géolocalisées (colonne e). Néanmoins une fois exclues les

colonies situées en dehors de notre zone de travail, ce sont 92% des *colonies* qui ont été localisées (colonne f). Pour plusieurs catégories le résultat est satisfaisant puisque la marge d'erreur est minimale voire nulle (catégories A, B, D, E). Pour les catégories C et F les performances sont inférieures (autour de 92%). Seules cinq *colonies* de la catégorie C n'ont pas été localisées. Le résultat de la catégorie F doit s'apprécier au regard du grand nombre de *colonies* appartenant à cette catégorie (plus de 400 *colonies* dans notre zone d'étude). Les *colonies* des catégories G et H pâtissent de leur localisation périphérique. La catégorie H concerne les villages de la NCT. 99% des *colonies* hors-zone appartiennent à ces deux catégories. La localisation périphérique implique aussi une urbanisation plus récente et donc un référencement toponymique moins dense et moins résilient par rapport aux quartiers situés au cœur de l'agglomération. Il a donc été plus difficile de localiser ces *colonies*. Après avoir exclu les *colonies* hors-zones, le pourcentage de *colonies* géolocalisées pour les catégories G et H est de 86% et 88%.

Catégories	Nb de colonies	Colonies géolocalisées	Colonies Hors-zone	Colonies NIL	b/a	b/(a-c)
	a	b	c	d	e	f
A	28	28	0	0	100%	100%
B	55	55	0	0	100%	100%
C	60	55	0	5	92%	92%
D	263	260	0	3	99%	99%
E	289	279	2	8	97%	97%
F	485	443	3	39	91%	92%
G	908	560	255	93	62%	86%
H	223	66	148	9	30%	88%
Total	2311	1746	408	157	76%	92%

Tableau 52: Géolocalisation et catégories UAV

L'intérêt que nous avons porté aux *colonies* de la MCD dépasse la question du niveau d'agrégation et de représentation de l'espace urbain. La digitalisation des *colonies* de la MCD, une opération lourde, est indissociable de l'intérêt que nous avons porté aux catégories de l'UAV pour approcher la ségrégation urbaine et l'espace urbain de Delhi. Nous allons maintenant revenir en détail sur l'UAV et les nouvelles perspectives que nous offre cette variable synthétique pour aborder la géographie sociale de Delhi.

B. Trouver de nouveaux indicateurs et de nouveaux niveaux d'agrégation

B.1. UAV et colonies : de nouvelles perspectives sur la ségrégation urbaine

L'UAV (*Unit Area Value*) est née d'une réforme majeure du système de taxe foncière à Delhi. Par un

amendement au *Delhi Municipal Corporation Act* de 1957, un nouveau système de fiscalité foncière a été mis en place en 2004. Par le passé le montant de la taxe foncière à acquitter pour une propriété était calculé sur la base d'une valeur estimée par les services fiscaux. La valeur estimée des différentes propriétés d'un même quartier pouvait varier très fortement, et les propriétaires avaient peu de recours pour obtenir une réévaluation du montant de la taxe foncière. Ce système était notoirement inefficace et opaque, la plupart des propriétaires ne s'acquittant pas de la taxe. Les poursuites étaient inexistantes, la majorité des propriétés n'étaient pas enregistrées. La taxe foncière est pourtant l'une des principales sources de revenus pour une municipalité en Inde. Suivant l'exemple de Bangalore, d'Ahmedabad, d'Hyderabad, et d'autres villes indiennes, la MCD décida donc en août 2003 d'introduire un nouveau système, l'*Unit Area Method* (UAM), à partir de l'année fiscale 2004-2005. Les propriétaires déclarent eux-même le montant de la taxe foncière. En fonction de la *colony* telle que délimitée par la MCD où se situe la propriété on applique un montant par m² bâti (*Unit Area Value*, UAV) et un pourcentage de taxation selon la formule suivante :

$$\text{taxe foncière} = \text{UAV} \times \text{Taxe (\%)} \times \text{la surface bâtie.}$$

D'autres facteurs sont ensuite appliqués dans le calcul final, comme l'âge du bâtiment, sa structure (brique,...), son utilisation (résidentiel, locatif, écoles, commerces, hôpitaux,...), la situation du résident (personne âgée, femme, ONG...). La prise en compte de la localisation de la propriété se veut plus juste et plus transparente. Les écarts énormes qui pouvaient exister par le passé entre deux propriétés voisines, sont désormais lissés. La taxe foncière est aussi perçue comme une rétribution des services proposés par la MCD. Tous les quartiers n'ont pas un accès équivalent aux services de la MCD. L'UAV et la taxe sont donc moins élevés pour les villages situés en périphérie par rapport aux quartiers situés au centre de Delhi. Suivant cette logique, les slums sont aussi inclus puisque leurs habitants peuvent bénéficier, en théorie, de plusieurs services financés par la MCD (collecte des ordures, utilisation des transports publics...).

Les *colonies* ont été catégorisées en fonction de dix critères par le *Municipal Valuation Committee*. Ce comité composé d'experts et de fonctionnaires doit déterminer pour chaque *colony* le montant de l'UAV. Les arrières-pensées politiques, certaines bonnes relations entretenues par l'équipe municipale et des associations de quartier influentes (*Resident Welfare Associations*, RWA), et la crainte d'une forte mobilisation contre ce nouveau système de taxation, ont contribué à un large mouvement de déclassification des quartiers lors de la première année de mise en place du nouveau système. L'*Hardship and Anomalies Committee for Recategorisation of Colonies* a recommandé la déclassification de plus de 400 *colonies* en 2004. La plupart des *colonies* ont été descendues d'une catégorie (de A à B, de B à C...). Dans

leur quête de légitimité auprès des habitants certaines associations de quartiers, comme la RWA de Jangpura, se sont mobilisées pour faire descendre leur *colony* d'une catégorie. Si le système est plus efficace que son prédécesseur, la taxe n'a été acquittée que pour 900000 des 4 M. de propriétés que comptent la MCD pour l'année fiscale 2009-10. Récemment le troisième *Municipal Valuation Committee* a demandé la requalification de 168 *colonies* dans des catégories supérieures afin d'augmenter les revenus de la MCD. Le gain serait estimé à 1 Md. de ₹. Lancée dans une politique d'aménagement urbain coûteuse pour l'organisation des Jeux du Commonwealth en 2010, la MCD a besoin de fonds. La requalification de ces quartiers est aussi justifiée par le coût de développement du métro, une infrastructure qui permet d'améliorer l'accès et la valeur immobilière de plusieurs quartiers. La NDMC a un temps considéré l'adoption d'un système similaire.

CATÉGORIES	POINTS
Colonie	
Valeur foncière	10
Valeur locative	10
Statut économique des résidents	10
Âge de la colonie	10
> 2001	10
1990 – 2001	8
1978 – 1989	6
1962 – 1977	4
< 1962	2
Type de la colonie	10
Approuvée par le Schéma Directeur d'Aménagement Urbain (Master Plan of Delhi)	10
Non approuvée, mais régularisée + Village urbain	6
Zone rurales en cours d'urbanisation (Master Plan of Delhi 2021)	4
Non approuvée + autres	2
Équipements – Accès	
Routes	10
Localisation de la colonie (District)	10
New Delhi (MCD sud, est)	10
Central, Nord, Ouest, New Delhi (MCD nord), Nord-Ouest (Rohini), Sud-Ouest (Dwarka)	7
Nord-Ouest, Sud-Ouest	4
Nord-Est, Est	2
Desserte infrastructures physiques (eau, électricité,...)	10
Très bonne	10
Bonne	7
Moyenne	4
Mauvaise	2
Desserte infrastructures sociales (éducation, santé,...)	10
Très bonne	10
Bonne	7
Moyenne	4
Mauvaise	2
Accessibilité aux zones commerciales (marché, centres commerciaux,...)	10
Très bonne	10
Bonne	7
Moyenne	4
Mauvaise	2
TOTAL	100

Tableau 53: Les critères pour le calcul de l'UAV

Les dix critères retenus pour définir le niveau de l'UAV sont particulièrement intéressants à analyser (Tableau 54 p.311) notamment dans la perspective de la ségrégation et de la fragmentation urbaine. On peut faire une première distinction entre les critères qui viennent caractériser la *colony* (âge, planification urbaine, valeur foncière, valeur locative, statut économique des résidents : 50 points) et les critères qui caractérisent l'accès et le niveau d'équipement de la *colony* (centralité, routes, desserte en services sociaux, équipements urbains, accessibilité zones commerciales : 50 points). Si la performance des *colonies* sur certains critères (valeur locative, niveau économique des résidents) est laissée à l'appréciation

du comité d'évaluation et des avis recueillis auprès des fonctionnaires locaux, des associations de quartiers, les autres critères sont basés sur des mesures précises (p. ex. valeur foncière définie par la DDA et le L&DO, les routes sont-elles éclairées ?). Au final, chaque *colony* reçoit un certain nombre de points qui définissent sa position parmi les catégories de l'UAV (voir Tableau 60 p.335)

	Catégories Unit Area Value (UAV)							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Points	>80	79-70	69-60	59-50	49-40	39-30	<30	Villages

Tableau 54: Catégories UAV et scores obtenus selon les dix critères d'évaluation

Par son mode de calcul et les critères retenus, l'UAV paraît comme un indice particulièrement robuste de la position de chaque quartier par rapport aux autres, mais aussi par rapport à la ségrégation urbaine. L'UAV reflète en effet la position de chaque *colony* sur le marché immobilier de Delhi, soit directement à travers les critères de valeur foncière et locative, soit indirectement à travers des critères (centralité, desserte et accessibilité aux services) qui comptent pour déterminer la valeur immobilière d'un quartier. On sait que le marché immobilier est un des moteurs essentiels de la ségrégation sociale et spatiale au sein d'une ville. Le choix résidentiel à Delhi est fortement contraint : le marché immobilier ne permet pas de répondre à la demande croissante de logement, la DDA n'a jamais réussi à tenir ses engagements en matière de construction logements sociaux. Les travaux de Véronique Dupont ont démontré l'importance de la question des choix résidentiels dans les processus ségrégatifs au sein de Delhi (Dupont, 2004; Dupont & Dureau, 1997). Tout le monde n'a pas les moyens de vivre dans des quartiers huppés comme Shanti Niketan ou Defence Colony. Par ailleurs les exclus du marché immobilier officiel se tournent vers des quartiers plus périphériques, illégaux selon le schéma directeur à l'aménagement de Delhi, mais où les terrains sont moins chers, et où la promesse d'une légalisation a posteriori permet aux propriétaires d'envisager une amélioration de leur quartier en matière d'équipement. Toutes ces situations variables d'un quartier à l'autre sont prises en compte dans le calcul de l'UAV. Un autre avantage tient à la mise à jour régulière de l'UAV depuis 2004 qui peut nous donner une vision actualisée du marché immobilier, un autre avantage par rapport au recensement décennal.

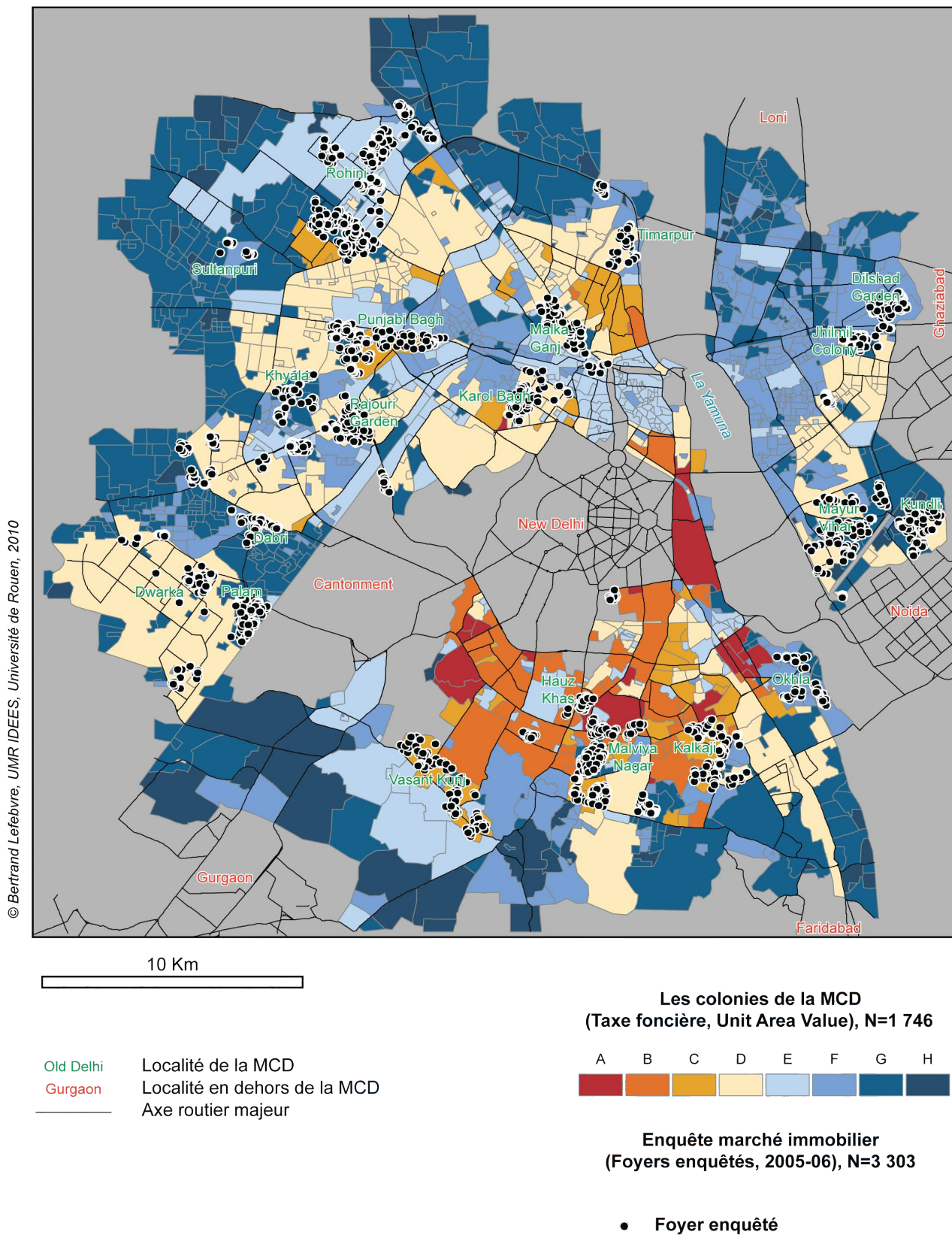
B.2. L'UAV un bon proxy de la ségrégation urbaine ?

Néanmoins, on peut se demander si nous ne sommes pas encore face à une potentielle erreur écologique. D'abord la *colony* ou le quartier sont-ils si homogènes qu'on puisse utiliser une variable à ce niveau d'agrégation pour approcher la population ? Ensuite nous avons vu que l'UAV n'est pas simplement basée sur la valeur immobilière mais intègre aussi d'autres variables liées à la localisation du

quartier et son accessibilité à certains services municipaux. Une part d'interprétation et d'interférence politique est aussi possible dans la décision de catégoriser une *colony*. L'UAV est-elle un bon proxy de la ségrégation socio-économique de Delhi ? Pouvons-nous tester la validité de cette hypothèse ?

Dans le cadre du projet « Estimation des préférences des ménages pour les aménités urbaines à Delhi » (CSH, Nicolas Gravel), une enquête sur 5000 logements a été menée entre mars 2005 et l'été 2006. Le projet vise à identifier les déterminants des choix résidentiels des habitants de Delhi à travers le prisme du marché immobilier. Il mobilise à cette fin la méthodologie hédonistique, utilisée par ailleurs par Nicolas Gravel dans d'autres travaux portant sur la région parisienne (en collaboration avec A. Michelangeli et A. Trannoy). Les logements ont été choisis de manière aléatoire à partir des listes électorales dans chaque zone de manière stratifiée selon des critères de représentativité des grands segments du marché foncier : slums, quartiers développés par la DDA, développement privé et en fonction des neuf districts de Delhi. Cette stratégie a donné lieu à la sélection d'une trentaine de quartiers destinés à servir de base à une sélection aléatoire de logements. Une autre phase du travail a porté sur la conception d'un questionnaire destiné à recueillir les informations sur les logements. Ces informations concernent, outre le prix d'acquisition ou le loyer, des caractéristiques du logement lui-même (exposition, surface, nombre de pièces, présence de cuisine équipée, etc.) et de sa localisation ainsi que des caractéristiques sur le ménage qui l'habite. Parmi les données collectées sur les logements et les foyers occupant les logements, plusieurs peuvent nous aider à mesurer l'efficacité de l'UAV à capturer la ségrégation socio-spatiale. 3303 logements géolocalisés dans notre SIG se situent sur le territoire de la MCD. Nous avons calculé le revenu moyen mensuel par tête pour chaque foyer enquêté. Après une liaison spatiale sous Arcgis on peut connaître le revenu par tête moyen pour chaque catégorie de l'UAV (Illustration 43 p.313).

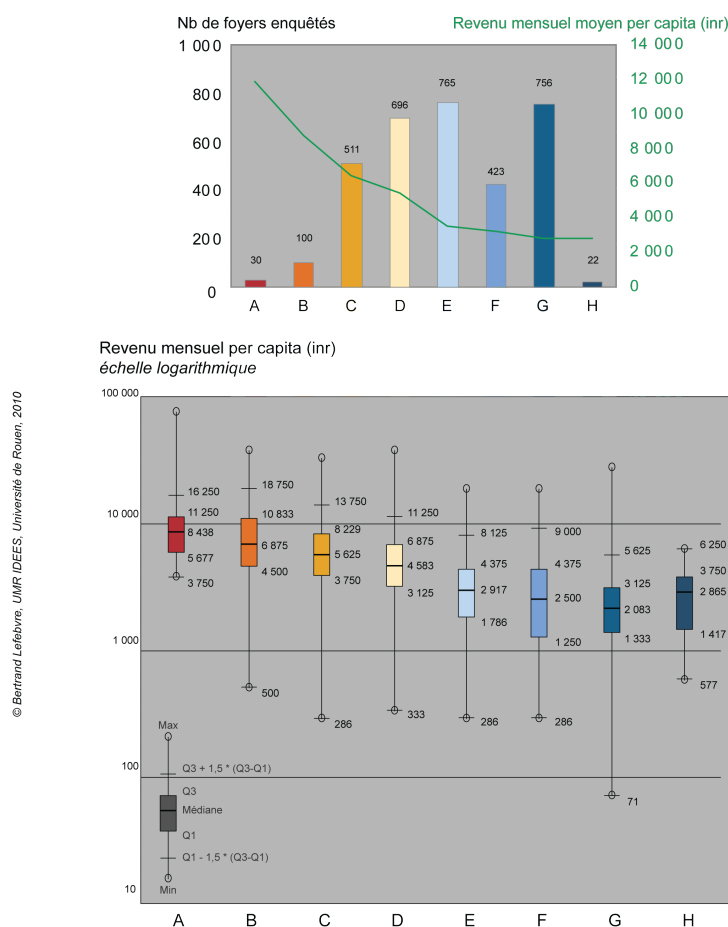
Taxe foncière et revenu per capita à Delhi - 2010



Sources : Municipal Corporation of Delhi, 2010
Eicher Goodearth Ltd, 2008
N. Gravel et al, CSH, 2005-06

Illustration 43: Taxe foncière et revenu per capita à Delhi - 2010

Taxe foncière et revenu per capita à Delhi, statistiques - 2010



Sources : Municipal Corporation of Delhi, 2010
Eicher Goodearth Ltd, 2008
N. Gravel et al, CSH, 2005-06

Illustration 44: Taxe foncière et revenu per capita à Delhi, statistiques - 2010

On constate tout d'abord que toutes les catégories de l'UAV ne sont pas bien représentées par ce jeu de données. Les classes A et H, ne comptent que 30 et 22 foyers enquêtés. On constate aussi que certains espaces comme Old Delhi, l'est de Delhi ou tout le sud-ouest de notre zone d'étude ne sont pas couverts par des foyers. Un premier tableau qui croise le revenu mensuel par tête et les catégories de la taxe foncière présente une courbe décroissante. À mesure que le niveau de la taxe foncière diminue, la moyenne du revenu mensuel par tête des catégories diminue aussi. Pour aller plus loin, nous avons présenté l'ensemble de la distribution des revenus par catégorie dans un deuxième tableau selon la technique des boîtes à moustache (Illustration 44 p.314). Nous avons utilisé une échelle logarithmique pour représenter en ordonné le revenu mensuel moyen par tête. On retrouve la même tendance à la baisse des revenus aussi bien en considérant les valeurs médianes, que les intervalles inter-quartiles. Le

profil de la classe H, notamment en comparaison de la classe G, s'explique par le faible nombre de foyers enquêtés. L'UAV semble donc être relativement efficace à rendre compte des écarts de revenus, une dimension majeure de la ségrégation urbaine.

Après avoir interrogé plusieurs responsables de cliniques et d'hôpitaux (p ex. contacts n°75, n°80, n°94, n°105) et après avoir discuté avec des fonctionnaires de la DDA (contact n°68, n°70), du GNCTD (contact n°100, n°102, n°103), il est rapidement apparu que les populations et leur caractéristiques socio-économiques n'étaient pas les seuls critères qui pouvaient rentrer en ligne de mire pour la création d'un établissement hospitalier, quelle que soit sa taille. Bien sûr la disponibilité de terrains est un critère fondamental comme nous l'avons dans les précédents chapitres. Certaines cliniques peuvent vouloir rechercher non seulement la proximité de patients solvables mais aussi de quartiers suffisamment peuplés pour assurer une activité régulière tout au long de l'année. La densité de population est un critère souvent retenu par les petites cliniques. Ensuite, certaines cliniques peuvent aussi rechercher une localisation dans des quartiers commerçants et très passants qui leur garantissent une visibilité et une exposition qui dépassent les quartiers résidentiels proches. Enfin plus récemment certaines cliniques et certains groupes hospitaliers privés ont montré un intérêt pour les zones industrielles et leur proximité. Les grandes et moyennes entreprises indiennes sont de plus en plus nombreuses à offrir à leurs salariés certains avantages sociaux comme la couverture des soins médicaux par une police d'assurance financée par l'entreprise. Selon les secteurs d'activité, les entreprises organisent aussi des visites médicales pour tout nouvel employé ou des visites annuelles gratuites pour leurs employés. La proximité des zones d'activités économiques devient un argument pour convaincre les entreprises de signer des accords en garantissant notamment une fluidité et une souplesse dans l'organisation de ces programmes de suivi médical. Pour les cliniques, les entreprises deviennent des clients particulièrement prisés, car elles garantissent un volume d'activité important, et régulier. Ces observations ne sont pas spécifiques à Delhi et l'importance prise par la proximité des zones d'activités économiques ou des zones commerciales a aussi été observés lors d'entretiens auprès de directeurs d'hôpitaux et de cliniques à Mumbai, Hyderabad, Gurgaon et Chandigarh (contacts n°16, n°18, n°20, n°59, n°60, n°62, n°64, n°97, n°109, n°110).

B.3. Bâtir un carroyage sur l'agglomération de Delhi

L'utilisation de la *colony* nous a donc paru un choix judicieux pour obtenir un niveau de désagrégation satisfaisant pour représenter la ségrégation urbaine, mais nous faisons face à nouveau à la grande hétérogénéité spatiale des *colonies*. La plus petite *colony* mesure 0,6 ha et la plus grande 6260 ha, soit un

rapport de 1 à 10000. La taille moyenne d'une *colony* est de 52 ha contre une taille médiane de 16 ha (écart-type : 233,2). Face à cette hétérogénéité de la taille de *colony*, et dans l'optique de calculer l'accessibilité aux différents services hospitaliers à partir d'un barycentre, il nous fallait trouver une unité spatiale couvrant uniformément l'agglomération de Delhi. Nous avons tout d'abord exploré la possibilité d'utiliser le pâté de maison, puisque les bases de notre SIG nous permettait de connaître pour chaque pâté de maison l'activité (commerciale, industrielle, résidentielle) ainsi que d'y attribuer par une jointure spatiale la catégorie de la taxe foncière correspondante (Illustration 42 p.306). Le calcul de la distance entre le barycentre de chaque pâté de maison et les différents établissements hospitaliers, aurait été une procédure extrêmement lente qui se serait étalée sur plusieurs jours voire semaines au regard du nombre d'unités (89376 pâtés de maison) et de la puissance de notre ordinateur (Pentium 4+2 Go de RAM). Il nous fallait donc un niveau d'agrégation intermédiaire entre la *colony* et le pâté de maison. Nous nous sommes alors tournés vers la création d'un carroyage à l'échelle de Delhi.

L'emploi d'un carroyage est une technique largement éprouvée dans le cadre de travaux de géographie urbaine. Le carroyage est défini selon Brunet et al. (Brunet, Ferras, & Théry, 1993 : 88) comme :

« une méthode de rassemblement et de traitement de données en vue d'une exploitation statistique et cartographique, consistant à découper l'étendue en carreaux égaux et repérés. Elle offre des avantages substantiels pour les données non numériques (présence-absence), par la possibilité de mettre en relation des variables relevant de domaines très différents, par la suppression des inégalités et configurations des maillages, par l'économie de moyens en ordinateur. »

Cette définition pointe plusieurs avantages qui justifient l'utilisation du carroyage dans notre cas. Le carré devient une unité spatiale qui nous permet de croiser différentes informations, dans notre cas l'UAV, mais aussi la densité du bâti et la part de surface commerciales et industrielles, issues de sources différentes et présentées à des niveaux d'agrégation différents (*colonies*, pâtés de maison). Le carré nous affranchit aussi du problème du MAUP et nous permet d'obtenir ainsi un niveau d'agrégation uniforme sur l'ensemble du territoire de l'agglomération de Delhi. Enfin et surtout, le carroyage nous permet de faire une grande économie de temps et de moyens informatiques. Malgré ces avantages, il convient aussi de garder en tête plusieurs limites et plusieurs dangers liés au carroyage. Les données zonales sont ventilées d'un niveau d'agrégation à un autre souvent de manière automatique et il faut s'entendre sur les règles de ce transfert d'informations. On peut tout d'abord discuter la forme (carré, triangle, hexagone,...) et l'orientation du carroyage mais surtout la taille de la maille retenue. Bien au fait du

problème MAUP, il faut trouver une taille de maille, en l'occurrence un carré, qui soit la plus pertinente face à la question posée. La taille de la maille détermine le niveau d'agrégation de l'information et son interprétation. Gilles Lajoie souligne aussi que le carroyage fait disparaître des limites géographiques qui peuvent être reconnues et qui peuvent faire sens d'un point de vue politique (p. ex. la Bosnie) (Lajoie, 1998). Enfin il rappelle que le carroyage ne peut être utilisé que dans le cas de variables mesurables par rapport à l'espace, pouvant donc être calculées sous forme de densité. On doit ensuite s'entendre sur la méthode de transfert et de désagrégation des données.

Nous allons maintenant présenter notre méthode pour créer une typologie de l'espace urbain de Delhi. La construction de cette typologie s'est décomposée en plusieurs phases et a nécessité plusieurs tests avant d'arriver à un résultat que l'on espère satisfaisant. Nous avons utilisé deux extensions développées par ESRI France⁴⁹. La première extension nous a permis de configurer et de générer différents maillages sur notre territoire d'étude. La deuxième extension nous a permis de croiser les informations de différentes couches SHP vers notre carroyage en générant des calculs intermédiaires. Ainsi on a calculé pour chaque carré la taille des superficies bâties, commerciales et industrielles et dans un second temps la moyenne de l'UAV.

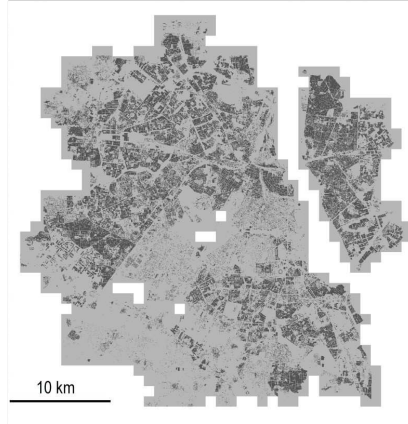
49 Outils développés par Gaëtan Lavenue (ESRI France), accessibles à l'adresse suivante :

<http://support.esrifrance.fr/outilsscripts/arcgis/arcmap/analyse/analyseparmailles/analyseparmailles.html>

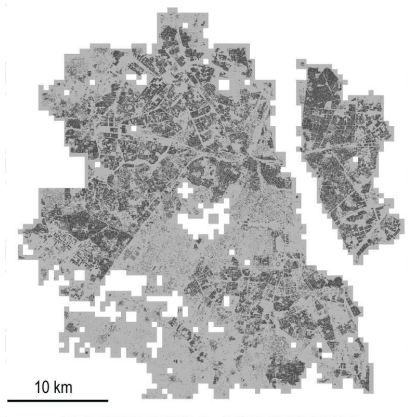
<http://support.esrifrance.fr/outilsscripts/arcgis/arcmap/analyse/statparzone/statparzones.html>

Surfaces bâties et taille du carroyage

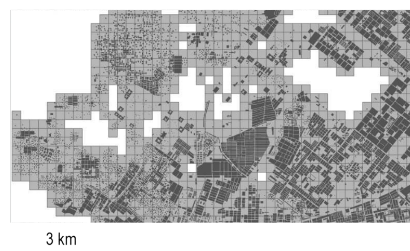
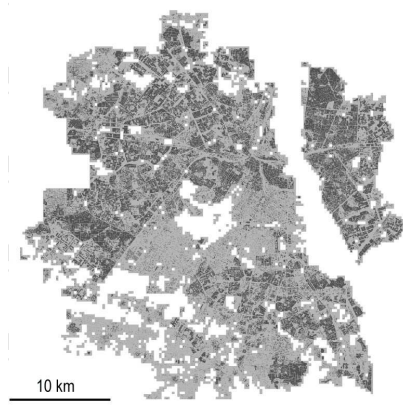
Grille 1000 mètres : Nombre de carrés : 996



Grille 500 mètres : Nombre de carrés : 3578



Grille 250 mètres : Nombre de carrés : 12609



 Surface du carroyage

 Surfaces bâties

Illustration 45: Surfaces bâties et taille du carroyage

La première phase importante a été la création d'un carroyage et l'agrégation de données à ce nouveau niveau d'information. Pour des raisons que nous avons déjà expliquées précédemment, notre zone d'étude exclut les villes satellites de Delhi (Gurgaon, Faridabad, Noida, Ghaziabad, Narela, Najafgarh, Bahadurgarh, Loni) pour ne considérer que le NCTD et le cœur de l'agglomération urbaine. Même si le NDMC et la CBA ne sont pas couverts par le système UAV de la taxe foncière, nous avons décidé d'intégrer dans notre carroyage ces deux territoires qui seront traités à part lors de l'analyse multivariée. Nous avons désagrégé l'information à l'échelle du pâté de maison, comme pour la taxe foncière et l'UAV. Par une procédure de jointure spatiale, l'UAV de chaque *colony* a été appliquée à chacun de ses pâtés de maison. C'est à partir de 89376 pâtés de maison et des informations qui s'y rapportent (UAV, surface commerciale, surface industrielle, superficie bâtie) que nous avons construit notre carroyage.

Nous avons ensuite décidé de bâtir notre carroyage uniquement à partir des surfaces bâties. Comme beaucoup d'autres métropoles, Delhi est composée d'espaces vides (parcs, forêts, golfs,...), de zones non-résidentielles (gares de triages, aéroports, zones militaires,...). Les carrés sans surfaces bâties ont donc été éliminés de notre maillage. Mais le nombre de ces carrés sans surfaces bâties dépend bien sûr de la taille de notre maillage. Comme le montre l'illustration 45 (p.318) la part des vides augmente à mesure que la maille se fait plus fine, plus précise. L'objectif de notre carroyage est de limiter les effets du MAUP (1), de générer une typologie précise de l'espace urbain (2) et de mesurer l'accessibilité aux services hospitaliers de Delhi (3). Le choix de la taille du carroyage devait satisfaire à chacun de ces trois critères. Un premier maillage basé sur des carrés de 1000 mètres a rapidement été abandonné. Le nombre d'unités spatiales générés par cette maille (N=996), inférieur même à celui des *colonies* (N=1746), ne nous donnait pas une vision précise de l'espace urbain et présentait un niveau d'agrégation trop important notamment pour mesurer les distances d'accès aux services hospitaliers. Le nombre plus élevé de mailles d'une grille de 500 mètres (N=3578) semblait nous offrir un niveau de désagrégation intermédiaire entre les *colonies* et les pâtés de maisons pour bâtir une typologie de l'espace urbain. On observe une meilleure représentation des espaces vides (Aéroport, le Ridge au cœur de l'agglomération). Toutefois par rapport aux 89376 pâtés de maisons, on devine que la mesure des distances aux services hospitaliers sera toujours fortement agrégée. Nous avons alors créé une grille de 250 mètres (N=12609) qui donne une précision encore plus grande sans trop sacrifier à la puissance de calcul. Utiliser une grille de 125 mètres nous aurait amené à plus de 40000 unités spatiales et aurait considérablement allongé le temps de traitement de l'information.

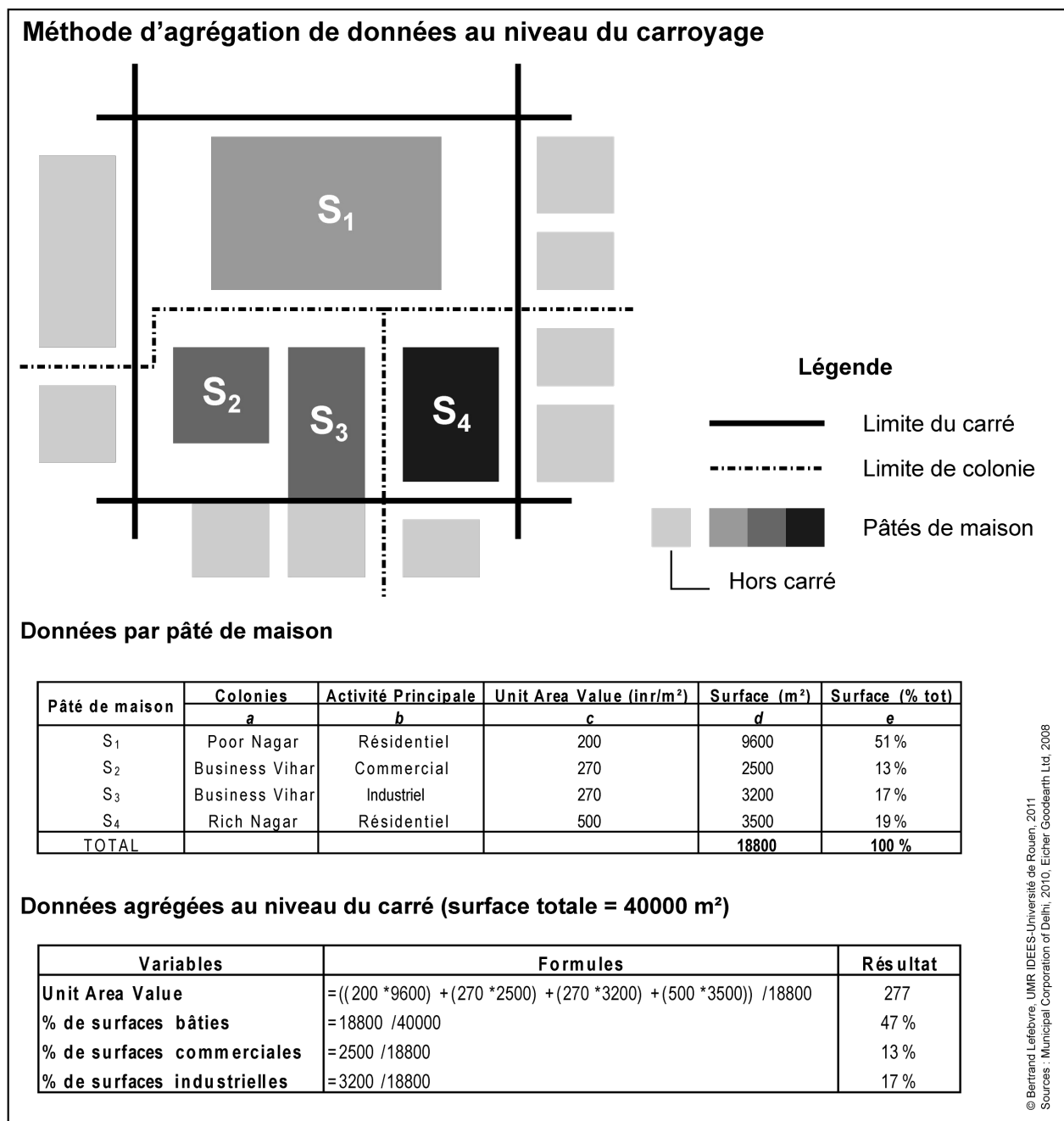


Illustration 46: Méthode d'agrégation de données au niveau du carroyage

Nous avons alors opéré une série de transferts d'information des pâtés de maison vers le carroyage retenu. L'illustration 46 (p.320) présente la méthodologie employée pour réaliser ces transferts. Comme le suggère Gilles Lajoie, nous n'avons utilisé que des données pouvant se rapporter aux surfaces. Les données générées ne sont basées que sur les surfaces des différents pâtés de maisons inclus dans chaque carré. Lorsqu'un pâté de maison est à cheval sur plusieurs carrés (p.ex. S₃ dans l'illustration 46) sa superficie est ventilée dans les différents carrés. La densité du bâti est ainsi calculée en rapportant la superficie des pâtés de maisons sur la superficie totale du carré. Les surfaces commerciales et industrielles sont rapportées à la superficie totale des surfaces bâties du carré. Dans le cas du carré

présenté dans l'illustration 46, 47 % de sa surface est bâtie. La surface bâtie est composée à 13 % de surfaces commerciale, et à 17 % de surfaces industrielles. Le calcul de l'UAV moyen pour chaque carré a lui aussi été pondéré en fonction des surfaces bâties. Notre carré théorique est à cheval sur trois colonies différentes (Poor Nagar, Business Vihar, Rich Nagar) qui ont trois niveaux d'UAV différents (200 ₹/m², 270 ₹/m², 500 ₹/m²). Nous avons donc calculé l'UAV du carré en pondérant les différentes UAV par les surfaces des pâtés de maisons concernés. Même si 51% de la surface bâtie se trouve dans la colony de Poor Nagar (200 ₹/m²), l'UAV moyen de notre carré théorique est de 277 ₹/m². On a ainsi généré par plusieurs phases de croisement entre carroyage et surfaces bâties, de nouvelles données pour les 12609 carrés. Suite à ces opérations, il est apparu que dix carrés n'avaient aucune information sur l'UAV. Ces carrés correspondent à des bâtiments dispersés le long des voies ferrés reliant les gares de New Delhi et d'Old Delhi. Nous avons exclu ces carrés de notre analyse.

L'illustration 47 (p.321) montre la distribution des huit catégories de l'UAV à l'échelle du carroyage. L'utilisation du carroyage et l'agrégation de l'UAV à l'échelle de chaque carré ne vient pas modifier la géographie de la taxe foncière à l'échelle de l'agglomération. En comparant cette carte avec la carte de l'UAV par colony (voir Illustration 43 p.313) on ne constate aucune différences majeures, à l'exception des zones de contact entre certaines colonies qui voient certains carrés prendre des valeurs intermédiaires, comme entre Janakpuri et Uttam Nagar.

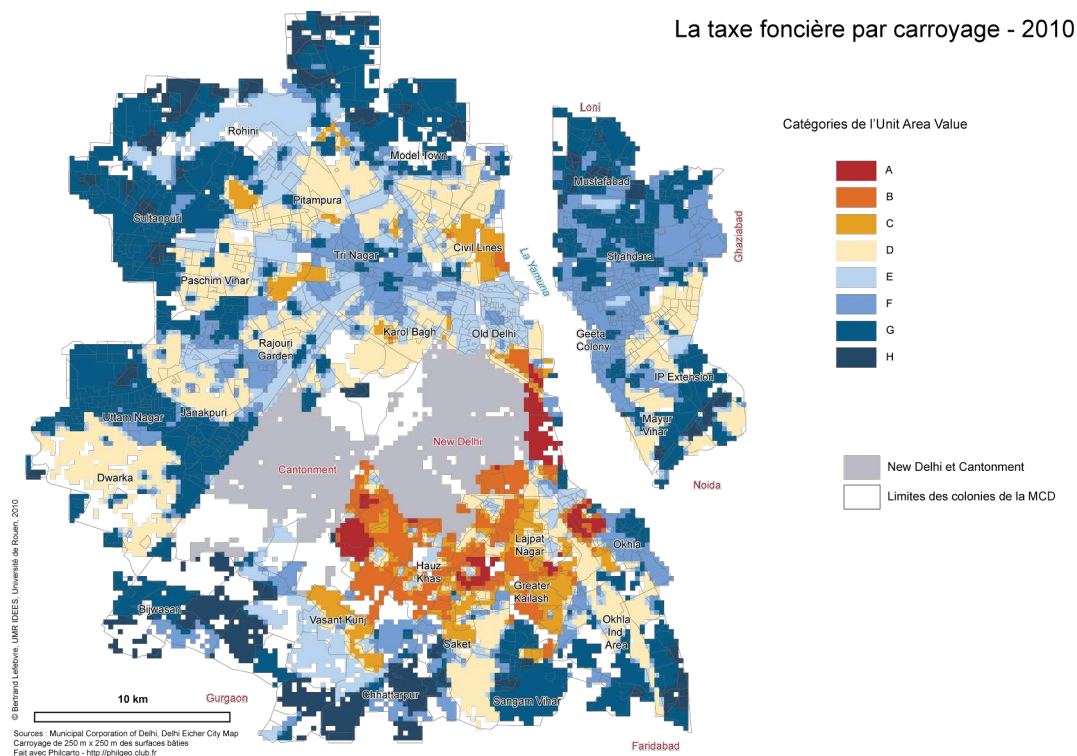


Illustration 47: La taxe foncière par carroyage

L'illustration 48 (p.322) présente la densité du bâti par carroyage. Cette mesure doit nous offrir un proxy pour apprécier la densité de la population. Cette méthode est parfois employée à partir d'analyse d'images satellite sur des villes dont on ne connaît pas la population de manière désagrégée. La comparaison avec la carte de la densité de 2001 réalisée par le bureau d'étude RMS (Illustration 41 p.303) nous montre peu de différences entre les deux. Les zones de fortes densités que sont Old Delhi, la TransYamuna, certaines colonies périphériques comme Uttam Nagar, Sultanpuri et Sangam Vihar, ressortent clairement sur les deux cartes, tout comme les zones de faibles densités comme le Cantonment, New Delhi ou le South Delhi. La densité de population mesurée par le dernier recensement de 2011 à l'échelle du district, présente une géographie très similaire avec notamment des densités de population maximales dans le Central District (Old Delhi) et les districts Est, Nord-Est (37346 hab/km²) (Census of India, 2011).

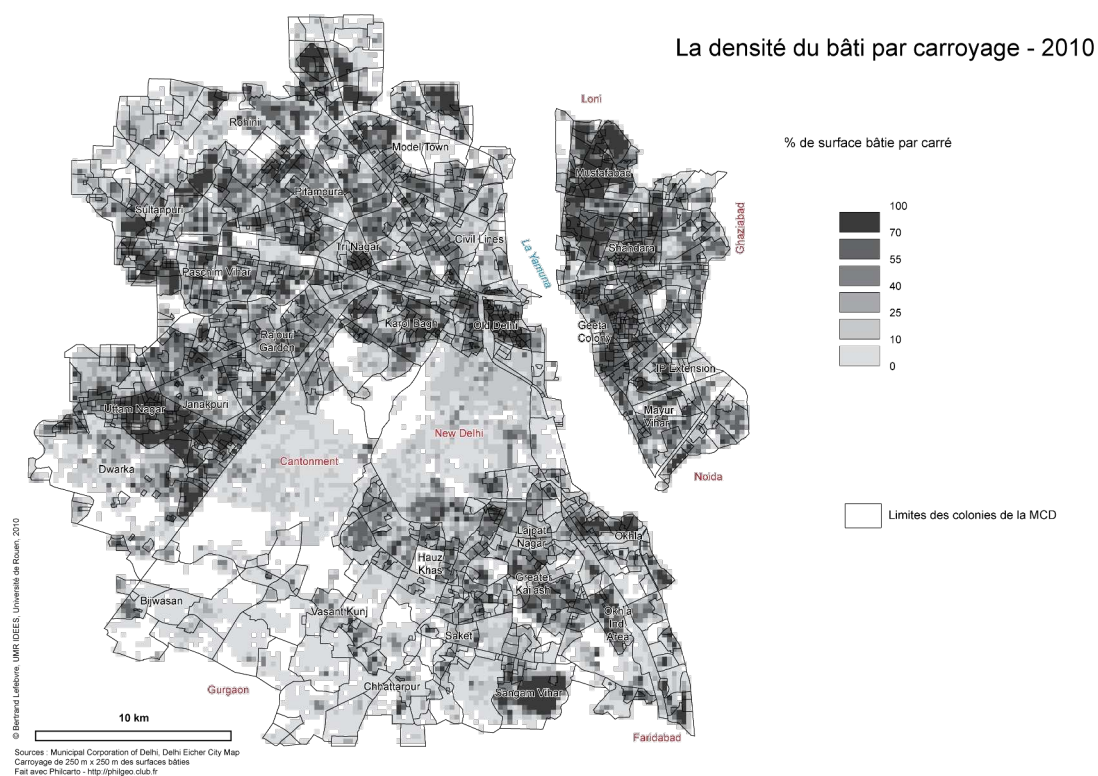


Illustration 48: La densité du bâti par carroyage - 2010

C. Bâtir une typologie de l'espace urbain de Delhi

C.1. L'analyse multivariée pour approcher la fragmentation urbaine

À partir de ce nouveau niveau d'agrégation et avec les quatre variables retenues nous avons créé une typologie de l'espace urbain de Delhi. La densité du bâti peut nous aider à appréhender la densité de la population et la planification ou pas d'un quartier. La part des surfaces commerciales et industrielles doit nous permettre d'identifier et de localiser deux fonctions importantes dans une ville comme Delhi, notamment pour les créateurs d'hôpitaux. Enfin l'UAV doit nous donner une mesure de la ségrégation sociale et résidentielle de Delhi. À partir de ces variables et dans l'optique de bâtir notre typologie de l'espace urbain, nous avons utilisé la statistique multivariée en couplant une Analyse en Composantes Principales (ACP) et une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH). Déjà familier de cette approche sur Delhi, à partir des données du recensement, nous avons utilisé cette méthode via l'extension Analyse Multivariée de Philcarto un logiciel développé par Philippe Waniez. Dans son HDR, Philippe Waniez montre notamment comment le couplage d'une ACP puis d'un CAH et la cartographie de ces résultats sont révélateurs puissants en termes d'analyse géographique (Waniez, 2002). L'ACP consiste à transformer des variables en nouvelles variables qu'on appelle Composantes Principales. Cette opération permet de réduire le nombre de variables à analyser et surtout de synthétiser l'ensemble de l'information (variables+unités spatiales) le long d'axe indépendants expliquant la variance totale. Les premiers axes dégagés résument le mieux la variabilité des données des unités spatiales. L'intérêt de l'ACP est de pouvoir analyser chaque axe indépendamment et surtout de mettre en relation des données parfois hétérogènes mais qui peuvent éclairer une analyse. En utilisant les résultats de l'ACP pour chaque unité spatiale, on peut ensuite bâtir une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) qui procède à la création de classes selon la dissimilarité des unités spatiales. En fonction du nombre de classes retenu, on regroupe les unités spatiales les plus proches statistiquement. Grâce aux résultats de l'ACP, on limite ainsi le poids des unités spatiales aux données brutes parfois extrêmes et qui pourraient déséquilibrer la CAH.

Coeff de Pearson	Surf. Industrielle	Surf. Commerciale	Surf. bâtie	UAV
Surf. Industrielle	1	-0,055	0,036	-0,01
Surf. commerciale	-0,055	1	0,077	-0,04
Surf. bâtie	0,036	0,077	1	0,019
UAV	-0,012	-0,044	0,019	1

Tableau 55: Coefficients de corrélation linéaire de Pearson entre les variables (Matrice d'inertie)

Le calcul des coefficients de corrélation linéaire de Pearson entre nos quatre variables ne révèle aucune corrélation significative, ce qui était attendu au regard de la nature des variables. Limitée à quatre variables et donc quatre axes, la diagonalisation et la part d'inertie de chaque axe ne révèlent là encore rien de surprenant (CP1 : 27.13%, CP2 : 25.88%, CP3 : 25.23%, CP4 : 21.76%). La contribution relative de chaque variable à la constitution des axes est plus instructive. Chaque variable contribue très fortement à au moins un axe (surfaces commerciales : CP1, surfaces industrielles : CP2, UAV : CP3) tandis que la densité du bâti apparaît au deuxième rang pour trois des axes (Tableau 56 p.324). Nous allons maintenant cartographier la contribution de chaque unité spatiale à la formation des différents axes, ce qui nous guidera dans un premier temps avant de lancer une Classification Ascendante Hiérarchique.

Variables	CP1	CP2	CP3	CP4
Indust_ %	51	565	184	200
shop_ %	590	18	0	392
buildup %	298	364	41	297
Avg_UAV CHK	61	53	776	110

Tableau 56: Contribution relative des variables (*1000) à l'ACP

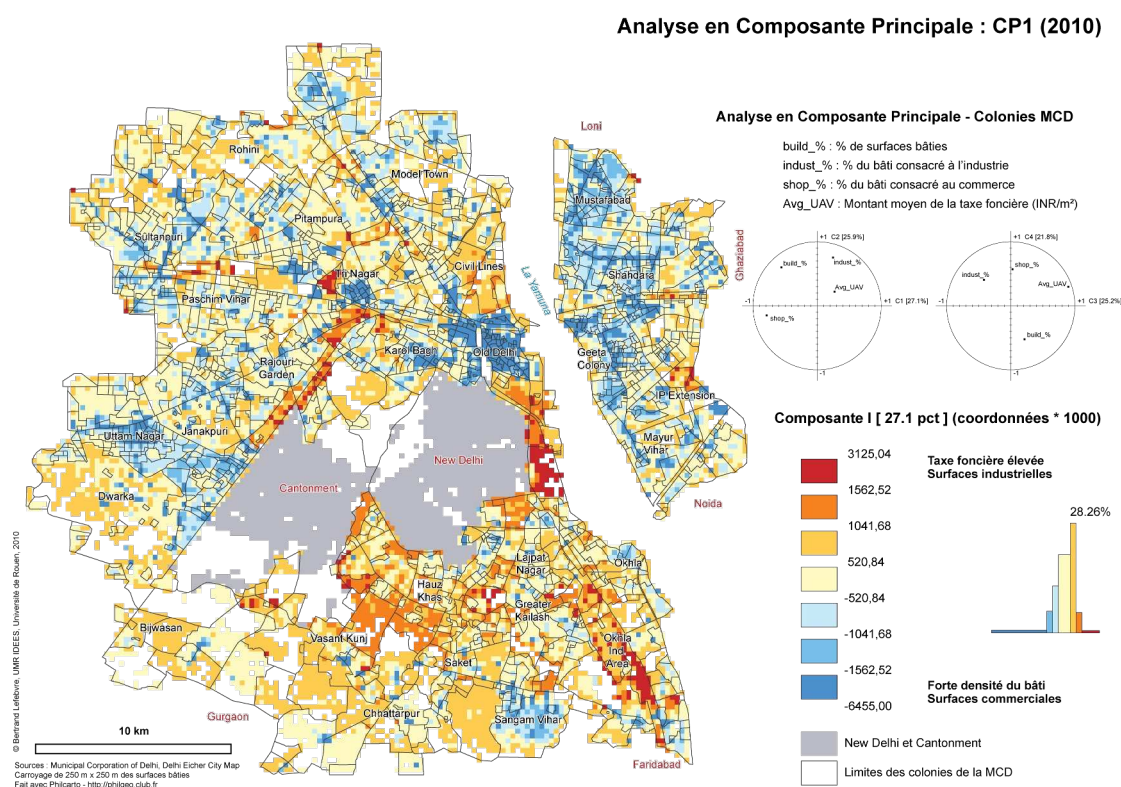


Illustration 49: Analyse en Composante Principale : CP1 (2010)

L'axe CP1 se caractérise par la forte contribution des surfaces commerciales. Les classes bleues foncées et leur localisation sont très caractéristiques (Illustration 49 p.324). Old Delhi et certains quartiers adjacents connus pour leur forte activité commerciale (Paharganj, Sadar Bazar, Karol Bagh) sont clairement identifiés. Plusieurs artères commerçantes se dessinent autour d'axes majeurs comme la Grand Trunk Road au nord et à l'est, la Rohtak Road et la Najafgarh Road à l'ouest. Enfin on identifie certains centres commerçants plus isolés comme le Central Market de Lajpat Nagar. Par contraste les espaces aux couleurs chaudes ont peu ou pas du tout de surfaces commerciales. C'est ainsi le cas des zones industrielles, qui du fait de la planification sont exclusivement dédiées aux entreprises, ou encore de certaines zones dites institutionnelles réservées aux organismes gouvernementaux, aux institutions éducatives. L'espace compris entre Vasant Kunj, Saket et Haus Khas est ainsi composé principalement de campus universitaires et de recherche (Jawaharlal Nehru University, Indian Institute of Technology). L'UAV aurait tendance à y un peu plus élevée.

Analyse en Composante Principale : CP2 (2010)

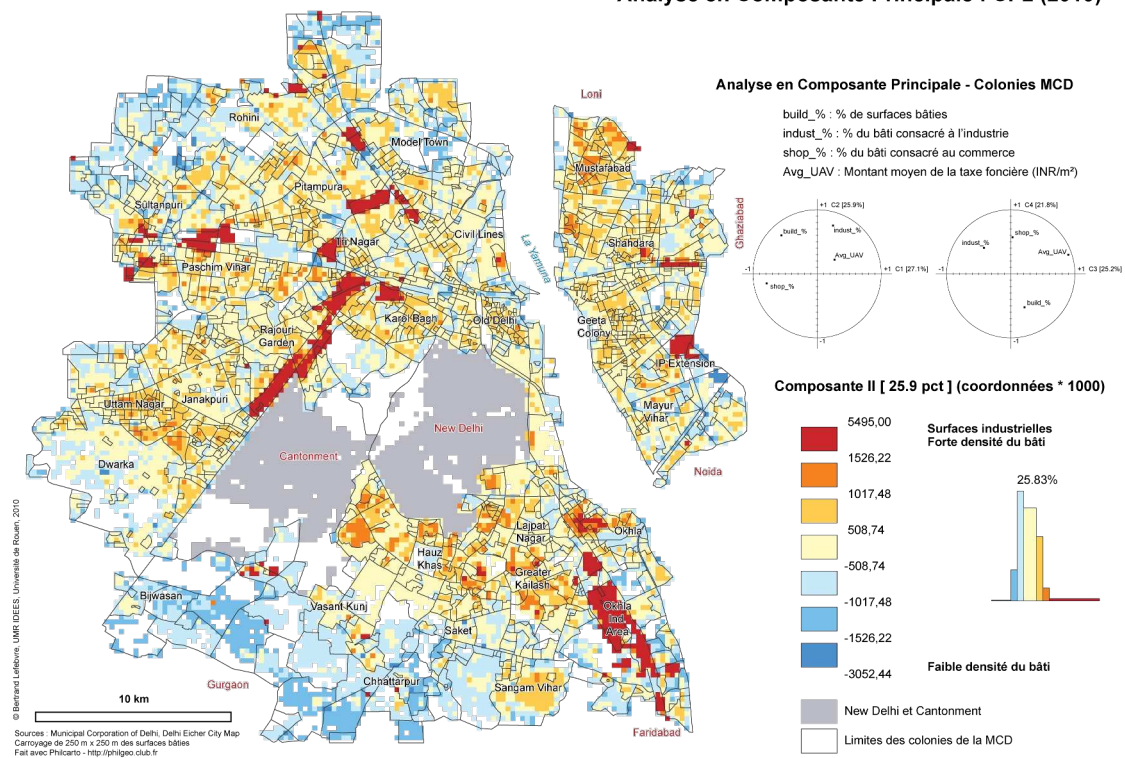


Illustration 50: Analyse en Composante Principale : CP2 (2010)

La cartographie de l'axe CP2 nous révèle deux types d'espaces (Illustration 50 p.325). Dans des couleurs chaudes, on localise très distinctement les zones industrielles majeures de Delhi : Okhla Industrial Area au sud, Naraina Industrial Estate à l'ouest, Wazirpur Industrial Area au nord, Patparganj Industrial Area à l'est. Ces zones ont été développées le long des grands axes ferroviaires pénétrants de Delhi. Dans des couleurs orangées, on identifie les espaces densément bâtis qui correspondent pour l'essentiel à des

espaces résidentiels au développement plus ou moins planifié. Enfin dans des couleurs bleues, nous identifions la frange périurbaine de l'agglomération, des espaces peu urbanisés (faible densité du bâti) et pas du tout industrialisés.

L'UAV est la principale contribution à l'axe CP3. On retrouve effectivement les grandes oppositions déjà observées précédemment entre le South Delhi et des enclaves bien identifiées comme Civil Lines, ou Punjabi Bagh, face aux quartiers périphériques de l'agglomération où l'UAV est la plus basse (Illustration 51 p.326). Les zones industrielles ainsi que les villages, qui appartiennent tous à la dernière classe de l'UAV (Catégorie H), apparaissent dans des teintes bleues. Les surfaces commerciales ne contribuent pas à la formation de cet axe.

Analyse en Composante Principale : CP3 (2010)

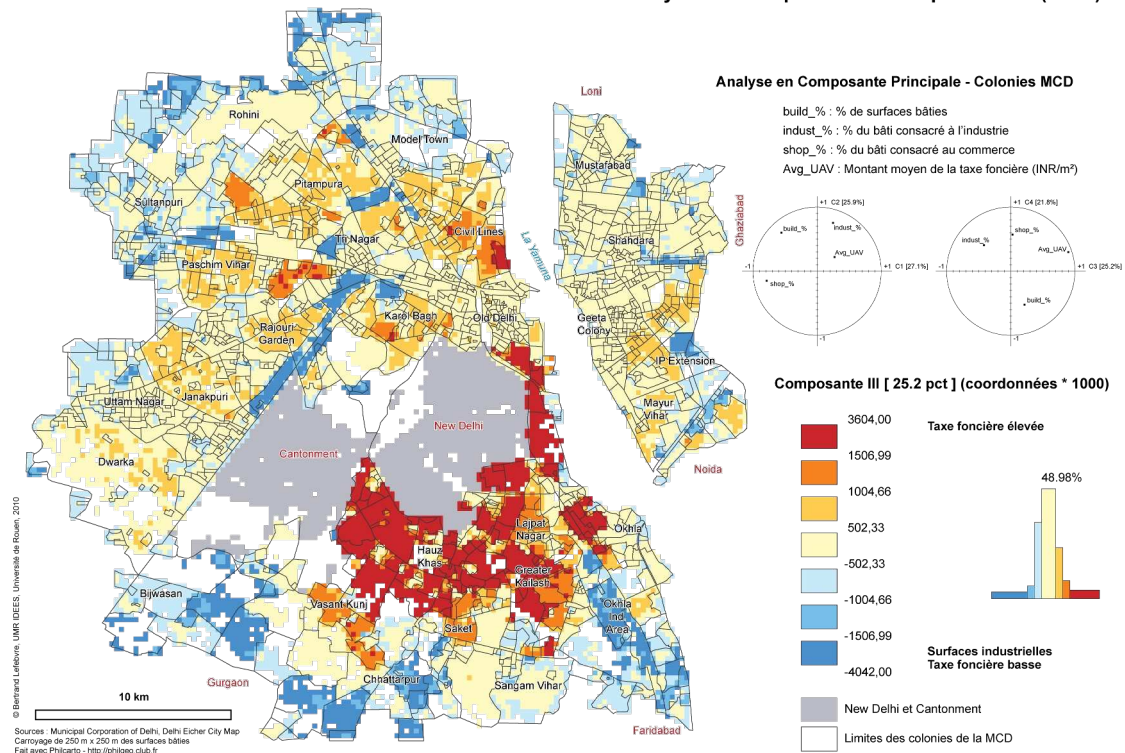


Illustration 51: Analyse en Composante Principale : CP3 (2010)

L'axe CP4 est celui qui contribue le moins à expliquer la variance totale (21.8%). Cela s'en ressent dans les contributions respectives des quatre variables à la constitution de cet axe. On retrouve dans des teintes chaudes les zones industrielles ainsi que des espaces connus pour leurs activités commerciales (Illustration 52 p.327). Par opposition, on retrouve dans des teintes bleues des espaces à forte densité de bâti, plutôt périphériques et qui semblent correspondre à une urbanisation récente, peu ou mal planifiée : Uttam Nagar à l'ouest, Sangam Vihar et Okhla au sud, Mustafabad à l'est, Badli et Sultanpuri au nord.

La cartographie des différents axes de l'ACP nous a permis d'identifier clairement différents types d'espaces à travers l'agglomération : zones industrielles, zones et axes commerçants, zones d'urbanisation spontanée, zones périurbaine, noyaux résidentiels... Surtout la cartographie de ces résultats nous confirme dans l'intérêt d'utiliser une maille de 250 mètres capable de rendre compte de l'hétérogénéité interne à plusieurs grandes colonies comme Rohini, Dwarka ou Janakpuri.

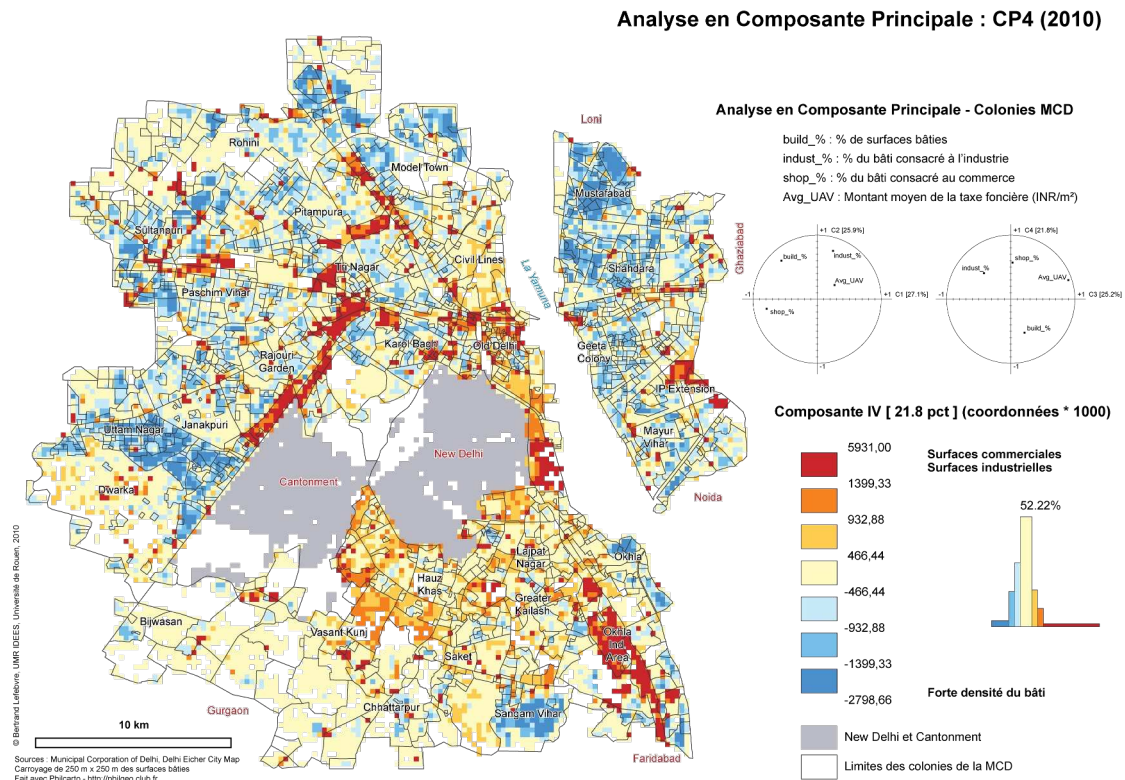


Illustration 52: Analyse en Composante Principale : CP4 (2010)

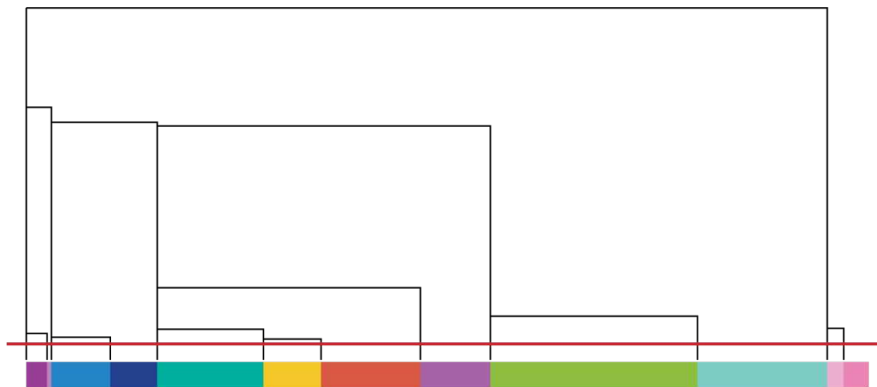
C.2. La Classification Ascendante Hiérarchique

Nous allons désormais construire notre CAH à partir des axes de l'ACP. Cette CAH comme l'ACP est basée sur les données des carrés appartenant au territoire de la MCD. Philcarto nous autorise à créer jusqu'à douze classes pour un CAH. Cette limite se justifie en partie par l'objectif final de Philcarto qui reste la cartographie et l'analyse spatiale des résultats. Au delà d'un certain nombre de classes, leur visualisation devient difficile voire pénible pour le lecteur. L'illustration 53 (p.328) présente le dendrogramme ainsi que le profil des douze classes obtenues.

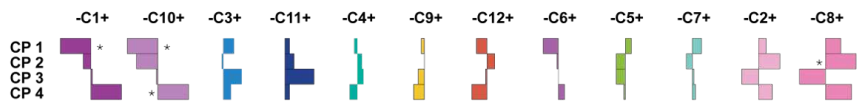
Delhi : Classification Ascendante Hiérarchique (2010)

Dendrogramme

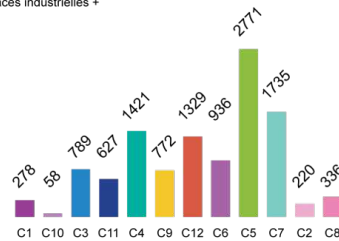
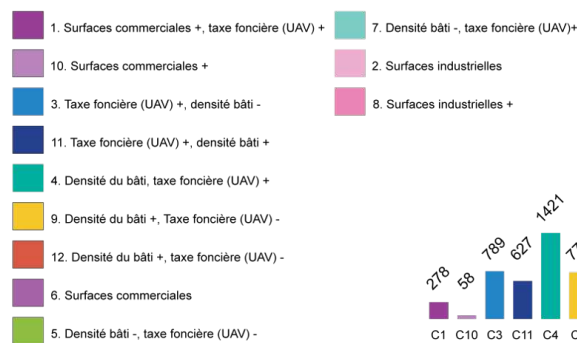
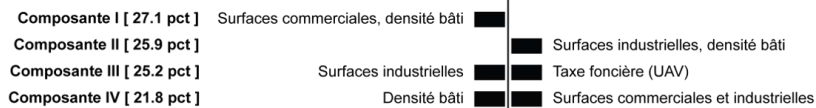
It = 4 Ic = 3.402 Tc = 85.06



Profils des classes



Profil Classe



© Bertrand Lelièvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2010
 Ce document est une œuvre de l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS) et est diffusé sous licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-Partager dans le cadre du projet de cartographie de 250 m x 250 m des surfaces bâties.
 Fait avec Philcarto - http://philcarto.club.fr

Illustration 53: Delhi : Classification Ascendante Hiérarchique

Ce découpage en douze classes explique 85% de l'inertie totale ($T_c=85,08$). Afin de faciliter l'analyse des profils nous avons rappelé pour chaque composante ce que signifie une position négative ou positive par rapport à la moyenne symbolisée par l'axe central de chaque profil. Les étoiles situées en limite des profils signifient que la valeur moyenne de la catégorie dépasse de deux écart-types au moins la moyenne de la distribution totale. On est donc là face à des profils très marqués. Les différentes catégories sont ensuite décrites en fonction de leurs profils et de la répétition de certaines informations d'un axe à l'autre. Ainsi les unités spatiales de la première catégorie (C1) se caractérisent par une forte proportion de surfaces commerciales et une taxe foncière plus élevée en moyenne que le reste de la distribution. L'importance des surfaces commerciales est confirmée par l'orientation des bâtons pour

les composantes CP1 et CP4. On peut ainsi identifier pour chaque catégorie les caractéristiques de leur profil, en fonction de la densité du bâti, de la taxe foncière (UAV), des surfaces commerciales et industrielles. Le dendrogramme et les profils nous permettent de repérer les similarités entre unités spatiales. Les classes C2 et C8, caractérisées par l'importance des surfaces industrielles, ont des profils très similaires. Pourtant ces deux classes se différencient très tôt dans l'arbre du reste des autres classes. Certaines classes ne vont se différencier qu'après plusieurs fourches (C1 et C10, C3 et C11, C4 et C9). Ainsi C1 et C10 ne deviennent dissemblables qu'avec la prise en compte de la taxe foncière (UAV) qui est supérieure à la moyenne pour C1 et inférieure pour C10. De la même manière C3 et C11 se différencient par la densité du bâti. Il existe bien sûr des classes aux profils moins marqués et qui sont en général celles qui rassemblent le plus d'unités spatiales, comme la classe modale C5 (2771 unités spatiales) et la classe C7 (1735 unités spatiales).

Classes	UAV	surf. bâties (%)	surf. Industrielles (%)	surf. Commerciales (%)	N	N (%)
1	265	34,3	0,4	51,2	278	2,2%
2	245	29,9	50,4	3,3	220	1,7%
3	447	17,5	0,0	0,2	789	6,3%
4	303	53,9	0,1	1,1	1421	11,3%
5	191	11,9	0,2	0,2	2771	22,0%
6	258	42,5	0,1	19,4	936	7,4%
7	302	12,3	0,1	0,2	1735	13,8%
8	274	38,7	96,4	0,2	336	2,7%
9	195	44,6	0,2	0,2	772	6,1%
10	258	11,0	0,0	96,7	58	0,5%
11	524	46,7	0,0	2,0	627	5,0%
12	210	72,2	0,1	3,1	1329	10,5%
13	NIL	10,7	0,0	0,8	1189	9,4%
14	NIL	46,6	0,0	1,2	138	1,1%
Total	244	31,2	3,6	3,8	12599	100,0%

Tableau 57: Les classes de la CAH et de New Delhi Cantonment (2010)

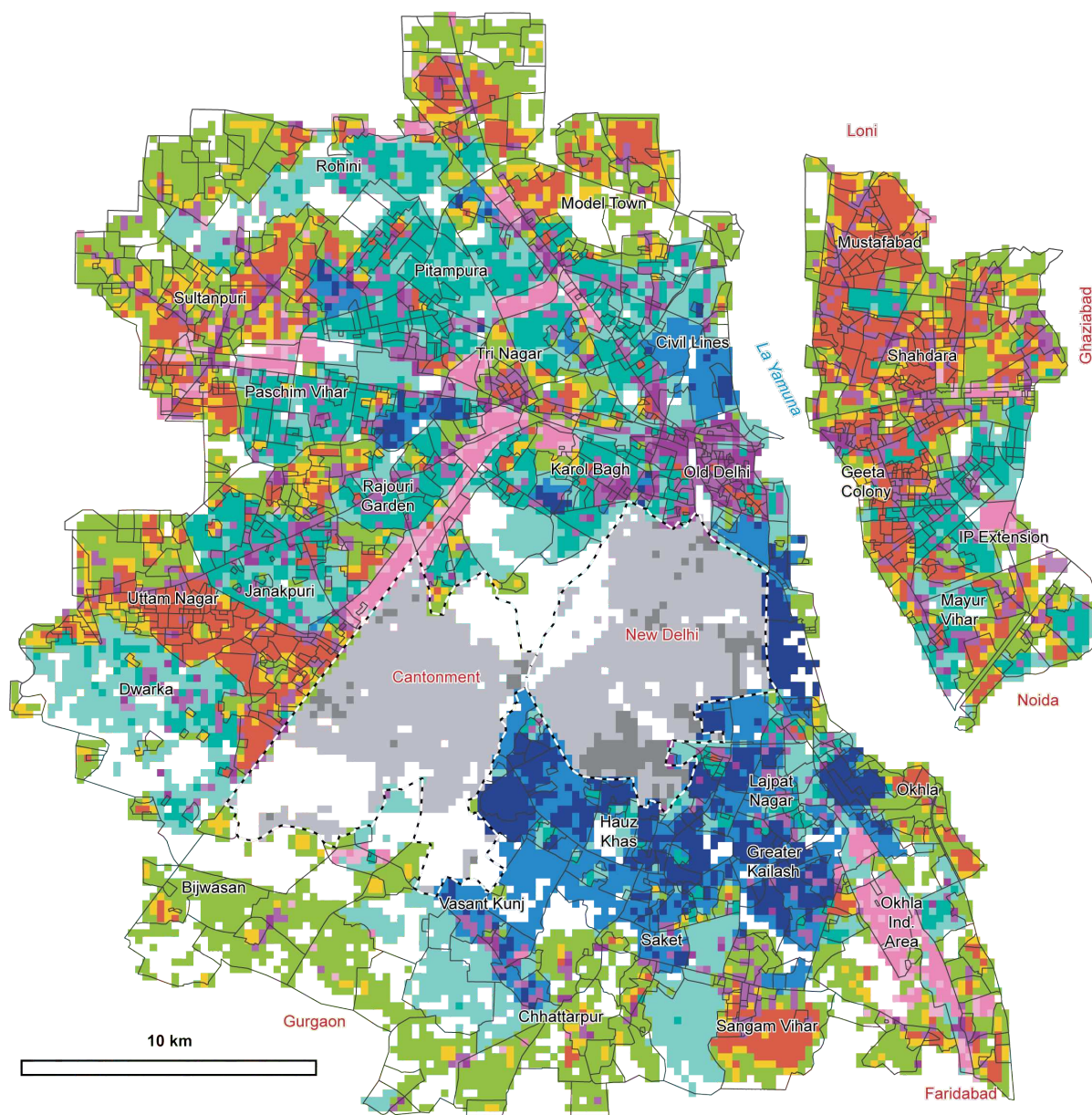
Les unités spatiales localisées dans les limites du Cantonment et de New Delhi n'ont pas été intégrées à l'ACP et la CAH car le système de la taxe foncière UAV ne s'y applique pas. Il nous faut pourtant intégrer ces territoires de par leur position centrale au cœur de la ville et la présence de nombreux établissements hospitaliers. Nous avons envisagé dans un premier temps de réaliser une ACP et une CAH à partir des données se rapportant à la densité du bâti, des surfaces commerciales et industrielles. Ces territoires sont en fait dépourvus de zones industrielles et les zones commerciales définies par

Eicher ne représentent que 1.54% de la superficie bâtie totale des ces deux territoires (1280 ha). Nous aurions pu ne considérer qu'une seule catégorie pour l'ensemble de cet espace, toutefois il nous a paru intéressant de créer deux classes sur la base de la densité du bâti. Dans un territoire aux fonctions administratives, politiques et militaires importantes, et où le contrôle de l'aménagement y est plus fort qu'ailleurs, nous faisons l'hypothèse que les carrés à la densité de bâti la plus forte correspondront à des zones résidentielles. Nous avons considéré la densité moyenne du bâti à l'échelle de Delhi comme un critère discriminant. La création de ces deux nouvelles classes, porte à 14 le nombre totale de classes de notre typologie.

Le Tableau 57 (p.329) nous donne une idée un peu plus précise du profil des quatorze classes en fonction de nos différents indicateurs et nous permet de mieux comprendre les associations possibles entre classes. Les classes C2 et C8 se caractérisent par l'importance des surfaces industrielles par rapport aux autres classes. En moyenne, les surfaces industrielles représentent plus de 50 % des surfaces bâties de la classe C2 et 96% de la classe C8. Les classes C1, C10 et C6 se caractérisent par leur surfaces commerciales qui occupent respectivement 51%, 19% et 97% de leur surface bâtie. Ce groupe de classes se différencie des autres par l'importance de leurs fonctions économiques.

Les classes C3 et C10 se caractérisent par leur UAV particulièrement élevées (447 ₹/m² et 524 ₹/m²) par rapport à la moyenne des unités spatiales (244 ₹/m²). Les classes C4 et C7 ont aussi une UAV supérieure à la moyenne (303 ₹/m² et 302 ₹/m²) mais à un niveau moindre. La classe C4 présente par ailleurs une densité du bâti largement supérieure (54 % de surfaces bâties) aux autres classes C7, C3 et C10 dont la surface bâtie représente en moyenne entre 11 % et 18 % de la surface des unités spatiales (moyenne : 31 %). Les classes C3, C10, C4 et C7 se différencient des autres classes par le montant de leur UAV et par leur densité du bâti plus faible.

Delhi : Espace urbain et CAH (2010)



Cantonment et New Delhi

- C13 : densité bâti > à la moyenne
- C14 : densité bâti < à la moyenne
- Limites de la NDMC et de la CBA
- Limites des colonies de la MCD

Classification Ascendante Hiérarchique Delhi

- | | | |
|--|--|--|
| C5 | C8 | C4 |
| C12 | C2 | C7 |
| C9 | C1 | C11 |
| | C6 | C3 |
| | C10 | |

© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2010

Sources : Municipal Corporation of Delhi, Delhi Eicher City Map
 Carroyage de 250 m x 250 m des surfaces bâties
 Fait avec Phlcarto - <http://phlgeo.club.fr>

Illustration 54: Delhi : Espace urbain et CAH (2010)

Les classes C9 et C12 présentent des profils opposés à ce que nous venons de décrire. L'UAV est en moyenne très faible pour ces classes (195 ₹/m² et 210 ₹/m²) et leur densité de bâti est supérieure à la moyenne (45% et 72% de surfaces bâties). La classe C5 se caractérise aussi par une UAV très faible (191 ₹/m²) mais une densité du bâti très inférieure à la moyenne (12 % de surfaces bâties). Enfin les classes C13 et C14, qui ne s'appliquent qu'aux territoires de New Delhi et du Cantonment se différencient par leur densité du bâti. Les surfaces bâties représentent à peine 11% de la surface des unités spatiales de C13 contre 47 % pour la classe C14.

Cette première carte représente la distribution spatiale des douze classes issues de la CAH, ainsi que les deux classes créées pour New Delhi et le Cantonment (Illustration 54 p.331). Comme lors de la cartographie des résultats de l'ACP, plusieurs espaces de Delhi se trouvent particulièrement bien identifiés (Old Delhi, South Delhi, zones industrielles, artères commerçantes). D'autres classes, parfois aux effectifs plus restreints (C2, C10), semblent au contraire spatialement dispersées, et s'agrègent autour d'autres classes. Par une simple observation visuelle de cette carte plusieurs classes paraissent corrélées spatialement l'une à l'autre, comme les classes C2 et C8, ou les classes C9 et C12. La confrontation des profils moyens des classes dans le Tableau 57 (p.329) et la cartographie des classes à l'échelle de l'agglomération de Delhi, nous invite à envisager la réunion de certaines classes.

C.3. Typologie de l'espace urbain

Ces fusions se justifient à plusieurs titres. Tout d'abord les profils des classes sont très proches et surtout se démarquent très fortement du reste par des valeurs extrêmes. C1 et C10 se caractérisent par la forte proportion de surfaces commerciales (51% et 97%). C2 et C8 se caractérisent par une forte proportion de surfaces industrielles (50% et 97%). C9 et C12 se caractérisent par une UAV moyenne très basse (195 ₹/m² et 210 ₹/m²) et une densité du bâti supérieure à la moyenne (45% et 72%). Ensuite certaines classes représentent des effectifs très faibles, difficiles à interpréter d'un point de vue spatial. Les classes C10 et C2 représentent seulement 1.7% et 0.5% de l'effectif total (N=12599) soient les deux classes les plus petites issues de la CAH pour les colonies de la MCD. Enfin, la justification est aussi spatiale, notamment entre la classe C2 et C8. 178 des 220 unités spatiales de la classe C2 sont contiguës de la classe C8 (81%). 33 des 58 unités spatiales de la classe C10 sont contiguës avec des unités de la classe C1 (57%). 565 unités spatiales de la classe C9 sont contiguës de la classe C12 (73%). La proximité statistique et spatiale de ces classes nous invite à les fusionner à d'autres classes. Cela réduit donc le nombre total de classes de 14 à 11 et sur le territoire de la MCD de 12 à 9.

Classes	UAV	surf. bâties (%)	surf. Industrielles (%)	surf. Commerciales (%)	Unités Spatiale (N)	N (%)
3	447	17,5	0,0	0,2	789	6,7%
4	303	53,9	0,1	1,1	1421	12,0%
5	191	11,9	0,2	0,2	2771	23,5%
6	258	42,5	0,1	19,4	936	7,9%
7	302	12,3	0,1	0,2	1735	14,7%
8+2	262	35,3	78,2	1,4	556	4,7%
10+1	263	30,3	0,4	59,0	336	2,8%
11	524	46,7	0,0	2,0	627	5,3%
12+9	204	62,1	0,1	2,0	2101	17,8%
13	0	10,7	0,0	0,8	1189	10,1%
14	0	46,6	0	1,2	138	1,2%
Total	244	31,2	3,6	3,8	12599	100,0%

Tableau 58: Nouvelle typologie et valeurs moyennes par variable

Le tableau Tableau 58 (p.333) présente à nouveau les résultats moyens pour nos variables de chacune de nos classes. Afin de faciliter les comparaisons, et de pouvoir identifier l'origine des nouvelles classes, nous laisser le numéro de chaque apparaître clairement (C8+C2 : classe 8 et classe 2). Ce tableau appelle en soi peu de commentaires, notamment par rapport au tableau précédent. On retrouve bien des classes au profil fonctionnel très marqué (C8+C2 : zones industrielles, C10+C1 : zones commerciales). Pour les autres classes, aux fonctions plus résidentiels, les écarts de profils sont conservés, et sont toujours basés sur les critères de densité du bâti et de l'UAV.

Cette typologie est-elle représentative de la géographie sociale de Delhi ? Les résultats de l'enquête foyers sur le marché immobilier de Delhi peuvent être à nouveau mobilisés pour tester la validité de cette typologie et sa représentativité. Nous avons procédé à une jointure spatiale sous Arcgis pour savoir à quelle catégorie de notre typologie les 3402 foyers appartenaient. Comme lors du croisement de l'enquête-foyer avec les catégories de l'UAV, la distribution des foyers enquêtés ne paraît pas totalement optimale, notamment pour les classes C8+C2, C10+C1, et les classes de New Delhi Cantonment (C13, C14). Nous avons utilisé cette fois quatre variables qui nous paraissaient intéressantes à confronter à notre typologie. Le revenu mensuel moyen par tête, un indice synthétique représentant le niveau d'éducation, la taille du foyer et le nombre de personne composant le foyer rapporté au nombre de pièce du logement. Afin de faciliter l'analyse, mais surtout la comparaison entre nos classes, nous avons utilisé un système de classement et de points (1 pt pour la dernière position, 11 pts pour la première position) pour chaque classe et chaque variable (Tableau 59 p.334). Plus le revenu mensuel moyen par tête et l'indice d'éducation sont élevés plus le nombre de points attribué est important. Plus la taille du foyer et le nombre de personnes par pièce sont faibles plus le nombre de points attribués est important. En additionnant les points obtenus pour chaque classe, on obtient un indice synthétique nous permettant d'ordonner les classes en fonction, du niveau économique et sociale

des foyers enquêtés.

Classes	Revenu moyen par tête	Indice Education	Taille du foyer	Pers/Pièce	Nb de pers.	Nb de foyers	N(%)
3	6607	3,6	4,8	1,5	1176	243	7,1%
4	4362	3,3	5,6	1,8	5079	901	26,5%
5	3006	2,8	5,6	2,1	1921	341	10,0%
6	4588	3,2	5,5	1,8	2802	510	15,0%
7	4961	3,5	5,0	1,9	1249	250	7,3%
8+2	1974	2,4	5,6	4,4	50	9	0,3%
10+1	3039	2,6	6,5	2,3	496	76	2,2%
11	7768	3,7	5,0	1,4	1438	288	8,5%
12+9	2949	2,9	5,9	2,1	4120	700	20,6%
13	3381	3,2	4,8	2,2	348	72	2,1%
14	22552	3,9	3,2	1,2	38	12	0,4%
Total	4470	3,2	5,5	1,9	18717	3402	100,0%

Tableau 59: Résultats de l'enquête-foyers et typologie de l'espace urbain

Une première mise en garde tient bien sûr à la représentativité de notre échantillon de foyers : Les classes avec le meilleur et le plus mauvais classement sont aussi celles avec le plus faible nombre de foyers enquêtés (C14 : 12 foyers, C8+C12 : 9 foyers). L'écart entre la classe C14 et la classe C8+C2 est ainsi de 36 points. Le classement final de notre indice est corrélé au classement en fonction du revenu moyen par tête. Les foyers localisés dans les unités spatiales des classes C14, C11, C3 ont en moyenne des revenus et un niveau d'éducation plus élevés, tandis que la taille des foyers et le nombre de personnes par pièce sont inférieurs à la moyenne. Les classes C7, C6, C4 et C13 se caractérisent par une position intermédiaire par rapport aux différentes variables. Les résultats de ces classes se distribuent autour de la moyenne de chaque variable. Enfin les foyers des classes C5, C12+9, C10+1, C8+2 se caractérisent par des revenus moyens par tête et un niveau d'éducation très inférieurs à la moyenne. On constate aussi que la taille des foyers est plus grande et que le nombre de personne par pièce y est plus élevé que la moyenne. Si ces résultats ne nous offrent qu'une vision partielle du profil socio-économique des populations vivant dans les différentes classes de notre typologie, il est un complément intéressant aux variables utilisées pour bâtir notre typologie et qui se rapportent à des dimensions fonctionnelles et urbanistiques des quartiers.

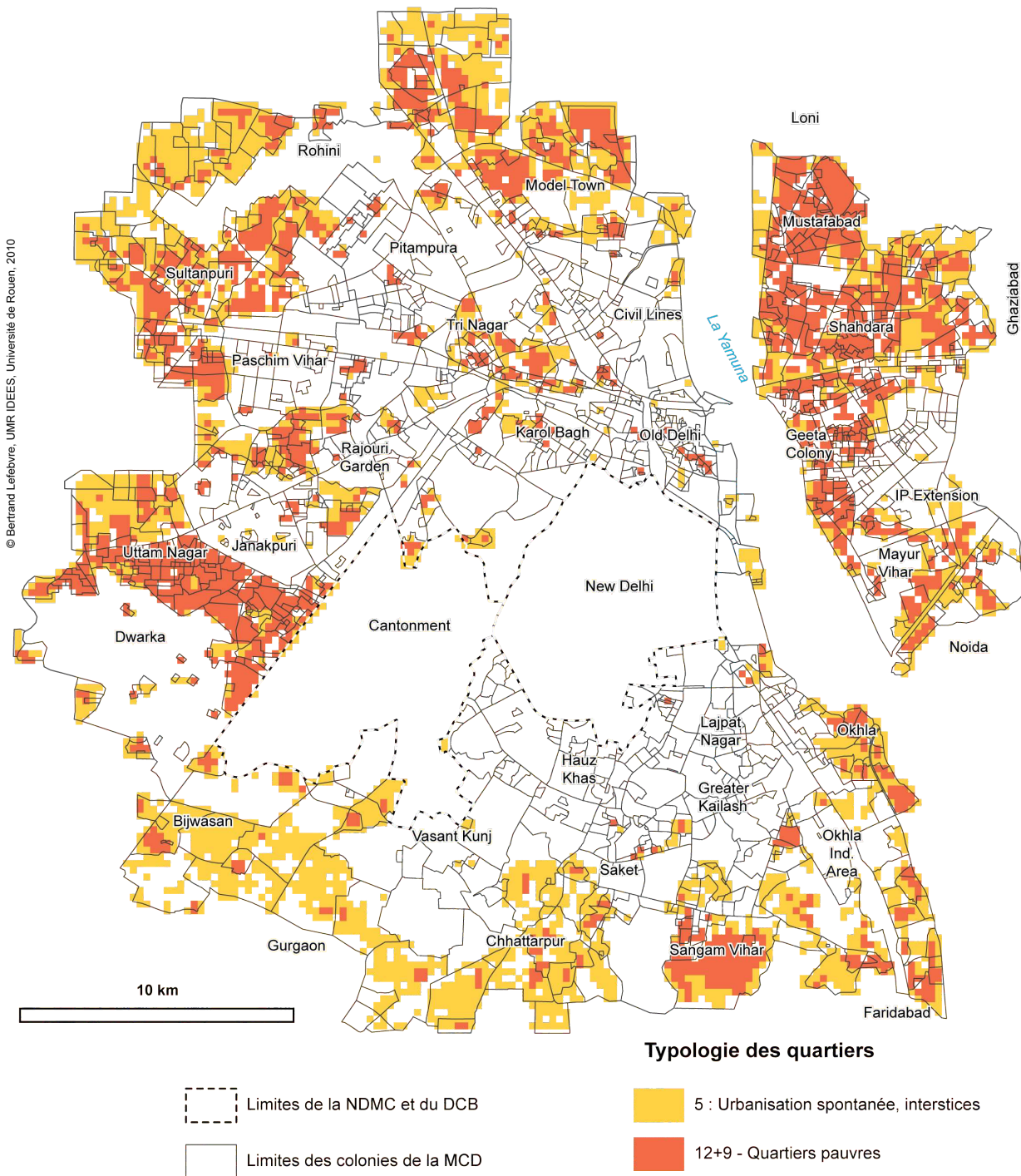
Classes	Revenu moyen par tête	Indice Education	Taille du foyer	Pers./Pièce	Indice
14	11	11	11	11	44
11	10	10	8	10	38
3	9	9	9	9	36
7	8	8	7	6	29
6	7	6	6	7	26
4	6	7	3	8	24
13	5	5	10	3	23
5	3	3	4	4	14
12+9	2	4	2	5	13
10+1	4	2	1	2	9
8+2	1	1	5	1	8

Tableau 60: Indice synthétique et catégorie de la typologie de l'espace urbain

On se propose maintenant de cartographier chaque classe identifiée dans le dernier temps de notre analyse, et de décrire ces classes dans leur dimensions spatiales (carte), urbaines (ACP+CAH) et sociales (indice synthétique).

La première carte, présente les classes C12+9 et C5 (Illustration 55 p.336). Ces classes ont obtenu des scores très faibles sur l'indice des foyers et se caractérisent par une UAV très basse. Les unités spatiales de la classe C5, se distribuent essentiellement à la périphérie de l'agglomération et aussi dans ses interstices. L'urbanisation y est récente comme le montre le faible pourcentage de surface bâtie. Les unités de la classe C5 semblent donc caractérisées par une urbanisation spontanée, et aux populations au niveau d'études et aux revenus moins élevés. La classe C12+9 présente un profil très similaire, avec une UAV basse et des indicateurs socio-économiques très faibles. La densité du bâti est par contre nettement plus forte. Les quartiers et les espaces qui composent cette classes sont souvent des quartiers construits illégalement en périphérie et qui ont été par la suite régularisés par les autorités de la MCD. On pense ici aux exemples de Sangam Vihar au sud, d'Uttam Nagar à l'ouest ou encore autour de Mustafabad à l'est.

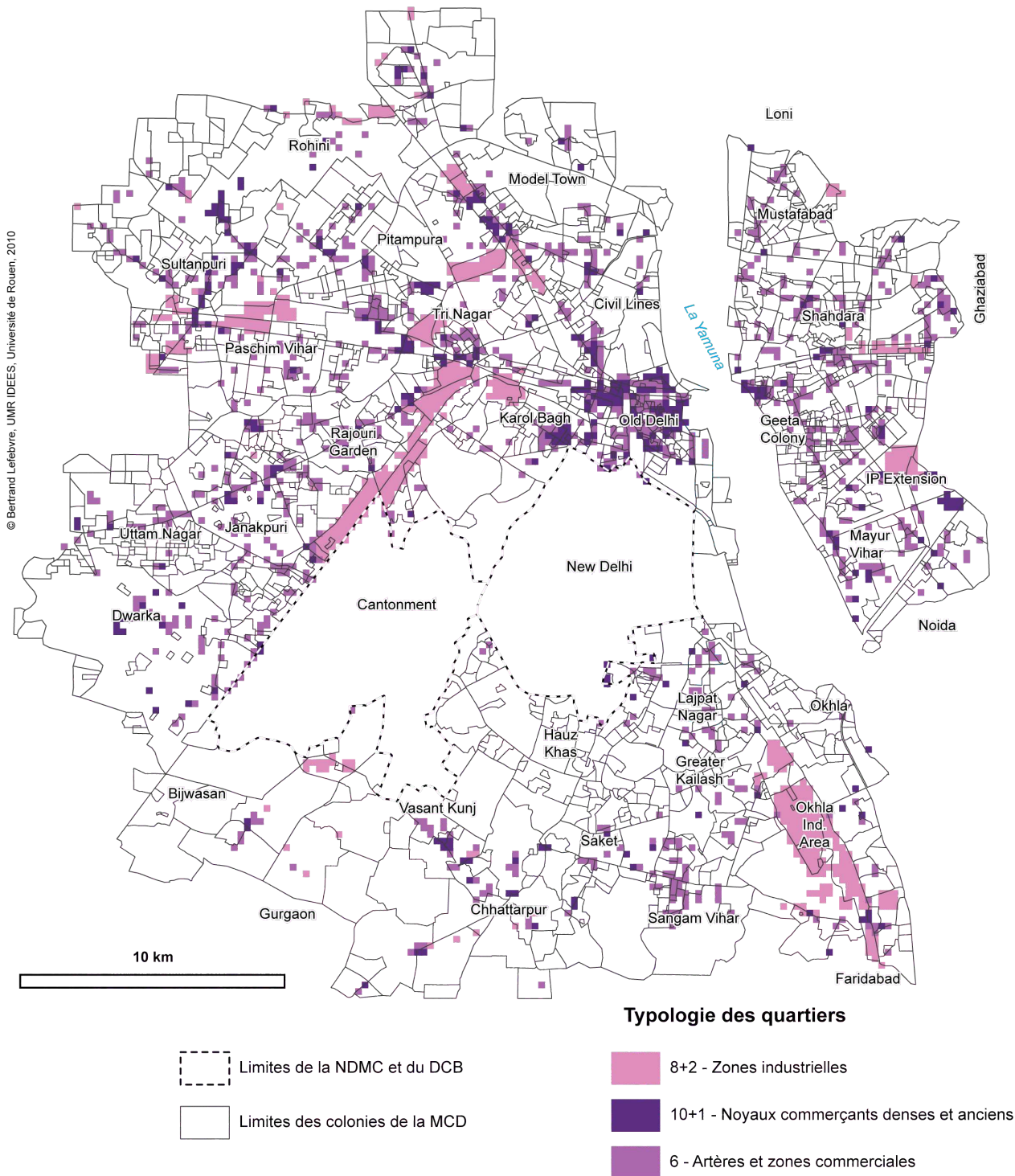
Delhi : Quartiers pauvres (2010)



Sources : Municipal Corporation of Delhi, Delhi Eicher City Map
Carroyage de 250 m x 250 m des surfaces bâties
Fait avec Philcarto - <http://philgeo.club.fr>

Illustration 55: Quartiers pauvres (2010)

Delhi : Zones économiques (2010)



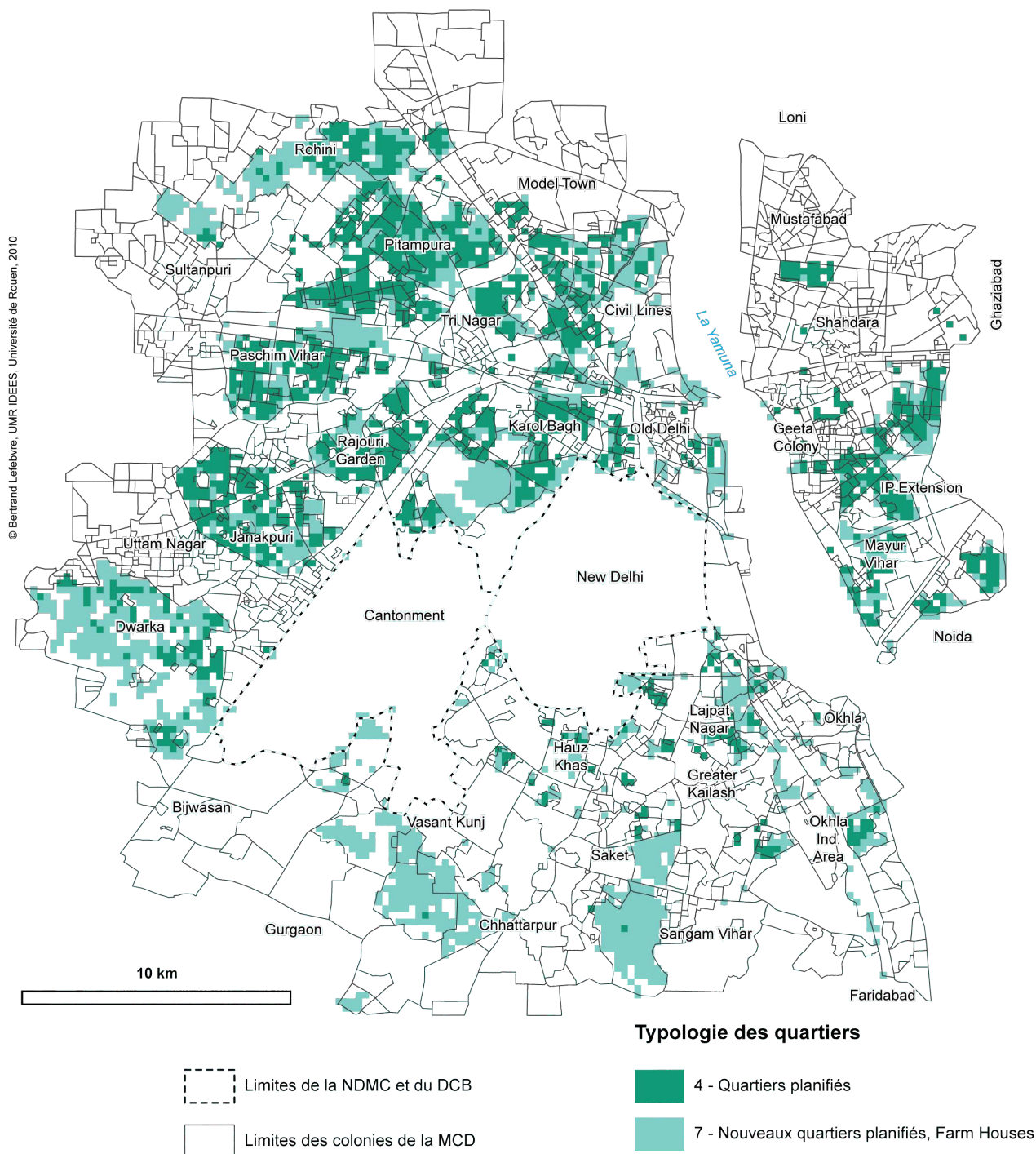
Sources : Municipal Corporation of Delhi, Delhi Eicher City Map
Carroyage de 250 m x 250 m des surfaces bâties
Fait avec Philcarto - <http://philgeo.club.fr>

Illustration 56: Delhi : Zones économiques (2010)

La deuxième carte présente les classes C8+2, C10+1 et C6 (Illustration 56 p.337). Ces classes se caractérisent par leurs fonctions économiques et par la forte emprise spatiale des activités commerciales (C10+1, C6) et industrielles (C8+2). Les zones industrielles majeures de Delhi sont clairement identifiées et localisées (Okhla Industrial Area, Naraina Industrial Estate,...). Le faible nombre de foyers enquêtés appartenant à cette classe ne nous permet pas de tirer de conclusion quant au profil socio-économique. La classe C10+1 nous révèle des noyaux commerçants anciens et denses. Old Delhi et ses extensions comme Sadar Bazar et Karol Bagh sont particulièrement bien mis en évidence. Noyaux urbains anciens, la densité du bâti y est forte, alors que l'indice socio-économique est très faible, en termes d'éducation et de revenus. Véronique Dupont a bien dressé le profil de ces espaces-sas qui accueillent des migrants à peine descendus du train et qui louent leur force de travail dans l'artisanat et dans le transport (Dupont & Dureau, 1997). Des espaces comme Gandhi Nagar Market sur la rive est de la Yamuna sont aussi clairement identifiés par cette classe. La classe C6 a une distribution spatiale plus diffuse, plus périphérique. Cette classe se distingue par une moindre emprise des surfaces commerciales, encore que non négligeables et un profil socio-économique plus élevé que les quartiers de bazar de la classe C10+1. Se dessinent des artères commerçantes (Rohtak Road), des zones commerciales importantes (Lajpat Nagar Central Market, Rajouri Garden), et des zones qui entourent la classe C10+1 mais au profil commerçant moins marqué.

La carte suivante présente les classes C4 et C7 (Illustration 57 p.339). Ces classes se caractérisent par une UAV supérieure à la moyenne et des indicateurs socio-économiques relativement bons (éducation, nombre de personnes par pièce). Ces classes mettent en lumière les quartiers au développement planifié par la DDA. La classe C4 en particuliers correspond aux grands programmes d'aménagement urbain lancés à partir des années 1960-70 : Janakpuri, Pitampura, Paschim Vihar, Patparganj, Preet Vihar, Ashok Vihar. La classe C7 correspond aussi à des zones de développement urbain programmés comme Rohini ou Dwarka, mais dont le développement est plus récent, et dont le modèle tient à une urbanisation plus verticale (immeubles résidentiels), avec une emprise au sol plus faible. C'est essentiellement le critère de la densité du bâti qui distinguent ces deux classes au profil très similaire. La classe C7 notamment au sud, permet aussi de localiser les espaces des villas, ou *farm houses*, au sud de Saket de Vasant Kunj.

Delhi : Les quartiers planifiés (2010)



Sources : Municipal Corporation of Delhi, Delhi Eicher City Map
 Carroyage de 250 m x 250 m des surfaces bâties
 Fait avec Philcarto - <http://philgeo.club.fr>

Illustration 57: Les quartiers planifiés (2010)

Delhi : Les quartiers riches (2010)

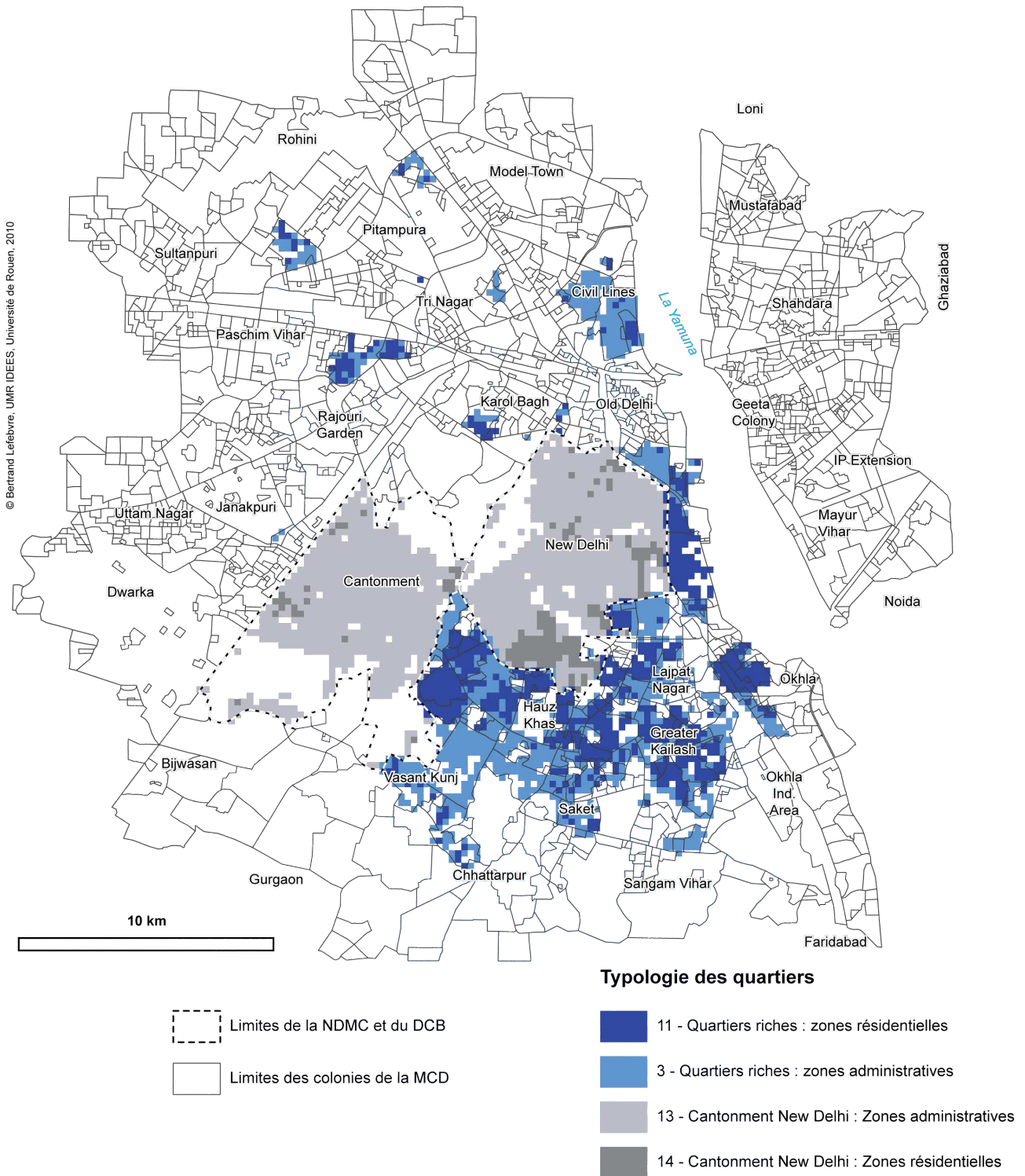


Illustration 58: Delhi : Les quartiers riches (2010)

Cette carte présente la distribution des classes C11 et C3, et des classes de New Delhi et du Cantonment C13 et C14 (Illustration 58 p.340). Les indicateurs socio-économiques des classes C11, C3,

et C14 sont très élevés (revenus, éducation). Les classes C11 et C3 ont aussi une UAV bien supérieure à la moyenne des *colonies* de la MCD. La distribution de ces classes se concentre dans le South Delhi avec plusieurs noyaux dispersés autour de Civil Lines, de Punjabi Bagh, de Rajinder Nagar. C3 et C11 se différencient sur la densité du bâti. C11 représente les quartiers proprement résidentiels, avec une forte densité du bâti, des quartiers souvent développés à partir des années 1960 par des entrepreneurs privés comme le groupe immobilier DLF. C3 représente des espaces peu denses correspondant à des campus universitaires (JNU, DU, IIT) ou des zones réservées aux institutions gouvernementales. La densité du bâti est aussi le critère discriminant entre les classes C13 et C14. C13 représente avec ces faibles densités du bâti les espaces dédiés aux institutions gouvernementales, politiques, militaires, et administratives. Dans le même temps C14, nous permet de localiser les espaces résidentiels majeurs de New Delhi (Sarojini Nagar, Golf Links) et le noyau résidentiel du Cantonment.

Conclusion

Nous avons au cours de ce chapitre présenté notre méthodologie pour bâtir une typologie de l'espace urbain qui puissent rendre compte à la fois de la ségrégation résidentielle, de la spécialisation des surfaces, et cela à un niveau d'agrégation suffisamment précis pour mesurer ensuite l'accessibilité et la distribution des services hospitaliers. Dans les contraintes de moyens techniques et humains, de temps, et face aux limites des données disponibles pour caractériser les populations et les quartiers, nous avons opté pour une approche par l'Analyse Exploratoire des Données. Nous avons autant que possible confronter notre méthode et nos résultats à d'autres données issues de travaux utilisant les résultats du recensement. L'Analyse Exploratoire des Données appliquée à l'espace, par l'aller et retour permanent entre les données, leurs traitements statistiques et cartographiques, et leurs analyses, nous permet de dévoiler un territoire et son organisation spatiale (Waniez, 2002). Le couplage de méthodes d'analyses multivariées avec la création d'un carroyage de 250 m à l'échelle de l'agglomération ont été l'occasion pour nous de mettre à jour la forte fragmentation de l'espace de Delhi.

Delhi : Ségrégation urbaine et sociale (2010)

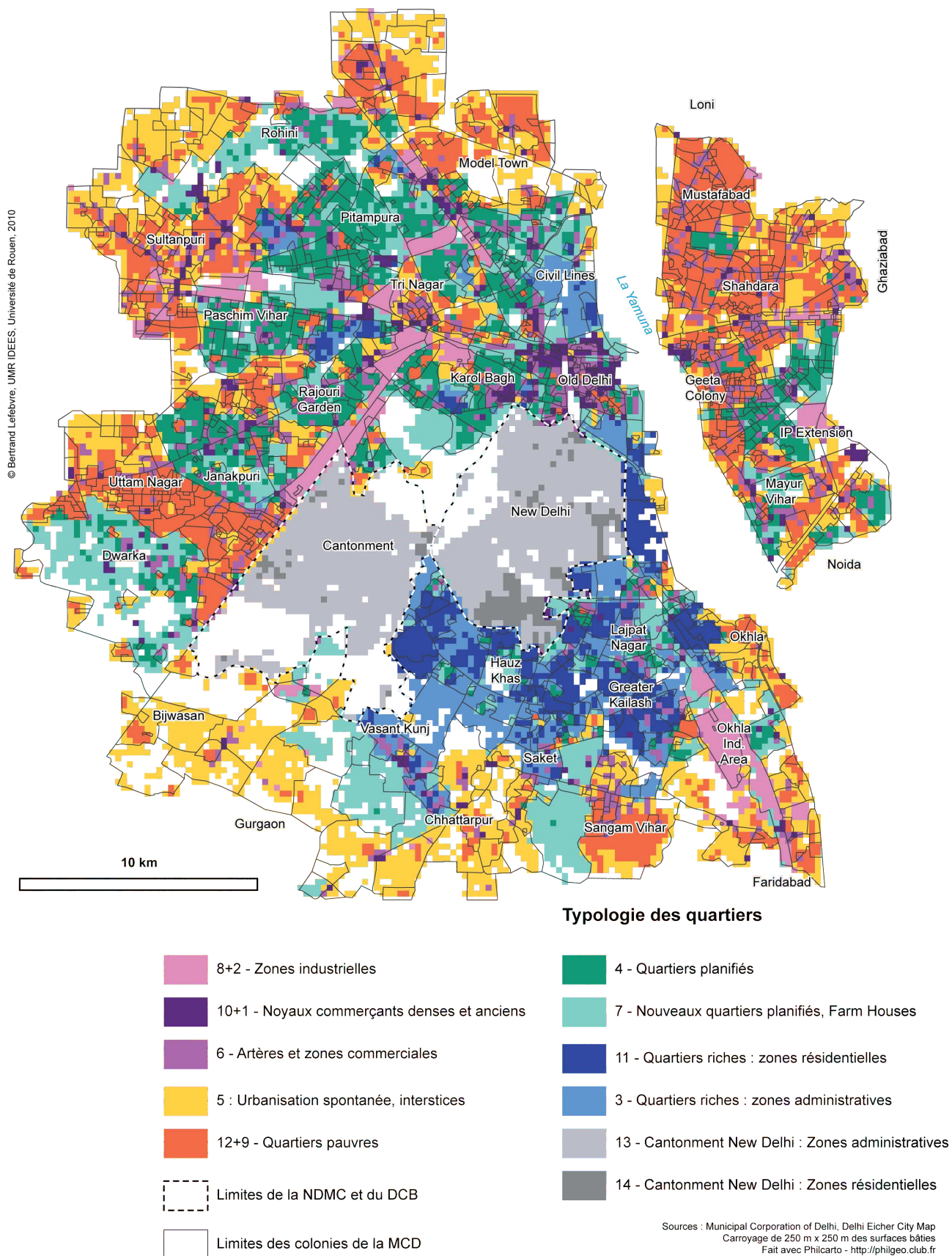


Illustration 59: Delhi : Ségrégation urbaine et sociale (2010)

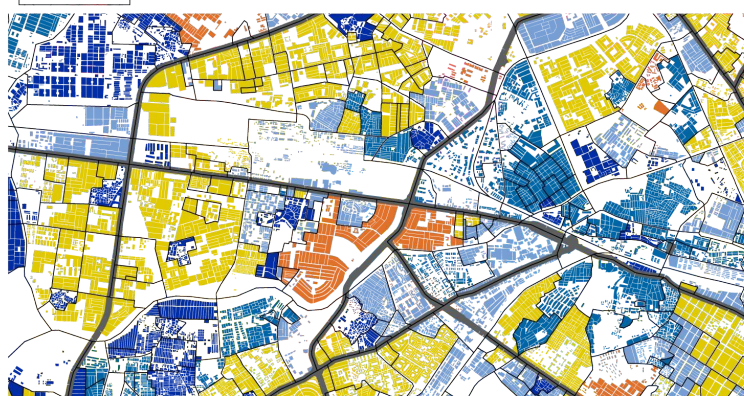
Bâtir une typologie de l'espace urbain de Delhi



Utilisation des surfaces bâties

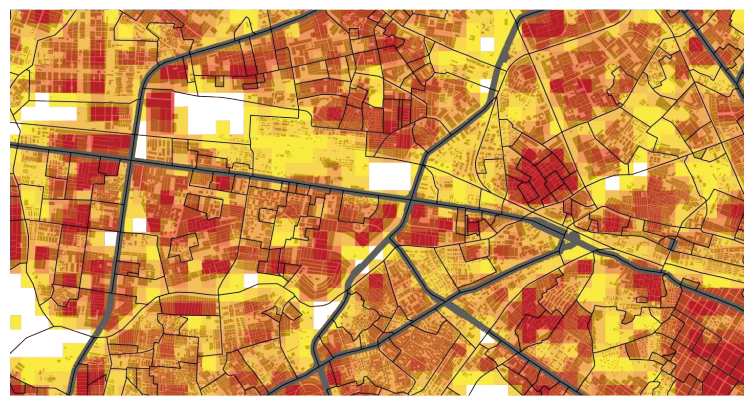
- Surfaces résidentielles
- Surfaces commerciales
- Surfaces industrielles

- Artères principales
- Limites de colonie



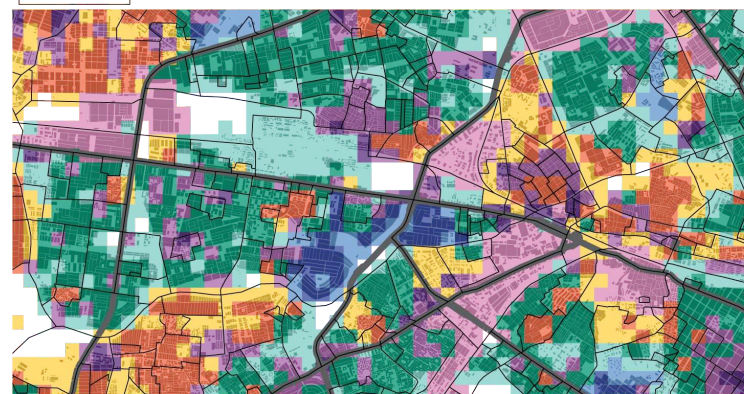
Taxe foncière (UAV)

- Catégorie C
- Catégorie D
- Catégorie E
- Catégorie F
- Catégorie G



Densité du bâti (% du carré)

- 0
- 20
- 45
- 75



Typologie finale

- 8+2 - Zones industrielles
- 6 - Artères et zones commerciales
- 10+1 - Noyaux commerçants
- 5 - Urbanisation spontanée, interstices
- 12+9 - Quartiers pauvres
- 7 - Nouveaux quartiers planifiés
- 4 - Quartiers planifiés
- 3 - Quartiers riches
- 11 - Quartiers riches résidentiels

© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2010

Sources : Municipal Corporation of Delhi, 2010
Eicher Goodearth Ltd, 2008

Illustration 60: Bâtir une typologie de l'espace urbain de Delhi

Cette dernière carte se présente comme une synthèse de notre typologie et met en lumière la forte imbrication des espaces que nous avons précédemment décrits (Illustration 59 p.342). Si on retrouve certaines grands contrastes spatiaux connus et clairement identifiés par d'autres approches (Baud et al., 2008; Chapelet & Lefebvre, 2005; Dupont & Mitra, 1995), entre centre et périphérie, Old et New Delhi, Nord et Sud, notre typologie s'appuie sur des données désagrégées qui nous donnent à voir à une échelle plus fine la forte fragmentation de l'espace urbain, d'un quartier l'autre. Bien sûr l'approche par l'ACP et la CAH et notre choix de rassembler certaines catégories entre elles sur la base de leur corrélation spatiale et statistique nous a fait perdre une certaine granularité. Cette typologie nous permet néanmoins de mesurer et de spatialiser les effets de gradients socio-économiques et fonctionnels à l'intérieur de Delhi, les contrastes existants entre différents quartiers, planifiés ou illégaux, anciens ou nouveaux, riches ou pauvres, commerçants ou industriels, comme le montre l'illustration 60 (p.343).

L'illustration 60 (p.343) synthétise notre approche dans la construction de notre typologie de l'espace urbain et présente à une échelle fine la cartographie des différentes classes. Cette carte est le complément parfait de l'illustration précédente en ce qu'elle montre comment même à une grande échelle, sur un espace de plus de 8000 ha situé sur le territoire de la MCD, on retrouve l'ensemble des catégories. Ce niveau de désagrégation couplé à notre typologie doivent nous permettre d'aborder la question de la distribution et de l'accessibilité aux services hospitaliers et de savoir qui a accès à quoi.

CHP8. Accessibilité aux services hospitaliers et géographie sociale de Delhi

Introduction

Nous avons abordé dans le chapitre 6 la question de la distribution et de la desserte des services hospitaliers à l'échelle du NCTD. Nous avons observé et mesuré les variations qui existent entre secteur public et secteur privé, petits établissements et grands campus hospitaliers dans leur distribution spatiale. La mesure de la dispersion spatiale des établissements et des taux de desserte en lits et en établissements hospitaliers à l'échelle des arrondissements ont révélé des inégalités territoriales importantes à l'échelle du NCTD. Si ces mesures sont importantes d'un point de vue spatial, elles ne nous ont pas permis d'intégrer une dimension socio-spatiale forte. Comme nous avons essayé de le montrer dans le chapitre 7, l'analyse spatiale de phénomènes sociaux complexes comme la ségrégation résidentielle ou les inégalités socio-économiques nécessite d'autres niveaux d'analyse. À partir de différentes données, nous avons bâti une typologie de l'espace urbain de Delhi.

Le présent chapitre doit nous permettre de lier la distribution et la desserte en services hospitaliers à la ségrégation sociale et spatiale. Qui reçoit quoi à l'échelle de l'agglomération de Delhi ? Comment la distribution des services hospitaliers, leur sectorisation et leur hiérarchisation affectent l'accessibilité aux différents niveaux de services pour les différentes populations qui composent Delhi ? Comment les tendances entrevues dans le chapitre 6, comme la déconcentration des services hospitaliers, affectent l'accessibilité aux services hospitaliers pour les populations ? Selon les types de quartiers définis dans le chapitre précédent, quelle est l'accessibilité aux différents niveaux de services hospitaliers ou aux différents secteurs ? Les populations pauvres ont-elles une bonne accessibilité aux services hospitaliers ? Si oui à quel type de services ?

Nous reviendrons dans un premier temps sur la question de l'accessibilité aux services de santé à Delhi et notamment à celle des services hospitaliers. Nous verrons notamment comment la distance aux services hospitaliers est un facteur important de l'utilisation des services hospitaliers même dans une agglomération bien équipée comme Delhi. Nous présenterons ensuite la méthode sélectionnée pour mesurer l'accessibilité aux services hospitaliers. Dans un deuxième temps nous présenterons les premiers résultats des mesures d'accessibilité aux différents services hospitaliers en fonction de leur taille et de leur secteur. Enfin dans un dernier point, nous ferons le lien entre accessibilité aux services

hospitaliers et géographie sociale de Delhi.

A. Mesurer l'accessibilité aux services hospitaliers à Delhi

A.1. L'accessibilité aux services hospitaliers à Delhi : une question importante

Les travaux sur l'accès et l'accessibilité aux services de santé de Delhi et aux services hospitaliers sont relativement limités en nombre mais aussi en étendue. La plupart des travaux que nous allons référencer dans ce point porte sur une sélection de quartiers, pas toujours clairement identifiés dans les travaux, ou pour le cas des enquêtes du NFHS ou du NSSO sur des échantillons stratifiés de la population du NCTD, en fonction de leur genre, de leur résidence (rural, urbain, slums), de leur âge,... Ces travaux réalisés entre le début des années 1990 et le milieu des années 2000 nous révèlent plusieurs traits caractéristiques de l'accessibilité et de l'utilisation des services hospitaliers sur le territoire du NCTD.

Les données de la dernière enquête du NSSO (NSS Round 60th, 2004) sur l'utilisation des services de santé sont une bonne introduction aux spécificités du NCTD. Le taux d'hospitalisation de la population (hospitalisation pour 100000 habitants) était de 1559 cas en zones rurales et 1683 en zones urbaines. Ces résultats sont très inférieurs à la moyenne nationale (2599 cas en zones rurales, 3482 cas en zones urbaines) et sont expliqués par un meilleur état de santé dans l'état du NCTD. Par contre les dépenses d'hospitalisation dans le NCTD sont les plus élevées du pays. Dans les zones rurales, les dépenses sur le traitement au cours d'une hospitalisation s'élèvent à 5695 ₹ et à 8851 ₹ en zones urbaines. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, les enquêtes du NFHS sont aussi très intéressantes pour comprendre l'utilisation des services de santé et la perception de ces services par la population. Le Tableau 61 (p.347) présente le recours aux différents services de santé du NCTD. Le secteur hospitalier représente la deuxième source de soins après les médecins privés. 28% des foyers interrogés au cours de l'enquête NFHS-3 (2006) choisissent d'aller se faire soigner dans un hôpital lorsqu'un de leurs membres tombe malade. Le secteur privé est sans surprise largement plébiscité aussi bien en ville qu'en zone rurale (71% et 62%). Le recours aux hôpitaux aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé est plus élevé pour les personnes interrogés vivant dans les slums par rapport au reste de la population. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 et toujours selon la même enquête, 38 % des foyers n'utilisent pas les infrastructures publiques de soins, faute d'équipement à proximité (K. Gupta et al., 2009). Il s'agit de la deuxième raison invoquée après le temps d'attente (49%) et juste devant la qualité des soins (37%) pour ne pas fréquenter le secteur public.

Sources de soins	Slum	Non-slum	Total	Rural
<i>Hôpitaux Gouvernementaux/Municipaux</i>	20	17	18	25
Dispensaires Gouvernementaux	12	10	11	12
CHC, Hôpitaux ruraux	0	0	0	1
Autres (UHC, Sub-centre...)	0	0	0	0
Secteur Public	32	28	29	38
<i>Hôpitaux privés</i>	12	9	10	5
Médecins privés	55	62	60	57
Autres (pharmacie, médecins traditionnels...)	2	1	1	0
Secteur Privé	68	72	71	62
<i>Secteur hospitalier (public+privé)</i>	31	27	28	30
Total	100	100	100	100

Tableau 61: Quel service de santé utilisez-vous lorsqu'un membre du foyer tombe malade ? (% de foyers, NCTD, NFHS-3, 2006)

L'absence d'équipements hospitaliers à proximité est souvent évoquée dans les différents travaux sur l'accès et l'utilisation des services hospitaliers pour expliquer les difficultés des populations les plus pauvres à accéder à ces services. Les résultats d'une étude sur les pratiques et les parcours de soins réalisée à la fin des années 1990 offrent un bon exemple de l'enjeu posé par l'accessibilité même en milieu urbain (I. Gupta et al., 2000). À partir d'une enquête sur 526 foyers rassemblant 2745 individus répartis dans trois quartiers différents d'un point de vue résidentiel et social (quartier aisé, quartier pauvre, quartier intermédiaire), les auteurs relèvent des tendances significatives dans l'utilisation des services de santé de Delhi. Il existe tout d'abord une forte corrélation entre revenus-consommation et lieu de résidence. La santé des foyers pauvres est plus mauvaise, ce qui entraîne des recours plus fréquents aux services de santé et donc des dépenses de santé qui représentent 2,3 % des dépenses totales d'un foyer pauvre contre moins de 0,5 % pour les foyers intermédiaires et riches. À la surprise des chercheurs, les foyers aisés et intermédiaires utilisaient plus fréquemment les services hospitaliers publics que les pauvres. 26 % des foyers à haut revenus et 22 % des foyers à revenus moyens utilisaient les hôpitaux publics contre seulement 17 % pour les foyers pauvres. Les foyers pauvres ont recours aux cliniques privées (80% des foyers). Pour aller plus loin, les chercheurs ont décidé de localiser les différents services situés à proximité des quartiers d'étude. Il apparaît que les foyers à bas revenus sont relativement éloignés des hôpitaux gouvernementaux, ce qui expliquerait leur plus forte dépendance au secteur privé. Les hôpitaux privés sont plus accessibles à l'ensemble de la population. Interrogée en 2008 au sujet de cette étude, une des chercheurs, Indrani Gupta, n'a pu nous donner plus d'informations notamment sur la localisation des trois quartiers enquêtés, mais reste convaincue que la distribution spatiale des services de santé affecte encore fortement l'utilisation des services pour les populations pauvres de Delhi (contact n°95, 12/04/09).

Cette étude confirme des résultats plus anciens. Au cours d'une enquête menée en 1992 sur 400 foyers

situés dans six quartiers différents et à parité entre zones slums et non-slums, Sinha et Mukherjee ont pu mesurer l'effet de la proximité sur l'utilisation des établissements hospitaliers publics notamment (Sinha & Mukherjee, 2004). Si le texte reste peu disert sur la méthode de calcul, la proximité d'un établissement public de santé augmenterait de 70 % le recours à des soins post et prénataux dans les slums, ainsi que l'immunisation des enfants. Si le secteur privé est largement plébiscité dans les zones slums et non-slums en cas d'épisode morbide, la part des établissements gouvernementaux reste importante dans les slums. 39% des épisodes morbides majeurs sont soignés dans les hôpitaux publics. À la même époque en 1992, une enquête menée par Pryia Nanda et Rama Baru sur le secteur hospitalier de Delhi interroge également l'utilisation des services hospitaliers par la population (Nanda & Baru, 1993). Pour cela les auteurs ont interrogé 171 personnes dont 60 patients hospitalisés dans le secteur privé, 91 patients dans le secteur public, et le reste a été interrogé dans la *colony* de relocalisation de Nand Nagri à l'est de Delhi. 80% des personnes interrogées dans cette *colony* pauvre choisissent le secteur public en cas d'opération chirurgicale ou d'intervention lourde (maternité) alors que 60% se tournent vers le secteur privé pour les consultations ambulatoires. Les auteurs trouvent des résultats similaires lorsqu'on interroge les patients pauvres dans les établissements hospitaliers.

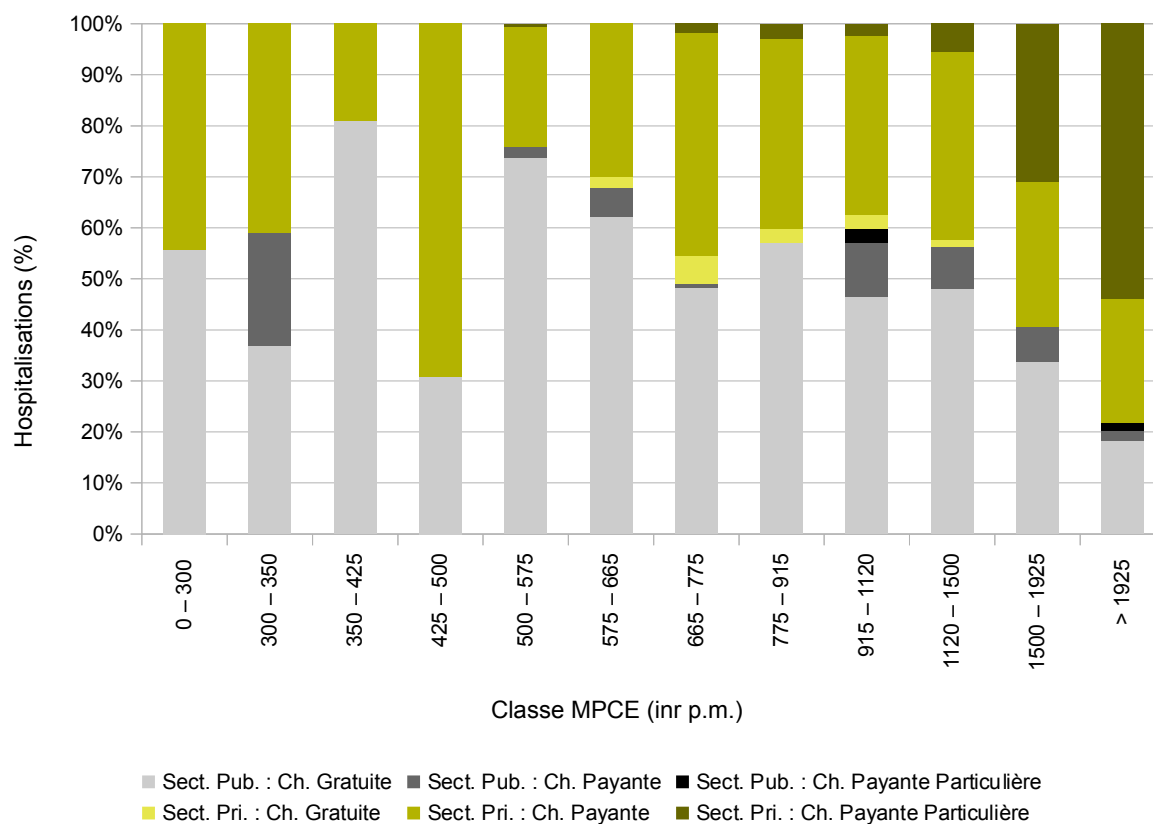


Tableau 62: Classes MPCE et utilisation des services hospitaliers en zones urbaines (Delhi, NSS 60th 2004)

Le Tableau 62 (p.349) présente une vision actualisée et désagrégée de la question de l'utilisation des services hospitaliers en fonction du revenu. Ces données issues de l'enquête NSS de 2004 démontrent que la part des hospitalisations en secteur public reste importante non seulement pour les classes les plus pauvres mais aussi pour les populations intermédiaires où ce recours reste majoritaire. Seuls 2,61 % des hospitalisations dans le NCTD sont prises en charge gratuitement par les hôpitaux privés. Nous avons vu que le coût de l'hospitalisation dans les hôpitaux du NCTD est le plus élevé en Inde et doit en fait beaucoup à l'écart important qui existe entre secteur privé et secteur public. Pour les populations urbaines du NCTD une hospitalisation dans le secteur hospitalier coûte en moyenne 6829 ₹ dans les hôpitaux publics contre 35295 ₹ dans les hôpitaux privés.

Au final, la part des hospitalisations dans le secteur public a largement augmenté entre 1995-96 et 2004 aussi bien dans les espaces ruraux que dans les espaces urbains (Tableau 63 p.350). L'augmentation est fulgurante en zones rurales puisque la part des hospitalisations dans le secteur public passe de 25,1 % à

46,4 % (contre 41,7% à l'échelle nationale en 2004). On peut très certainement relier cette forte augmentation à la déconcentration des établissements publics vers la périphérie lointaine du NCTD (p. ex. Narela) ou dans la couronne périphérique de l'agglomération urbaine (Rohini). On notera d'ailleurs que si la capacité d'accueil des hôpitaux privés est récemment devenue supérieure à celle des hôpitaux publics (cf. chapitre 6), la part des hospitalisations dans des établissements publics reste largement majoritaire pour la population urbaine du NCTD (59% des hospitalisations), bien au-delà de la moyenne nationale des hospitalisations pour la population urbaine (38%).

	2004				1995-96			
	NCTD		INDE		NCTD		INDE	
	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain
Hôpitaux publics	46,4	58,8	41,7	38,2	25,1	52,3	43,8	41,9
Hôpitaux privés	53,6	41,2	58,3	61,8	74,9	47,7	56,2	58,1

Tableau 63: Les cas d'hospitalisation dans le NCTD (NSSO, 1995-96, 2004)

À l'aune de ces différentes données, la proximité et la plus ou moins bonne desserte en établissements hospitaliers jouent un rôle majeur dans l'utilisation des services hospitaliers. Ces résultats recourent certaines observations d'autres travaux de recherche sur l'accès aux services de santé et aux services hospitaliers dans différentes villes indiennes (cf. chapitre 2). La question de la distribution et de l'accessibilité aux différents niveaux du système hospitalier ne prend que plus d'importance pour évaluer les résultats de la privatisation et des politiques hospitalières publiques sur le territoire du NCTD.

A.2. Mesurer l'accessibilité : méthodologie

Il existe différentes méthodes pour mesurer l'accessibilité entre la population et les services hospitaliers. Avec le développement des solutions logicielles SIG, il est désormais possible de réaliser des mesures d'accessibilité à différents types de services à l'échelle d'une ville de manière automatisée. Des extensions logicielles comme Arcgis Network Analyst permettent aujourd'hui de calculer des distances très rapidement. Aparicio et al. dans leurs travaux sur Montréal ont testé l'importance du choix des méthodes de mesure, pour rendre compte de la distance (Aparicio, Abdelmajid, Riva, & Shearmur, 2008). En comparant les distances entre arrondissements et établissements hospitaliers, ils montrent notamment comment les différences de mesure entre chaque méthode (distance euclidienne, distance manhattan, distance par le plus court chemin) augmentent à mesure que l'on s'éloigne du cœur de l'agglomération. Au final, la distance par le plus court chemin reste la mesure la plus précise pour rendre compte de la distance entre une population et un service à l'échelle d'une agglomération.

Cette mesure par le plus court chemin est aujourd'hui largement employée dans les travaux qui s'intéressent à la distribution des services urbains (écoles, hôpitaux, banques,...) et à leur accessibilité (Apparicio, Cloutier, & Shearmur, 2007; Ellaway, Macdonald, Forsyth, & Macintyre, 2010; Macintyre, Macdonald, & Ellaway, 2008; Talen & Anselin, 1998). Cette méthode répond à une double question : où est le service le plus proche et quelle est la distance entre le service et la population ? Cette question de la proximité n'est qu'une dimension de la problématique de l'accessibilité. Comme Apparicio et al. le montrent, il peut être tout aussi intéressant d'étudier le potentiel d'accessibilité : À une distance X combien de services sont accessibles (Apparicio et al., 2007) ? La mesure de la distance au service le plus proche ramène la question de l'accessibilité à la proximité et à la disponibilité d'équipements au plus près des populations. Nous avons vu à travers les différents travaux sur l'utilisation des services hospitaliers dans les villes indiennes, mais aussi à Delhi, que la proximité jouait un rôle important dans l'utilisation d'un service, notamment lorsque les patients sont pauvres. Même dans le cadre de travaux dans des villes européennes où les moyens de transports sont multiples et les populations sont largement motorisées, la question de la proximité aux équipements refait surface en relation avec des questionnements sur l'exclusion, la ségrégation sociale et la justice spatiale (Billaudeau et al., 2011; Macintyre et al., 2008). C'est bien ce questionnement qui nous importe pour évaluer à l'échelle de Delhi les résultats de la politique hospitalière de Delhi à desservir l'ensemble de la population et notamment les populations les plus pauvres. Nous ne mesurons pas l'accessibilité aux services hospitaliers dans une optique opératoire pour définir par exemple les aires d'attraction des différents hôpitaux. Nous mesurons l'accessibilité aux différents services hospitaliers pour comprendre qui reçoit quoi et où ?

Présentation du réseau de voiries (2008)

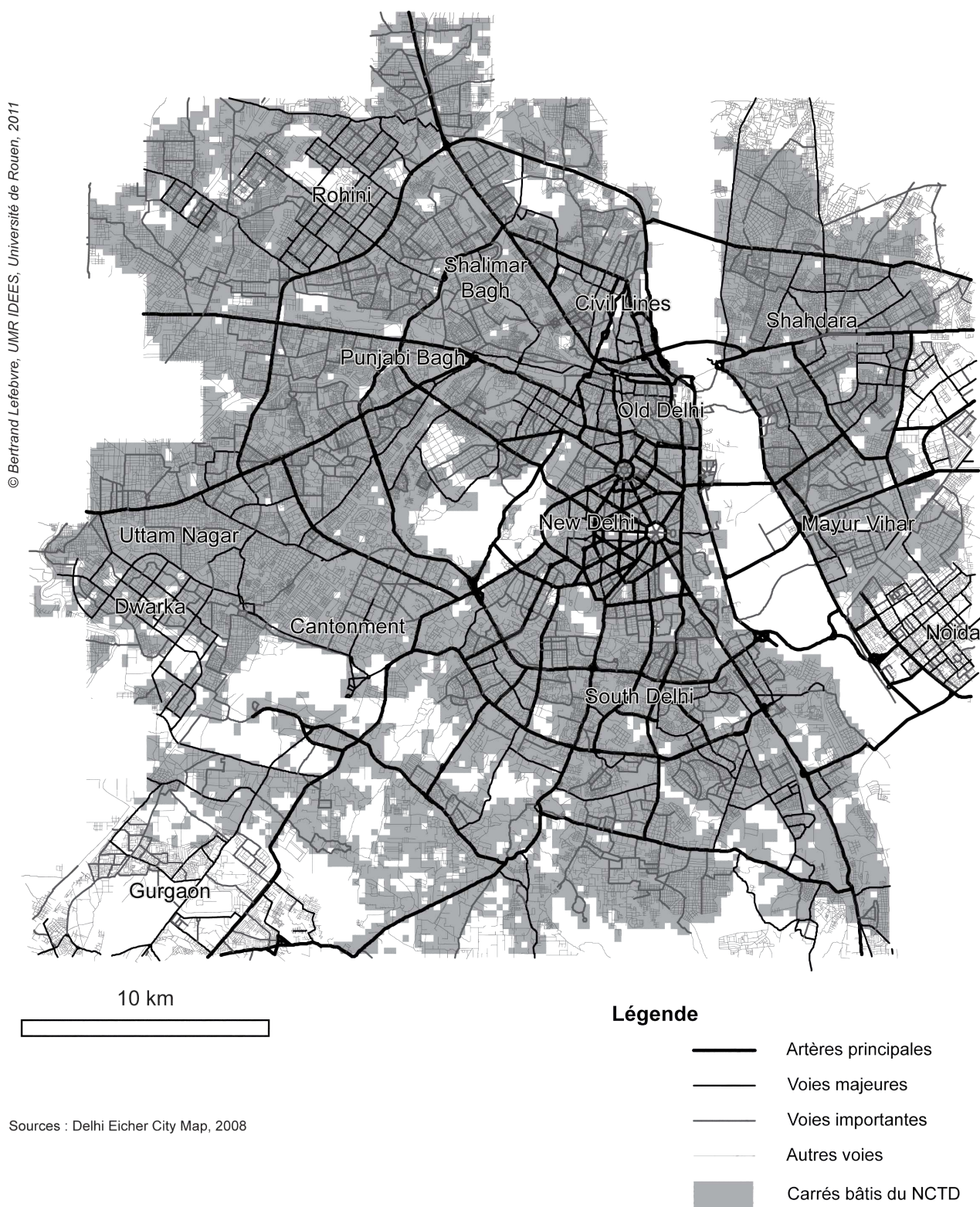


Illustration 61: Présentation du réseau de voiries (2008)

Mesurer la distance par le plus court chemin ne requiert pas simplement une extension logicielle

capable de générer plusieurs milliers d'opérations à l'échelle d'une agglomération urbaine mais aussi une base de données géolocalisée du réseau routier. Si ce type de bases de données s'est largement développé en Europe et ailleurs pour les besoins des systèmes de navigation embarquée GPS, la situation n'a évolué que très récemment en Inde. Nous avons approché en 2006 puis en 2007, l'entreprise Eicher GoodEarth Ltd pour obtenir ces bases de données géographiques. Cette entreprise réalise depuis plusieurs années un plan routier détaillé de l'agglomération de Delhi. À partir d'images satellites et de relevés sur le terrain, cette entreprise met à jour régulièrement son plan de Delhi, avec notamment une mise à jour importante tous les deux ans en moyenne. Nous avons utilisé ces bases de données pour localiser les établissements hospitaliers à travers la ville ainsi que pour mesurer la densité du bâti (Illustration 61 p.352). Le réseau de voiries tel que représenté par Eicher GoodEarth compte 119445 segments hiérarchisés en quatre classes (artère principale, voie majeure, voie importante, autre voie) pour une distance totale de 12316,24 km. Nous avons retenu aussi une partie du réseau en dehors de notre zone d'étude lorsque cela était possible, au sud et à l'est (Noida, Gurgaon, Ghaziabad, Loni), pour éviter un effet cul de sac qui limiterait les possibilités de générer les chemins les plus courts pour accéder aux établissements de la périphérie.

Pour représenter la population nous allons utiliser le carroyage de 250x250 (N=12609). Pour chacun des carrés nous avons créé le barycentre. Nous aurions pu calculer le barycentre en fonction de la distribution des surfaces bâties à l'intérieur de chaque carré comme en 2003 pour des calculs sur la densité de population (Chapelet & Lefebvre, 2005). Toutefois la taille de la maille retenue (250m par 250m) rend cette opération redondante. L'utilisation de la classification développée dans le chapitre précédent doit nous permettre de comprendre quelles sont les conditions d'accès pour les différents espaces de Delhi.

Pour représenter les établissements, nous avons repris les catégories définies dans le chapitre 6 (A, B, C, D, E1, E2) en fonction du secteur privé et public, pour 2002 et 2011. Il paraissait important de reprendre cette hiérarchisation pour bien comprendre comment les différents espaces de Delhi en services hospitaliers sont desservis. Être à proximité d'une petite clinique de quartier n'est pas la même chose qu'être à proximité d'un hôpital tertiaire public. De la même manière être à proximité d'un établissement hospitalier public peut potentiellement améliorer les conditions d'accès aux soins pour des populations pauvres. Être à proximité d'un hôpital d'une chaîne hospitalière ne changera rien à leurs conditions d'accès.

Établissements hospitaliers	Secteur Public		Secteur Privé		Total	
	N	%	N	%	N	%
Zone d'étude	70	94,6	754	95,1	824	95,0
Hors-zone d'étude	4	5,4	39	4,9	43	5,0
Total	74	100,0	793	100,0	867	100,0

Tableau 64: Établissements hospitaliers et zone d'étude

Comme nous l'avons vu précédemment, la zone couverte par le Delhi Eicher City Map ne correspond pas à l'ensemble du territoire du NCTD et nous avons donc procédé à une sélection des hôpitaux en fonction de leur localisation dans la zone couverte par le Delhi Eicher City Map. Nous avons exclu certains hôpitaux qui se trouvaient à proximité du carroyage mais qui n'étaient pas reliés par le réseau routier à la zone d'étude. Le Tableau 64 (p.354) présente la distribution des établissements retenus pour l'analyse de l'accessibilité par rapport à la base initiale. 95% des établissements ont donc été sélectionnés au final. 716 lits sur les 32447 lits recensés pour 2011 sont situés en dehors de la zone d'étude (2,2 %).

Nous avons mesuré pour chaque catégorie d'hôpital la distance par le plus court chemin entre le barycentre et l'établissement. Nous avons paramétré cette mesure sous l'extension Network Analyst d'Arcgis. Nous avons autorisé les demi-tours et la recherche d'établissements des deux côtés de la voie routière. Le réseau n'étant pas toujours représenté notamment pour les quartiers les plus denses, nous avons donné une limite de 5000 mètres pour chercher un établissement. Nous n'avons pas utilisé de mesure de vitesse en fonction du type de voie. La population de Delhi reste peu motorisée par rapport à des mesures similaires en Europe. La densité du trafic réserve bien des surprises à Delhi comme dans les grandes villes indiennes, les grands axes étant parfois plus lents à parcourir que certains axes secondaires. L'absence de données disponibles sur le trafic rend futile toute tentative d'intégrer une telle mesure à l'échelle de l'agglomération de Delhi. La mesure par le réseau nous permet donc surtout d'éviter l'écueil de la mesure euclidienne dans un espace urbain. Delhi est coupée en deux par le fleuve Yamuna, une zone protégée qui sur certaines portions est large de plusieurs kilomètres. Le réseau ferré, les espaces verts et les forêts sont autant d'espaces qui se transforment en barrière au sein de l'agglomération.

Exemple de mesure de distance par le plus court chemin

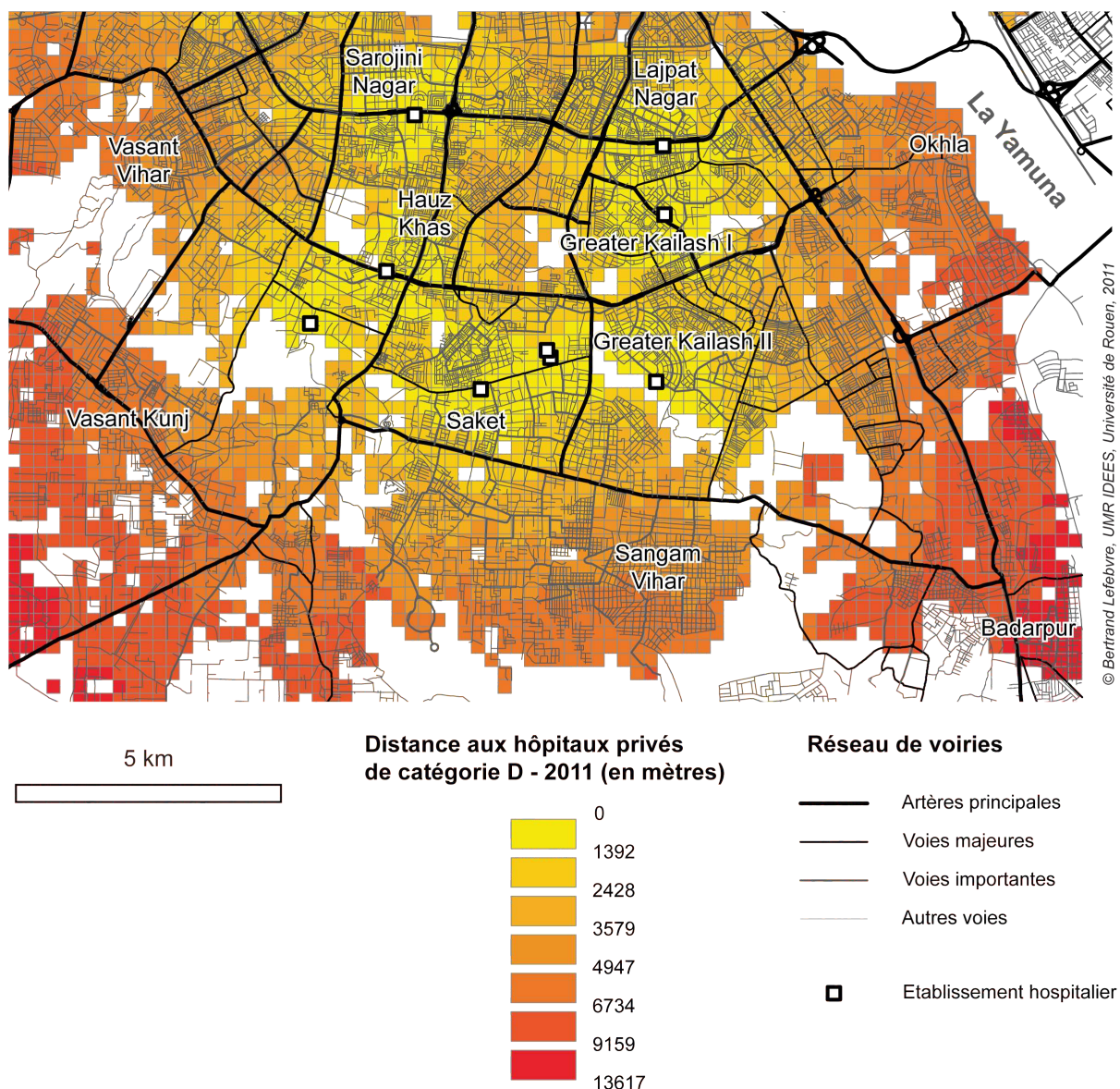


Illustration 62: Exemple de mesure par le plus court chemin

L'illustration 62 (p.355) présente la distance par le plus court chemin entre les barycentres des carrés et les hôpitaux privés de catégorie D ([100-30[lits) en 2011 sur le South Delhi. On peut observer comment la distance mesurée en mètres varie d'un carré à l'autre au gré du réseau routier. Au total nous avons ainsi calculé pour les 12609 carrés et leurs barycentres la distance aux 824 hôpitaux en fonction de leur catégorie (A, B, C, D, E1, E2) et des années (2002, 2011), soient 24 variables au total. Les résultats ne purent être obtenus pour 297 carrés (2,36% du total). Un problème de connectivité entre une partie des carrés et le reste du réseau de voiries explique cette absence de résultats. La localisation des carrés pour lesquels la distance n'a pu être obtenue correspond à des espaces cul-de-sac, notamment le long des voies ferrées lorsqu'aucune voie ne relie ces carrés au reste du réseau. Un bloc de

carrés situé de l'autre côté du Najafgarh Drain et dont le réseau routier n'est pas relié au reste de la ville sur notre base, fut aussi une source de problème. Sur ces 297 carrés, sept carrés renvoient des mesures de distances parce qu'un établissement hospitalier est situé à proximité. Au final 295497 distances ont été renvoyées par Network Analyst. Nous allons maintenant présenter ces résultats.

B. L'accessibilité aux services hospitaliers en 2011

B.1. Hiérarchisation et approche sectorielle de l'accessibilité

Avant de cartographier les résultats et de comprendre comment l'accessibilité aux services s'organise à l'échelle de l'agglomération, on se propose de présenter les premiers résultats afin de dégager des tendances générales. Le Tableau 65 (p.357) présente la moyenne des distances au plus proche établissement par catégories de services hospitaliers telles que définies précédemment (A, B, C, D, E1, E2), par secteur (public, privé) et par année (2002, 2011). Afin de remettre en contexte les mesures de distance, le nombre d'établissements par catégorie, par secteur et par année est aussi présenté, tout comme le nombre de nouveaux établissements créés entre 2002 et 2011. Malgré la plus ou moins grande dispersion des établissements hospitaliers à travers l'agglomération, plus le nombre d'établissements considérés est élevé, plus la distance moyenne à l'établissement le plus proche se réduit. Dans le secteur privé, les établissements de petites tailles sont les plus accessibles en moyenne par rapport aux grands établissements hospitaliers. Ainsi seuls 1714 mètres séparent en moyenne le barycentre d'un carré d'un établissement hospitalier privé de moins de 10 lits (catégorie E2), contre 10293 mètres pour un établissement hospitalier de plus de 500 lits (catégorie A).

Catégorie	Année	Secteur	A	B	C	D	E1	E2
Établissements hospitaliers	2002	Privé	2	7	9	36	155	245
		Public	8	5	2	14	24	7
	2011	Privé	3	10	25	57	194	340
		Public	9	6	7	17	25	5
Distance à l'établissement le plus proche (en mètres)	2002	Privé	11 414	7 326	6 659	4 358	2 589	2 144
		Public	9 167	7 809	11 406	5 429	5 033	9 475
	2011	Privé	10 293	6 364	4 711	3 382	2 091	1 714
		Public	7 220	7 783	6 775	5 177	5 252	9 460
Évolution Distance (en mètres)	2002-11	Privé	-1121	-961	-1948	-976	-497	-429
		Public	-1947	-25	-4632	-252	219	-15
Nouveaux établissements	2002-11	Privé	nil	1	8	14	76	201
		Public	nil	1	3	2	3	1

Tableau 65: Distance au plus proche établissement hospitalier par catégorie de services (2002-2011)

Dans le secteur hospitalier public, nous avons déjà vu que la distribution du nombre d'établissements ne suit pas une organisation pyramidale classique avec une réduction du nombre d'établissements à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie des services hospitaliers. Le nombre d'établissements de catégorie A dans le secteur public est supérieur à celui de la catégorie E2 aussi bien en 2002 qu'en 2011 (Tableau 65 p.357). Cette distribution affecte les mesures d'accessibilité. En moyenne un établissement public de catégorie A est plus accessible qu'un établissement appartenant à la catégorie E2 en 2011. On assiste même entre 2002 et 2011 à une réduction accrue de la distance aux établissements publics de plus de 500 lits par rapport au reste de la hiérarchie. Ces données sont importantes car elles apportent un nouvel éclairage sur le problème de la congestion des grands hôpitaux publics de Delhi. Si les patients court-circuitent l'organisation pyramidale du système hospitalier public de Delhi, ils le font avec d'autant plus de facilité que ces établissements sont en moyenne plus accessibles (7220 mètres en 2011) que la plupart des niveaux inférieurs de services hospitaliers publics à l'échelle de notre zone d'étude. Alors qu'ils devraient constituer le premier maillon du système hospitalier public et qu'ils devraient être accessibles au plus grand nombre, les établissements publics de moins de 10 lits, au nombre de cinq en 2011, se situent à une distance moyenne de 9460 mètres des barycentres du carroyage. L'absence d'investissements majeurs sur cet échelon des services hospitaliers signifie que la distance moyenne aux établissements publics de moins de 10 lits est pratiquement restée inchangée entre 2002 et 2011 (-15 mètres). L'augmentation du nombre d'établissements publics de catégorie C ([200-100[lits), soit par création (N=3), soit par augmentation de la capacité d'accueil a permis une nette amélioration de l'accessibilité à ce type d'établissements. La distance moyenne pour accéder à ces établissements est ainsi passée de 11406 mètres en 2002 à 6775 mètres en 2011 (-4632 mètres), soit la plus forte réduction de distance sur cette période (-40,6 %).

Hormis la catégorie d'établissements A (> 500 lits), les établissements du secteur privé sont en moyenne plus accessibles que les établissements publics en 2002 et en 2011. Cette meilleure accessibilité s'explique en grande partie par le nombre largement supérieur d'établissements hospitaliers privés sur notre zone d'étude. En 2011, on compte ainsi 69 établissements hospitaliers publics contre 629 établissements privés. Entre 2002 et 2011, 300 nouveaux établissements hospitaliers privés ont ouvert, contre 10 seulement pour le secteur public. Même si le nombre de fermetures fut aussi important notamment pour les petits établissements (cf. chapitre 6), ce dynamisme a permis une amélioration de l'accessibilité pour l'ensemble des catégories d'établissements hospitaliers privés. L'amélioration a été à nouveau très forte pour les hôpitaux de catégorie C ([200-100[lits) comme dans le secteur public (-1948 mètres, -29,2%).

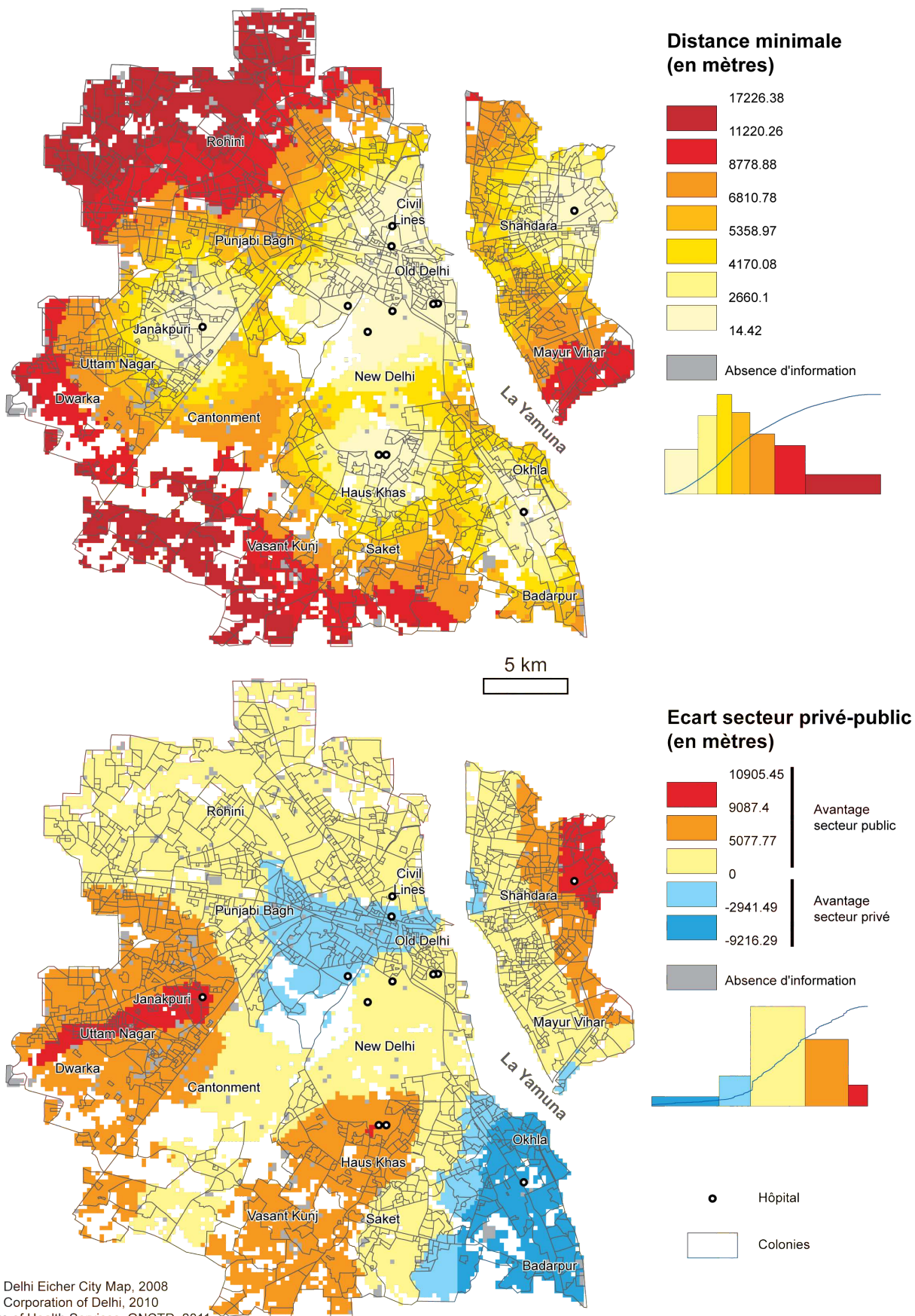
B.2. Distribution concentrique et accessibilité aux grands hôpitaux

On se propose d'utiliser une série de cartes pour présenter la distribution des accessibilités à l'échelle de l'agglomération urbaine. Une première carte représente la distance minimale entre le barycentre d'un carré et l'établissement hospitalier le plus proche selon sa catégorie (A, B, C, D, E1, E2). Cette carte nous permet d'apprécier à l'échelle de l'agglomération la plus ou moins bonne accessibilité aux différents services hospitaliers. Afin de faciliter la comparaison d'une carte à l'autre, une discrétisation des distances par quantile a été utilisée (nombre de classes : 7). Une deuxième carte représente la différence entre la distance minimale pour accéder à un hôpital du secteur privé et celle du secteur public pour une même catégorie. Lorsque le résultat est supérieur à 0, le ou les établissements hospitaliers publics sont les plus proches (teintes chaudes). Lorsque le résultat est inférieur à 0, le ou les établissements hospitaliers privés sont les plus proches (teintes froides). Toute valeur autour de 0, indique une proximité similaire au secteur privé et au secteur public. À l'échelle de l'agglomération cette mesure peut nous permettre d'apprécier l'équilibre entre secteur privé et secteur public et les possibilités d'accès pour tout ou portion de l'espace. Un hôpital privé peut être à proximité d'un quartier mais si un hôpital public de même niveau est situé dans le même espace, l'écart d'accessibilité entre secteur privé et public sera limité. Il existe un potentiel de choix pour la population. Les valeurs les plus fortes indiquent au contraire un déséquilibre dans la distribution sectorielle des établissements hospitaliers et la nécessité de couvrir une distance supplémentaire pour accéder à l'un ou l'autre secteur. Nous allons nous intéresser dans le présent point à l'accessibilité aux services hospitaliers de catégories A, B, C, composées d'établissements à la capacité d'accueil supérieure à 100 lits en 2011.

L'accessibilité aux hôpitaux de catégorie A (>500 lits) répond à un modèle centre-périphérie (Illustration 63 p.360). L'accessibilité à ce niveau de service est très faible dans les périphéries, notamment au sud et au nord-ouest. La distribution en pôle de plusieurs de ces établissements (AIIMS-Safdarjung Hospital, LNJP-MAMC Hospital) ne permet pas d'améliorer l'accessibilité à ce niveau de service. Des hôpitaux plus périphériques comme le GTB Hospital ou l'Apollo Hospital améliorent l'accessibilité dans des espaces urbanisés périphériques. L'accessibilité aux hôpitaux de catégorie A (>500 lits) est majoritairement à l'avantage du secteur public. 10401 carrés sur 12312 (84%) sont plus proches du secteur public que du secteur privé. Les espaces où l'accessibilité au secteur hospitalier privé est meilleure correspondent au voisinage immédiat de l'Apollo Hospital dans le sud, et au Sir Ganga Ram Hospital et au St Stephen's Hospital, deux établissements privés localisés au cœur de l'agglomération. Pour certaines périphéries, l'éloignement de ce cœur d'agglomération et de ces deux établissements explique la forte supériorité du secteur public comme par exemple pour la zone de Shahdara où le GTB Hospital est le recours le plus proche pour accéder à un établissement de niveau A.

Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie A (2011)

© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011



Sources : Delhi Eicher City Map, 2008
Municipal Corporation of Delhi, 2010
Directorate of Health Services, GNCTD, 2011

Illustration 63: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie A (2011)

L'accessibilité aux établissements hospitaliers de niveau B ([500-200[lits) répond à un modèle plus diffus (Illustration 64 p.362). Le nombre d'établissements est plus important mais aussi plus dispersé. La frange sud-ouest et certaines marges périphériques à l'est et au nord, restent éloignées de ces hôpitaux. Une zone centrale autour du Cantonment est particulièrement éloignée de cette catégorie d'hôpitaux, tout comme certains espaces intermédiaires entre Janakpuri et Punjabi Bagh mais à un degré moindre. Les écarts de distance entre secteur privé et secteur public sont à l'avantage du secteur privé. L'essentiel des quartiers qui composent l'East Delhi ont une meilleure accessibilité au service hospitalier public, de par l'absence d'équipements hospitaliers privés de cette catégorie dans cet espace. On peut repenser ici à la trajectoire d'un hôpital privé comme le EHIRC qui aurait dû ouvrir aux patients dans cette partie de l'agglomération. Dans le cœur historique de l'agglomération (Old Delhi, Civil Lines, New Delhi) l'accessibilité aux services hospitaliers de la catégorie B est aussi assurée par des hôpitaux publics, hérités pour la plupart de l'époque coloniale. De par le réseau routier, certaines infrastructures publiques ont un impact qui va bien au delà. Dans le reste de l'agglomération, le secteur privé est le plus largement accessible. Seuls 4921 carrés sur 12312 sont plus proches du secteur public (40%). Le développement d'un hôpital public à Rohini a rééquilibré la situation dans la partie nord-ouest de l'agglomération, tandis qu'une zone intermédiaire faute d'établissements publics à proximité est largement acquise au secteur privé dans tous l'ouest de Delhi. La zone de Dwarka-Uttam Nagar est très remarquable de ce point de vue.

Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie B (2011)

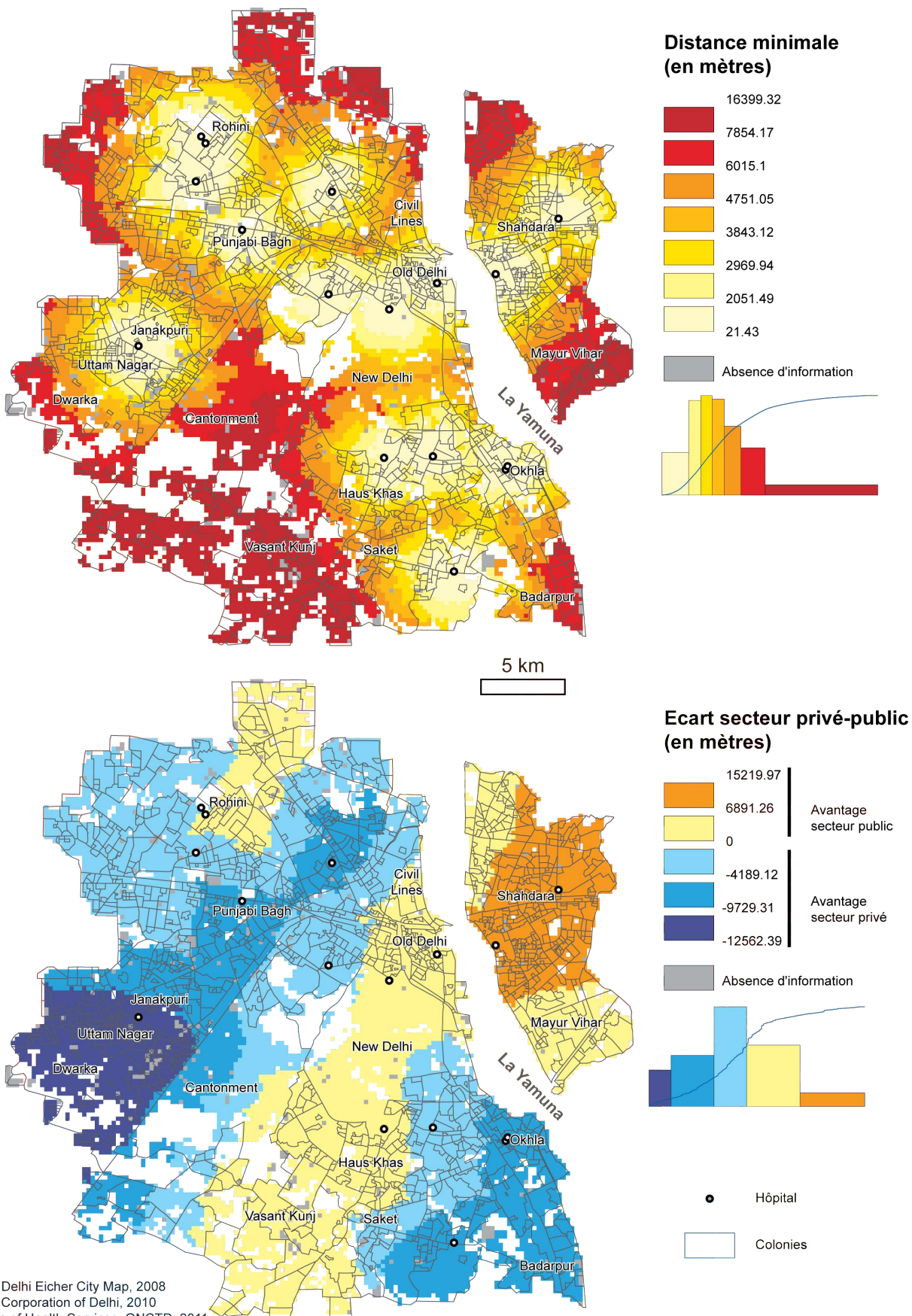


Illustration 64: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie B (2011)

L'illustration 65 (p.364) qui présente l'accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie C ([200-100[lits) retrouve une configuration spatiale très similaire à celle de la catégorie B. À nouveau un grand quart sud-ouest (Dwarka, Uttam Nagar, Cantonment) paraît très éloigné des établissements hospitaliers de cette catégorie. Des interstices marqués par une faible proximité à ces mêmes hôpitaux se font jour au cœur de New Delhi mais aussi entre Punjabi Bagh et Old Delhi. Enfin, des recoins comme du côté de Badarpur ou au nord de Shahdara sont très éloignés des hôpitaux de catégorie C.

À l'opposé certaines franges de la périphérie (Vasant Kunj au sud, Rohini au nord) paraissent suffisamment bien équipées pour maintenir une distance faible. Dans l'East Delhi, la différence d'accessibilité entre le nord et le sud de cette partie de l'agglomération est saisissante. Dans le cœur de l'agglomération (Old Delhi) et de la première couronne urbaine (Punjabi Bagh) l'accessibilité est meilleure. L'équilibre entre secteur privé et secteur public se structure autour de plusieurs pôles hospitaliers publics situés en périphérie et au cœur de l'agglomération. 3959 carrés ont une accessibilité au secteur public supérieure à celle du secteur privé (32%). Plusieurs hôpitaux publics situés à l'extrême sud ou au nord ont permis d'améliorer l'accessibilité alors que les hôpitaux privés restent peu présents dans ces espaces très périphériques. Par contraste, un large quart sud-est au nord de Badarpur et une partie de l'ouest de Delhi ont une meilleure accessibilité aux hôpitaux du secteur public.

Au final ces trois catégories d'hôpitaux restent fortement ancrés dans le cœur de l'agglomération. La cartographie de l'accessibilité à ces équipements confirme le caractère concentrique de leur distribution. On assiste toutefois à une déconcentration des services vers la périphérie, mais cela concerne essentiellement les hôpitaux de catégorie C.

Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie C (2011)

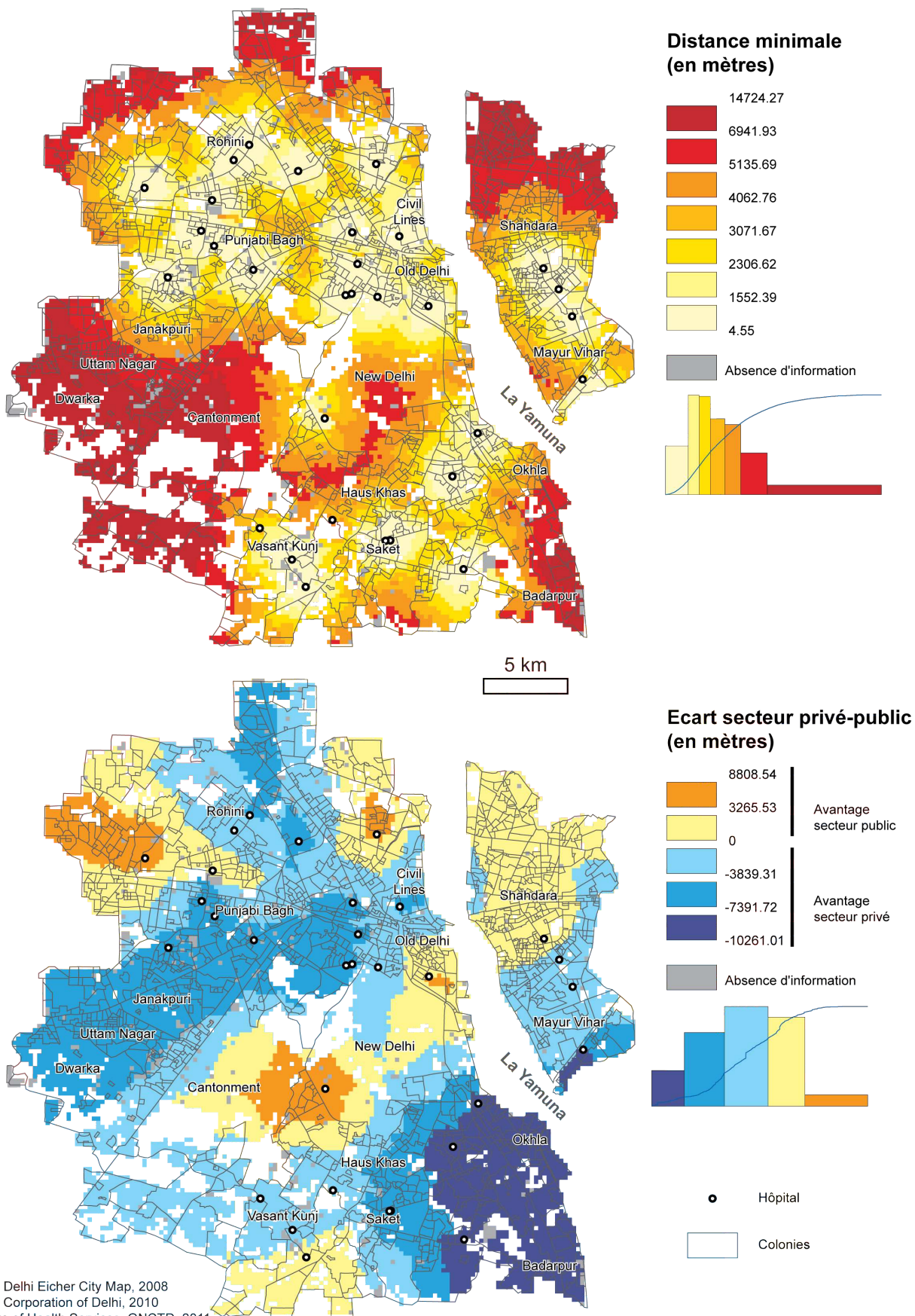


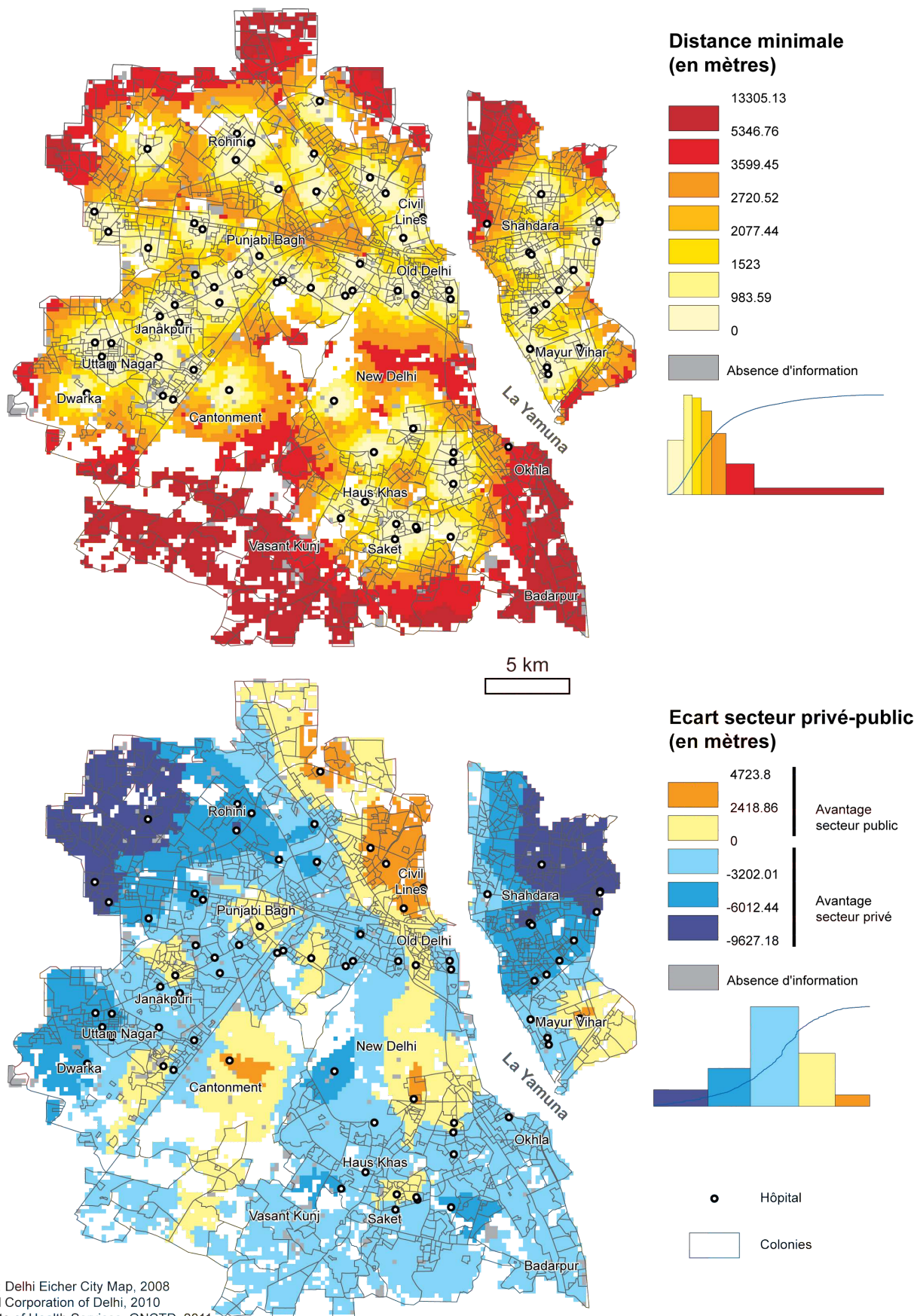
Illustration 65: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie C (2011)

B.3. Polycentrisme et accessibilité aux cliniques

De par leur taille et leur nombre, il est attendu que l'accessibilité aux cliniques et aux hôpitaux de moins de cent lits présente à l'échelle de l'agglomération une distribution spatiale différente de celle observée pour les hôpitaux précédents. Les hôpitaux de catégorie D ([100-30[lits) nous en offrent un bon exemple. Si l'accessibilité à partir des marges nord et sud reste très limitée, la distribution des établissements de catégorie D assure une bonne accessibilité sur l'ensemble du territoire surtout comparativement aux catégories précédentes (Illustration 66 p.366). Par opposition à des espaces interstitiels comme au nord et à l'est de Punjabi Bagh (voies ferrés) ou au cœur de New Delhi (zones administratives), les espaces résidentiels paraissent bien couverts par ce niveau de service hospitalier. On observe ainsi un chapelet d'établissements qui se distribue de manière relativement régulière le long d'une ligne imaginaire qui commencerait à Uttam Nagar jusqu'au sud de Punjabi Bagh, se poursuivrait ensuite jusqu'en limite sud d'Old Delhi et traverserait la Yamuna pour continuer dans l'East Delhi le long d'un axe intermédiaire entre Shahdara et Mayur Vihar. Cette disposition qui suit en fait une série d'axes majeurs (Najafgarh Road, Patel Road, Vikas Marg) s'explique par la réglementation urbanistique qui s'applique aux petits établissements. Si les établissements de taille supérieure doivent s'implanter obligatoirement sur des parcelles délimitées à cet effet par la DDA, la législation qui encadre l'établissement de cliniques (<50 lits) impose une localisation le long de certains axes notifiés et dont la largeur est réglementée.

Les écarts de distance entre secteur privé et public révèlent là encore de nouvelles configurations. Le faible nombre d'établissements publics par rapport aux établissements privés limite l'avantage du secteur public. Les aires d'influence du secteur public se limitent à plusieurs pôles comme Civil Lines, New Delhi, le Cantonment, et quelques établissements périphériques. Le poids des établissements municipaux dans cette catégorie explique cette distribution (New Delhi, Civil Lines, Cantonment). Le secteur privé semble comparativement beaucoup plus accessible même dans des espaces qui étaient peu ou mal desservis par ce secteur dans les catégories précédentes comme l'East Delhi. Seulement 2980 carrés ont une meilleure accessibilité au secteur public (24%) par rapport au secteur privé.

Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie D (2011)



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Sources : Delhi Eicher City Map, 2008
Municipal Corporation of Delhi, 2010
Directorate of Health Services, GNCTD, 2011

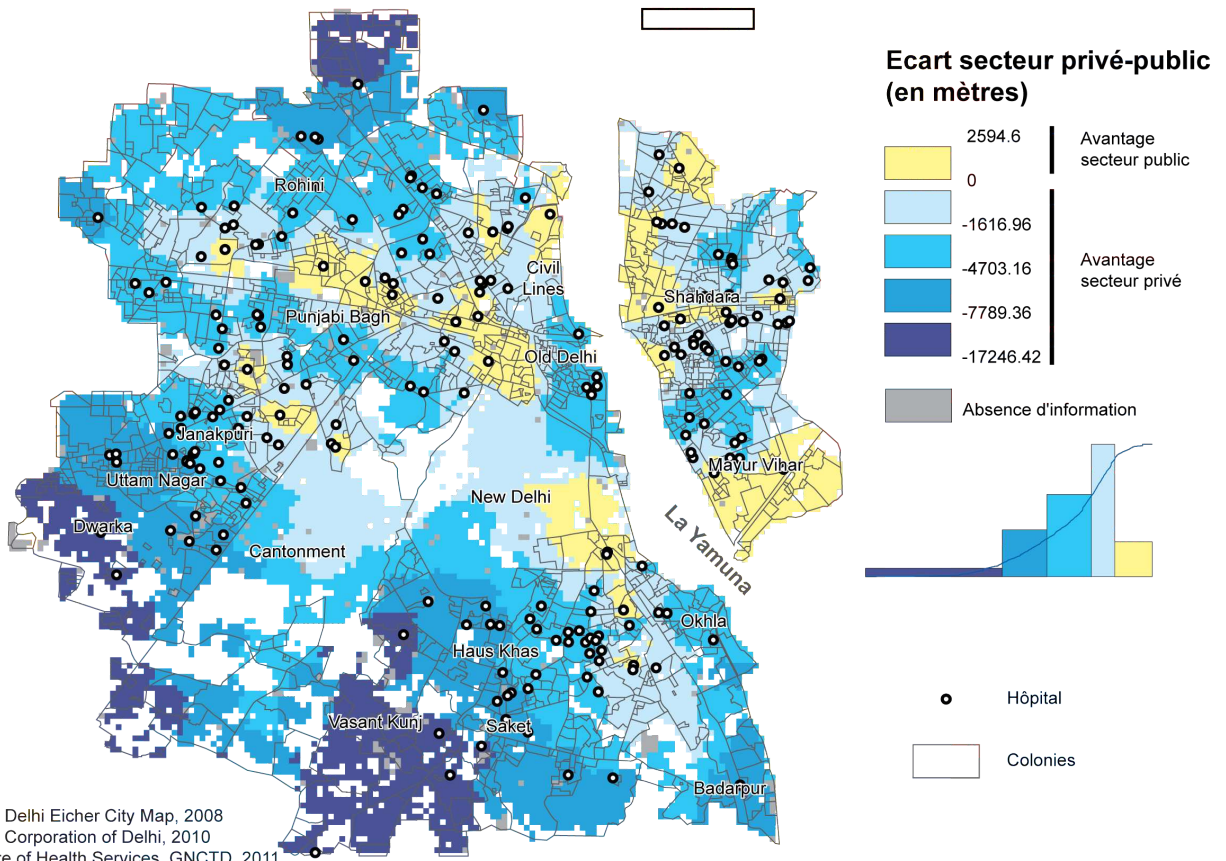
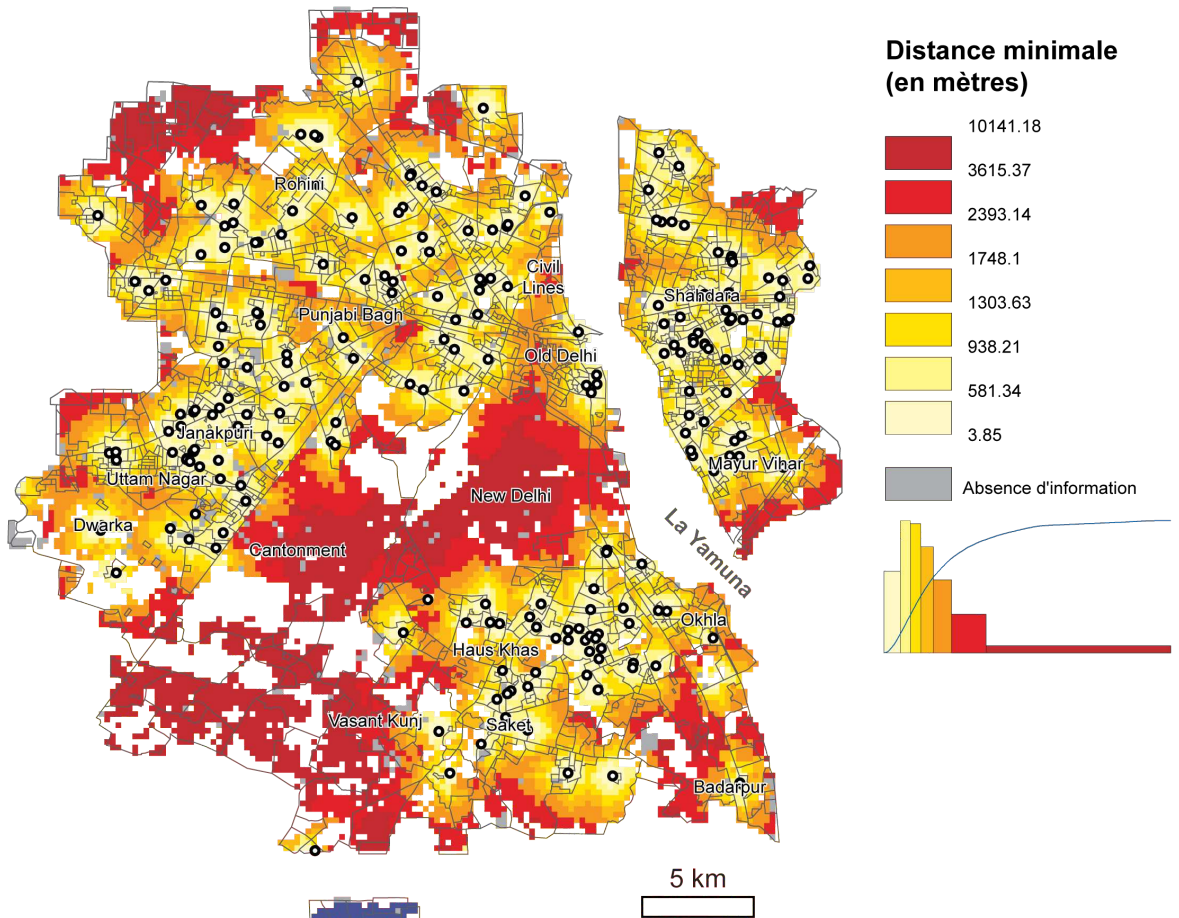
Illustration 66: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie D (2011)

La distribution des établissements hospitaliers de catégorie E1 ([30 – 10 [lits) s'inscrit dans la continuité des tendances observées pour la catégorie D (Illustration 67 p.368). Les marges ont une accessibilité limitée aux établissements hospitaliers, notamment dans le sud ouest. La faible accessibilité observée pour la catégorie D au cœur de New Delhi dans la zone administrative se renforce et s'étend désormais à une grande partie du territoire de New Delhi et du Cantonment. On observe un phénomène similaire autour de Punjabi Bagh, ou au nord de Badarpur, une zone industrielle et logistique majeure de Delhi (Okhla Industrial Area). L'accessibilité aux établissements de catégorie E1 est bien meilleure pour l'ensemble des *colonies* résidentielles. L'équilibre entre secteur privé et secteur public est nettement en faveur du premier pour la proximité aux établissements. Seuls 1423 carrés ont une meilleure accessibilité aux établissements publics (12%). À nouveau le nombre d'établissements privés et la faiblesse numérique des établissements publics expliquent une telle distribution. Néanmoins, l'absence d'établissements publics au sud d'une ligne Janakpuri-Okhla renforce l'écart d'accessibilité entre secteur privé et public à l'échelle de l'agglomération. Cet écart est maximal sur certaines marges où le secteur privé se présente pratiquement comme le seul choix possible au regard du niveau de soins fourni par ces établissements.

La distribution des établissements hospitaliers de catégorie E2 ([10-1[lits) ne présente aucune différence majeure avec la catégorie précédente (Illustration 68 p.369). Les *colonies* résidentielles sont privilégiées et ont une bonne accessibilité aux petites cliniques qui composent cette catégorie. Les zones administratives, industrielles, logistiques et peu denses (autour du Ridge) ont une accessibilité plus limitée à ce type de service. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, les petites cliniques tendent à privilégier une localisation dans des zones résidentielles ou commerçantes. L'écart d'accessibilité entre secteur public et secteur privé est encore plus déséquilibré en faveur de ce dernier. Seuls 165 carrés sur 12312 ont une meilleure accessibilité au secteur public (1,3%) et cela en raison du faible nombre d'établissements publics dans cette catégorie.

Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie E1 (2011)

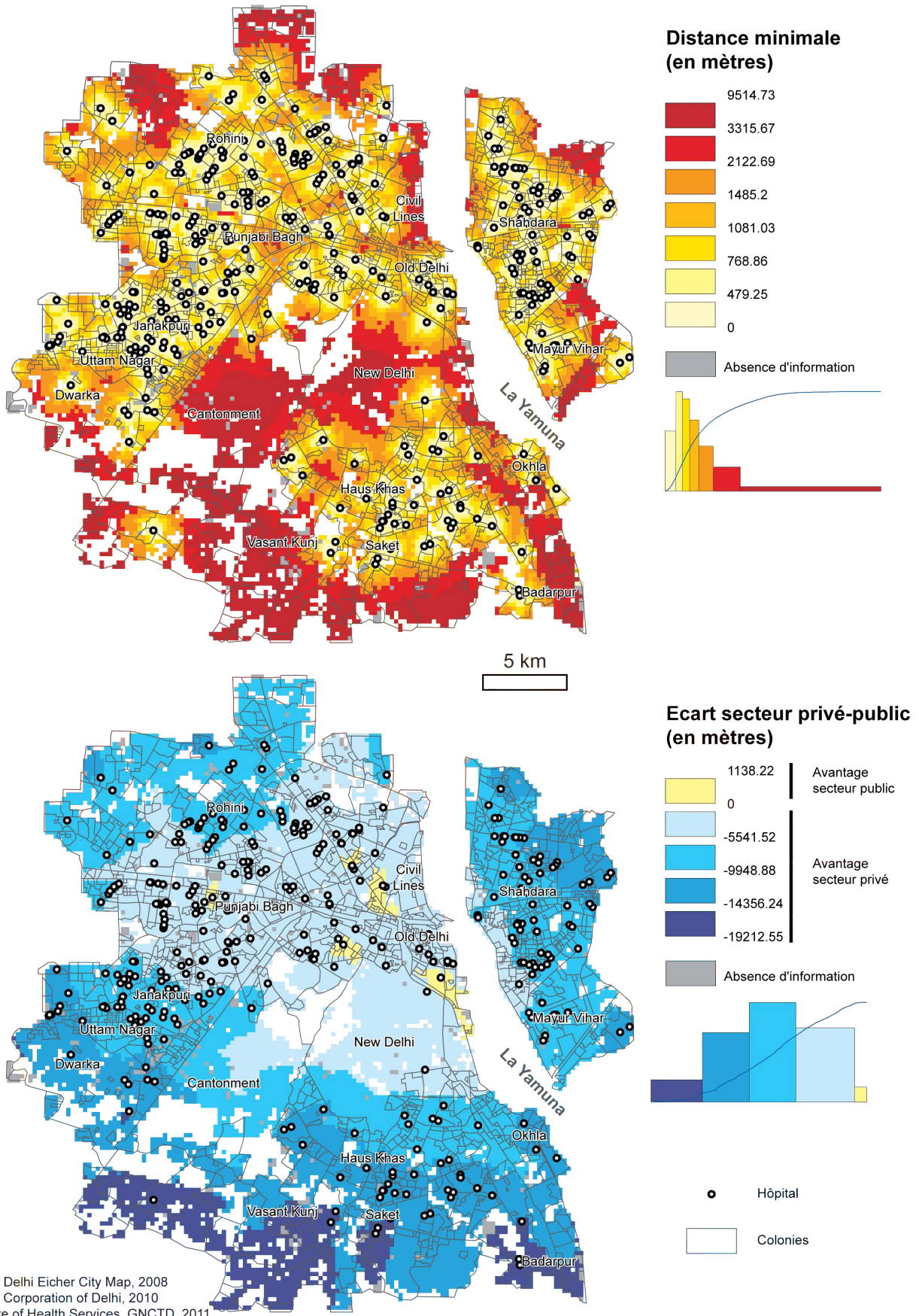
© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011



Sources : Delhi Eicher City Map, 2008
Municipal Corporation of Delhi, 2010
Directorate of Health Services, GNCTD, 2011

Illustration 67: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie E1 (2011)

Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie E2 (2011)



© Bertrand Lefebvre, UMR IDEES, Université de Rouen, 2011

Illustration 68: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie E2 (2011)

C. Accessibilité aux services hospitaliers et géographie de Delhi

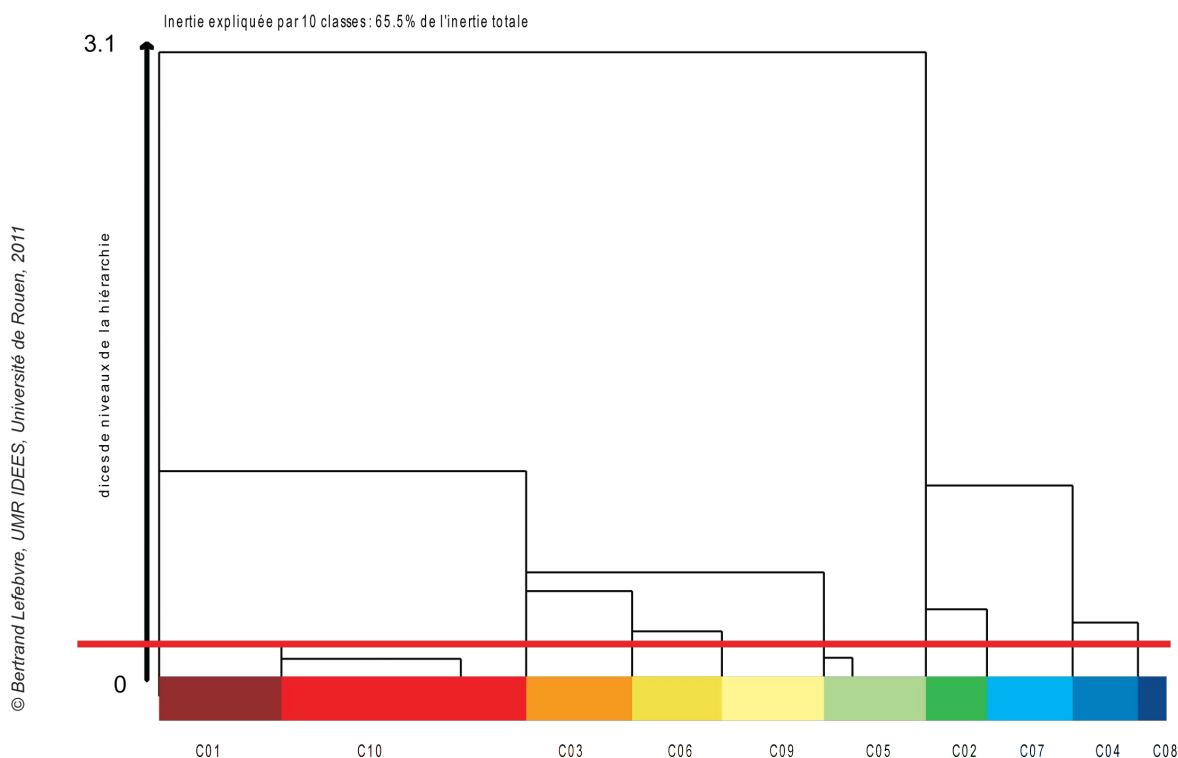
C.1. Une typologie de l'accessibilité

Avant d'aller plus en avant et de relier les différentes mesures d'accessibilité pour les services hospitaliers à une géographie sociale de Delhi, il paraît intéressant de présenter de manière synthétique l'ensemble des informations traitées précédemment. Nous avons vu qu'à l'échelle de la zone d'étude et en fonction du niveau de services, les mesures d'accessibilité étaient très variables. Par exemple, certaines parties de l'agglomération ont une bonne accessibilité aux grands hôpitaux publics mais pas aux petites cliniques privées, et inversement. Certains quartiers sont éloignés des hôpitaux publics mais bien desservis par les établissements privés. On devine que des niveaux de services hospitaliers compensent l'absence ou l'éloignement à d'autres niveaux de services. Afin de comprendre comment s'organise et se structure l'espace hospitalier de Delhi, on se propose de réaliser une analyse en Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) des différentes mesures d'accessibilité pour 2011.

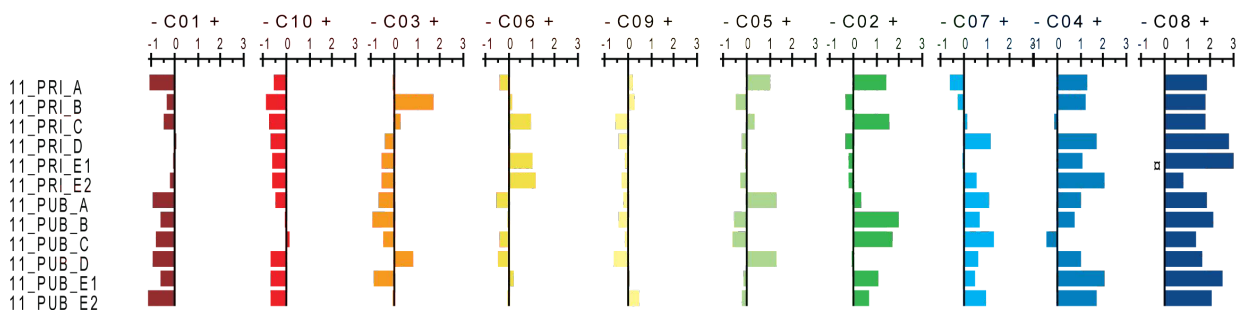
L'illustration 69 (p.371) présente le dendrogramme ainsi que le profil des classes créées à partir des distances minimales d'accès aux différents types d'établissements hospitaliers (12 variables). Un tableau vient présenter la moyenne des distances minimales pour chaque classes ainsi créée. Les profils représentent l'écart de chaque classe à la moyenne générale de chaque variable. L'écart est mesuré par écart-type. Une valeur négative indique que la distance moyenne de la classe pour une variable est inférieure à la distance moyenne générale de cette même variable. Plus les distances moyennes d'une classe sont inférieures aux distance moyennes générales, meilleure est l'accessibilité pour les carrés qui composent cette classe. Nous avons opté pour un découpage en dix classes qui explique 65,5 % de l'inertie totale de la distribution. Si le profil des classes nous rappelle la diversité des situations et la plus ou moins bonne accessibilité aux différents services pour chaque classe, la classification oppose des espaces qui ont une bonne accessibilité générale à l'ensemble des services hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, de grande et de petite taille comme pour les classes C01 et C10, à des espaces avec une accessibilité médiocre aux services hospitaliers, comme les classes C04 et C08.

Classification Ascendante Hiérarchique de l'accessibilité aux services hospitaliers (2011)

> Dendrogramme



> Profil des classes



Chaque bâton représente la distance de la moyenne de chaque classe à la moyenne générale. Cette distance est exprimée en nombre d'écart-types de chaque variable.
□ : bâton coupé à + ou - 3 écart-types

> Moyenne des distances par classe

Variables	Distance	Toutes	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	C10
V01 11_PRI_A	10293	5056	17090	9816	16319	15314	8492	7522	19116	11278	7794	
V02 11_PRI_B	6364	5002	5139	13079	11229	4394	6925	5212	13164	7438	2964	
V03 11_PRI_C	4711	3327	9022	5510	4346	5672	7263	5177	9686	3217	2565	
V04 11_PRI_D	3382	3418	2572	2342	7476	2854	3525	6111	10060	2452	1770	
V05 11_PRI_E1	2092	2003	1718	1133	3886	1937	3863	1956	7608	1833	1088	
V06 11_PRI_E2	1715	1401	1415	956	4493	1314	3296	2491	2881	1326	905	
V07 11_PUB_A	7220	3675	8524	4644	11103	12134	5267	11321	14044	6485	5469	
V08 11_PUB_B	7783	5167	16363	3818	10945	5346	7763	10615	16850	6095	7383	
V09 11_PUB_C	6775	3898	13038	4968	4949	4556	5287	11409	11634	6361	7273	
V10 11_PUB_D	5179	2333	5171	7595	8393	9044	3776	7006	10163	3311	3160	
V11 11_PUB_E1	5252	3114	9226	1942	12849	4861	6035	7051	14422	5505	2780	
V12 11_PUB_E2	9460	3613	12881	9422	17757	8329	9126	14087	19408	11847	6150	

Sources : Delhi Eicher City Map, 2008
 Directorate of Health Services, GNCTD, 2011
 Fait avec Philcarto - philcarto.free.fr

Illustration 69: Classification Ascendante Hiérarchique de l'accessibilité aux services hospitaliers (2011)

La cartographie des classes est un révélateur puissant de la géographie de l'accessibilité aux services hospitaliers. On doit bien sûr garder à l'esprit que chaque classe vient résumer l'ensemble de l'information et que l'appartenance à une classe pour un carré se joue sur le profil de l'ensemble des variables sélectionnées. L'illustration 70 (p.373) présente la distribution des différentes classes à l'échelle de notre zone d'étude. La distribution spatiale des classes reprend une structure concentrique identifiée à travers les différents traitements précédents. On remarque aussi une grande diversité de situation dans la périphérie que l'on soit à l'ouest, au sud ou à l'est. À partir de cette carte et des données de l'illustration 69 (p.371) nous allons maintenant analyser les caractéristiques de chaque classe.

La classe C01 est celle qui a la meilleure accessibilité à l'ensemble des services hospitaliers publics et privés. Parce qu'ils bénéficient de leur position centrale au cœur de Delhi, les quartiers qui composent cette classe ont une bonne accessibilité à la fois à certains des grands hôpitaux publics et privés créés à l'époque coloniale mais aussi aux hôpitaux et aux cliniques privés de l'après-Indépendance. La distribution de cette classe correspond peu ou prou aux limites du Delhi des années 1950 (Old Delhi, Civil Lines, New Delhi). La classe C10 présente un profil très similaire avec une meilleure accessibilité aux petites cliniques privées (Cat. E1, E2). La distribution de cette classe s'inscrit à nouveau dans l'histoire du développement urbain de Delhi. Encore à proximité du centre urbain, ces quartiers bénéficient d'une bonne accessibilité aux grands campus hospitaliers publics de l'époque coloniale. Mais ces nouvelles zones urbaines, développées à partir des années 1960 (Rajouri Garden, Punjabi Bagh, Janakpuri, Lajpat Nagar, Greater Kailash,...) ont aussi vu se construire, parfois tardivement, de nouveaux établissements publics et privés qui leur assurent aujourd'hui une bonne accessibilité à ces services. La classe C03 présente un profil très similaire et couvre une grande partie de l'East Delhi. Cette zone a bénéficié de nombreuses ouvertures d'établissements dans le secteur privé comme dans le secteur public au cours de la dernière décennie. Ce rattrapage n'a toutefois pas permis de réduire la faible accessibilité du secteur aux hôpitaux privés tertiaires (Cat B, Cat. C >100 lits) qui se sont pourtant développés dans le reste de l'agglomération. La classe C06 représente les zones administratives de New Delhi et du Cantonment ; si l'accessibilité générale reste bonne, les normes et la réglementation urbaine ont considérablement limité le développement du secteur hospitalier privé dans cette partie de Delhi et donc son accessibilité.

Typologie de l'accessibilité aux services hospitaliers de Delhi (2011)

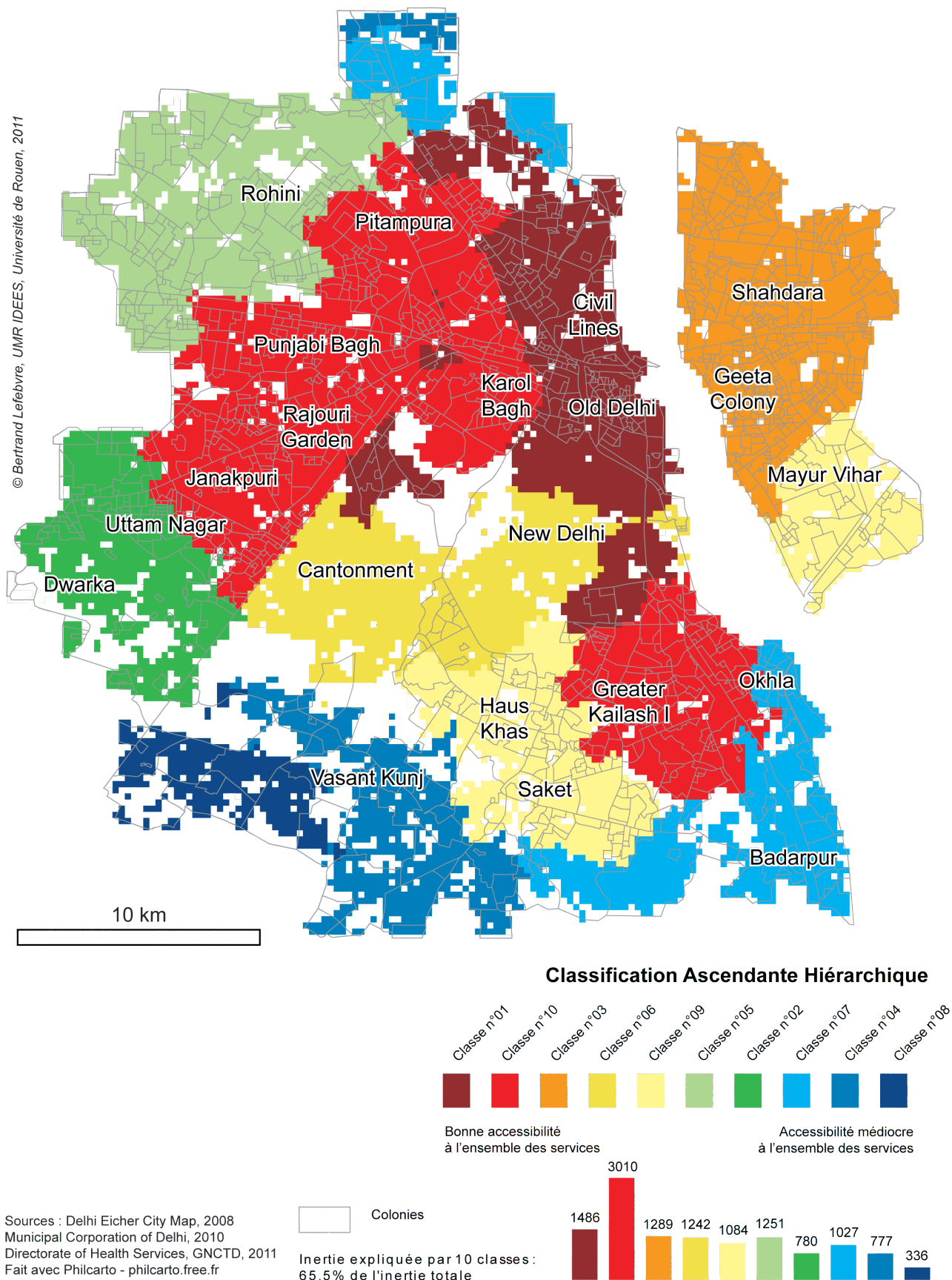


Illustration 70: Typologie de l'accessibilité aux services hospitaliers de Delhi (2011)

La classe C09 présente une accessibilité générale plus faible à l'ensemble des services que les classes précédentes. Se distribuant sur le district South East et sur la moitié ouest du South Delhi, la position plus périphérique des quartiers qui composent cette classe et ce faisant leur éloignement des grands hôpitaux privés du centre crée une situation où le secteur hospitalier public, et notamment les établissements tertiaires restent très accessibles. Les petits établissements privés sont plus accessibles qu'ailleurs.

La classe C05, qui se distribue sur une large frange nord-ouest de Delhi autour de Rohini, présente une accessibilité contrastée aux services hospitaliers, la position périphérique de ces quartiers les tient éloignés des grands hôpitaux tertiaires privés et publics du centre. Zones d'urbanisation plus récentes, les petites cliniques privées s'y sont implantées. On assiste toutefois au développement de nouveaux établissements publics (cat. C., cat. B) qui viennent améliorer l'accessibilité aux services hospitaliers. Dans une situation intermédiaire cet espace est donc en voie d'équipement. La classe C02 qui se distribue entre Dwarka et Uttam Nagar est marquée par une accessibilité médiocre qui devait être la situation encore récemment de la classe C05. Les petites cliniques privées (Cat. D, E1, E2) ont colonisé ces quartiers et sont très accessibles, mais les grands investissements et les grands établissements sont encore absents. L'accessibilité au secteur public est très faible dans cette partie de Delhi.

Les classes C07, C04 et C08 présentent une accessibilité aux services hospitaliers très mauvaise. La position périphérique de ces quartiers situés aux marges de l'agglomération de Delhi les tient éloignés de la plupart des équipements hospitaliers. La classe C07 située autour de Badarpur bénéficie d'une accessibilité privilégiée pour les hôpitaux privés tertiaires de par la proximité du Batra Hospital et de l'Apollo Hospital. La classe C04 située sur les marges sud de l'agglomération présente une accessibilité très faible pour l'ensemble des catégories sauf pour les hôpitaux publics et privés de catégorie C ([200-100[lits) qui ont ouvert récemment (p. ex. Fortis Healthcare à Vasant Kunj). Enfin la classe C08 est tout simplement éloignée de tous les services hospitaliers privés et publics.

Au final cette CAH nous a permis de souligner les résiliences de la distribution des services hospitaliers et leur impact sur l'accessibilité aux services hospitaliers encore aujourd'hui. Les différentes catégories qui se distribuent en périphérie nous rappellent aussi les dynamiques différentielles qui peuvent exister pour ces quartiers, entre Rohini dont l'équipement est en bonne voie, Dwarka dont l'équipement est encore au stade de la planification, et des marges plus périphériques peu ou mal équipées (Uttam Nagar). Nous allons maintenant confronter l'accessibilité à la géographie sociale de Delhi.

C.2. Les quartiers face à l'accessibilité

Dans le chapitre précédent nous avons développé une typologie de l'espace urbain basée sur plusieurs variables afin de représenter la ségrégation socio-spatiale et fonctionnelle à l'œuvre dans l'agglomération. À partir d'hypothèses reposant sur l'importance des choix résidentiels dans les phénomènes de ségrégation sociale dans les villes indiennes, et particulièrement à Delhi, nous avons développé une analyse multivariée (densité du bâti, taxe foncière, part des surfaces commerciales et industrielles) couplant Analyse en Composante Principale et Classification Ascendante Hiérarchique. À partir de ce travail statistique nous avons ensuite regroupé plusieurs classes entre elles pour gagner en lisibilité sur l'organisation sociospatiale de Delhi.

Illustration 71 (p.376) vient rappeler la distribution des différentes classes ainsi définies à l'échelle de l'agglomération. Parce que nous avons utilisé le même carroyage pour mesurer la distance par le plus court chemin aux différentes catégories d'établissements hospitaliers, nous avons croisé pour chaque carré les deux classes d'information. Sous LibreOffice la procédure de recherche verticale (*Lookup tables*) nous a permis de lier l'ensemble des données grâce au géocode commun aux deux sources de données. Puis avec la création d'un tableau croisé dynamique nous avons calculé une moyenne de la distance minimale aux différents établissements hospitaliers pour chacune des classes définissant les quartiers.

Delhi : Ségrégation urbaine et sociale (2010)

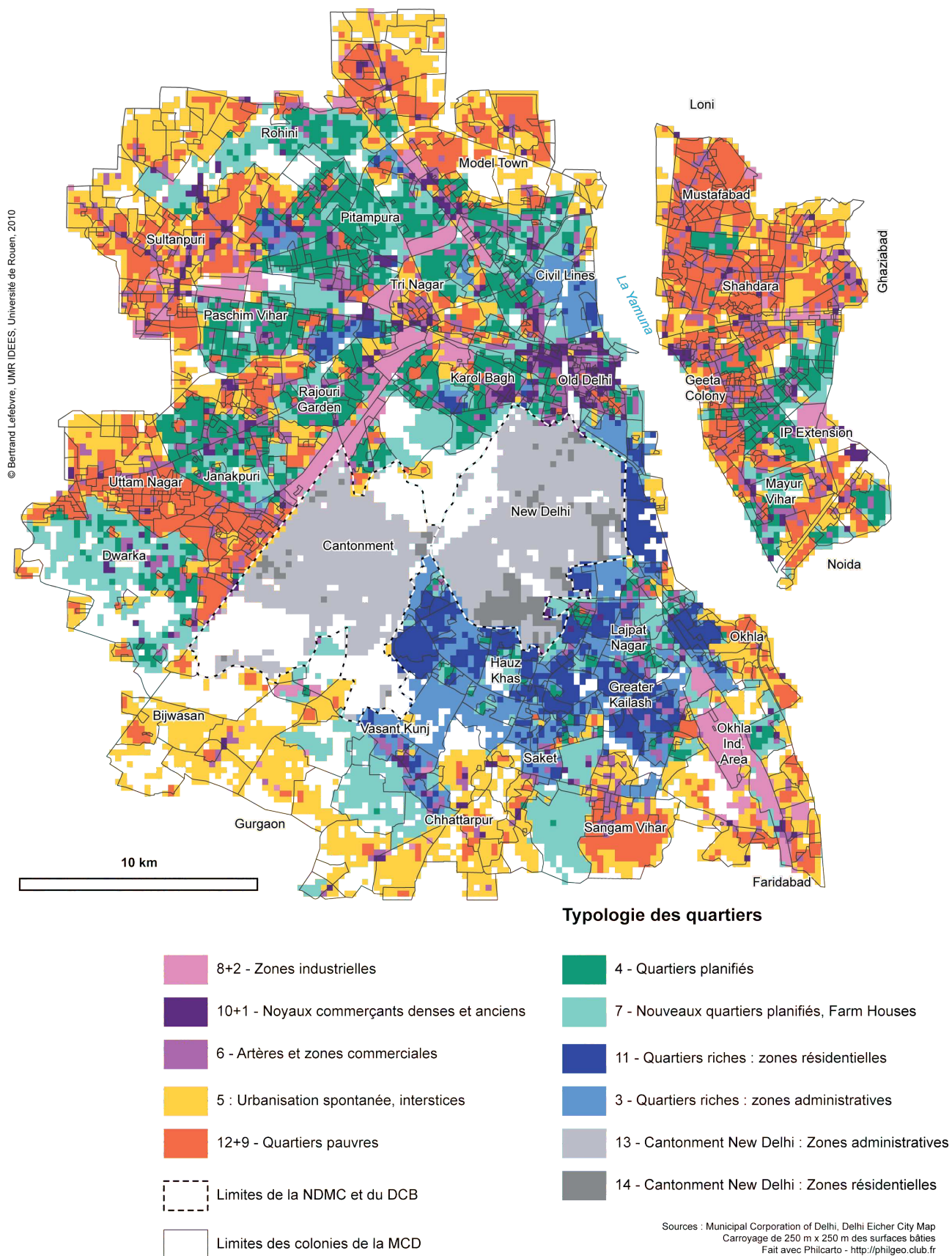


Illustration 71: Delhi : Ségrégation urbaine et sociale (2010)

Il nous paraît intéressant dans un premier temps de séparer l'analyse du secteur hospitalier privé de celle du secteur hospitalier public. Le Tableau 66 (p.377) présente pour 2011 la moyenne des distances par le plus court chemin pour chaque catégorie d'établissements hospitaliers privés (A, B, C, D, E1, E2) et pour chaque catégorie de quartiers. Nous avons surligné en gras les distances supérieures à la moyenne générale.

CAT2011	Nom	NB de carrés	Moyenne des distances (en mètres)					
			A	B	C	D	E1	E2
4	Quartiers planifiés	1421	9391	4752	2948	1889	1141	786
11	Quartiers riches : zones résidentielles	627	7982	4500	3610	2714	1414	1218
3	Quartiers riches : zones administratives	789	8311	5275	3104	2727	1719	1477
10+1	Noyaux commerçants, denses et anciens	336	8508	5761	3501	2564	1551	1271
6	Artères et zones commerciales	936	9391	6167	3814	2385	1282	964
8+2	Zones industrielles	556	7757	5459	3927	3478	1903	1589
14	New Delhi : zones résidentielles	138	8062	5055	5618	2666	2635	2224
7	Nouveaux quartiers planifiés	1735	10796	5692	4248	3313	2045	1896
12+9	Quartiers pauvres	2101	11357	7257	5522	3180	1537	1357
13	New Delhi : zones administratives	1189	7896	6494	6419	3553	3818	3098
5	Quartiers pauvres périphériques	2771	12962	8031	5856	5097	2912	2256
Total	Total	12599	10293	6364	4711	3382	2091	1714

Tableau 66: Accessibilité aux différents types d'établissements et typologie de quartiers : secteur privé – 2011 (en mètres)

On constate tout d'abord qu'en moyenne, l'accessibilité aux établissements hospitaliers privés pour les quartiers périphériques pauvres est très difficile (C05). Il en va de même pour les quartiers de New Delhi qui correspondent aux zones administratives (C13). Ces espaces sont très éloignés de l'offre hospitalière privée en général. La situation des quartiers pauvres (C12+9) est à peine meilleure. Seule la proximité des petits établissements (D, E1, E2, [100-1[lits) vient compenser la faible accessibilité aux grands hôpitaux tertiaires du secteur privé pour ces quartiers. Les nouveaux quartiers périphériques ont une meilleure accessibilité générale mais sont très éloignés des hôpitaux de catégorie A (> 500 lits) ainsi que des petites cliniques (catégorie E2, <10 lits). Les quartiers résidentiels de New Delhi (C14) bénéficient de leur proximité aux autres quartiers résidentiels du South Delhi pour avoir une bonne accessibilité aux établissements hospitaliers tertiaires (Illustration 71 p.376). Les zones industrielles et commerciales, anciennes et plus récentes, bénéficient d'une bonne accessibilité à l'ensemble des établissements hospitaliers privés. La proximité entre petites cliniques privées et zones commerciales vient nous rappeler le rôle joué par la réglementation urbaine en matière de localisation des petits établissements hospitaliers privés. Les zones commerciales comptent la deuxième meilleure accessibilité aux établissements de catégorie D, E1, E2 (<100 lits). Les trois derniers types de quartiers ont une très bonne accessibilité à l'ensemble des établissements hospitaliers privés (C04, C11, C03). Les espaces

institutionnels des quartiers riches (C03) ont une des meilleures accessibilités aux établissements privés tertiaires. Il faut y voir ici une des conséquences de la politique de la DDA d'ouverture des parcelles publiques à des opérateurs privés. Au final, à travers ces distances moyennes d'accessibilité se lit en sus des questions de développement, d'attractivité et de répulsion de certains types de quartiers pour les opérateurs privés.

CAT2011	Nom	NB de carrés	Moyenne des distances par le plus court chemin					
			A	B	C	D	E1	E2
14	New Delhi : zones résidentielles	138	3139	4502	5207	3257	5345	7725
10+1	Noyaux commerçants, denses et anciens	336	6161	6049	5248	4153	3807	6935
4	Quartiers planifiés	1421	6470	6777	5898	3890	3338	6446
11	Quartiers riches : zones résidentielles	627	4737	5033	6931	3670	4782	9225
13	New Delhi : zones administratives	1189	4906	7169	5298	3488	5569	8119
6	Artères et zones commerciales	936	6157	6775	5939	4518	3566	7822
3	Quartiers riches : zones administratives	789	5007	5478	6088	3564	5492	9654
8+2	Zones industrielles	556	7871	8449	8333	5531	3838	8924
12+9	Quartiers pauvres	2101	7662	8181	7286	6099	4551	9705
7	Nouveaux quartiers planifiés	1735	7644	8579	7114	4934	6050	9977
5	Quartiers pauvres périphériques	2771	9808	9675	7679	7233	7241	12196
Total	Total	12599	7220	7783	6775	5177	5252	9460

Tableau 67: Accessibilité aux différents types d'établissements et typologie de quartiers : secteur public – 2011 (en mètres)

L'accessibilité aux établissements du secteur hospitalier public présente une distribution des classes de quartiers différente (Tableau 67 p.378). Toutefois, les quartiers pauvres (C12+9) et surtout les quartiers pauvres périphériques (C5) ont en moyenne la plus mauvaise accessibilité aux établissements hospitaliers publics. Loin de compenser les difficultés à accéder aux services hospitaliers privés, l'accessibilité aux services hospitaliers publics rejette les quartiers pauvres dans une situation inextricable d'éloignement total aux services hospitaliers, même pour les plus petits établissements qui pourraient être déployés à proximité de ces quartiers. Les nouveaux quartiers planifiés (C7) pâtissent aussi de leur position périphérique. La lenteur de l'appareil public à développer et ouvrir de nouveaux hôpitaux en périphérie que nous avons décrite dans le chapitre 4, trouve ici sa traduction en matière d'accessibilité. Les difficultés d'accessibilité des zones industrielles (C8+12) sont en réalité partielles. Les hôpitaux de l'ESIC sont bien implantés dans ces espaces et les employés des entreprises peuvent bénéficier des services de ces établissements. La bonne accessibilité aux établissements hospitaliers publics concerne en fait les quartiers les plus anciens. De Old Delhi (C10+1) en passant par New Delhi (C13, C14) et les quartiers au développement planifié depuis les années 1950 (C4, C11, C3), ces espaces bénéficient encore aujourd'hui des effets positifs des investissements passés. Ils bénéficient aussi, notamment pour les services hospitaliers tertiaires, de leur centralité (Illustration 71 p.376).

CAT2011	Nom	NB de carrés	moyenne des distances par le plus court chemin					
			A	B	C	D	E1	E2
5	Quartiers pauvres périphériques	2771	-990	-1439	-2151	-876	-1170	-1262
13	New Delhi : zones administratives	1189	-2959	237	-2444	-2116	482	137
12+9	Quartiers pauvres	2101	-879	-1354	-1834	-1395	-680	-510
7	Nouveaux quartiers planifiés	1735	-1140	-972	-2196	-1051	-643	-137
4	Quartiers planifiés	1421	-1041	-1380	-2237	-877	-71	-174
8+2	Zones industrielles	556	-890	-1020	-1692	-729	-735	-220
6	Artères et zones commerciales	936	-820	-837	-1977	-974	-351	-323
10+1	Noyaux commerçants, denses et anciens	336	-590	-845	-1600	-869	-436	-306
14	New Delhi : zones résidentielles	138	-1912	127	-1310	-714	140	3
11	Quartiers riches : zones résidentielles	627	-752	-120	-864	234	-63	-60
3	Quartiers riches : zones administratives	789	-471	-321	-1007	271	-115	18
Total	Total	12599	-1121	-961	-1948	-976	-497	-429

Tableau 68: Écart entre les distances moyennes de 2002 et 2011 pour le secteur hospitalier privé (distance 2002-distance 2011, en mètres)

Lors du calcul des distances par le plus court chemin, nous avons aussi mesuré la distance aux établissements hospitaliers de 2002 pour chaque carré. Nous pouvons donc pour chaque catégorie d'établissements évaluer si l'accessibilité s'est améliorée ou non et pour quel type de quartiers au cours de la dernière décennie. Le Tableau 68 (p.379) présente l'évolution des distances moyennes d'accès à l'établissement le plus proche pour chaque catégorie d'établissements et pour chaque classe de quartier. Ce tableau présente les résultats du secteur privé. L'amélioration de l'accessibilité aux différents niveaux de services hospitaliers peut être expliquée par des ouvertures de nouveaux établissements mais aussi par l'agrandissement d'établissements déjà établis. Les baisses sont mesurées en mètres et les baisses supérieures à la moyenne sont figurées en gras. On constate une amélioration générale de l'accessibilité pour l'ensemble des catégories et pour l'ensemble des quartiers. On constate néanmoins que la diminution des distances est particulièrement forte pour les quartiers pauvres, et les quartiers pauvres périphériques. La diminution est aussi importante pour les nouveaux quartiers planifiés et les zones administratives de New Delhi. C'est un des effets de la déconcentration du secteur hospitalier privé vers la périphérie conjuguée à la faiblesse de l'équipement hospitalier dans ces espaces. Même l'ouverture d'un seul établissement peut considérablement réduire la distance minimale pour accéder à une catégorie d'établissements. Pour les quartiers pauvres (C05), l'accessibilité aux petits établissements (E1, E2) s'est particulièrement améliorée alors que pour les nouveaux quartiers planifiés (C07) et les zones administratives (C13), la réduction des distances a surtout concerné les grands hôpitaux tertiaires (A, B, C, voire D). On voit donc qu'en périphérie la dynamique des petites cliniques et celle des grands hôpitaux privés continue de diverger. Ouvrir un nouvel hôpital est un investissement de long et de moyen terme. Comme le rappellent volontiers les managers des hôpitaux privés, et particulièrement des chaînes hospitalières, le marché sur lequel on s'implante est déterminant dans le succès futur d'un établissement (contact n°88, 09/03/09). Les opportunités foncières pour ouvrir un nouvel hôpital sont

en périphérie, à Delhi comme ailleurs. Mais c'est aussi sur ces marges périphériques que le futur de Delhi se crée, que la population va croître et avec elle la demande de soins. S'implanter dans une zone mal équipée est l'assurance de capter à moyen terme les nouveaux habitants qui vont s'installer dans ces périphéries en phase d'urbanisation rapide et de prendre ainsi un avantage décisif sur les concurrents. Les quartiers planifiés ont aussi vu l'accessibilité aux établissements B et C ([500 – 100[lits) progresser plus rapidement que la moyenne. Pour les quartiers riches, les quartiers résidentiels de New Delhi et les zones commerciales, l'amélioration de l'accessibilité est plus mesurée. Pour ces espaces qui restent encore aujourd'hui les mieux desservis en services hospitaliers, il faut y voir une saturation locale du secteur hospitalier privé. Les terrains sont peu nombreux et la concurrence plus rude.

Le Tableau 69 (p.380) présente l'évolution de l'accessibilité aux établissements du secteur hospitalier public entre 2002 et 2011. La tendance générale à l'amélioration de l'accessibilité se fait aussi sentir, mais de manière moins nette que pour le secteur privé. Le plus faible dynamisme du secteur public tient évidemment une grande part d'explication dans cette tendance. Selon la taille de l'établissement, les différences sont très marquées. Pour des établissements de catégorie A et C qui voient l'accessibilité moyenne progresser drastiquement (-1947 mètres, -4632 mètres), la moyenne des distances minimales aux établissements de catégorie E1 augmente de 219 mètres. Encore plus étonnant, alors que l'accessibilité aux grands établissements s'améliore pour les quartiers périphériques en général, et pour les quartiers pauvres en particuliers, l'accessibilité aux petits établissements progresse dans les quartiers riches et New Delhi.

CAT2011	Nom	NB de carrés	Moyenne des distances par le plus court chemin					
			A	B	C	D	E1	E2
5	Quartiers pauvres périphériques	2771	-2037	-756	-6711	173	289	41
4	Quartiers planifiés	1421	-2586	-481	-5393	-90	69	685
12+9	Quartiers pauvres	2101	-2840	1	-6077	322	-526	1399
7	Nouveaux quartiers planifiés	1735	-2209	326	-4729	-438	338	-507
10+1	Noyaux commerçants, denses et anciens	336	-1630	-632	-4835	275	8	-14
8+2	Zones industrielles	556	-1789	38	-4402	-384	182	-402
6	Artères et zones commerciales	936	-2259	187	-5039	60	-145	592
3	Quartiers riches : zones administratives	789	-155	-254	-2228	-147	392	-2063
11	Quartiers riches : zones résidentielles	627	-166	-87	-1028	-241	416	-2482
14	New Delhi : zones résidentielles	138	-637	788	-10	-583	333	-1487
13	New Delhi : zones administratives	1189	-1221	1701	-41	-2542	1514	-235
Total	Total	12599	-1947	-25	-4632	-252	219	-15

Tableau 69: Écart entre les distances moyennes de 2002 et 2011 pour le secteur hospitalier public (distance 2002-distance 2011, en mètres)

En fait une partie de la meilleure accessibilité des quartiers pauvres périphériques et des quartiers

pauvres tient aux ouvertures et aux agrandissements d'établissements publics situés dans les quartiers planifiés. Les quartiers pauvres bénéficient d'un effet d'entraînement lié à la politique d'investissements des pouvoirs qui voient se concrétiser seulement aujourd'hui des projets hospitaliers vieux de dix ans.

Conclusion

Ce chapitre aura été l'occasion de lier distribution des services hospitaliers et géographie sociale et urbaine de Delhi. Qui a accès à quoi ? Quelles sont les conséquences de la distribution spatiale des services hospitaliers sur l'accessibilité ? Nous avons surtout voulu par ce chapitre évaluer et mesurer les résultats de la politique hospitalière du NCTD pour les habitants. Au delà de l'intérêt que nous avons porté aux mécanismes institutionnels de régulation dans la deuxième partie, il nous paraissait important de présenter la traduction et les conséquences spatiales des décisions et des règles adoptées par les acteurs des services hospitaliers.

Les quartiers et les populations pauvres font face à un double processus de marginalisation spatiale. Aux marges de l'agglomération et sur le front d'urbanisation, ils sont rejetés à la périphérie de la ville. Ce processus s'est certainement accentué suite à la politique de destruction quasi-systématique des slums situés dans les interstices de la ville (Dupont & Ramanathan, 2009) et à la relocalisation des habitants dans de nouveaux quartiers construits dans des périphéries toujours plus lointaines. Face à ce processus de relégation spatiale, la distance au centre Delhi devient aussi un handicap pour accéder au système hospitalier. La déconcentration du système hospitalier public est à peine engagée et bénéficie surtout à des espaces périphériques qui attendent de nouveaux hôpitaux depuis les années 1970-80 comme dans l'East Delhi. On constate aussi que certaines périphéries comme Rohini sont a priori déjà dans un processus de rééquilibrage et d'amélioration de l'accessibilité aux services hospitaliers, alors que d'autres zones comme Dwarka ou au sud, sont toujours en retard.

Les projets du GNCTD dans ces zones devraient permettre d'améliorer l'accessibilité mais les délais de construction ne laissent que peu d'espoir d'observer un rééquilibrage majeur pour les espaces périphériques dans la prochaine décennie. On doit bien entendu relever la différence de traitement entre des périphéries planifiées par la DDA et des périphéries à l'urbanisation spontanée. La priorité n'est pas d'équiper ces dernières. Alors que la politique d'équipement de l'East Delhi est passée par le développement d'un réseau de petits établissements hospitaliers publics au cours de la dernière décennie, les périphéries ouest et sud attendent toujours le développement d'un réseau similaire qui permettrait d'améliorer l'accessibilité générale. Les petites cliniques privées occupent ce créneau et se développent rapidement. Dans le même temps l'accessibilité aux petits établissements hospitaliers

publics progresse pour les quartiers riches.

D'autres mesures d'accessibilité comme par exemple le nombre d'établissements des différentes catégories à une distance-seuil auraient pu être envisagées pour rendre compte de l'accessibilité. La distance à l'établissement le plus proche par le plus court chemin nous paraissait la méthode la plus robuste pour mesurer la plus ou moins bonne accessibilité aux différents services hospitaliers. Dans un système hospitalier où les patients sont libres de choisir l'hôpital dans lequel se faire soigner, mais où l'argent constitue une barrière importante à l'accès, bonne accessibilité et utilisation des services hospitaliers sont liés. Nous avons vu notamment comment dans les zones rurales, l'augmentation du nombre d'hospitalisations dans le secteur public prenait une partie de sa source dans le développement de nouveaux établissements publics dans ces zones périphériques.

Au final, ce chapitre ouvre un large champ d'exploration à plus d'un titre. Tout d'abord du point de vue des aménageurs et des acteurs de la planification hospitalière, une réflexion doit s'engager sur la mesure de l'accessibilité. Le MPD 2021 définit et mesure l'accessibilité aux services hospitaliers par des taux de desserte en établissements et en lits pour chaque zone de planification. La hiérarchisation de l'offre hospitalière publique et la définition des besoins en équipements hospitaliers se basent sur ces critères pour développer les futurs hôpitaux de demain et leur localisation. Au lieu de découper l'espace du NCTD en de grandes zones de planification dont les limites n'existent que sur le papier, le territoire du NCTD devrait être considéré comme un continuum et les futurs établissements créés en fonction de leur position par rapport au système hospitalier existant et à la population. Les aménageurs doivent envisager le passage d'une logique purement comptable de la politique hospitalière (X lits pour 1000 habitants) à une logique plus fluide, se posant des questions plus géographiques : où ouvrir de nouveaux hôpitaux pour réduire les inégalités d'accès aux services hospitaliers ?

Un deuxième champ d'exploration possible à partir de ces résultats porte évidemment sur l'accès. Entre l'accessibilité, qui exprime un potentiel, et l'utilisation réelle d'un service, la distance n'est pas le seul critère qui vient expliquer le parcours des patients et la consommation finale de soins hospitaliers. Les différentes typologies que nous avons développées pourraient permettre la sélection de différents terrains d'études pour comprendre comment les populations, prises dans leur diversité sociale, accèdent aux services hospitaliers dans Delhi. Quel est l'impact des déséquilibres que nous avons mesurés et analysés concernant la distance aux services hospitaliers publics et privés, sur l'utilisation des services hospitaliers ?

Conclusion générale

Cette recherche s'est intéressée à la privatisation du secteur hospitalier et à ses conséquences sur la desserte et l'accessibilité aux services hospitaliers, à travers l'exemple de Delhi. Nous nous sommes appuyé sur une analyse des mécanismes institutionnels et de régulation du système hospitalier local ainsi que sur des mesures de desserte et d'accessibilité aux services hospitaliers entre 2002 et 2011.

La première partie a été l'occasion de revenir sur la formation du système hospitalier indien et sur le développement du secteur privé. Dès le milieu du 19^e siècle, un secteur hospitalier privé diversifié existe à côté du secteur hospitalier public. Comme pour d'autres équipements urbains (eau potable, routes,...) l'essor de cette offre s'inscrit déjà dans une politique de partenariat entre pouvoirs publics coloniaux et philanthropes indiens dans les grandes villes. L'Indépendance marque un tournant majeur avec la formalisation d'une politique de planification hospitalière centralisée par le nouveau gouvernement du pays. Si cette politique va permettre le développement du secteur hospitalier public notamment dans les grandes villes, la planification va échouer à réduire les inégalités de desserte hospitalière à l'échelle de l'Union Indienne. Les investissements ne seront jamais à la hauteur des objectifs fixés par les différents plans et les hôpitaux publics sont confrontés dès les années 1970 à des problèmes de financements. Progressivement le secteur hospitalier privé va se diversifier avec l'entrée de nouveaux acteurs issus des classes d'entrepreneurs ou de la diaspora et va répondre aux besoins croissants de la population en soins hospitaliers. En 1982, le gouvernement central reconnaît pour la première fois l'importance de soutenir le développement du secteur hospitalier privé. Les décennies 1980 et 1990 vont être marquées par la mise en place du Partenariat Public-Privé dans le secteur hospitalier, et la multiplication des expérimentations en la matière. Si le soutien des pouvoirs publics au secteur hospitalier privé et la croissance des opérateurs privés fut bien réel, les résultats pour les patients furent décevants. L'augmentation de la capacité d'accueil du secteur privé compense difficilement la diminution des investissements dans le secteur public, et surtout ne permet pas d'améliorer l'accès aux services hospitaliers pour l'ensemble de la population.

La deuxième partie a permis de souligner l'importance d'inscrire la privatisation du secteur hospitalier, dans des dimensions qui dépassent le simple cadre des réformes du secteur hospitalier, notamment à l'échelle d'une métropole comme Delhi. Le chapitre 3 interroge ainsi l'inscription de la privatisation et de la politique de réformes du système hospitalier dans la gouvernance urbaine des villes indiennes. Sous l'effet conjugué de la décentralisation et de la libéralisation économique, les villes indiennes connaissent d'importantes réformes de leurs institutions. Ces réformes affectent la distribution des

services et équipements urbains dont les services hospitaliers. Dans le contexte d'une croissance urbaine forte et difficilement maîtrisable par les pouvoirs publics, une tension permanente existe entre d'une part les objectifs d'universalisation des services hospitaliers, la nécessaire augmentation de la capacité d'accueil, et d'autre part le financement et la régulation du secteur hospitalier. Les travaux sur la gouvernance urbaine des villes indiennes offrent une grille de lecture et une approche intéressante pour mettre en perspective ces transformations. Les concepts et les méthodes de la géographie de la santé sont aussi de puissants révélateurs des changements de modèles de distribution des soins hospitaliers et de la montée irrésistible du secteur privé. Le chapitre 4 revient sur l'urbanisation rapide de Delhi, son organisation territoriale et administrative. Les mécanismes de régulation du système hospitalier de Delhi prennent appui sur une planification urbaine qui se veut forte et une réglementation qui contrôle la distribution spatiale des établissements hospitaliers publics et privés sur le territoire de Delhi. Sous l'effet des réformes, de nouveaux acteurs apparaissent ou prennent de l'importance au détriment du gouvernement central, créant ainsi un nouvel équilibre dans le secteur hospitalier de Delhi. Le chapitre 5 présente les différents modèles de PPP adoptés dans le secteur hospitalier de Delhi et leur impact sur l'universalisation de l'accès aux services hospitaliers. Alors que les sociétés privées ont bénéficié du soutien financier des pouvoirs publics pour améliorer la desserte en services hospitaliers de l'État, et prendre en charge les patients pauvres, ces derniers ont été largement ignorés par les opérateurs privés. Face aux résultats médiocres de cette politique notamment pour le traitement des patients pauvres, de nouveaux modèles de régulation se mettent en place sous la pression de l'appareil judiciaire.

La dernière partie de la recherche évalue les résultats de la politique hospitalière de Delhi en matière de desserte et d'accessibilité aux services hospitaliers. Le chapitre 6 présente la distribution des hôpitaux et des cliniques à l'échelle de l'État de Delhi. Dans un premier temps, nous avons présenté la création d'une base de données sur les hôpitaux et les problèmes méthodologiques rencontrés pour obtenir des informations homogènes pour le secteur privé et le secteur public. Nous nous sommes ensuite intéressé aux dynamiques de localisation des établissements hospitaliers entre 2002 et 2011. Les différents traitements statistiques, cartographiques et d'analyse spatiale soulignent un mouvement général de déconcentration des établissements hospitaliers à partir d'un centre sur-équipé vers une périphérie sous-équipée. Toutefois selon la taille des établissements et le secteur (public-privé) cette tendance à la déconcentration paraît plus contrastée. Le chapitre 7 et 8 relient ces dynamiques de localisation à la géographie sociale de l'agglomération de Delhi. Le chapitre 7 présente l'ensemble des méthodes mises en œuvre pour construire une typologie sociale et fonctionnelle de Delhi. Les résultats mettent en lumière la forte fragmentation urbaine de Delhi, tiraillée entre une politique volontariste d'aménagement de l'espace urbain et une urbanisation spontanée en lien avec la forte croissance démographique de la ville. Le chapitre 8 aborde finalement la question de l'accessibilité aux services

hospitaliers pour les différents types de quartiers de Delhi. Ces traitements nous permettent d'évaluer les résultats de la politique hospitalière de Delhi non plus à l'aune des normes d'aménagement urbain mais de l'agglomération urbaine et de sa ségrégation sociale. À partir de mesures de distance précises, nous avons déterminé des écarts importants dans l'accessibilité aux services urbains. Les quartiers aisés bénéficient d'une bonne accessibilité aux différents types d'établissements hospitaliers (secteur privé, public, tertiaire, petites cliniques) tandis que relégués en périphérie, les quartiers les plus pauvres sont trop éloignés des grands hôpitaux publics, voire des petites cliniques privées qui s'implantent pourtant rapidement en périphérie. Le développement des infrastructures publiques en périphérie est un phénomène trop récent et d'ampleur trop faible pour améliorer l'accessibilité générale aux services hospitaliers d'autant qu'il bénéficie uniquement aux quartiers planifiés. La confrontation de la géographie sociale de Delhi à la géographie hospitalière révèle donc l'échec de la politique d'aménagement urbain à répondre au défi d'une universalisation des services et d'une meilleure justice spatiale.

Au delà de ces résultats sur le secteur hospitalier de Delhi, plusieurs enseignements méthodologiques et théoriques peuvent être tirés de la présente recherche. Tout d'abord, les services hospitaliers sont un service urbain qui doit être traité comme tel. Alors que de nombreux travaux de géographie urbaine traitent des conséquences spatiales et territoriales de la privatisation des services collectifs comme l'eau ou l'électricité, la privatisation des services hospitaliers a plus souvent été traitée comme une pure question de politique de santé en Inde. La régulation du secteur hospitalier ne s'arrête pas aux portes des ministères de la santé mais prend aussi appui sur d'autres réglementations et d'autres acteurs, y compris de l'aménagement urbain. Un autre apport important de cette recherche est de rappeler l'intérêt de relier l'analyse spatiale à la géographie sociale et politique d'un territoire. Les hôpitaux ne sont pas que des points sur une carte, et la question de l'accessibilité ne pose pas qu'en termes de distance entre deux points. Il est très enrichissant de restituer et de relier les dynamiques spatiales des établissements à leur inscription territoriale. Un hôpital n'ouvre pas au hasard dans un espace qui serait isotrope. Le nombre de terrains est limité, les normes d'aménagement urbain peuvent encourager la concentration de certains types de services sur un site, des territoires peuvent être prioritaires dans le développement des établissements. Inversement, l'analyse spatiale offre le moyen d'évaluer les résultats de la politique hospitalière sur le territoire de Delhi en termes de desserte et d'accessibilité.

Cette recherche ouvre plusieurs perspectives sur de futurs travaux. Tout d'abord, les patients sont globalement absents de cette recherche. Nous avons beaucoup insisté sur la perspectives des décideurs, des aménageurs, des fonctionnaires dont les décisions et les actions pèsent sur la distribution des services hospitaliers. Nous avons donc bâti des typologies sur les quartiers, analyser la desserte et

l'accessibilité aux services hospitaliers sans tenir compte de la population qui utilise ces équipements. Pour prolonger ces premiers résultats, une nouvelle phase de recherche pourrait consister à enquêter dans des quartiers sélectionnés en fonction de différents critères (niveau d'accessibilité, type de quartiers) et à interroger les personnes sur le poids de la distance dans leur utilisation du secteur hospitalier. La création des différentes typologies nous permet déjà de sélectionner différents terrains où mener ces enquêtes. Nous pourrions en outre coupler ces enquêtes auprès des patients avec des enquêtes auprès des acteurs hospitaliers pour comprendre plus précisément leurs choix de localisation dans une agglomération comme Delhi. Nous pourrions aussi envisager l'extension de ces travaux à l'ensemble de l'aire métropolitaine de Delhi (NCTD, Gurgaon, Noida, Ghaziabad,...). Ces villes-satellites connaissent une augmentation rapide de leur population et de nombreuses cliniques privées s'y développent actuellement. Une autre piste intéressante, serait d'engager une recherche similaire dans sa méthode (accessibilité-évaluation d'une politique publique) sur d'autres services. Le secteur de l'éducation serait particulièrement intéressant à observer. Les quartiers pauvres ont-ils bénéficié de la politique de soutien des pouvoirs publics aux établissements éducatifs privés ? Le droit à l'éducation est reconnu comme un droit fondamental. Dans ce secteur aussi, certains opérateurs privés ont bénéficié de terrains à prix subventionnés contre l'ouverture de leur établissement aux enfants et aux étudiants pauvres. L'ONG Social Jurist qui s'est battue pour les droits des patients pauvres à accéder aux hôpitaux privés subventionnés par les pouvoirs publics, mène aujourd'hui un combat similaire dans le secteur éducatif.

Un autre développement possible de cette recherche serait d'étendre à d'autres agglomérations en Inde et dans d'autres pays cette réflexion sur accessibilité et privatisation des services hospitaliers en ville. Nous avons présenté succinctement la situation du PPP dans le secteur hospitalier de Mumbai alors qu'une recherche de fond serait nécessaire pour comprendre les caractéristiques d'une métropole où la privatisation des services hospitaliers municipaux n'est pas taboue. Cela pourrait être aussi l'occasion de tester sur un autre modèle urbain (densité forte, ville verticale, moins d'agences publiques) la méthodologie mise en place pour mesurer la ségrégation urbaine. L'évaluation des modèles de PPP en termes d'accessibilité aux services hospitaliers pourrait être prolongée au-delà des agglomérations indiennes, à d'autres grandes agglomérations mondiales notamment celles situées dans des pays émergents qui doivent trouver un équilibre entre universalisation des services hospitaliers et montée des intérêts privés. On pense bien sûr aux grandes agglomérations chinoises, ou du sud-est asiatique (Bangkok, Singapour,...) qui voient se développer de grands hôpitaux privés.

Avant d'envisager ces développements, les résultats de cette recherche viennent rappeler plusieurs éléments importants pour la politique hospitalière en Inde et à Delhi en particulier. Tout d'abord,

privatiser le secteur hospitalier sans disposer de mécanismes de régulation adéquats et d'un vrai pouvoir de contrôle et de sanction sur le secteur privé, entraîne des dérives inacceptables notamment vis-à-vis des patients pauvres. Les pouvoirs publics doivent s'appuyer sur le secteur privé mais à travers des mécanismes de régulation plus claires capable de réconcilier les intérêts des patients, des hôpitaux et des pouvoirs publics. Le programme EWS que nous avons présenté dans le chapitre 5 est un exemple typique de programme inefficace, au pilotage pesant et potentiellement conflictuel. À côté, des programmes comme le MAMTA, ou le RSBY montrent l'une des voies à suivre en matière de PPP, à travers le modèle de l'assurance-santé. Les cliniques et les hôpitaux s'affilient volontairement à ces programmes, soignent les patients pauvres et sont rémunérés à l'acte. Pourtant après des débuts prometteurs, le MAMTA qui ciblait précisément les quartiers périphériques et les femmes enceintes pauvres a été abandonné. Un autre changement doit s'opérer aussi dans la mentalité des aménageurs et de certains haut-fonctionnaires. L'accès ne doit plus être confondu avec la desserte ou l'accessibilité. Les méthodes et les outils issus de l'analyse spatiale pourraient être mobilisés pour mieux définir les zones prioritaires en matière de création d'équipement hospitalier. Même si la proximité et la densité d'un réseau hospitalier public peuvent permettre d'améliorer les conditions d'accès aux services hospitaliers, d'autres modèles doivent être inventés, notamment en direction des petites cliniques qui sont déjà en place sur les marges périphériques de l'agglomération. Au lieu de les combattre au nom du Schéma directeur à l'aménagement, les pouvoirs publics devraient prendre appui sur ces petits opérateurs et les accompagner pour améliorer la qualité de leur offre thérapeutique, la formation de leur personnel, leur équipement. Ces cliniques sont la source de soins hospitaliers la plus accessible pour les pauvres. Réduire les inégalités d'accès aux soins et aux services hospitaliers à Delhi, comme dans d'autres grandes agglomérations des pays émergents, passera par la prise de conscience que le PPP ne doit pas se limiter aux grands opérateurs du secteur hospitalier mais devra aussi intégrer les petites cliniques.

Annexes

Annexe 1 : Les contacts, les entretiens

Sl.	Nom	Position	Organisation	Date	Entretiens	Catégorie Secteur	Lieux
1	Sadanand Reddy	Directeur général	Indraprastha Apollo Hospital	01/04/04	Entretien	Hôpital privé	Delhi
2	Anil K. Maini	Directeur	Escorts Heart Institute	05/04/04	Entretien	Hôpital privé	Delhi
3	Mohammed Akmal	Directeur assistant	Escorts Heart Institute	05/04/04	Entretien	Hôpital privé	Delhi
4	Deep Ghatak	Directeur	Max India Limited	18/04/04	Entretien	Investisseur privé	Delhi
5	N. Venkatraman	Directeur assistant	Max India Limited	18/04/04	Entretien	Investisseur privé	Delhi
6	Akash Sud	Docteur	ARS Medical Centre	17-18/11/04	Conférence CII	Secteur de soins privé	Delhi
7	Piyush Srivastava	Directeur	CII	17-18/11/04	Conférence CII	Organisation privée	Delhi
8	Jinny Gupta	Chercheur	EPOS Health Consultants	17-18/11/04	Conférence CII	Organisation privée	Delhi
9	B. Rajendrakumar	Directeur	Hospital Health Systems Management	17-18/11/04	Conférence CII	Organisation privée	Delhi
10	Pramila Ghei	Secrétaire Général	Indian Hospital Association	17-18/11/04	Conférence CII	Organisation privée	Delhi
11	Sangita Reddy	Directeur Général	Apollo Hospitals	21-22/11/05	Conférence CII	Hôpital privé	Delhi
12	Naresh Trehan	Directeur Général	Escorts Heart Institute	21-22/11/05	Conférence CII	Hôpital privé	Delhi
13	R. K. Srivastava	Directeur Général	Gwalior Childrens' Hospital	21-22/11/05	Conférence CII	Hôpital privé	Delhi
14	P. K. Narula	Directeur	Narula Group	21-22/11/05	Conférence CII	Investisseur privé	Delhi
15	Sujit Kanoria	Directeur Général	Shristi Infrastructure Development Corp. Ltd	21-22/11/05	Conférence CII	Investisseur privé	Delhi
16	D. S. Grewal	Directeur	Apollo Clinic	18/03/06	Entretien	Secteur de soins privé	Chandigarh
17	S.S. Dhatt	Docteur	Fortis City Centre	18/03/06	Entretien	Secteur de soins privé	Chandigarh
18	Simmardeep Singh Gill	Directeur	Fortis Hospital	18/03/06	Entretien	Hôpital privé	Chandigarh
19	Rupinder Kaur	Directeur assistant	Fortis Hospital	18/03/06	Entretien	Hôpital privé	Chandigarh
20	Ashish Bhatia	Directeur Général	Fortis Hospital	18/03/06	Entretien	Hôpital privé	Chandigarh
21	Kavita Sivaramakrishnan	Chercheur	Public Health Foundation of India	25/09/06	Entretien	Organisation privée	Delhi
22	Vijay D'Silva	Directeur	Asian Heart Institute	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
23	Vinod Aggarwal	Directeur	Calcutta Medical Research Institute	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
24	Rupak Barua	Directeur Général	Calcutta Medical Research Institute	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
25	Kasi Raju	Directeur	CARE Hospitals	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
26	Aakanksha Kumar	Directeur	CII Northern Region	18-19/07/07	Mission CII	Organisation privée	Delhi
27	Pradeep Mittal	Directeur	Fortis Ft. Lt. Rajan Dhall Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
28	Ashutosh Sood	Directeur	Fortis Ft. Lt. Rajan Dhall Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
29	Suarabh Gupta	Directeur assistant	Fortis Ft. Lt. Rajan Dhall Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
30	Uma Nambiar	Directeur Général	Fortis Ft. Lt. Rajan Dhall Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
31	R.S. Uberoi	Directeur	Indraprastha Apollo Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
32	Raj Kr Raina	Directeur	Indraprastha Apollo Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
33	Anupam Sibal	Directeur	Indraprastha Apollo Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
34	Paulami Karnwal	Directeur assistant	Indraprastha Apollo Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
35	Richard Larison	Directeur Général	Indraprastha Apollo Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
36	G. Bakthavathsalam	Directeur Général	K.G. Hospital, Coimbatore	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
37	S. Manivannan	Directeur Général	Kavery Medical Centre & Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
38	S K Khattri	Directeur Général	Max Devki Devi Heart & Vascular Institute	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
39	Rajendra Patankar	Directeur	PD Hinduja	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
40	Bimal Chadha	Directeur	Sir Ganga Ram Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi

Sl.	NOM	FONCTION	ORGANISATION	Date	ENTRETIENS	Catégorie Secteur	Lieux
41	Nalini Kaul	Directeur	Sir Ganga Ram Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
42	V.K. Kapur	Directeur assistant	Sir Ganga Ram Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
43	B.K. Rao	Président	Sir Ganga Ram Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
44	Anand Prakash	Directeur	Tirath Ram Shah Hospital	18-19/07/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi
45	H.S. Mangat	Directeur	Max Devki Devi Heart & Vascular Institute	18-19/07/07, 04/09/08	Mission CII, entretien	Hôpital privé	Delhi
46	Geeta Rajpal	Directeur général	Tirath Ram Shah Hospital	18-19/07/07, 08/09/08	Mission CII, entretien	Hôpital privé	Delhi
47	Joy Chakraborty	Directeur	PD Hinduja	18-19/07/07, 11/12/07	Mission CII, entretien	Hôpital privé	Delhi, Mumbai
48	Veera Prasad	Directeur	CARE Hospitals	18-19/07/07, 14/09/07, 22/09/07	Mission CII, entretien	Hôpital privé	Delhi, Hyderabad
49	Akil Khan	Directeur assistant	Asian Heart Institute	18-19/07/07, 18/12/07	Mission CII	Hôpital privé	Delhi, Mumbai
50	Venkat Raman	Chercheur	Faculty of Management Studies	01/08/07	Entretien	Chercheurs	Delhi
51	Rama Baru	Chercheur	JNU	07/08/07	Entretien	Chercheurs	Delhi
52	Bijoya Roy	Chercheur	JNU	07/08/07	Entretien	Chercheurs	Delhi
53	A. Parvez	Docteur	ex. Sita Ram Bhartia, ex. Moolchand Hospital	08/08/07	Entretien	Hôpital privé	Delhi
54	Siripurapu K. Rao	Directeur Général	Administrative Staff College	17/09/07	Entretien groupe	Gouvernement	Hyderabad
55	Lakshmi B.	Professeur	Administrative Staff College	17/09/07	Entretien groupe	Gouvernement	Hyderabad
56	K. Venkateswara	Professeur	Administrative Staff College	17/09/07	Entretien groupe	Gouvernement	Hyderabad
57	K. Hari Prasad	Directeur Général	Apollo Health City	18/09/07	Entretien	Hôpital privé	Hyderabad
58	K. Prashanth	Directeur	Global Hospitals	18/09/07	Entretien	Hôpital privé	Hyderabad
59	Srinivas Kumar	Directeur assistant	Apollo Clinic	19/09/07	Entretien	Secteur de soins privé	Hyderabad
60	Sudhir Diggikar	Directeur Général	Apollo Clinic	19/09/07	Entretien	Secteur de soins privé	Hyderabad
61	Florence Rihouey	Chercheur	CMCAS	30/10/07	Entretien	Chercheurs	Montreuil
62	Mario Pereira	Directeur régional	Apollo Clinic	12/12/07	Entretien	Secteur de soins privé	Mumbai
63	Swati Pehal	Directeur	Apollo Clinic Andheri West	12/12/07	Entretien	Secteur de soins privé	Mumbai
64	Jagruiti Kamdar	Directeur	Apollo Clinic Andheri East	14/12/07, 18/12/07	Entretien	Secteur de soins privé	Mumbai
65	Amar Jesani	Chercheur	CEHAT	18/12/07	Entretien	Chercheurs	Mumbai
66	A. K. Jain	Directeur	DDA	22/01/08	Entretien	Gouvernement	Delhi
67	S.P. Bhansal	Directeur	DDA	11/03/08	Entretien	Gouvernement	Delhi
68	Jaypee Aggarwal	Directeur	DDA	11/03/08	Entretien	Gouvernement	Delhi
69	Manju Paul	Directeur délégué	DDA	11/03/08	Entretien	Gouvernement	Delhi
70	Usha Ravichandran	Directeur	DDA	11/03/08, 12/03/08, 06/05/09	Entretien	Gouvernement	Delhi
71	C.S. Saxena	Directeur Général	Durha Constructions Pvt. Ltd.	12/03/08	Mise aux enchères DDA	Investisseur privé	Delhi
72	Vineet Suneja	Directeur	Global Properties	12/03/08	Mise aux enchères DDA	Investisseur privé	Delhi
73	Manish Rajput	Directeur	Radhika Estates	12/03/08	Mise aux enchères DDA	Investisseur privé	Delhi
74	Rajesh Gupta	Directeur	Ram Gopal College of Pharmacy	12/03/08	Mise aux enchères DDA	Investisseur privé	Delhi
75	Anil Sharma	Docteur	Northpoint Hospital	14/03/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
76	Uma Sarin	Docteur	Sita Ram Bhartia Hospital	15/03/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
77	Ahmed Zaheer	Docteur	Max Medcentre	19/03/08	Entretien	Secteur de soins privé	Delhi
78	Anjan Prakash	Directeur	LNJP Hospital, ex. DHS	26/03/08	Entretien	Gouvernement	Delhi
79	Mala Kapur Shankardass	Chercheur	DWARFF	22/04/08	Entretien	Chercheurs	Delhi
80	Kamal Mahajan	Directeur	Apollo Clinic	02/09/08	Entretien	Secteur de soins privé	Delhi

81	T L Laxman	Directeur Général	Apollo Clinic	02/09/08	Entretien	Secteur de soins privé	Delhi
82	Pankaj	Directeur Général	Rockland Hospital	03/09/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
83	Sankarsan Rout	Directeur	Sitaram Bhartia Hospital	05/09/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
84	S.P. Bisht	Directeur assistant	Sitaram Bhartia Hospital	05/09/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
85	Vijay Singh Taragi	Directeur	Fortis Jessa Ram Hospital	08/09/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
86	Jasleen Kaur	Directeur	Moolchand Hospital	09/09/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
87	Vibhu Talwar	Directeur Général	Moolchand Hospital	09/09/08	Entretien	Hôpital privé	Delhi
88	Daljit Singh	Directeur	Fortis Healthcare	09/03/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
89	Claire Snell	Chercheur	University of Virginia	20/03/09	Entretien	Chercheurs	Delhi
90	Manoj Kamal	Directeur	GM Modi Hospital	26/03/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
91	B. K. Dadu	Directeur	Primus Ortho Spine Hospital	30/03/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
92	R.K. Sharma	Directeur général	Pushpawati Singhania Research Institute	31/03/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
93	Ashok Aggarwal	Avocat	Social Jurist	01/04/09, 03/04/09	Entretien	Organisation privée	Delhi
94	Rachna Kucheria	Directeur régional	Apollo Clinic	02/04/09	Entretien	Secteur de soins privé	Delhi
95	Indrani Gupta	Chercheur	Institute of Economic Growth	12/04/09	Entretien email	Chercheurs	Delhi
96	Somesh Mittal	Directeur	Fortis Ft. Lt. Rajan Dhall Hospital	15/04/09, 08/05/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
97	Gunjan Aditya	Directeur	Apollo Clinic	16/04/09	Entretien	Secteur de soins privé	Gurgaon
98	Gaurav Kakkar	Docteur	Venu Eye Institute	16/04/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
99	Rakhee Paul	Directeur assistant	Escorts Heart Institute	17/04/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
100	Sanjay Agrawal	Directeur	H&FW Dept., GNCTD	17/04/09	Entretien	Gouvernement	Delhi
101	Ajay Kumar Singla	Directeur assistant	H&FW Dept., GNCTD	17/04/09	Entretien	Gouvernement	Delhi
102	Dr. Rana	Directeur	Directorate of Health Services	26/04/09	Entretien téléphonique	Gouvernement	Delhi
103	Dr. Banerjee	Directeur	Directorate of Health Services	27/04/09	Entretien téléphonique	Gouvernement	Delhi
104	Dr. Mohanty	Directeur	Directorate of Health Services	29/04/09	Entretien téléphonique	Gouvernement	Delhi
105	Rajiv Kohli	Directeur	Ved Prakash Kohli	05/05/09	Entretien	Hôpital privé	Delhi
106	Madhusmita Mitra	Directeur	HUDA	08/05/09	Entretien	Gouvernement	Gurgaon
107	G.L. Anupma	Directeur	HUDA	08/05/09	Entretien	Gouvernement	Gurgaon
108	Madhu Pradeep	Directeur	HUDA	08/05/09	Entretien	Gouvernement	Gurgaon
109	Sonal Pahwa	Directeur	Max Healthcare	08/05/09	Entretien	Hôpital privé	Gurgaon
110	Sumit Prasad	Directeur	Max Hospital	08/05/09	Entretien	Hôpital privé	Gurgaon
111	M. Lal	Directeur Général	Directorate of Health Services	11/05/09	Entretien	Gouvernement	Delhi
112	Naveen Singh	Directeur	Indraprastha Apollo Clinic	11/05/09	Entretien	Secteur de soins privé	Delhi
113	Ratan Jalan	Directeur Général	Med-ium, ex. Apollo Clinic	13/05/09	Entretien	Secteur de soins privé	Delhi

Annexe 2 : Exemple de régulation

**DIRECTORATE OF HEALTH SERVICES: GOVERNMENT OF NCT OF DELHI.
SWASTHAYA SEWA NIDESHALYA BHAWAN
F-17, KARKARDOOMA, DELHI-110032**

In pursuance of the directions passed by the Hon'ble High Court of Delhi in the judgment dated 22.09.2009 in the matter of All India Lawyers Union (Delhi Unit) Vs. Govt of NCT Delhi & Others in WP(C) No. 5410/1997 wherein Hon'ble High Court has directed Indraprastha Apollo Hospital situated at Sarita Vihar New Delhi, to provide 1/3 of the total beds i.e 200 beds free for treatment in the IPD and to make necessary arrangements for free facilities to 40% of the outdoor patients., following directions are issued by the undersigned as approved by Delhi Govt. in a meeting held under the chairmanship of Hon'ble MOH GNCT Delhi on 13.10.2009 at 12.noon, with regard to implementation of the directions of the Hon'ble High Court.

These directions are to be strictly followed by Delhi Govt. hospitals and the IP Apollo hospital

A. For Delhi Govt. Hospitals:

- 1 A board should be displayed prominently in the OPD and in the casualty Deptt of your hospital indicating that free treatment is available to the patients of following category in Apollo Hospital. These patient should be properly identified and classified as below

- (a) Person of below poverty line to be identified on the basis of ration card:
- (b) Person referred by the hospital of the GNCTD:
- (c) Class-III and Class-IV employees of the GNCTD:
- (d) Any other poor or needy person on the recommendation of the Secretary (Health)

The patients in Emergency up to a total of five per day, irrespective of any referral shall also be admitted.

2. A special referral centre is to be established in the form of referral counter or room in the casualty or regular OPD, to refer the eligible patients of above mentioned category to Apollo Hospital.
3. A patient brought to casualty, if requiring necessary treatment immediately may be referred through the Medical Supdt./Director of the hospital after stabilization of the patient's condition.
4. All BPL patients identified based on the ration card and other patients in the above mentioned category, in case of overflow of patients who might require urgent treatment may be referred as per procedure mentioned in the subsequent paras. .
5. While referring a patient, the proforma as enclosed herewith shall be required to be filled in triplicate. The copy marked as Proforma -A shall be given to the patient who would hand over the same to Apollo Hospital, 2nd copy marked as Proforma-B shall be maintained by the referring hospital and the office of the Pr secretary / MOH and the 3rd copy marked as Proforma-C shall be sent to DHS for records.

6. As the Apollo hospital has been directed to provide free treatment as per procedure mentioned above , the same shall be strictly followed while referring any patient. After treatment of the referred patients on discharge, it shall submit a report to the referring hospital with a copy to DHS indicating complete details of the treatment and the expenditure incurred. You are required to intimate the receipt of the said feed back to DHS.
7. The patients of BPL category and the Class III & IV of GNCTD employees willing to obtain treatment in OPD may approach directly to the hospitals with proof of identification through the nodal officer Dr.Ashok Kumar Rana, Mobile telephone no 9654100313 who is posted as OSD to DHS, Delhi Government. The nodal officer would be available in the hospital between 10 AM to 12 AM and 2-4 PM. The other patients from (b) & (d) above would be referred either through Govt hospital or through GNCT as mentioned above
8. It has been decided that initially at least 40 patients per day would be provided free treatment in the OPD for a period of three months which would be reviewed and the number may be decided.
9. Similarly a nodal officer from Apollo hospital has been requested to be appointed for smooth referral of patients.

B. For Apollo Hospital

In pursuance of directions of Hon'ble High Court, the lease agreement and the decision taken by Delhi Govt. you are required to follow the following directions

1. You are required to provide One third of total beds .i.e 200 beds with adequate space and necessary facilities similar to whatever is being provided to the general ward/ economic ward of your hospital on paid side. In furtherance, you are required to make necessary arrangements for free facilities to 40 % of the out door patients.
2. It has been decided that to arrive at 40 % of patients, at least 40 patients in the OPD be examined free of charge initially for period of 3 months, which may be reviewed subsequently.
3. Delhi Govt. Hospitals have been directed to refer patients as in accordance with lease agreement and court directions with a Performa to be filed in triplicate. The patients referred with proforma A shall be admitted and treated free of any expenses in terms of admission, bed, treatment, surgery etc. including consumables and medicines. Such patients would not be required to pay anything.
4. After the patients is discharged, you shall submit a report to the referring hospital indicating the details of treatment and the expenditure incurred thereon with a copy to DHS.
5. The patient's entitled for free treatment should be properly identified and classified. Priority norms for such classification would be as below:
 - Person of below poverty line to be identified on the basis of ration card:
 - Person referred by the hospital of the GNCTD:
 - Class-III and Class-IV employees of the GNCTD:

- Any other poor or needy person on the recommendation of the Secretary (Health)
6. In case of emergency a total of 5 patients / day shall be admitted without any referral, however ex post facto sanction may be obtained from the Govt.
 7. A board should be displayed prominently within the compound at OPD indicating that 40 % of OPD patients are entitled for free treatment. This should be publicized through advertisement in newspaper and other Medias.
 8. The records of having given free treatment and paid treatment should be scrupulously maintained which shall be open for inspection by DHS or Monitoring by GNCTD.
 9. The quarterly reports of free treatment given as per proforma enclosed , separately for OPD and IPD Patients with details along with the expenditure incurred should be submitted before 5th day of the month ending each quarter.
 10. For the convenience of such patients Dr Ashok Kumar Rana, with Mobile telephone No.9654100313 a nodal officer as OSD to DHS has been appointed who would be available in the hospital to interact with your Nodal Officer . You are requested to make necessary arrangement and provide necessary facilities for the nodal officer of the Govt.

Sd/-
Director Health Services

Annexe 3 : Données du programme EWS

List of Private Hospitals Beds Status Dated: 22/10/2009 till 5.20 (P.M)

S.No	NAME & ADDRESS OF THE HOSPITAL	TOTAL NO.OF BEDS FREE	FREE BEDS OCCUPIED	FREE BEDS VACANT
1.	Dharmshila Hospital & Research Centre, Vansundhra Endave Delhi-110096	20	***	20
2.	Deepak Memorial Hospital& Medical Research Centre, Institutional Area, Vikas Marg Extn Delhi-110092	10	1	9
3.	Escorts Heart Institute & Research Centre, Okhla Road, Okhla Delhi-110025	26	2	24
4.	Indian Spinal Injuries Centre, Opp. Police Station, Sector -C Vasant Kunj, Delhi-110070	14	13	1
5.	Jaipur Golden Hospital,2, Institutional Area, Sector,2, Rohini Delhi-110085	26	21	5
6.	Pushpawati Singhania Research Institute, Sheikh Sarai, Phase-II Saket, New Delhi-110017	11	NIL	11
7.	National Heart Institute, 49, Community Centre, East of Kailash Delhi-110065	5	***	5
8.	Mai Kamli Wali Ch. Hospital Plot No.12, J-Block, Community Centre, Rajouri Garden, Delhi-27	5	1	4
9.	Saroj Hospital, Sector-14, Extn.Near Madhuban Chowk, Rohini Delhi-110085	11	***	11
10.	Shanti Mukund Hospital, 2 Institutional Area, Vikas Marg Extn Vikas Marg, Delhi-110092	14	***	14
11.	Venu Eye Institute & Research Centre, Plot-1,Shekh Sarai, New Delhi-110017	42	61	NIL
12.	Primus ortho hospital (Veeranwali International Hospital)Chander Gupta Road, Chankapuri, Delhi-110021	10	NIL	10
13.	Dr.Vidya Sagar Kaushalya Devi Memorial Health Centre(VIMHANS) Nehru Nagar,Delhi-110065	9	***	9
14.	Bhagwati Hospital, C-5/OCF-6, Sector-13, Rohini, Delhi-110085	3	3	NIL
15.	Gujarmal Modi Hospital, Mandir Marg, Saket, Delhi-110017	10	***	10
16.	Kottakkal Arya Vaidyashala, Karkardooma, Delhi-110092	4	***	4
17.	Amar Jyoti Ch. Trust, Karkardooma,Delhi-110092	2	NIL	2
18.	Bimla Devi Hospital Plot No.5, Pkt. B, Mayur Vihar-II, Delhi 110091	3	3	NIL
19.	Batra Hospital, 1MB Road, Tughlakabad, Institutional Area, New Delhi-110062	50	***	50
20.	Bhagwan Mahavir Hospital, Sector-14, Extn. Madhuban Chowk Rohini, New Delhi-110085	3	1	2
21.	Max Devki Devi Heart & Vascular Institute, 2 press Er Road,Saket, New Delhi-110017	19	1	18

22.	Jeevan Anmol Hospital, Mayur Vihar, Phase-I, Delhi-110091	5	1	4
23.	Max Balaji Hospital, 108,-A, IP Extension Patparganj Delhi-11009	15	7	8
24.	Sri Balaji Action Medical Institute FC-34, A-4, Paschim Vihar New Delhi	20	***	20
25.	Delhi ENT Hospital & Research Centre, FC-33 Plot No. 13, Jasol Delhi	2	***	2
26.	Sir Ganga Trust Society, Hospital Marg, Rajinder Nagar, Delhi 110060	68	26	42
27.	National Chest Institute, Opp. A-133, Niti Bagh, Gautam Nagar Delhi-110092	2	***	2
28.	Mata Chanan Devi Hospital, A-21/D, Janakpuri, Delhi-110058	21	3	18
29.	Sunder Lal Jain Charitable Hospital, Phase-III, Ashok Vihar, Delhi 110055	23	8	15
30.	R,B. Seth Jessa Ram Hospital, WEA Karol Bagh, Delhi-110005	8	***	8
31.	Khosla Medical Institute & Research Society, K.M.I.& R. Centre Paschim Shalimar Bagh, New Delhi	7	***	7
32.	Rockland Hospital, B-33,34, Qutab Institutional Area New Delhi 110016	11	***	11
33.	Bensups Hospital, A unit of B.R. Dhawan Medical Ch. Trust Bensups Avenue, Sector- 12, Dwarka, Delhi	3	NIL	3
34.	Flt. Rajan Dhall hospital, sector -B , Pocket-I, Aruna Asaf Ali Marg, Vasant Kunj, New Delhi-70	11	NIL	11
35.	Rajiv Gandhi Cancer Institute & Research Centre, D-18, Sector-V Rohini, Delhi-110085	Submitted that they are not covered under High Court Judgment.		
36.	Mool Chand Khairati Ram Trust & Hospital, Ring Road Lajpata Nagar, Delhi-110024	Submitted that they are not covered under High Court Judgment.		
37.	St. Stephen's Hospital Society, Tis Hazari Court, Delhi-110054	Submitted that they are not covered under High Court Judgment.		
38.	Dr. B.L Kapur Memorial Hospital, Pusa Road, New Delhi-110005	7	4	3

***** That indicate bed status report not submitted so total free beds considered as being vacant.**

Annexe 4 : Dates importantes

- 1510 : Création de l'hôpital Royal de Goa
- 1664 : Hôpital à Madras
- 1670 : Hôpital à Bombay
- 1707 : Hôpital à Calcutta
- 1756-1763 : Guerre de Sept ans
- 1779 : Création du Bombay Medical Service
- 1835 : Ouverture du Calcutta Medical College
- 1843 : Ouverture du J.J. Hospital à Bombay
- 1845 : Ouverture du Bombay Medical College
- 1857-1858 : Révolte des Cipayes
- 1858 : Government of India Act
- 1866 : Ouverture à Bombay du Cowasji Jehangir Ophthalmic Hospital
- 1867 : Ouverture à Bombay du G.T. Hospital
- 1896 : Plague Commission
- 1902 : Ouverture du Christian Medical College de Vellore
- 1911 : New Delhi devient la nouvelle capitale du British Raj
- 1914-18 : Première Guerre Mondiale
- 1929-30 : Grande Dépression
- 1939-45 : Deuxième Guerre Mondiale
- 1946 : Rapport du Comité Bhore
- 1947 : Partition de l'Inde et naissance du Pakistan
- 1950 : Naissance de l'Union Indienne
- 1951-56 : Premier Plan quinquennal
- 1956 : Ouverture du AIIMS
- 1962 : Rapport du Comité Mudialar
- 1967 : Rapport du Comité Jungawalla
- 1977 : Première alternance politique à la tête du pays depuis l'Indépendance
- 1978 : Conférence OMS d'Alma Ata
- 1983 : National Health Policy : La santé pour tous en 2000
- 1983 : Ouverture du premier Apollo Hospital à Chennai
- 1984 : Rajiv Gandhi devient Premier Ministre
- 1991 : Libéralisation et ouverture économique de l'Inde
- 1993 : Rapport de la Banque Mondiale : « Investing in Health »
- 1996 : Création de Fortis Healthcare, Ouverture de l'Apollo Hospital à Delhi

2000 : IDE autorisés dans le secteur hospitalier

2002 : National Health Policy

2004 : Retour au pouvoir du Parti du Congrès

2008 : Création du RSBY (Programme National d'Assurance Santé)

2009 : Rachat par Fortis Healthcare des hôpitaux de Wockhardt Hospitals

Bibliographie

- Angueletou-Martreau, A. (2010). Les petits opérateurs privés dans la chaîne d'approvisionnement d'eau potable dans les petites et moyennes villes indiennes. *Revue Tiers Monde*, n°203, 141-158.
- Apparicio, P., Abdelmajid, M., Riva, M., & Shearmur, R. (2008). Comparing alternative approaches to measuring the geographical accessibility of urban health services: Distance types and aggregation-error issues. *International journal of health geographics*, n°7, 7
- Apparicio, P., Cloutier, M.-S., & Shearmur, R. (2007). The case of Montréal's missing food deserts: evaluation of accessibility to food supermarkets. *International journal of health geographics*, n°1, 4
- Arnold, D. (1993). *Colonizing the body: state medicine and epidemic disease in nineteenth century-India*, Berkeley: University of California Press, 365 p.
- Ashton, T., Mays, N., & Devlin, N. (2005). Continuity through change: the rhetoric and reality of health reform in New Zealand. *Social science & medicine*, vol. 61, n°2, 253-262.
- Banerji, D. (1985). *Health and family planning services in India*, New Delhi : Lok Paksh, 464 p.
- Baru, R. V. (1998). *Private health care in India: social characteristics and trends*, New Delhi : Sage Publications, 184 p.
- Baru, R. V. (2004). Factors influencing Inter-regional variations in health services: a study of selected districts of Andhra Pradesh. in R. Akthar (Ed.), *India: health care patterns and planning* New Delhi: APH Publishing, 177-196
- Baru, R. V. (2005). Commercialization in the Public Sector in India: Implications for Values and Aspirations. in M. Mackintosh & M. Koivusalo (Eds.), *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Palgrave Macmillan, 101-116
- Baru, R. V., Qadeer, I., & Priya, R. (2000). Medical Industry: Illusion of Quality at What Cost? *Economic and Political Weekly*, vol 35, n°28-29, 2509-2511.
- Bassand, M., Kaufmann, V., & Joye, D. (Eds.). (2001). *Enjeux de la sociologie urbaine*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 265 p.
- Basu, R. S. (2001). Medical missionaries at work: the Canadian baptist missionaries in the Telugu country, 1870-1952. in D. Kumar (Ed.), *Disease & medicine in India, a historical overview*. New Delhi : Tulika, 180-197
- Batliwala, S. (1978). *The historical development of health services in India*. Mumbai: The Foundation for Research in Community Health.
- Baud, I., & Dhanalakshmi, R. (2007). Governance in urban environmental management: Comparing accountability and performance in multi-stakeholder arrangements in South India. *Cities*, vol 24, n°2, 133-147
- Baud, I., Sridharan, N., & Pfeffer, K. (2008). Mapping Urban Poverty for Local Governance in an Indian Mega-City: The Case of Delhi. *Urban Studies*, vol 45, n°7, 1385-1412.
- Baud, I., Pfeffer, K., Sridharan, N., & Nainan, N. (2009). Matching deprivation mapping to urban

governance in three Indian mega-cities. *Habitat International*, vol 33, n°4, 365-377

- Baud, I., & De Wit, J. (2009). *New forms of urban governance in India: shifts, models, networks and contestations* New Delhi : SAGE Publications. 402 p.
- Bennett, S., & Muraleedharan, V. R. (2000). "New Public Management" and Health Care in Third World. *Economic and Political Weekly*, vol 35, n°1-2, 59-68
- Berman, P. A., & Khan, M. E. (1993). *Paying for India's health care* New Delhi : Sage Publications. 326 p.
- Bhat, R. (1996). Regulation of the private health sector in India. *The International Journal of Health Planning and Management*, vol 11, n°3, 253-274.
- Bhat, R. (2001). Issues in Health: Public-Private Partnership. *Economic and Political Weekly*, vol 35, n°52-53, 4706-4716
- Billaudeau, N., Oppert, J.-M., Simon, C., Charreire, H., Casey, R., Salze, P., Badariotti, D., et al. (2011). Investigating disparities in spatial accessibility to and characteristics of sport facilities: Direction, strength, and spatial scale of associations with area income. *Health & Place*, vol 17, n°1, 114-121
- Brown, L., & Barnett, J. R. (2004). Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space? A case study of the impact of co-location of public and private hospitals in Australia. *Social science & medicine*, vol 58, n°2, 427-444
- Brun, J., Rhein, C., & Bernand, C. (Eds.). (1994). *La ségrégation dans la ville: concepts et mesures*, Paris: L'Harmattan. 258 p.
- Brunet, R., Ferras, R., & Théry, H. (1993). *Les mots de la géographie, dictionnaire critique* Paris : Reclus - La Documentation Française. 518 p.
- Census of India. (2011). *Provisional population totals - NCT of Delhi*, New Delhi : Census of India, 90 p.
- Central Bureau of Health Intelligence. (1998). *Health map of India* New Delhi : Central Bureau of Health Intelligence, 108 p.
- Chaisse, J., & Guénnif, S. (2009). International legal system on pharmaceutical and its impact on the south : economic and legal analysis of India's case. in A. Vaguet (Ed.), *Indian health landscapes under globalization*. New Delhi: CSH Manohar. 173-205
- Chapelet, P., & Lefebvre, B. (2005). Contextualizing the Urban Healthcare System. Methodology for developing a geodatabase of Delhi's healthcare system. New Delhi : Centre de Sciences Humaines, Accès le 07/10/11 à <http://www.csh-delhi.com/ops.php?idop=11>
- Chatterjee, M. (1988). *Implementing health policy*. New Delhi: Manohar 324 p.
- Charreire, H., & Combier, É. (2006). Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire. *Espace populations sociétés*, n°2-3, 313-327.
- Confederation of Indian Industry, & McKinsey and Company. (2002). *Healthcare in India: the road ahead*. New Delhi: Confederation of Indian Industry. 250 p.
- Comptroller and Auditor General of India. (2006). *Audit Report (Performance Audit), Delhi For the Year 2005-2006*. New Delhi : Comptroller and Auditor General of India. 84 p.

- Coutard, O. (2006). Marchandisation des services en réseaux et fragmentation urbaine: une comparaison internationale (Paris, Londres, Stockholm, Le Cap). *Développement urbain durable, gestion des ressources et services urbains*. Lausanne: Observatoire universitaire de la ville et du développement durable. Accès le 07/10/11 à <http://www.unil.ch/webdav/site/ouvdd/shared/Colloque2006/Communications/Conferences/O. Coutard.pdf>
- Cromley, E., & McLafferty, S. (2002). *GIS and Public Health* New York: Guilford Press. 340 p.
- Curtis, S. (2004). *Health and inequality: geographical perspectives* London : SAGE. 329 p.
- Curtis, S., & Taket, A. R. (1996). *Health and societies: changing perspectives* London : Arnold, 358 p.
- Date, V., Kamble, Y., & Rustomfram, H. (2005). *Creeping privatisation in public hospitals in Mumbai: Private profit - People's loss* Mumbai : CEHAT, 46 p.
- Delhi Development Authority. (2007). *Master Plan of Delhi 2021* New Delhi : Delhi Development Authority. 172 p.
- Deshpande, K., RaviShankar, Diwan, V., Lönnroth, K., Mahadik, V. K., & Chandorkar, R. K. (2004). Spatial pattern of private health care provision in Ujjain, India: a provider survey processed and analysed with a Geographical Information System. *Health Policy*, vol 68, n°2, 211-222.
- Dilip, T. R., & Duggal, R. (2003). *Demand for Public Health Services in Mumbai* Mumbai : CEHAT, 51 p.
- Dummer, T. J. B., & Cook, I. G. (2008). Health in China and India: a cross-country comparison in a context of rapid globalisation. *Social science & medicine*, vol 67, n°4, 590-605.
- Dupont, V., & Mitra, A. (1995). Population distribution, growth and socio-economic spatial patterns in Delhi. Findings from the 1991 census data. *Demography India*, vol 24, n°1-2, 101-132.
- Dupont, V., & Dureau, F. (1997). *Pratiques résidentielles et impact sur les dynamiques et la segmentation de grandes métropoles. Étude des formes de mobilité spatiale des populations de Bogota et de Delhi* Institut de Recherches pour le Développement, 179 p., Accès le 07/10/11 à http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-06/010012857.pdf
- Dupont, V. (2007). Conflicting stakes and governance in the peripheries of large Indian metropolises – An introduction. *Cities*, vol 24, n°2, 89-94.
- Dupont, V., & Ramanathan, U. (2009). The courts and the squatter settlements in Delhi. In I. Baud & J. De Wit (Eds.), *New forms of urban governance in India: shifts, models, networks and contestations* New Delhi: Sage. 312-343
- Dupont, V. (2010). Delhi. In F. Landy (Ed.), *Dictionnaire de l'Inde contemporaine* Paris: Armand Colin. 149-150
- Dupont, V. (2011). The Dream of Delhi as a Global City. *International Journal of Urban and Regional Research*, vol 35, n°3, 533-554
- Ellaway, A., Macdonald, L., Forsyth, A., & Macintyre, S. (2010). The socio-spatial distribution of alcohol outlets in Glasgow city. *Health & place*, vol 16, n°1, 167-172.
- Farooqui, A. (2006). *Opium city: the making of early Victorian Bombay* New Delhi : Three Essays Press. 111 p.

- Fournet, F., Meunier-Nikiema, A., & Salem, G. (2008). *Ouagadougou (1850-2004): une urbanisation différenciée* Paris : IRD Éditions. 143 p.
- Frankel, F. R. (2005). *India's political economy, 1947-2004: the gradual revolution* New Delhi : Oxford University Press. 819 p.
- Gatrell, A. C. (2002). *Geographies of health: an introduction* Oxford: Blackwell Publishers. 294 p.
- Graham, S., & Marvin, S. (2001). *Splintering Urbanism: Networked Infrastructures, Technological Mobilities and the Urban Condition*. London : Routledge. 479 p.
- Government of India. (1946). *Report of the Health survey and development Committee (Vol I, II)*, New Delhi: Government of India. 1196 p.
- Gupta, I., Dasgupta, P., & Simlai, P. K. (2000). *Health seeking behaviour in urban India: a case study of Delhi* New Delhi: Institute of Economic Growth. 23 p.
- Gupta, K., Arnold, F., & Lhungdim, H. (2009). *Health and living conditions in eight indian cities - NFHS3 Mumbai* : IIPS, 119 p. Accès le 07/10/11 à http://www.nfhsindia.org/urban_health_report_for_website_18sep09.pdf
- Gupta, N. (1981). *Delhi between two empires, 1803-1931: society, government and urban growth* New Delhi : Oxford University Press. 260 p.
- Haddad, S., Levesque, J.-frédéric, Narayana, D., & Fournier, P. (2005). Access to health care in urban Kerala: emerging inequalities across the public-private divide. *Forum 9, 12-16 September 2005*. Mumbai. Accès le 07/10/11 à <http://en.scientificcommons.org/42533961>
- Harrison, M. (1994). *Public health in British India: Anglo-Indian preventive medicine, 1859-1914*. Cambridge : Cambridge University Press. 324 p.
- High Powered Expert Committee. (2011). *Report on Indian Urban Infrastructure and Services* . New Delhi : National Institute of Urban Affairs. 248 p. Accès le 07/10/11 à <http://www.niua.org/projects/hpec/FinalReport-hpec.pdf>
- Homan, R. K., & Thankappan, K. R. (1999). *An Examination of Public and Private Sector Sources of Inpatient Care in Trivandrum District, Kerala (India), 1999*. Trivandrum : Achuta Menon Centre for Health Services
- International Institute for Population Sciences. (2009). *National Family Health Survey (NFHS-3), India, 2005-06: Delhi*. International Institute for Population Sciences (p. 133). Mumbai : IIPS, 133 p. Accès le 07/10/11 à http://www.nfhsindia.org/NFHS-3 Data/Delhi_printed_version_for_website.pdf
- Kapur Shankardass, M. (1991). *Medical roles and medical practice: a case study of a private hospital in Delhi*. University of Delhi.
- Jaffrelot, C. (2001). Guru et politique en Inde. Des éminences grises à visage découvert ? *Politix*, vol 14, n°54, 75-94
- Jaffrelot, C. (2006). *L'Inde contemporaine de 1950 à nos jours* Paris: Fayard. 969 p.
- Jaggi, O. P. (1979). *Western medicine in India: public health and its administration* (p. 282). New Delhi : Atma Ram and Sons. 282 p.

- Jaglin, S. (2005). *Services d'eau en Afrique subsaharienne : la fragmentation urbaine en question* CNRS. 244 p.
- Jeffery, R. (1986). Health planning in India 1951–84: the role of the Planning Commission. *Health Policy and Planning*, vol 1, n°2, 127-137
- Jeffery, R. (1988). *The politics of health in India* Berkeley: University of California Press. 348 p.
- Kayastha, S. L., & Singh, M. B. (2004). The status of health facilities in India: a geographical analysis. in R. Akhtar (Ed.), *India: health care patterns and planning* New Delhi: APH Publishing. 85-105
- Kearns, R., Barnett, J. R., & Newman, D. (2003). Placing private health care: reading Ascot Hospital in the landscape of contemporary Auckland. *Social science & medicine*, vol 56, n°11, 2303-2315.
- Kennedy, L. (2007). Shaping Economic Space in Chennai and Hyderabad. The Assertion of State-Level Policies in the Post-Reform Era. *Purusartha*, n°26, 315-351.
- Kochanek, S. A. (1995). The Transformation of Interest Politics in India. *Pacific Affairs*, vol 68, n°4, 529-550.
- Kooiman, J. (2002). Governance. A Social-Political Perspective. in J. R. Grote & B. Gbikpi (Eds.), *Participatory Governance. Political and Societal Implications* Leske & Budrich. 71-96
- Kumar, A. (1998). *Medicine and the Raj: British medical policy in India, 1835-1911* New Delhi Sage. 246 p.
- Kutty, V. R. (2000). Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India. *Health Policy and Planning*, vol 15, n°1, 103-109
- Labasse, J. (1980). *L'hôpital et la ville: géographie hospitalière* Paris : Hermann. 241 p.
- Lachaiet, P. (1999). *Firmes et entreprises en Inde: la firme lignagère dans ses réseaux* Paris: Karthala. 402 p.
- Lajoie, G. (1998). Du maillage territorial au carroyage: problématique de la désagrégation d'informations zonales. *Bulletin du Comité Français de cartographie*, n°158, 5-15. Accès le 07/10/11 à <http://personnel.univ-reunion.fr/glajoie/vol2/Piece12HDRLAJOIEVolumeII.pdf>
- Le Galès, P. (2003). Gouvernement urbain. In J. Lévy & M. Lussault (Eds.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés* Paris : Belin , 422-426
- Lefebvre, B. (2003). *Métropolisation et offre de soins. Une approche SIG à Delhi*. Rouen : Université de Rouen, 150 p.
- Lefebvre, B. (2008). The Indian corporate hospitals : touching middle class lives. In C. Jaffrelot & P. van der Veer (Eds.), *Patterns of middle class consumption in India and China* New Delhi : SAGE. 88-109
- Lefebvre, B. (2010). Hospital Chains in India: The Coming of Age? Paris : IFRI Accès le 07/10/11 à http://www.ifri.org/?page=detail-contribution&id=5824&id_provenance=97
- Legg, S. (2007). *Spaces of colonialism: Delhi's urban governmentalities* New Delhi : Wiley-Blackwell. 254 p.
- Lindorff, D. E. (1992). *Marketplace Medicine. The rise of the for-profit hospital chains* New York : Bantam Books. 316 p.
- Loveman, G. W., & O'Connell, J. (1995). *Apollo Hospitals of India (A)* Harvard Business School, 27 p. Accès le 07/10/11 à <http://hbr.org/product/apollo-hospitals-of-india-a/an/396027-PDF-ENG>

- Macintyre, S., Macdonald, L., & Ellaway, A. (2008). Do poorer people have poorer access to local resources and facilities? The distribution of local resources by area deprivation in Glasgow, Scotland. *Social science & medicine*, vol 67, n°2, 900-914
- Maru, R. M. (2004). The political economy of health manpower development in India 1948-1980. In Rais Akhtar (Ed.), *India: health care patterns and planning* New Delhi: APH Publishing. 23-85
- McKinsey Global Institute. (2007). *The "bird of gold": The rise of India's consumer market*. McKinsey Global Institute. Accès le 07/10/11 à http://www.mckinsey.com/mgi/publications/india_consumer_market/index.asp
- McLafferty, S. (1982). Neighborhood characteristics and hospital closures A comparison of the public, private and voluntary hospital systems. *Social Science & Medicine*, vol 16, n°19, 1667-1674
- McLafferty, S. (1986). The Geographical Restructuring of Urban Hospitals: Spatial Dimensions of Corporate Strategy. *Social Science & Medicine*, vol 23, n°10, 1079-1086.
- Meade, M., & Earickson, R. (2006). *Medical geography* New Delhi: Rawat Publications. 500 p.
- Mebtoul, M. (2004). «L'introuvable» césure public-privé en Algérie de nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins. *Autrepart*, n°29, 13-28
- Milbert, I. (2009). Law, Urban Policies and the role of intermediaries in Delhi. In I. Baud & J. De Wit (Eds.), *New forms of urban governance in India: shifts, models, networks and contestations* New Delhi : Sage. 177-211
- Ministry of Health and Family Welfare. (1962). *Report of the Health and Survey Planning Committee (August 1959-October 1961)*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare
- Ministry of Health and Family Welfare. (1985). *National Health Policy* New Delhi: Lok Sabha Secretariat. Ministry of Health and Family Welfare, 50 p.
- Ministry of Health and Family Welfare. (2002). *National Health Policy*. New Delhi : Ministry of Health and Family Welfare
- Miranda, E., Scarpaci, J. L., & Irarrázaval, I. (1995). A decade of HMOs in Chile: market behavior, consumer choice and the state. *Health & Place*, vol 1, n°1, 51-59.
- Mishra, S. S. R. (2001). An empire "de-Masculinized!": the British colonial state and the problem of syphilis in nineteenth century India. in D. Kumar (Ed.), *Disease & medicine in India, a historical overview*. New Delhi : Tulika, 166-179
- Misra, R., Chatterjee, R., & Rao, S. (2003). *India health report* New Delhi : Oxford University Press. 225 p.
- Mobillion, V., Peyronnie, K., & Vallé, J. (2006). L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao) : entre contrôle territorial et économie marchande. *Espace populations sociétés*, n°2-3, 341-349.
- Mohan, J. (1988). Restructuring, Privatization and the Geography of Health Care Provision in England, 1983-1987. *Transactions of the Institute of British Geographers*, vol 13, n°4, 449-465.
- Mohan, J. (1998). Explaining geographies of health care: A critique. *Health & Place*, vol 4, n°2, 113-124
- Mohan, J. (2002). *Planning, markets, and hospitals* London : Routledge. 275 p.

- Mohan, J. (2003). Voluntarism, municipalism and welfare: the geography of hospital utilization in England in 1938. *Transactions of the Institute of British Geographers*, vol 28, n°1, 56-74.
- Mohanty, P. K., Misra, B. M., Goyal, R., & Jeromi, P. D. (2007). *Municipal Finance in India: an assessment* Mumbai : Reserve Bank of India, 192 p. Accès le 07/10/11 à <http://rbidocs.rbi.org.in/rdocs/content/pdfs/82500.pdf>
- Monmonier, M. (1993). *Comment faire mentir les cartes ou du mauvais usage de la géographie* Paris: Flammarion. 232 p.
- Montoya-Aguilar, C. (1975). *Health planning in India*. World Health Organisation.
- Morrill, R. L., & Earickson, R. (1968). Variation in the character and use of Chicago area hospitals. *Health services research*, vol 3, n°3, 224-38.
- Morrill, R. L., & Earickson, R. (1969). Locational efficiency of Chicago hospitals: an experimental model. *Health services research*, vol 4, n°2, 128-141
- Mukherjee Reed, A. (2001). *Perspectives on the Indian corporate economy: exploring the paradox of profits*. Palgrave. 228 p.
- Mukherjee Reed, A. (2003). *Corporate capitalism in contemporary South Asia: conventional wisdoms and South Asian realities* Palgrave Macmillan. 199 p.
- Mukherjee, S., & Levesque, J.-F. (2010). Changing Inequalities in Utilisation of Inpatient Care in Rural India: Evidence from the NSS. *Economic and Political Weekly*, vol 45, n°46, 84-91
- Muraleedharan, V. R. (1987). Rural health care in Madras Presidency: 1919-39. *Indian Economic & Social History Review*, vol 24, n°3, 323-334
- Muraleedharan, V. R. (1999). *Characteristics and Structure of the Private Hospital Sector in Urban India: A Study of Madras City*. Small Applied Area Research, n°5, USAID
- Myint, S. W. (2008). An exploration of spatial dispersion, pattern, and association of socio-economic functional units in an urban system. *Applied Geography*, vol 28, n°3, 168-188.
- Nanda, P., & Baru, R. (1993). *Private nursing homes and their utilisation* New Delhi : Voluntary Health Association of India, 43 p.
- Nandraj, S., Madhiwalla, N., Sinha, R., & Jesani, A. (2001). *Women and Health Care in Mumbai. A study of morbidity, utilisation and expenditure on health care by the households of the metropolis* Mumbai : CEHAT, 107 p.
- National Commission on Macroeconomics and Health. (2005). *Background Papers – Financing and Delivery of Health Care Services in India*. New Delhi : Ministry of Health and Family Welfare, Accès le 07/10/11 à http://www.whoindia.org/en/Section102/Section201_887.htm
- Omvedt, G. (1981). Capitalist Agriculture and Rural Classes in India. *Economic and Political Weekly*, vol 16, n°52, 140-159
- Openshaw, S. (1984). *The modifiable area unit problem*. Norwich: Geobooks.
- Pampalon, R. (2007). Un indice de défavorisation matérielle et sociale pour l'étude des inégalités de santé au Québec. In S. Fleuret & J.-P. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé, un panorama* Paris :

Anthropos, 37-44

- Pande, R. (2004). Cardiovascular disease in India and the impact of lifestyle and food habits. *Express Healthcare Management*. Accès le 07/10/11 à <http://www.expresshealthcaremgmt.com/20041215/criticare06.shtml>
- Pandit, S. (2007). *Nurturing leaders*. Prathap Reddy, Mumbai : Tata McGraw-Hill. 63 p.
- Pechansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationships to consumer satisfaction. *Medical Care*, vol 19, n°2, 127-140.
- Peters, D. H., & Muraleedharan, V. R. (2008). Regulating India's health services: to what end? What future? *Social science & medicine*, vol 66, n°10, 2133-44
- Philibert, M., & Breton, M. (2007). Échelles géographiques et santé des populations. In S. Fleuret & J.-P. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé, un panorama* Paris : Anthropos, 89-110
- Pinçon-Charlot, M., Préteceille, E., & Rendu, P. (1986). *Ségrégation urbaine: classes sociales et équipements collectifs en région parisienne* Paris: Anthropos, 291 p.
- Pinto, M. (2000). *Metropolitan city governance in India* New Delhi : Sage Publications. 242 p.
- Powell, M. (1995). On the outside looking in: medical geography, medical geographers and access to health care. *Health & Place*, vol 1, n°1, 41-50
- Precker, A.S., & Harding, A. (Eds.) (2003) *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*, World Bank Publications, vol 434, 618 p.
- Public Action Committee. (2005). *Allotment of land to private hospitals and dispensaries by Delhi Development Authority* New Delhi : Lok Sabha Secretariat, 77 p.
- Public Action Committee (2006). *Allotment of land to private hospitals and dispensaries by Delhi Development Authority* (New Delhi : Lok Sabha Secretariat, 55 p.
- Pumain, D. (2004). Ségrégation. *Hypergéô*. Accès le 07/07/11 à <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article372>
- Purohit, B. C. (2001). Private initiatives and policy options: recent health system experience in India. *Health Policy and Planning*, vol 16, n°1, 87-97
- Raman, A. V., & Björkman, J. W. (2008). *Public-private partnerships in health care in India: lessons for developing countries* New Delhi : Routledge. 227 p.
- Rammana, M. (2001). Gauging Indian responses to Western medicine: Hospitals and dispensaries, Bombay Presidency. In D. Kumar (Ed.), *Disease & medicine in India, a historical overview*. New Delhi : Tulika. 233-248
- Rammana, M. (2002). *Western medicine and public health in colonial Bombay, 1845-1895* Hyderabad : Orient Longman. 270 p.
- Ramusack, B. N. (2004). *The Indian princes and their states* Cambridge : Cambridge University Press. 309 p.
- Rao, M. (1999). *Disinvesting in health: the World Bank's prescriptions for health* New Delhi : Sage Publications. 238 p.

- Raymer, S. (2004), Indian Doctors Help Fill US Health Care Needs. *Yale Global*, Accès le 15/08/07 à <http://yaleglobal.yale.edu/content/indian-doctors-help-fill-us-health-care-needs>
- Rihouey, F. (1997). L'émergence de nouveaux réseaux de soins en Inde. Hyderabad, un centre d'innovation. *Espace, Population, Sociétés*, n°2-3, 265-278.
- Roy, B. (2006). Delinking public sector hospital services from state financing of healthcare. *Emerging health challenges and the response of Indian healthcare system*. Delhi : Delhi University
- Salem, G. (1998). *La santé dans la ville : Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)* Paris : Khartala, 360 p.
- Sangameswaran, P., Madhav, R., & D'Rozario, C. (2008). 24/7, "Privatisation" and Water Reform: Insights from Hubli-Dharwad. *Economic and Political Weekly*, vol 43, n°14, 60-67.
- Scarpaci, J. L. (1988). Help-Seeking Behavior, Use, and Satisfaction Among Frequent Primary Care Users in Santiago de Chile. *Journal of Health and Social Behaviour*, n°29, 199-213
- Scarpaci, J. L. (1991). Primary-Care Decentralization in the Southern Cone: Shantytown Health Care as Urban Social Movement. *Annals of the Association of American Geographers*, vol 81, n°1
- Selvaraju, V., & Annigeri, V. B. (2001). *Trends in Public Spending on Health in India*. New Delhi : ICRIER
- Selvaraju, V., & Karan, A. K. (2009). Deepening Health Insecurity in India: Evidence from National Sample Surveys since 1980s. *Economic and Political Weekly*, vol 44, n°40, 55-61.
- Sinha, S., & Mukherjee, S. (2004). Structure of health care distribution and utilization in Urban Delhi. In R. Akhtar (Ed.), *India: health care patterns and planning* New Delhi: APH Publishing. 197-208
- Sivaramakrishnan, K. C., Kundu, A., & Singh, B. N. (2005). *Handbook of urbanization in India: an analysis of trends and processes* New Delhi : Oxford University Press. 177 p.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine* Basic Books. 514 p.
- Sukanya, S. (1996). Investment in Medical Equipment: Study of Private Hospitals in Madras City. *Reproductive Journal of Health*, vol 1, n°2, 9-25.
- Talen, E., & Anselin, L. (1998). Assessing spatial equity: an evaluation of measures of accessibility to public playgrounds. *Environment and Planning A*, vol 30, n°4, 595-613
- Taubenböck, H., Wegmann, M., Roth, A., Mehl, H., & Dech, S. (2009). Urbanization in India - Spatiotemporal analysis using remote sensing data. *Computers, Environment and Urban Systems*, vol 33, n°3, 179-188
- Tawa Lama-Rewal, S., & Ruet, J. (2009). *Governing India's metropolises* New Delhi : Routledge. 315 p.
- Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, vol 297 ,n°7696, 405-412
- Tuohy, C. J. (1999). *Accidental logics: the dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada* New York :Oxford University Press. 312 p.
- UN Habitat. (2002). UN-HABITAT - The Global Campaign on Urban Governance. New York : Nations Unies, Accès le 18/05/11 à <http://ww2.unhabitat.org/campaigns/governance/principles.asp>

- Waniez, P. (2002). *Les données et le territoire au Brésil*. Nanterre : Université de Nanterre Paris X. 403 p. Accès le 07/10/11 à <http://philcarto.free.fr/>
- Waniez, P. (2007). *Cartographie thématique et analyses des données*. Bordeaux : Université Victor Segalen, 253 p. Accès le 07/10/11 à <http://philcarto.free.fr/Logiciels/DOCdeGRANITn1.zip>
- World Bank. (1993). *World development report 1993. Investing in health: World development indicators* New York : Oxford University Press. 342 p. Accès le 07/10/11 à files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf
- Yamey, G. (2001). World Bank funds private hospital in India. *British Medical Journal*, vol 322, n°7281, 257
- Yesudian, C. A. K. (1994). Behaviour of the private sector in the health market of Bombay. *Health Policy and Planning*, vol 9, n°1, 72-80
- Zérah, M.-H. (2008). Splintering urbanism in Mumbai: Contrasting trends in a multilayered society. *Geoforum*, vol 39, n°6, 1922-1932.
- Zérah, M.-H. (2011). « I.S.A. Baud and Joop de Wit (eds.), New Forms of Urban Governance in India: Shifts, Models, Networks and Contestations ». *South Asia Multidisciplinary Academic Journal*, Accès le 07/10/11 à <http://samaj.revues.org/index3109.html>

Index des tables, des illustrations et table des matières

Index des tables

Tableau 1: Contacts et entretiens menés au cours du terrain (2004-09).....	20
Tableau 2: Le budget santé dans les Plans quinquennaux (1951-78).....	52
Tableau 3: Les investissements de l'IFC dans le secteur hospitalier indien (1997-2009, M. de US\$)	80
Tableau 4: La croissance du système hospitalier indien 1951-2000 (National Commission on Macroeconomics and Health 2005).....	86
Tableau 5: Les établissements de santé dans huit districts pilotes (source : MoHFW, 2005).....	89
Tableau 6: Les lits hospitaliers dans huit districts pilotes (source : MoHFW, 2005).....	90
Tableau 7: L'utilisation des services hospitaliers, pour mille hospitalisations (NSSO, 1986-2004).....	91
Tableau 8: Quels services de santé utilisez-vous lorsqu'un membre du foyer tombe malade ? (% de foyers, NFHS-3, 2006).....	94
Tableau 9: Pourquoi vous n'utilisez pas les services de santé gouvernementaux ? (% de foyers, Quartile le plus pauvre, NFHS-3, 2006).....	95
Tableau 10: Type de chambre (Ch.), et niveau de vie (classes MPCE) (NSSO, 2004).....	97
Tableau 11: Dépense médicale moyenne au cours d'une hospitalisation (sources : NSSO).....	98
Tableau 12: Évolution de la population indienne 1901-2011 (sources : Census of India).....	114
Tableau 13: Distribution de la population urbaine (1951-2001) sources : Census of India.....	115
Tableau 14: La croissance démographique de Delhi (1901-2011, Census of India).....	140
Tableau 15: La croissance démographique de Delhi (1901-2011, Census of India).....	141
Tableau 16: Croissance urbaine et villes de l'aire métropolitaine de Delhi (1991-2001, Census of India).....	143
Tableau 17: Zone de développement et population urbaine (en milliers d'habitants, source : MPD 2021, DDA).....	151
Tableau 18: Définition des infrastructures médicales selon le MPD21 (DDA).....	153
Tableau 19: La hiérarchisation du système de soins selon le MPD21 (DDA).....	154
Tableau 20: Le budget du Plan quinquennal et les investissements dans le santé (2002-2008, source : DHS, GNCTD).....	160
Tableau 21: Une décennie de projets hospitaliers publics (2000-2011).....	161
Tableau 22: Nombre d'hospitalisation par MPCE en zones urbaines (NSS 60th, Delhi).....	170
Tableau 23: Nombre de parcelles attribuées par la DDA (1977-2000).....	186
Tableau 24: Nombre de patients hospitalisés gratuitement à l'Indraprastha Apollo Hospital (Sources: Haute Cour de Delhi, 2008).....	192
Tableau 25: Nombre de patients traités gratuitement en soins ambulatoires à l'Indraprastha Apollo Hospital (Sources: Haute Cour de Delhi, 2008).....	192
Tableau 26: Statut des sociétés privées et parcelles hospitalières (1977-2009).....	207

Tableau 27: Le prix moyen des parcelles hospitalières attribuées par la DDA (1977-2009).....	208
Tableau 28: Part des patients du programme EWS sur l'ensemble de l'activité ambulatoire des hôpitaux privés (Juillet-septembre, 2008).....	217
Tableau 29: Part des patients du programme EWS sur l'ensemble des hospitalisations dans les hôpitaux privés (Juillet-septembre, 2008).....	219
Tableau 30: Nombre de patients transférés des hôpitaux publics vers des hôpitaux privés (Programme EWS, 2007-2008).....	220
Tableau 31: Le programme EWS, la distribution moyenne des lits (Janvier 2010 - Juillet 2011)...	222
Tableau 32: Le taux d'occupation des lits gratuits dans différents hôpitaux (Janvier 2010 - Juillet 2011).....	223
Tableau 33: Localisation des patients du programme EWS.....	226
Tableau 34: La distance moyenne parcourue par les patients du programme EWS (04/03/11, 05/07/11).....	227
Tableau 35: Hôpitaux privés enregistrés auprès de la DHS (1982-2011) Sources : DHS.....	244
Tableau 36: Enregistrement des hôpitaux et cliniques privés (2002-2011).....	245
Tableau 37: Résultats du test téléphonique (septembre-octobre 2008).....	250
Tableau 38: Géolocalisation des hôpitaux enregistrés par la DHS (2002-2011).....	256
Tableau 39: La desserte en services hospitaliers par Arrondissements (N= 150) (2002-11).....	257
Tableau 40: Évolution du secteur hospitalier public et privé (2002-2011).....	264
Tableau 41: Lits hospitaliers par établissement (2002-2011).....	271
Tableau 42: Distribution des établissements hospitaliers par catégorie (2002-2011).....	272
Tableau 43: Distribution des lits hospitaliers par catégories (2002-2011).....	274
Tableau 44: Évolution du nombre d'établissements par catégorie (2002-2011).....	275
Tableau 45: Distribution par catégorie des nouveaux lits hospitaliers (2002-2011).....	276
Tableau 46: Distance entre Connaught Place et les établissements hospitaliers (en mètres, 2002, 2011).....	279
Tableau 47: Distance à Connaught Place et nombre d'établissements hospitaliers (2002-2011).	280
Tableau 48: Lits hospitaliers et distance à Connaught Place (2002-2011).....	281
Tableau 49: Part des différentes catégories et distribution du nombre de lits en fonction de la distance à Connaught Place.....	282
Tableau 50: Distance standard par catégorie d'hôpital (en mètres).....	283
Tableau 51: Catégorie du système hospitalier, normes de la DDA et établissements enregistrés en 2011.....	290
Tableau 52: Géolocalisation et catégories UAV.....	307
Tableau 53: Les critères pour le calcul de l'UAV.....	310
Tableau 54: Catégories UAV et scores obtenus selon les dix critères d'évaluation.....	311

Tableau 55: Coefficients de corrélation linéaire de Pearson entre les variables (Matrice d'inertie)	323
Tableau 56: Contribution relative des variables (*1000) à l'ACP	324
Tableau 57: Les classes de la CAH et de New Delhi Cantonment (2010)	329
Tableau 58: Nouvelle typologie et valeurs moyennes par variable	333
Tableau 59: Résultats de l'enquête-foyers et typologie de l'espace urbain	334
Tableau 60: Indice synthétique et catégorie de la typologie de l'espace urbain	335
Tableau 61: Quel service de santé utilisez-vous lorsqu'un membre du foyer tombe malade ? (% de foyers, NCTD, NFHS-3, 2006)	347
Tableau 62: Classes MPCE et utilisation des services hospitaliers en zones urbaines (Delhi, NSS 60th 2004)	349
Tableau 63: Les cas d'hospitalisation dans le NCTD (NSSO, 1995-96, 2004)	350
Tableau 64: Établissements hospitaliers et zone d'étude	354
Tableau 65: Distance au plus proche établissement hospitalier par catégorie de services (2002-2011)	357
Tableau 66: Accessibilité aux différents types d'établissements et typologie de quartiers : secteur privé – 2011 (en mètres)	377
Tableau 67: Accessibilité aux différents types d'établissements et typologie de quartiers : secteur public – 2011 (en mètres)	378
Tableau 68: Écart entre les distances moyennes de 2002 et 2011 pour le secteur hospitalier privé (distance 2002-distance 2011, en mètres)	379
Tableau 69: Écart entre les distances moyennes de 2002 et 2011 pour le secteur hospitalier public (distance 2002-distance 2011, en mètres)	380

Index des illustrations

Illustration 1: L'Empire Britannique en Inde (1946).....	32
Illustration 2: Le Jamsetjee Jeejeebhoy Hospital (J. J. Hospital), 1843.....	38
Illustration 3: Les hôpitaux de Bombay (1909).....	40
Illustration 4: All India Medical Institute of Medical Sciences (New Delhi, 1960, source : AIIMS-USA).....	51
Illustration 5: Les chaînes hospitalières privées (2008).....	82
Illustration 6: National Commission on Macroeconomics and Health : les districts étudiés.....	88
Illustration 7: L'utilisation des services hospitaliers privés en zones urbaines (2004).....	93
Illustration 8: Une modélisation du système hospitalier d'une grande ville américaine.....	124
Illustration 9: Financements, régulations et distribution des soins hospitaliers à Delhi.....	137
Illustration 10: Delhi, l'expansion urbaine (1950-2008).....	142
Illustration 11: Le découpage administratif du National Capital Territory of Delhi (2001).....	146
Illustration 12: Les zones de planification définies dans le Master Plan 2021.....	150
Illustration 13: Du Master Plan à la parcelle : un schéma d'aménagement multiscalair.....	156
Illustration 14: L'hôpital de Tahirpur en 2009 près de 15 ans après l'inauguration du chantier (sources : PWD).....	163
Illustration 15: Phoenix Hospital, un hôpital de quartier.....	171
Illustration 16: Des terrains contre des lits : l'année d'attribution des parcelles par la DDA (1977-2000).....	188
Illustration 17: Les changements de site de projets hospitaliers : Apollo Hospital et EHIRC.....	190
Illustration 18: Des terrains contre des lits : le prix des parcelles (1977-2000).....	193
Illustration 19: Fortis Flt. Lt. Rajan Dhall Hospital, Vasant Kunj (2009).....	197
Illustration 20: La judiciarisation du PPP dans le secteur hospitalier de Delhi.....	204
Illustration 21: Le Max Devki Devi Hospital et le Max Superspeciality Hospital en construction (2005).....	210
Illustration 22: Des terrains contre des lits : le prix des parcelles (1977-2009).....	213
Illustration 23: L'affichage de la participation au programme EWS (2009).....	214
Illustration 24: Programme EWS : les hôpitaux privés participants au programme.....	216
Illustration 25: Le programme EWS : Origine des patients hospitalisés le 04/03/11 et le 05/07/11.....	228
Illustration 26: Le programme EWS : origine des patients de quatre hôpitaux (4/3/11 et 5/7/11). ..	230
Illustration 27: Les hôpitaux privés : relevés de terrain et données officielles (2006-07).....	247
Illustration 28: Les cliniques et les hôpitaux géolocalisés entre 2002 et 2011.....	254
Illustration 29: NCTD : Desserte en établissements hospitaliers (2002-2011).....	258
Illustration 30: NCTD : Desserte en lits hospitaliers (2002-2011).....	261
Illustration 31: Evolution du système hospitalier (2002-2011).....	263
Illustration 32: NCTD : Distribution du secteur privé et du secteur public (2002-2011).....	265

Illustration 33: NCTD : Évolution du système hospitalier par secteur (2002-2011).....	267
Illustration 34: NCTD : Évolution du nombre de lits par secteur (2002-2011).....	269
Illustration 35: NCTD : Distance au centre et établissements hospitaliers (2002-2011).....	278
Illustration 36: NCTD : Probabilité de desserte du secteur hospitalier public (2002-2011).....	286
Illustration 37: Probabilité de desserte du secteur hospitalier privé (2002-2011).....	288
Illustration 38: Typologie socio-économique du NCTD (1991).....	296
Illustration 39: Indice de défavorisation (IMD) et population vivant dans les slums pour 2001 (Isa Baud et al. 2008).....	297
Illustration 40: Découpage administratif et espace urbain.....	300
Illustration 41: Données du recensement 2001 et image satellite : la mesure de la densité (RMSI, Shalabh P. Bharadwaj et K.S. Siva Subramanian).....	303
Illustration 42: Digitaliser les colonies et l'UAV.....	306
Illustration 43: Taxe foncière et revenu per capita à Delhi - 2010.....	313
Illustration 44: Taxe foncière et revenu per capita à Delhi, statistiques - 2010.....	314
Illustration 45: Surfaces bâties et taille du carroyage.....	318
Illustration 46: Méthode d'agrégation de données au niveau du carroyage.....	320
Illustration 47: La taxe foncière par carroyage.....	321
Illustration 48: La densité du bâti par carroyage - 2010.....	322
Illustration 49: Analyse en Composante Principale : CP1 (2010).....	324
Illustration 50: Analyse en Composante Principale : CP2 (2010).....	325
Illustration 51: Analyse en Composante Principale : CP3 (2010).....	326
Illustration 52: Analyse en Composante Principale : CP4 (2010).....	327
Illustration 53: Delhi : Classification Ascendante Hiérarchique.....	328
Illustration 54: Delhi : Espace urbain et CAH (2010).....	331
Illustration 55: Quartiers pauvres (2010).....	336
Illustration 56: Delhi : Zones économiques (2010).....	337
Illustration 57: Les quartiers planifiés (2010).....	339
Illustration 58: Delhi : Les quartiers riches (2010).....	340
Illustration 59: Delhi : Ségrégation urbaine et sociale (2010).....	342
Illustration 60: Bâtir une typologie de l'espace urbain de Delhi.....	343
Illustration 61: Présentation du réseau de voiries (2008).....	352
Illustration 62: Exemple de mesure par le plus court chemin.....	355
Illustration 63: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie A (2011).....	360
Illustration 64: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie B (2011).....	362
Illustration 65: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie C (2011).....	364
Illustration 66: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie D (2011).....	366
Illustration 67: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie E1 (2011).....	368
Illustration 68: Accessibilité aux établissements hospitaliers de catégorie E2 (2011).....	369
Illustration 69: Classification Ascendante Hiérarchique de l'accessibilité aux services hospitaliers	

(2011).....	371
Illustration 70: Typologie de l'accessibilité aux services hospitaliers de Delhi (2011).....	373
Illustration 71: Delhi : Ségrégation urbaine et sociale (2010).....	376

Table des matières

Mentions.....	2
Remerciements.....	3
Résumé.....	5
Abstract.....	6
Glossaire.....	7
Introduction générale.....	9
A. Cadre de la recherche.....	10
A.1. Décentrement et privatisation des services hospitaliers.....	10
A.2. L'accès aux services hospitaliers : un enjeu majeur des politiques de santé en Inde.....	11
A.3. Problématique.....	13
A.4. Delhi : le choix d'un terrain.....	14
B. Terrains et sources de données.....	16
B.1. « I am Mr Bert from French Embassy » : position de recherche face à une élite.....	16
B.2. Présentation du terrain et des entretiens.....	18
B.3. Presse, rapports, dossiers judiciaires et bases de données : des sources pas si secondaires...22	
C. Plan.....	24
Partie 1 : La privatisation des services hospitaliers en Inde.....	27
CHP1. Legs colonial et planification : aux origines des services hospitaliers en Inde.....	29
Introduction.....	29
A. L'hôpital dans l'Inde coloniale (1857-1947).....	30
A.1. La diffusion de la médecine européenne.....	30
A.2. L'hôpital dans le système de soins colonial.....	33
A.3. Élités indigènes, hôpitaux et gouvernement urbain à Bombay.....	36

B. Une nouvelle politique de santé pour un nouvel État.....43

B.1. Bâtir un État-providence dans un pays décolonisé..... 43

B.2. Aux origines de la politique de santé indienne : le Comité Bhole..... 45

B.3. La politique de santé en Inde : entre fédéralisme et centralisation..... 47

C. Le développement du secteur hospitalier public : la planification en échec (1947-1983).....49

C.1. Les services de santé : une priorité de la planification ?..... 49

C.2. De nouvelles priorités de santé publique..... 51

C.3. Les hôpitaux publics en crise..... 53

C.4. La privatisation de l'intérieur..... 54

Conclusion..... 55**CHP2. De la planification au marché : l'essor du secteur hospitalier privé58****Introduction.....58****A. A l'ombre de la planification : le développement du secteur privé....59**

A.1. Le secteur hospitalier privé au sortir de l'Indépendance..... 59

A.2. Le renouveau du secteur hospitalier privé : l'exemple de l'Andhra Pradesh..... 61

B. La privatisation au service de la planification ?.....64

B.1. National Health Policy, 1983 : la privatisation pour atteindre la santé pour tous en 2000.....64

B.2. Clientélisme et jeu d'influences : l'ouverture du secteur hospitalier aux acteurs privés.....67

B.3. Attirer et encourager les investisseurs privés dans le secteur de la santé..... 69

C. Inventer de nouvelles formes de régulation dans le secteur hospitalier.....71

C.1. La crise de 1991 et la réforme du secteur hospitalier indien..... 71

C.2. Après la réforme : La naissance d'une industrie hospitalière.....74

C.3. Réinventer le rôle de l'État dans le secteur hospitalier : le partenariat public-privé.....78

D. L'accès aux services hospitaliers : quel bilan pour la privatisation ? .85

D.1. Un développement rapide du secteur hospitalier privé difficile à mesurer et à spatialiser.....85

D.2. Quand les patients votent avec leurs pieds..... 90

D.3. La privatisation des services hospitaliers au miroir des inégalités économiques.....96

Conclusion.....	99
Partie 2 : Services hospitaliers et gouvernance urbaine.....	101
CHP3. Privatisation, gouvernance urbaine et géographie des services hospitaliers.....	103
Introduction.....	103
A. Le cadre renouvelé de la gouvernance urbaine en Inde.....	105
A.1. Définir la gouvernance urbaine.....	105
A.2. L'impact de la libéralisation et de la décentralisation sur la gouvernance des villes indiennes.....	108
A.3. De nouvelles régulations pour la distribution des services urbains.....	111
B. La privatisation des services hospitaliers : une question de gouvernance urbaine.....	113
B.1. Urbanisation et demande de services urbains.....	113
B.2. Services hospitaliers et gouvernance urbaine.....	117
B.3. Gouvernance urbaine et privatisation des services hospitaliers : l'exemple de Mumbai.....	120
C. La géographie face à la privatisation des services hospitaliers : des questions et des méthodes.....	123
C.1. Distribution, accès, régulation : les questions-clés de la géographie des services hospitaliers.....	123
C.2. Les travaux de S. McLafferty sur le secteur hospitalier de New York.....	127
C.3. Mesurer l'accessibilité aux services et les inégalités sociales dans les villes : nouveaux méthodologiques.....	130
Conclusion.....	133
CHP4. Gouvernance urbaine et services hospitaliers à Delhi.....	136
Introduction.....	136
A. De ville-capitale à ville-globale : trajectoire d'une métropole en pleine croissance.....	138
A.1. Delhi : une ville de pouvoir.....	138
A.2. Une métropole en forte croissance.....	140
A.3. Les politiques publiques au défi de la croissance.....	144

B. De la planification urbaine à la planification hospitalière..... 148

B.1. L'État central au cœur de la gouvernance urbaine : le Master Plan de Delhi..... 148

B.2. Une réglementation qui détermine la distribution des services hospitaliers.....152

C. La distribution des services hospitaliers au miroir de la gouvernance urbaine..... 159

C.1. De la parcelle à l'hôpital : un accouchement difficile..... 159

C.2. Crises du système hospitalier public et décentralisation..... 164

C.3. Politiques publiques et secteur hospitalier privé : entre pression et soutien.....168

Conclusion..... 176**CHP5. Le Partenariat Public-Privé dans les services hospitaliers de Delhi : la gouvernance urbaine contre l'accès ?.....177****Introduction..... 177****A. Les modèles de PPP dans le secteur hospitalier de Delhi.....178**

A.1. Des terrains contre des lits : renouveau d'une pratique ancienne..... 178

A.2. L'Indraprastha Medical Coporation Limited : une joint-venture sous influence..... 183

A.3. Des résultats décevants..... 186

B. Le PPP dans l'impasse..... 194

B.1. La question du statut des sociétés et de la corporatisation du secteur hospitalier de Delhi. 194

B.2. Un problème de gouvernance : la judiciarisation d'une régulation impossible..... 199

B.3. « Any other bid ? » : la marchandisation des réserves foncières publiques.....206

C. De nouveaux modèles de PPP à inventer pour garantir l'accès aux services hospitaliers pour tous..... 214

C.1. Le programme EWS : un héritage difficile à gérer.....214

C.2. La distance contre le programme EWS ?..... 225

C.3. Construire les hôpitaux de demain : quand l'expérimentation continue.... et échoue.....231

Conclusion..... 235**Partie 3 : Distribution et accessibilité aux services hospitaliers.....239****CHP6. Dynamiques de localisation des services hospitaliers de Delhi. 241**

Introduction.....	241
A. Recenser les hôpitaux de Delhi.....	242
A.1. Le problème du sous-enregistrement des cliniques privées.....	242
A.2. Relevé de terrain des cliniques et hôpitaux privés : le cas du South Delhi.....	246
A.3. Sondage téléphonique : étendre le test à l'ensemble du NCTD.....	249
B. La desserte en services hospitaliers.....	252
B.1. Géolocalisation et présentation d'une base de données sur les services hospitaliers du NCTD	252
B.2. Vers une déconcentration des services hospitaliers ?.....	256
B.3. Dynamiques croisées : secteur hospitalier public et privé.....	264
C. Les dynamiques de localisation des services hospitaliers : entre dispersion et concentration.....	270
C.1. La hiérarchisation des services hospitaliers.....	270
C.2. Distance au centre et distribution des services hospitaliers.....	276
C.3. Mesurer la dispersion des services hospitaliers.....	283
Conclusion.....	289
CHP7. Mesurer la ségrégation urbaine à Delhi.....	292
Introduction.....	292
A. Mesurer la ségrégation et la fragmentation urbaine.....	295
A.1. Premières approches par les données censitaires.....	295
A.2. Les données censitaires face au MAUP.....	298
A.3. La colony, un nouveau niveau d'agrégation.....	302
B. Trouver de nouveaux indicateurs et de nouveaux niveaux d'agrégation.....	307
B.1. UAV et colonies : de nouvelles perspectives sur la ségrégation urbaine.....	307
B.2. L'UAV un bon proxy de la ségrégation urbaine ?.....	311
B.3. Bâtir un carroyage sur l'agglomération de Delhi.....	315
C. Bâtir une typologie de l'espace urbain de Delhi.....	323
C.1. L'analyse multivariée pour approcher la fragmentation urbaine.....	323

C.2. La Classification Ascendante Hiérarchique.....	327
C.3. Typologie de l'espace urbain.....	332
Conclusion.....	341
CHP8. Accessibilité aux services hospitaliers et géographie sociale de Delhi.....	345
Introduction.....	345
A. Mesurer l'accessibilité aux services hospitaliers à Delhi.....	346
A.1. L'accessibilité aux services hospitaliers à Delhi : une question importante.....	346
A.2. Mesurer l'accessibilité : méthodologie.....	350
B. L'accessibilité aux services hospitaliers en 2011.....	356
B.1. Hiérarchisation et approche sectorielle de l'accessibilité.....	356
B.2. Distribution concentrique et accessibilité aux grands hôpitaux.....	358
B.3. Polycentrisme et accessibilité aux cliniques.....	365
C. Accessibilité aux services hospitaliers et géographie de Delhi.....	370
C.1. Une typologie de l'accessibilité.....	370
C.2. Les quartiers face à l'accessibilité.....	375
Conclusion.....	381
Conclusion générale.....	383
Annexes.....	389
Annexe 1 : Les contacts, les entretiens.....	390
Annexe 2 : Exemple de régulation.....	393
Annexe 3 : Données du programme EWS.....	396
Annexe 4 : Dates importantes.....	398
Bibliographie.....	400
Index des tables, des illustrations et table des matières.....	410