



santé
famille
retraite
services



Mairieconseils



Développer
une politique de santé
dans les territoires ruraux :
quel rôle possible pour
les intercommunalités ?

Actes du séminaire
du 9 juin 2011 – Paris

UN SERVICE



Mairie-conseils Caisse des Dépôts

**Développer une politique de santé
dans les territoires ruraux :
quel rôle possible
pour les intercommunalités ?**

Actes du séminaire
du 9 juin 2011 – Paris

SOMMAIRE

Présentation de la journée par Bernard Saint Germain, Mairie-conseils.....	3
État des lieux des initiatives locales pour maintenir les professionnels de santé en milieu rural , par Thierry Boval - Cabinet Ariane Santé Social	5
Démarche engagée par la Caisse MSA des Côtes normandes et la communauté de communes du Pays de Condé et de la Druance (Calvados) , par Pascal Allizard, président.....	13
La Mutualité Sociale Agricole : un acteur et un partenaire pour les collectivités locales par le docteur Jean-Louis Deustcher, médecin-conseil national adjoint à la CCMSA.....	19
Caisse des Dépôts : quel accompagnement des projets territoriaux ? par Eric Dorizon, direction des investissements immobilier sanitaire et médico social	25
L'enjeu d'un projet médicosocial , par Franck Montaugé, président de la communauté de communes du Grand Auch (Gers) et président du CIAS	29
Présentation de la maison de santé pluridisciplinaire de la communauté de communes du Magnoac (Hautes-Pyrénées), par Bernard Verdier, président	35
Place et rôle des élus locaux dans l'élaboration d'un projet territorial , par Laurent El Ghozi, président de l'association Elus, Santé Publique & Territoires (ESPT)	41

TABLE RONDE

« Les contrats locaux de santé : comment les communautés de communes doivent-elles préparer leur partenariat avec les Agences régionales de santé ? » L'exemple d'une mobilisation locale, par Rémy Rebeyrotte, président de la communauté de l'Autunois et maire d'Autun (Saône-et-Loire)	51
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ANNEXES : ILLUSTRATIONS DES DIAPORAMAS

• ANNEXE 1. 13 diapositives Etat des lieux des initiatives locales pour maintenir des professionnels de santé en milieu rural	65
• ANNEXE 2. 10 diapositives Démarche engagée par la MSA des Côtes Normandes et la communauté de communes du Pays de Condé et de la Druance (14)	73
• ANNEXE 3. 8 diapositives Caisse des Dépôts : quel accompagnement des projets territoriaux ?	79
• ANNEXE 4. 13 diapositives Communauté de communes du Grand Auch : l'enjeu d'un projet médicosocial	85
• ANNEXE 5. 56 diapositives Association Elus, Santé publique et Territoires (ESPT) : place et rôle des élus locaux dans l'élaboration d'un projet territorial de santé.....	93
• ANNEXE 6. 5 diapositives L'expérience de la communauté de communes de l'Autunois.....	143

.....
La journée était animée par Marc Horwitz, journaliste spécialisé en politique santé.

Présentation de la journée

par Bernard SAINT GERMAIN, Mairie-conseils

Bienvenue à la Caisse des Dépôts. Bienvenue à Mairie-conseils.

Cette journée s'inscrit dans la mission d'intérêt général de Mairie-conseils, service de la Caisse des Dépôts, qui contribue à répondre aux préoccupations exprimées par les élus et à les accompagner dans l'élaboration de leurs projets intercommunaux.

Sur les questions de vie sociale des territoires, nous sommes de plus en plus interpellés. La préoccupation largement exprimée de maintenir l'offre de soins et de développer l'offre médicosociale est un enjeu majeur pour les élus et leurs partenaires sociaux, les professionnels de santé et les habitants. C'est l'objet de notre rencontre d'aujourd'hui : offres de soins, offres médicosociales, un double défi à relever pour garantir deux choses essentielles : le maintien à domicile des personnes âgées dans les territoires ruraux et l'accueil de nouvelles populations, souvent de jeunes familles avec des enfants, qui ont aussi besoin de services médicaux sur leur territoire.

Il s'agit de promouvoir un projet d'aménagement du territoire, où la qualité de vie, la dimension humaine, sont considérées par les élus comme un élément fort d'attractivité.

Cette journée a été bâtie en partenariat avec la Direction de la Santé de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, et avec l'association Élus, Santé Publique et Territoires. Elle devrait permettre :

- De valoriser le dynamisme des initiatives locales, un dynamisme multiple, varié et présent partout sur le territoire ;
- De valoriser aussi les partenariats à la disposition des élus, notamment à travers le soutien que peut apporter la Caisse Centrale de la MSA et les services de la Caisse des Dépôts;
- De mieux cerner la nécessité de bâtir un projet territorial de santé publique, au-delà de la première préoccupation toute légitime de la maison de santé rurale, et développer ce projet territorial de santé publique dans les territoires ;
- De mieux cerner l'obligation d'articuler tous ces projets, avec les agences régionales de santé, désormais présentes fortement sur les territoires.

Malgré la complexité de l'élaboration d'un projet de santé, il faut néanmoins souligner, de notre point de vue, un facteur-clé de réussite très important. Contrairement à d'autres domaines qui font débat, le sujet de l'offre de santé bénéficie, dans tous les territoires, d'un large consensus auprès de tous les élus. C'est un véritable atout dont les élus disposent pour engager un projet sur leur territoire.

Mairie-conseils formule le souhait que cette journée de travail puisse valoriser cet atout, et être utile aux projets des territoires dans le domaine de la santé. Je vous remercie de votre attention, et vous souhaite une bonne journée.

État des lieux des initiatives locales pour maintenir les professionnels de santé en milieu rural

→ ILLUSTRATIONS DU DIAPORAMA EN ANNEXE 1, PAGE 65

Marc HORWITZ

Avec l'étude que va présenter Thierry BOVAL du cabinet Ariane Santé Social, nous allons entrer dans le vif du sujet. En quoi a consisté cette étude, et comment a-t-elle été menée ?

Thierry BOVAL

Cette étude a été réalisée courant 2009, avec un rendu définitif en juin 2010.

Des changements ont eu lieu depuis que cette étude est terminée, notamment avec la création des Agences régionales de santé, mais les problématiques sont quasiment similaires en 2011, elles deviennent même un peu plus aiguës. Notons par exemple que de plus en plus de personnes âgées ont des besoins de santé en milieu rural.

L'étude : elle fait un état des lieux des initiatives territoriales pour l'accueil et le maintien des professionnels de santé en milieu rural. Nous avons procédé d'une manière très classique, en élaborant un questionnaire permettant de recenser les différents éléments constitutifs de la problématique, diffusé à l'ensemble des caisses MSA. Nous avons obtenu vingt-six réponses sur quarante-et-une caisses, ce qui montre un taux de mobilisation relativement fort, la réponse à ces questionnaires représentant un travail surajouté à un quotidien déjà chargé.

Les répondants (cf. Présentation de l'étude Diapositive 3)

Sur le plan géographique, ils sont au nord, au sud, à l'est et à l'ouest du pays. Vingt-six caisses de la mutualité sociale agricole ont répondu et ont permis de recenser quatre-vingt-deux initiatives.

Les notions de contexte et d'objectifs (cf. Présentation de l'étude Diapositive 4)

Le contexte unanimement reconnu et jugé extrêmement important par l'ensemble des caisses répondantes est la raréfaction des professionnels de santé. L'objectif est toujours le même : favoriser l'installation de nouveaux médecins !. Le plus souvent, ces questions émergent lors du départ du médecin. Toutes les problématiques tournent autour de : « Je veux mon généraliste près de ses patients ». Autour de cela, surgissent des questions beaucoup plus pratiques, sur la façon de favoriser ou de stabiliser la présence d'un médecin dans une commune. Les questions à régler sur les conditions de travail et la permanence des soins. Un autre élément semble apporter une réponse pragmatique à la difficulté d'assurer les besoins de santé : celui de l'accès au cabinet du médecin.

Les initiatives à prendre pour favoriser l'installation de nouveaux médecins (cf. Présentation de l'étude Diapositive 5)

La réponse est assez univoque : la maison de santé pluridisciplinaire (51 réponses sur 92 initiatives). Vient ensuite une série de déclinaisons qui tournent autour de cette constatation : la nécessité de partage, ce que l'on appelle « la chaîne » des professionnels de santé, une amélioration de la transmission d'informations entre l'hôpital, le médecin généraliste, les urgences et tous les autres professionnels de santé, les kinésithérapeutes, les infirmières, etc. La maison de santé pluridisciplinaire est perçue comme le lieu où l'ensemble de ces acteurs s'articulera au mieux, pour répondre aux besoins de santé de la population locale.

Courant 2009, on se rend compte que les stades d'avancement pour la réalisation de ces maisons de santé sont très variés. Environ 40% des initiatives sont effectivement mises en place, et à peu près autant sont sur le chemin de la mise en place. Il s'agit d'une période intercalaire entre le fait d'avoir une maison de santé, ou d'espérer en avoir une.

Le territoire de naissance des Maisons de santé pluridisciplinaires (cf. Présentation de l'étude Diapositive 6)

On est frappé par la prédominance de la commune. Alors qu'à l'autre bout du schéma, on peut lire les mots « la notion de territoires de santé ». La régulation sanitaire et sociale de ce pays ne se réalise pas à l'échelon communal, mais à l'échelon d'un territoire de santé, d'un bassin de vie, en mesurant les besoins de santé et en se dotant des moyens d'y répondre. Et la commune n'a jamais été perçue comme le périmètre efficace. Or, c'est bien la commune qui, la première, est à l'initiative de ces Maisons de santé pluridisciplinaires.

Les promoteurs de ces initiatives (cf. Présentation de l'étude Diapositive 7).

De manière peu étonnante, les promoteurs de ces initiatives sont les professionnels de santé, majoritairement des médecins ou ceux exerçant des fonctions paramédicales, mais aussi les élus, bien évidemment. Quand une personne cumule les fonctions de professionnel de santé et d'élu, la dynamique devient très forte.

D'autres acteurs ou collectivités, alors qu'ils pourraient être de vrais promoteurs, tels les conseil généraux, la préfecture, ou même les ARH, sont manifestement en deuxième rideau par rapport aux acteurs principaux de la santé à l'échelon local.

Les autres promoteurs cités sont : la Caisse d'assurance maladie - la MSA pour dix initiatives - l'URCAM - le régime minier, une fois - les hôpitaux, trois fois - les hôpitaux locaux, trois fois.

On voit bien qu'il y a convergence d'intérêts entre les différents promoteurs de ces initiatives. Plus étonnant : les hôpitaux régionaux et locaux sont obligés de renvoyer les patients chez eux, la loi leur imposant des durées moyennes de séjour plus courtes. Or, au retour à domicile, personne ne pourra assurer leur suivi de soins. L'hôpital local ou un autre hôpital, puisqu'ils sont à l'origine de cette initiative, devraient être en mesure de le faire. Là encore, c'est le professionnel de santé en bout de chaîne, sur le terrain, qui se mobilise.

Les moyens (cf. Présentation de l'étude Diapositive 9)

Maison de santé pluridisciplinaire veut dire briques et ciment. L'essentiel de la mobilisation porte sur l'immobilier, le terrain, la construction, et le suivi du projet. Mais avec quels moyens va-t-on faire fonctionner ce nouvel outil sanitaire et social ? (représenté sur la diapositive 8 par « frais de fonctionnement des locaux »).

Marc HORWITZ

Cette enquête semble souligner que l'on veut construire avant de savoir qui va s'installer. Est-ce une impression ou est-ce exact ?

Thierry BOVAL

On se précipite sur la construction. Quand arrive une grue ou un camion de ciment, les choses avancent... Et je comprends bien que le fait de matérialiser quelque chose, de savoir qu'il existe un lieu, soit une priorité. Une fois prise la décision de créer une maison de santé, bien évidemment il faut penser architecture, murs, ciment, terrain. Il est vrai qu'un projet de ce type mobilise la quasi-totalité des énergies, évite que l'on se penche sur des choses plus conceptuelles, comme le projet de santé, la vie au long cours, les relations entre les professionnels que cet établissement permettra de développer.

Les financements (cf. Présentation de l'étude Diapositive 9)

Une autre question, pas du tout conceptuelle, qui se pose dès qu'il est question d'ouvrir une maison de santé pluridisciplinaire, est bien évidemment celle des financements. Ils peuvent être multiples : l'intercommunalité, la Région...mais c'est surtout la partie « autres » qui est la plus développée, avec une série d'acronymes dont certains ont disparu entretemps. Un rapport de la CNAM sur l'année 2009 indique que le montant du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), sauf erreur, est de 250 millions d'euros. En 2009, pour environ quarante projets de maisons de santé, la CNAM a dépensé 2,4 millions d'euros. Ce qui fait 40 000 euros par projet. Il arrive que des gens se lancent courageusement dans la recherche de fonds européens, ce qui impose de constituer de nombreux dossiers divers et variés.

Le cadre juridique

Une fois qu'on a décidé une construction, qu'on a éventuellement trouvé une partie du financement, se pose la question du cadre juridique de fonctionnement. Certains gestionnaires sont très traditionnels et créent des Sociétés civiles immobilières, ou des Sociétés Civiles de Moyens. Mais cela n'apporte pas les réponses juridiques aux maisons de santé. Le plus souvent, comme toujours en médecine en ce qui concerne les réseaux de soins, l'association loi 1901, la « bonne vieille association », que nous connaissons bien, répond à peu près à toutes les questions, avec une flexibilité parfaite. Notons un point important : la convention. Souvent, les instigateurs démarrent sur des logiques d'associations loi 1901 et, compte tenu des spécificités des relations entre intervenants, évoluent vers la convention. Ainsi, toutes les initiatives en cours d'élaboration reposaient sur des logiques « loi 1901 », alors que celles qui fonctionnaient effectivement étaient dans des logiques de conventions.

Marc HORWITZ

Donc, nous avons un cadre juridique, nous avons trouvé les financements. A partir de ce moment-là, ça marche ?

Thierry BOVAL

Les obstacles (cf. Présentation de l'étude Diapositive 11)

Hélas non, je dois signaler quelques obstacles. Construire, trouver des terrains, trouver des financements, mobiliser les individus, cela prend du temps. Et le temps entraîne des changements de positionnement des uns par rapport aux autres. Vous vous embarquez dans un projet en année n, qui risque de finir en année n + 2, n + 3. Les choses peuvent évoluer dans cet intervalle.

Certains projets ont nécessité cent cinquante réunions de planification, de coordination, etc. Un an, cela reste supportable ; deux ans, c'est épuisant. Certains acteurs sont plus mobilisés que d'autres, ce qui crée de nouvelles difficultés. Les personnes qui ont mis en place ces maisons de santé constatent souvent que le projet de prise en charge après leur ouver-

ture est flou. Ils se projettent assez peu dans le futur, et rencontrent quotidiennement des problèmes liés à la mobilisation des partenaires, des architectes et des élus.

Les facteurs de succès (cf. Présentation de l'étude Diapositive 10)

Ce que nous avons pu constater comme étant un facteur de succès, avec une incidence positive sur la mise en place de ces nouvelles réponses à la désertification de certaines régions, c'est l'humain. Il faut que les porteurs du projet admettent que :

- cela ne va pas se réaliser en un jour ;
- c'est une avalanche de soucis, jour après jour ;
- se creuse le plus souvent une sorte de « cuvette » d'intérêts divergents, à court, moyen, long terme.

Tout cela est très complexe et il faut une motivation solide et un objectif simple pour résister à toutes les pressions.

Quand on est à la fois professionnel de santé et élu, on est mieux armé. La durée d'un mandat est de six ans, un moyen terme alors que la logique d'un professionnel de santé lambda est à plus court terme. Pour les gens qui portent ce genre de projets, cette double casquette, à la fois de professionnel et d'élu, peut être considérée comme un point positif.

Certains éléments peuvent faciliter la réussite des projets :

Avec Mairie-conseils, nous avons envisagé, par exemple, la conception de « kits » de conduite de projets. Il convient en effet de jalonner, baliser le terrain, célébrer les victoires quand on passe d'une étape à l'autre, pour essayer d'approfondir la mobilisation. Il est important également de faire savoir comment le projet avance.

Il faut tenir compte aussi d'une « boîte à outils » juridique, en raison des problématiques très importantes dans ce domaine. Il faut considérer enfin les problématiques financières. La plupart des gens pensent qu'ils vont tout simplement télé transporter leur cabinet dans une maison de santé pluridisciplinaire dont le fonctionnement sera identique au précédent. Mais on partage beaucoup de choses ; il faut donc savoir quel est le niveau de partage acceptable et comment le financer.

Marc HORWITZ

L'enquête dont nous parlons a un peu vieilli. Je dirais qu'en plus, le cadre juridique et le cadre législatif ont nettement changé avec la mise en place des ARS en avril 2010. J'aurais voulu savoir quels sont les fondamentaux, les points d'ancrage de cette enquête. Qu'est-ce qui est encore d'actualité ? Qu'est-ce qui est désormais complètement dépassé ?

Thierry BOVAL

Je vous rappelle que le Président de la République, en septembre 2008, est allé dans le Jura, et a déclaré « L'avenir, c'est la maison de santé pluridisciplinaire ». Nous avons mené une étude en 2009. La remise des conclusions est intervenue en juin 2010 et, sauf erreur de ma part, le 12 mai 2011, une circulaire de la DATAR préconisait l'ouverture de deux cent cinquante Maisons de santé pluridisciplinaires entre 2010 et 2013 ; dorénavant, nous passons au financement de chacune de ces Maisons à hauteur de 100 000 euros.

Entre 2009 et aujourd'hui, deux années se sont écoulées. Je pense que les choses sont désormais plus claires. Il existe une vraie volonté politique de mettre en place ces Maisons de santé pluridisciplinaires. Je ne veux pas employer les termes de « techniques de bout de ficelle », mais les recherches de financement épuisantes, pour obtenir 10 000, 20 000, 15 000 euros, sont maintenant balayées. Des enveloppes de 100 000 euros sont jugées nécessaires pour mettre en place ce genre d'outils. Et enfin, dans les circulaires officielles, le nombre de deux cent cinquante maisons de santé est indiqué.

Sur ces deux cent cinquante maisons de santé, je crois que la région Rhône-Alpes en dynamise cent ; et la région Nord-Pas-de-Calais, cinquante. Nous avons aussi remarqué que, dans les quatre-vingt-douze initiatives recensées, des départements et des régions sont particulièrement actifs sur ce sujet. Alors, vieillissement, oui ; mais il existe une sorte de caractère invariant, avec peut-être désormais un aspect plus positif, car les choses sont écrites.

Patrick MOLINOZ, conseiller général de Côte-d'Or et président de la communauté de communes du Pays d'Alésia et de la Seine

Je suis président d'une communauté de communes qui porte un projet de maison de santé.

Vous avez fait une présentation générale, mais je voudrais exprimer quelques interrogations concernant cette étude. Je la trouve très « survolante ». Vous évoquez les financements, et vous ne distinguez pas ce qui relève de l'investissement et ce qui relève du fonctionnement. Or, le FICSV intervient, je crois, sur le fonctionnement, et donc intéresse les professionnels, alors que nous, collectivités, sommes d'abord interpellés sur la question de l'investissement, sur des sommes qui vont bien au-delà des chiffres que vous avez évoqués.

Une circulaire est parue, il y a quelque temps, pour indiquer aux préfets qu'au titre du FNADT, ils devaient inscrire 100 ou 125 000 euros par maison de santé, alors qu'au titre de la DETR, la nouvelle dotation d'équipement des territoires ruraux, on peut obtenir théoriquement jusqu'à 35%. J'aurais souhaité entendre des choses un peu plus précises pour savoir si les échos sont les mêmes dans toutes les régions de France, sur les modes de financement.

Je ne m'arrête pas à votre commentaire sur les fonds européens. Ils sont ce qu'ils sont, complexes effectivement à obtenir, vous avez raison, mais dans les régions où il en reste, ils ne sont pas à négliger.

Quand vous parlez de la structuration juridique et de son fonctionnement, la loi de 1901, c'est très bien. La vraie difficulté, me semble-t-il, concerne la mise en œuvre. Nous, collectivités, savons construire un bâtiment collectif. Les professionnels n'ont pas l'habitude des pratiques collectives ; ils n'en mesurent ni les contraintes, ni les délais, ni les difficultés. En revanche, ce qu'ils mesurent très bien parce qu'ils le comprennent très vite, c'est l'articulation qui va être la leur avec la collectivité sur le fonctionnement, le paiement des loyers et la manière dont nous équilibrons tout cela.

Il arrive ici et là, pas particulièrement dans mon territoire en Bourgogne, que certains professionnels, motivés par un travail en commun, finissent par se dire que si cela ne leur coûtait rien du tout à l'arrivée, ce serait idéal. Et ils sont en outre dans une démarche un peu compliquée parce que le cadre juridique pour la structuration des professionnels entre eux est en train d'évoluer. C'est une question très importante, pour laquelle je me trouve assez démuné. J'aimerais que nous puissions entrer (mais ce n'est peut-être pas le moment de la journée ; vous me pardonneriez si j'anticipe) sur des aspects un peu plus opérationnels quant à ces montages.

Marc HORWITZ

C'est la problématique de toute la journée que vous venez de poser. Nous allons avancer sur certains points. Je vous rappelle que l'étude que nous avons citée a été menée à partir de données recueillies par le cabinet enquêteur. Et à toutes les questions que vous avez posées, nous n'avons pas forcément les réponses dans cette étude.

Thierry BOVAL

J'entends bien vos remarques. Loin de moi toute idée d'associer Europe et complexité. Evoquer l'Europe dans une problématique qui semble mobiliser tant d'énergie à l'échelon local, montre bien l'importance de ce niveau de décision. Ensuite, si la complexité est un moyen de garantir la destination des fonds et leur dimensionnement, c'est très bien. Il n'existe aucune difficulté sur ce point.

Parmi les initiatives recensées, il y avait une maison de santé pluridisciplinaire qui s'est construite, qui s'est ouverte et qui a été « déshabitée », car les professionnels ne voulaient plus y exercer. La distinction comptable entre les dépenses d'investissement et les charges de fonctionnement est un élément absolument clé, et qui recouvre aussi les problématiques du cadre juridique.

J'ai cru comprendre qu'au départ, en 2008, on imaginait que les Maisons de santé pluridisciplinaires étaient un moyen d'installations des professionnels de santé, où chacun allait mettre au « pot » dans une SCI, en partageant les frais de fonctionnement. Or, on se rend compte que de plus en plus, compte tenu de la difficulté à attirer et retenir des professionnels, les collectivités locales tentent de les séduire en s'impliquant de plus en plus dans les notions de financement de l'investissement.

Patrice HAURAY, MSA de Loire-Atlantique et Vendée

Je fais partie des vingt-six caisses de la MSA qui ont répondu au questionnaire. Je n'ai pas dit cela pour recevoir des bravos, mais pour préciser mon propos. Je suis, comme d'autres, accompagnateur de différents projets sur mes deux départements. Je voudrais dire quatre choses.

En préambule, il me semble que les facteurs de succès et les obstacles, tels qu'ils ont été décrits, sont toujours là. Par contre, si je reviens à la présentation des objectifs générateurs des projets, si je me souviens bien du questionnaire, un élément n'apparaît pas beaucoup ici, alors que, dans les départements que je connais, il émerge maintenant, c'est le couple médecin/pharmacie. Si vous réfléchissez à un projet de maison de santé, réfléchissez aussi aux incidences sur les officines. Il me semble que cela était moins prégnant quand nous avons répondu au questionnaire. Je voulais le signaler.

Vous avez posé une question sur « les autres ». On a parlé de MSA, URCAM, hôpitaux, etc. Je voudrais souligner que peut-être, le commentaire a faussé le titre. Si je me souviens bien, quand nous avons répondu au questionnaire, la question était de savoir qui était à l'initiative du projet. Or, il n'a pas été donné de réponse sur qui était *in fine* le promoteur du projet en dur, etc. Je me permets de le souligner, car c'est un peu réducteur.

Ensuite, vous avez parlé des évolutions récentes en termes juridiques et financiers. Il faut dire que l'aspect financier est toujours épuisant, même s'il existe des évolutions. Et il faut que les professionnels travaillent ensemble pour voir comment ils peuvent se coordonner. Cela demande beaucoup de temps, vous l'avez dit. Cela ne se décrète pas.

Romain GUYOT, chargé de mission santé Pays Vitryat

Je suis maire de Saint-Ouen-en-Brie (76) et vice-président de la communauté de communes de la Brie Nangisienne. Je voudrais revenir sur l'introduction générale de la journée. Un terme me semble inacceptable. C'est le terme de « consensus ». Du côté des élus, il n'existe pas de consensus. Il y a fatalité, résignation, obligation. Il ne faut pas oublier (et ça n'a pas du tout été dit dans les interventions jusqu'à maintenant) que si les collectivités locales et territoriales sont en train de s'échiner sur ce genre de projets, c'est pour pallier toutes les carences de l'État.

Nous le faisons parce que nous sommes face à la désertification hospitalière. Quand on vit dans de grands départements comme la Seine-et-Marne où bientôt il ne restera que trois hôpitaux, alors qu'il y a peu de temps encore il y en avait sept, qu'est-ce que cela entraîne ?

Cela entraîne que les jeunes médecins ne veulent pas s'installer parce qu'il n'y a plus de back up hospitalier dans un rayon de quatre-vingts kilomètres, pour certains. Ils ont besoin d'être rassurés à ce niveau.

Un élément n'a pas été donné, c'est la stupidité des *numerus clausus* qui ont été établis en faculté de médecine pendant douze ans, ce qui signifie que désormais, il n'y a plus de personnes qualifiées qui viennent s'installer dans nos communes. Certaines aujourd'hui vont chercher des médecins en Bulgarie, en Roumanie ou ailleurs.

Encore une fois, les collectivités vont devoir payer, investir, créer des maisons de santé, comme certaines vont rester vides parce que personne n'est intéressé à venir s'y installer. Cela doit être dit. Il ne faut pas que nous tombions dans le piège de financer quelque chose qui devrait incomber à l'État en tant qu'obligation régalienne.

Rémy REBEYROTTE, maire d'Autun, conseiller général et président de la communauté de communes de l'Autinois

Un mot sur ce qui a été dit. D'abord, ce que vient de dire mon collègue est très vrai. Et par rapport aux aspects quantitatifs, le nombre de médecins, je précise d'ailleurs qu'il n'y a pas moins de médecins aujourd'hui qu'auparavant. Ils sont répartis différemment sur le territoire, mais il n'y en a pas moins. C'est une réalité. Nous sommes un certain nombre à avoir attendu de la loi Bachelot qu'elle impose une logique d'obligation d'installation, d'une manière ou d'une autre. Force est de constater que ce n'est pas le cas. C'est une loi d'ailleurs qui, si elle a quelques mérites (nous en reparlerons sans doute), notamment le décloisonnement de la question de la santé, pour le coup, n'a pas répondu à ce problème, qui était un problème crucial, immédiat, émergent sur nos territoires.

J'étais très réservé, sur les maisons de santé, comme réponse justement à ce problème quantitatif et de répartition sur le territoire. Je le suis un peu moins aujourd'hui. Je pense que l'approche des médecins par rapport à leur profession a un peu changé, la nouvelle génération n'a peut-être pas la même manière de concevoir le métier, une manière peut-être un peu moins libérale, avec une volonté un peu plus collective et peut-être aussi, comme dans d'autres secteurs, le souhait d'avoir plus de temps libre, de travailler différemment. Disons les choses comme cela. Et là, il y a peut-être effectivement à renouer un lien un peu plus fort entre les élus, le collectif, l'intérêt général et l'intérêt privé ou libéral de la médecine, tel qu'on a pu le connaître jusqu'à présent.

Je ne voudrais pas aller au-delà, mais il existe des aspects qualitatifs qui, à mon avis, l'emportent presque sur le quantitatif.

Thierry BOVAL

Une conclusion ou plutôt une réponse. Nous sommes bien conscients que ce genre d'étude s'inscrit dans la suite logique de ce que nous constatons et que, s'il y a eu carence avant, il existe deux manières de faire : soit on s'assoit et on pleure, soit on essaie de trouver des moyens pour pallier les conséquences de ces carences.

En diminuant le nombre de médecins, diminue-t-on les dépenses de Sécurité sociale ? Nous sommes un peu revenus sur cette question. La médecine est devenue tellement spécialisée qu'il est très difficile de la pratiquer, y compris la médecine générale, sans filets de sécurité. On s'en aperçoit par exemple dans les cliniques où, désormais, les médecins qui débutent leur carrière à trente-cinq ans ne veulent plus opérer s'il n'y a pas de soins intensifs, de gardes de nuit, alors que ça ne posait aucun problème encore au début des années 2000. Et ce n'est pas fini. Cela va s'accélérer à vitesse grand V, même dans les plus petits territoires. La réduction du nombre d'établissements de santé répond à un objectif de réduction du déficit de la Sécurité sociale.

Il faut rappeler aussi que, que ce soit en septembre 2008, en 2009, année de l'étude, ou en 2010, nous sommes en période de déséquilibre massif des comptes sociaux.

Démarche engagée par la caisse MSA des Côtes normandes et la communauté de communes du Pays de Condé et de la Druance (Calvados)

→ ILLUSTRATIONS DU DIAPORAMA EN ANNEXE 2, PAGE 73

Marc HORWITZ

Je vous propose de donner la parole à Pascal Allizard, président de la communauté de communes du pays de Condé et de Druance, et à Bertrand Deyris, de la MSA des Côtes normandes.

Pascal ALLIZARD, président de la communauté de communes du Pays de Condé et de la Druance

Nous allons décliner au plan local un certain nombre de points évoqués il y a quelques instants. (Cf. présentation Diapositives 1 à 10)

Nous sommes en Basse-Normandie, dans le Calvados, à quarante-cinq kilomètres au sud de Caen, un petit territoire, avec une ville-centre, Condé-sur-Noireau, qui compte 5500 habitants et présente une particularité : dans un rayon de cinq kilomètres, nous avons deux départements, trois arrondissements, cinq cantons et quinze mille habitants. C'est une problématique administrative à gérer !

Nous sommes en secteur rural, avec une activité industrielle forte sur la ville-centre. Nous avons pratiquement quatre mille emplois. La population, qui a diminué pendant une quinzaine d'années, s'est aujourd'hui stabilisée. La ville-centre continue à perdre des habitants au bénéfice des communes périphériques.

Autre particularité de santé publique : la problématique lourde liée au travail de l'amiante pendant pratiquement un siècle. Sur le bassin d'emploi, deux mille à deux mille cinq cents personnes ont été contaminées par l'amiante, et nécessitent des suivis médicaux relativement importants.

Parallèlement, la démographie médicale s'est fragilisée. Nous travaillons sur ce dossier depuis trois ans. En 2008, les statistiques étaient encore acceptables. C'est un peu moins vrai trois ans après. Cette population médicale est inquiète de son renouvellement. Cinq départs en retraite sont attendus sur huit généralistes. La situation est similaire pour les dentistes. Quant à l'offre de soins, nous avons un cabinet de radiologie qui a

fermé ses portes le 31 décembre dernier, à la suite d'un départ en retraite non remplacé. Depuis trois ans, nous travaillons sur le projet. Sur ces six derniers mois, nous avons vu l'arrivée d'un kinésithérapeute, d'un dentiste et d'une diététicienne. C'est à mon sens le fruit du travail des professionnels de santé locaux qui se sont fortement mobilisés sur le projet et ont su communiquer dans les écoles et auprès de leurs collègues. Ils ont su leur donner envie de rejoindre le projet et de s'y associer.

Lorsque nous avons démarré il y a trois ans, nous étions dans une logique immobilière. Nous l'avons très vite abandonnée, et nous sommes allés vers un projet de santé de territoire. Nous avons ainsi remis les choses dans le bon sens, et nous avons su donner envie aux professionnels de travailler ensemble, selon des modalités nouvelles. C'était une étape nécessaire, préalable au projet immobilier qui, s'il est bien avancé, encore fois n'est venu qu'après.

Pour la population, la grue et le béton sont rassurants ; pour les journalistes aussi, et c'est une donnée importante. C'est un projet très fort pour notre petit territoire, avec des professionnels de santé très engagés aux côtés des élus.

Marc HORWITZ

Pouvez vous nous préciser la densité médicale aujourd'hui sur ce territoire ?

Pascal ALLIZARD

Il y avait, pendant la période faste, dix médecins généralistes sur le périmètre. Aujourd'hui, ils sont huit, dont cinq départs en retraite en cours de préparation. Cela concerne quinze mille habitants.

Marc HORWITZ

Bertrand Deyris, comment la MSA intervient-elle, et pourquoi ?

Bertrand DEYRIS, MSA Côtes normandes

La MSA intervient dans le cadre plus général d'une politique régionale initiée autour des années 2000, notamment par l'URCAM. Nous allons parler de sigles qui n'existent plus. Cela s'est concrétisé en 2008 par la signature d'une charte encore un peu plus élargie, avec d'autres collectivités locales, notamment les trois conseils généraux. Notre région est composée de trois départements, mais il faut compter aussi les représentants des ordres, les différents professionnels de santé, la faculté de médecine, les remplaçants. Ce sont des éléments importants dans la dynamique et la fluidité de la prise en charge des professionnels de santé. Il y a aussi l'État, bien évidemment. Cette charte a été signée en 2008, sous le haut patronage de madame Bachelot. Cette politique en région basse normande a dix ans derrière elle. Le cadre est rassurant, il a le mérite d'être clair à la fois pour les professionnels de santé et pour les élus, et de proposer un certain nombre d'outils et de procédures que je vais détailler.

L'objectif est à la fois de conforter l'offre, donc de maintenir une offre de soins de premier recours en milieu rural notamment – la Basse-Normandie est essentiellement une région rurale – mais aussi d'anticiper et de maintenir les territoires attractifs, également en milieu rural.

Le pôle de santé, non pas au sens de la loi HPST, est une appellation locale, issue de l'URML (Union régionale des médecins libéraux), qui désigne les pôles de santé libéraux et ambulatoires. La MSA ainsi que les CPAM s'inscrivent dans l'accompagnement de cette politique dès 2006, 2007. La MSA et les CPAM se sont proposées pour accompagner les promoteurs

et les porteurs de projets, essentiellement les professionnels de santé, bien évidemment en lien avec les collectivités locales, et ont mis en place des procédures de travail organisées en deux temps :

- Un temps d'ingénierie de projet. Tout démarre par une sollicitation, soit de la collectivité locale soit des professionnels de santé, vers un guichet unique, à l'origine l'URCAM ou le conseil régional. À partir de là, les choses s'enclenchent.
- Un temps de constitution et de fédération d'un groupe de professionnels de santé. Nous leur recommandons de se constituer en association, pour être une entité juridique et pouvoir travailler entre eux. Il est possible, à partir de là, de leur proposer un certain nombre de jours de consultants, avec deux objectifs qui sont de créer une équipe et de jeter les bases d'un projet de santé.

Il existe une volonté politique forte de commencer sur le projet de santé, et non pas sur le projet immobilier. C'est plus facile à dire qu'à faire. Mais cette volonté existe.

Ensuite, un certain nombre d'outils se mettent en place. Une déclinaison des partenaires se fait par département, au sein des comités opérationnels départementaux. La difficulté de ce type de projet est de commencer par un projet de santé.

Je suis passé sur le fait de fédérer des professionnels de santé volontaires, et de définir les axes d'un projet de santé. À l'issue de cette première phase, l'assurance-maladie intervient. Et soit la MSA soit les CPAM à l'époque, jusqu'en 2009 environ, pouvaient accompagner les promoteurs et se lancer dans l'aventure du projet de santé, en général sur une période de l'ordre au minimum de deux ans, parfois plus longue. L'idée est d'être le fil rouge du projet, d'assurer la cohérence sur la durée ; d'être aussi le catalyseur du projet. En tant qu'accompagnateur, on n'a pas de compétences spécifiques. Ce sont plutôt les généralistes qui peuvent parler d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'organisation des soins de premier recours ; mais il faut aussi faire comprendre aux professionnels de santé que les budgets d'une collectivité locale ne s'établissent pas comme le budget d'un cabinet médical. Et que des réalités sont à prendre en compte.

Autrement dit, une pédagogie du projet est à considérer, dans les deux parties. Nous avons commencé de cette façon à Condé-sur-Noireau, très concrètement, en mettant en place ce que l'on peut appeler un comité de pilotage. Nous n'inventons rien, mais l'essentiel est de provoquer la parole et les échanges. La garantie du succès d'un projet de ce type est la transparence, le fait d'avancer ensemble. Les aspects architectural et financier sont importants, car ils cristallisent les craintes et les potentiels d'un projet. On voit bien que chacun, tant que les subventions ou le montant du loyer ne sont pas connus, est un peu crispé sur les risques à prendre soit individuellement, en tant que professionnel de santé, soit en tant que collectivité locale par rapport aux administrés. Le fil rouge couvre un peu tout cela. Il est important de travailler à tisser un lien entre les élus et les professionnels de santé.

Je crois que dans le rôle de l'accompagnateur, l'essentiel est de savoir gérer les différents temps des acteurs. D'autres personnes dans la salle auront probablement accompagné d'autres projets. Avec un peu d'expérience, en toute modestie, il me semble que la clé du succès est d'avoir compris le degré d'avancement de chacun des acteurs et de s'adapter à son rythme. Et en même temps, de le tirer vers le rythme objectif du projet. Je m'explique.

Le projet de santé, par exemple : quand on commence à faire un projet, on est sur les objectifs généraux. On parle de prévention, de dépistage des cancers, d'éducation thérapeutique, de choses qui sont les passages obligés des projets financés par les pouvoirs publics. La difficulté n'est pas tant de se mettre d'accord sur des objectifs généraux, elle est de se mettre d'accord sur des objectifs opérationnels. Autrement dit, comment faire pour atteindre un certain seuil ? Par exemple, sur des prises en charge de diabétiques, sur l'éducation thé-

rapeutique cardiovasculaire, sur le nombre de réunions entre les médecins, les infirmiers, sur des prises en charge de plaies aiguës... Concrètement, c'est ça, le projet de santé. Dès le début, il faut se mettre d'accord sur des objectifs généraux, et rapidement on éprouve le besoin d'aller vers des choses concrètes, plutôt du ressort du projet architectural, qui rassemble toutes les personnes concernées.

Quand le permis de construire est déposé, et que les travaux ont commencé, il est possible de revenir à des choses qui touchent davantage le domaine de la santé, parce que les gens sont plus disponibles pour travailler sur ces aspects.

On travaille ensuite sur le projet d'organisation professionnelle. Autrement dit, comment chaque profession, puis l'ensemble des professionnels de santé, s'organisent entre eux pour fonctionner au quotidien.

Pascal ALLIZARD

Comme je l'ai développé précédemment, notre projet local repose avant tout sur un projet médical et humain. Depuis trois ans, des rencontres et des réunions de travail ont eu lieu. Ce comité de pilotage fonctionne réellement, avec plusieurs dizaines de réunions depuis sa mise en place au rythme d'une réunion hebdomadaire. Un travail de fond considérable a été réalisé. C'est un engagement fort, depuis le début, des élus et de la communauté de communes pour porter le dossier, et notamment, nous le verrons plus tard, pour porter l'investissement, avec l'apport de l'ARS.

Un de mes collègues est intervenu tout à l'heure pour évoquer les difficultés de la logique financière de ces pôles médicaux. Il a fallu très vite « tordre le cou à une certaine logique de plus-value immobilière possible », et ramener les choses dans une logique de service public, et non pas d'investissements privés avec l'objectif d'une plus-value finale. Ce préambule était nécessaire pour commencer à travailler sereinement.

Bertrand DEYRIS

Sur l'accompagnement de la MSA Côtes normandes, je n'ai pas encore abordé l'aspect proposition de références et d'outils. L'intérêt est de mettre en relation les porteurs de projets avec d'autres porteurs de projets similaires dans d'autres lieux, puisque chaque projet est unique, et de proposer un certain nombre d'outils. La CCMSA avait élaboré des « boîtes à outils » (le docteur Deustcher abordera également ce point). L'intérêt est de donner un certain nombre de références, de pratiques, de données objectives qui permettent à chacun d'avoir des repères sur la dimension du cabinet et son ergonomie possible dans un projet collectif, et de donner aussi des méthodes pour travailler ensemble au quotidien. Bien évidemment, nous avons aussi une fonction de scribe, enfin de facilitateur, pour déposer des projets de demandes de financement.

Pascal ALLIZARD

Le recensement des besoins nous fait arriver à une superficie de 1350 mètres carrés, ce qui n'est pas négligeable, avec des espaces qui se répartiront sur trois niveaux.

Les professionnels engagés dans le projet sont les suivants : trois médecins généralistes actuellement, dont un qui depuis le début associe son remplaçant à la démarche. C'est très important pour la suite. Il fait partie des médecins qui partiront en retraite dans deux ou trois ans ; une infirmière libérale ; deux dentistes ; trois kinésithérapeutes, et peut-être six ; deux pédicures podologues ; un centre de soins infirmiers (je reviendrai sur ce point plus tard) ; le CIAD ; l'hôpital de jour du centre hospitalier de Vire, et notamment les consultations de pédopsychiatrie et de psychiatrie ; un ambulancier ; un accueil de consultation de médecine spécialisée en pneumologie et en cardiologie. Je vous ai parlé de la problématique de l'amiante. Nous nous retrouvons bien sur ce sujet.

Tous se sont regroupés en association avec le pôle de santé libéral ambulatoire du bassin

de vie de Condé-sur-Noireau. Ils travaillent régulièrement ensemble. Nous prévoyons des salles de réunion, conférences, espaces mutualisés, organisation de téléconférences et de téléformation. J'y reviendrai aussi. C'est une des particularités du projet.

Il convient aussi de prévoir le rapprochement de l'offre de formation des besoins recensés via le téléenseignement ; ainsi que l'accueil des professionnels remplaçants et de stagiaires. Les professionnels travaillent entre eux également sur le dossier médical partagé, avec une ingénierie support financée par la Région.

Le coût du pôle est estimé à près de deux millions d'euros pour 1 350 m² créés. Nous avons diverses sources de financement. Je ne boude pas l'Europe, bien au contraire, nous sommes très volontaristes sur le FEDER. Nous travaillons sur la problématique du désenclavement rural, c'est un vrai sujet pour nous, mais aussi sur les solutions énergétiques à mettre en place, car des financements sont à obtenir de ce côté.

Au niveau du FEDER, des financements existent également sur les moyens informatiques et la télésanté. Sur l'investissement, la partie État, DETR et FNADT a été évoquée plus haut. Et localement, sur chaque projet, le conseil régional donne 150 000 euros ; le conseil général du Calvados donne 150 000 euros, et la communauté de communes, dans son autofinancement, a décidé de consacrer 150 000 euros en subventions non récupérables sur les loyers à ce projet, de façon à marquer financièrement la volonté d'accompagnement de la collectivité de base.

Nous allons porter la construction. Je ne m'y attarde pas. Nous travaillons actuellement sur le modèle économique. L'objectif est un loyer volontairement attractif, mais nous allons le tenir, nous sommes entre 5 et 6 euros hors taxe le mètre carré, hors charges.

Marc HORWITZ

Un médecin vous demanderait combien de consultations cela représente par mois.

Pascal ALLIZARD

Des discussions sont en cours entre professionnels de santé, et je n'ai pas vocation à m'en mêler. Par contre, il faut voir si une modulation du loyer peut intervenir selon les professions. La discussion que nous allons engager avec eux, est par exemple de décider comment sera financée la vacance de la surface. Il ne s'agit pas de faire payer une surface vide à ceux qui travaillent à côté. L'idée est de voir s'il est possible de motiver les professionnels de santé exerçant dans les locaux, afin qu'ils assurent les remplacements des absents.

En réponse aux objectifs attendus, nous avons la mutualisation des moyens et la mutualisation des connaissances. Un seul lieu, un dossier unique. La médecine libérale et la médecine hospitalière sont décloisonnées. Il faut être novateur et exemplaire sur la télésanté, évolutive bien sûr. Le choix du site a été important : accessible, à proximité du centre-ville, au carrefour de plusieurs quartiers ; conçu en termes de développement durable. Et nous allons implanter cet immeuble dans un espace disponible. Nous avons un parc municipal d'une dizaine d'hectares. Nous apportons un environnement de travail aux professionnels de santé, mais aussi une sérénité par rapport aux patients qui vont fréquenter le lieu.

En termes de calendrier, le permis de construire est déposé. La réponse des financeurs est attendue au plus tard le 30 juin 2011. Les travaux pourraient démarrer en fin d'année.

Je termine par l'aspect juridique, un des points les plus complexes. Il s'agit des relations entre les professionnels : médecins, kinésithérapeutes, etc. Nous les laissons discuter, et ce sont de vrais débats. Des discussions aussi concernent les statuts. Nous avons une infirmière libérale, mais nous avons également un centre de soins infirmiers associatifs. Il faut

regarder ces sujets de près afin d'éviter des problèmes à l'avenir. Une assistance juridique est également nécessaire, financée par l'Agence régionale de santé directement auprès de l'association des professionnels.

Marc HORWITZ

Nous aurons une séance de questions-réponses après l'intervention de Jean Louis Deuster. À combien de kilomètres de la maison de santé réside la personne la plus lointaine ?

Pascal ALLIZARD

Entre douze et quinze kilomètres. Mais cette personne peut bénéficier d'un autre choix dans un autre chef-lieu de canton. C'est pour cette raison que j'ai parlé de cinq kilomètres et quinze mille habitants.

La Mutualité Sociale Agricole : un acteur et un partenaire pour les collectivités locales

Marc HORWITZ

Jean-Louis Deustcher, vous êtes médecin-conseil adjoint de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. Pouvez-vous nous présenter votre action ?

Jean-Louis DEUSTCHER, médecin-conseil national adjoint de la caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Une toute petite brève introductive, un instant de publicité sur la MSA, pour camper le décor. Il s'agit d'un organisme de protection sociale global. Toutes les branches, de la prestation à la cotisation, en passant par les services d'actions sociales étendues à la médecine du travail, spécifiquement dirigée pour les organismes professionnels agricoles pour tous les salariés relevant de l'agriculture. L'assurance maladie obligatoire est un élément important de la protection sociale. Dans ce cadre, la MSA est l'un des trois grands régimes d'assurance maladie, avec la CNAM et le régime social des indépendants, qui négocie par exemple les conventions avec les professionnels de santé et peut intervenir au sein des agences régionales de santé. Voici pour la légitimité.

Par ailleurs, l'organisme professionnel agricole qu'est la Mutualité Sociale Agricole, vit dans une ambiance de démocratie sociale. Des élections locales ou cantonales ont lieu pour constituer l'ensemble des conseils d'administration et les instances représentatives. Cette proximité territoriale assure le lien fort avec les élus.

Enfin, une longue histoire, dans l'assurance maladie obligatoire, d'accompagnement des professionnels de santé dans le cadre de coopérations, de coordinations, d'actions et de projets de prévention, etc. Je vais citer quelques exemples dont vous avez sûrement entendu parler : Lubersac Santé, La Guerche de Bretagne Santé, Arbois Santé.

Cela date de 1987. La MSA était partie prenante dans les premiers réseaux expérimentaux de santé (ordonnances de 1996, etc.), les réseaux de santé gérontologiques. Ensuite, au début des années 2002, 2003, une première tentative d'expérimentation de maisons de santé pluridisciplinaires a pris son essor. Des choses ont été faites avec les réseaux de santé en partenariat avec Groupama, Groupama Partenaires Santé. Et en ce moment, dans deux territoires, en Dordogne et dans les Ardennes, se développe le Pays Santé, démarche de coordination, de coopération à d'autres projets avec les professionnels de santé.

Je tenais à le dire pour montrer la légitimité de l'assurance maladie MSA dans ce domaine. Et puis, comme toutes les caisses d'assurance maladie, nous sommes dans le monde de la contractualisation. La MSA est soumise à un contrat d'objectifs et de gestion avec les ministères. Et dedans, nous avons fait passer quelques points de gestion du risque très globale sur le plan assurance maladie, avec cette organisation de soins.

L'effet yoyo du numéris clausus

Je vais revenir sur des propos tenus par les orateurs précédents, pour camper le décor des problématiques de médecine générale en milieu rural et de démographie des professionnels de santé. Plus que de démographie, je parlerais de Ressources Humaines des professionnels de santé. Ce n'est pas tant un problème de nombre qu'un problème d'évolution, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Il existe des effets « yoyo » sur le numéris clausus dans les facultés de médecine. Je suis de la génération 1974, et la faculté dont je sors comptait alors 400 étudiants. En 1990, on n'en fabriquait entre guillemets plus que 100, voire moins. Et en 2010, on tend à remonter autour de 300, 350. L'effet « yo-yo » est important.

Ensuite, dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la répartition des modes d'exercice est à prendre en considération. La moitié des étudiants sortants sera médecin généraliste et exercera une médecine polyvalente. L'autre moitié des étudiants sera médecin spécialiste. Et dans le mode d'exercice de ces étudiants, qui suivent des cursus de dix, onze, douze ans, quand ils sont spécialistes, neuf ans quand ils sont généralistes, l'esprit de travail de groupe reste très prégnant. Ces étudiants vieillissants terminent leurs études à 28 ou 30 ans en moyenne. Ils cherchent aussi un cadre de vie et des conditions de vie qui préservent un peu plus leur vie privée.

L'attractivité de la médecine libérale

Dernier point, vous l'avez évoqué un peu et vos prédécesseurs aussi : l'attractivité de la médecine libérale au sens économique du terme est faible, comparée à l'ensemble des médecins généralistes qui vont sortir de la filière. Tous les ans, à peine 10 % s'orientent vers l'installation libérale. Les autres vont vers des remplacements réguliers, qui leur permettent d'organiser leur vie privée comme ils l'entendent, et un grand nombre de médecins généralistes s'orientent vers des carrières salariées, établissements d'hébergement de personnes âgées, urgences hospitalières, médecine générale hospitalière dans les petits hôpitaux. Il est important de connaître ces fondamentaux. Je ne parle que des médecins, mais les autres professions de santé sont touchées de la même manière. C'est le premier aspect, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales.

La notion de pratique médicale.

Ces étudiants en médecine ou en professions de santé dans les autres domaines (infirmières, kinésithérapeute, etc.) exercent au début, dans leurs compagnonnages étudiants, dans leurs stages, etc., dans un cadre pluri professionnel, en coopération avec d'autres professions de santé. Ils veulent garder ensuite cette manière de travailler.

J'ai entendu parler de la sécurité d'exercer à proximité d'un hôpital. Cela est vrai, mais aussi dans la sécurité de l'ambiance pluri professionnelle avec l'émergence (le texte de loi le conforte) de la notion d'offre de soins de premier recours, pas uniquement médicale, mais aussi infirmiers, kinésithérapeute, etc. Ces points sont importants. Je voulais les camper directement.

Dans l'offre de soins de premier recours, pensons médecins, infirmiers, kinésithérapeute, dentiste... La dentisterie en milieu rural comporte un défaut de soins bucco-dentaires en milieu rural. Pensons aussi coopération avec les pharmaciens. L'implantation des officines était gérée de manière différente. La profession de pharmacien a établi des quotas de répartition territoriale, mais le « dévissage » de plaques de certains professionnels de santé risque d'entraîner, dans certains lieux, le dévissage économique des officines. Si le prescripteur n'est pas proche, il n'y aura plus de consommation. De nouveaux partenariats sont à inventer avec les pharmaciens, tout en respectant les cadres. Et dans la pratique des jeunes professionnels de santé émergent de nouveaux métiers, pour le moment incomplètement solvabilisés par l'assurance maladie dans le cadre conventionnel, mais qui progresse : diététique, psychologie, ergothérapie éventuellement pour le maintien à domicile, et autres...

Marc HORWITZ

Nous avons oublié une profession paramédicale, les sages-femmes. En milieu rural, elles risquent de jouer un rôle de plus en plus important.

Jean-Louis DEUSTCHER

Elles ne « fleurissent » pas encore, mais dans l'organisation conventionnelle des soins et des négociations en cours avec le monde professionnel des sages-femmes, elles jouent un rôle important dans le cours de la grossesse et surtout dans le post-partum, après la naissance, sur beaucoup d'aspects.

Les particularités du milieu rural

Je voudrais aborder un autre point, la notion de milieu rural. En milieu rural, il n'y a pas de gros hôpitaux, de type médecine, chirurgie, obstétrique. Il n'y a pas ou peu de spécialistes. On les fait venir, comme dans l'exemple précédent. Par contre, des hôpitaux locaux ou ex-locaux (dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », on n'emploie plus ces expressions) sont relativement petits et ne peuvent vivre qu'avec les médecins généralistes implantés en libéral dans le secteur. Les seuls praticiens hospitaliers qui y travaillent sont les médecins généralistes libéraux. Dans le secteur hospitalier, c'est le seul lieu où existe une coopération étroite entre les professionnels de santé hospitaliers et le monde libéral.

95 % des Français habitent à moins de quinze minutes d'un hôpital. Mais 5 % d'exception touche quasiment uniquement le milieu rural. Le médecin est plus distant de ses patients. Il dispose d'un habitat particulier. La population est un peu différente de la population urbaine, et proportionnellement plus âgée. La prise en charge est partout souhaitée de plus en plus ambulatoire. Plus on avance en âge, plus on souffre de maladies chroniques. La continuité et la coordination entre les professionnels de premier recours, que j'ai évoquées plus haut, devront être appliquées au monde rural.

La façon de vivre est un autre élément important. Le monde rural vit dans un rythme biologique plus proche de la physiologie. On mange à horaires réguliers, on se couche plus tôt, on se lève plus tôt. La vie parisienne n'est pas la vie rurale. Le rythme de vie est différent. On peut le redire aux futurs médecins, qui ne veulent pas s'installer dans le libéral, car ils peuvent sûrement mieux organiser leur vie professionnelle que dans d'autres milieux.

Dernière chose, dans le milieu rural, existent les fameuses « zones sous-denses ». S'il existe une densité, une répartition des professionnels de santé dans l'ensemble des territoires, dans certains endroits, la moyenne d'âge des médecins est telle que dans les cinq ans à venir, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences devra intervenir. Beaucoup vont arrêter d'exercer. Le baby-boomer va prendre sa retraite très prochainement. Et les grosses promotions de médecins généralistes des années 1974-1980 vont cesser leur activité professionnelle. Ceux qui vont rester risquent de devoir assumer une charge de travail énorme et de cesser peut-être plus tôt d'exercer.

Attention aux zones sous-denses. Attention au désert : on n'habite pas à nouveau un désert. Nous ne sommes plus au Far West ! Il faut faire attention à ne pas laisser se désertifier certaines zones.

Quand même, les zones sous-denses sont définies par les instances sanitaires, de type ARS, qui sont les relais du ministère de la Santé. Les ARS ont à s'occuper, pour la première fois, de schémas régionaux d'organisations sanitaires de l'offre de soins ambulatoires, alors qu'ils s'occupaient plutôt des grands projets chirurgicaux, cancérologiques, etc.

La nouvelle dynamique

La mission des ARS consiste à s'occuper de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires. Ils disposent d'outils, des cahiers des charges types pour la pratique en maison de santé pluridisciplinaire. Ils ont des idées en matière de projets de soins. Leur Comité de sélection où la MSA peut participer, des élus peuvent participer à la sélection des projets qui seront

« boostés ». Et dans le SROS ambulatoire, on parle de continuité, de coordination, de qualité des soins. On parle un peu de permanence des soins. C'est le versant ARS.

Et aujourd'hui, monsieur Van Roekeghem, directeur de l'UNCAM, du Groupement des trois assurances maladie obligatoires, est en pleine négociation conventionnelle avec l'ensemble des professionnels de santé. Des choses bougent, et nous devons les avoir en tête quand nous sommes tout proche du terrain. Des accords-cadres interprofessionnels de santé, regroupant l'ensemble des professionnels de santé solvables par l'assurance maladie obligatoire, veulent avancer aussi dans leur coordination interprofessionnelle. Gardons-le en tête. L'assurance-maladie a des craintes en matière de dépenses. Mais c'est une demande de ces professions.

Et, pour la première fois, on crée les URPS, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », ce sont les Chambres des Métiers de tous les professionnels de santé. Auparavant, c'était des URML uniquement médicales. Aujourd'hui, il s'agit d'une nouvelle dynamique.

Marc HORWITZ

Mais comment les « projets de santé » sont-ils accueillis dans les territoires. Quelle est leur place dans les politiques territoriales ?

Jean-Louis DEUSTCHER

L'exemple précédent en est une illustration type. Quand on est assurance maladie obligatoire, quand on est parfois ministère de la Santé et gestionnaire du risque (assurance maladie/sécurité sociale) on pense au trio logique : patients, professionnels de santé, et cotisations sociales pour le financement. Certes, ce trio a son importance, mais par rapport à la problématique dans laquelle nous sommes aujourd'hui, je pense que nous devrions jouer une partition à quatre avec les représentants des collectivités territoriales.

Le rôle des collectivités territoriales

Les patients sont nos assurés, nous, assureurs maladie obligatoire. Ce sont vos électeurs, vous, élus des territoires. Dans la problématique d'un territoire, la santé est une partie d'un ensemble du projet territorial. J'essaie de vous rassurer dans cet esprit. Le bon état de santé défini par l'OMS, c'est l'équilibre physique, psychique et social. Les médecins généralistes, les infirmières, etc., peuvent s'occuper du physique et du psychique. L'aspect social (liens, déplacements, emplois, et autres choses) qui influe directement sur l'état de santé, relève plus de l'ambiance locale, dans laquelle les élus territoriaux ont un rôle capital.

Les problématiques de santé sont différentes d'un territoire à l'autre. Vous parlez d'un territoire où l'amiante était très présente. Si nous avons une telle problématique, nous devons prévenir l'ensemble des cancers liés à une exposition à des risques toxiques, il faut s'en occuper sérieusement. Amener un pneumologue en consultation dans ces territoires est d'une utilité évidente. Je suis un Lorrain. Nous avons la réputation de manger beaucoup de gras ; le risque cardiovasculaire et le diabète sont prégnants. Nous devons suivre ces dossiers.

En milieu rural, la proportion de personnes âgées dépendantes progresse. La logique de maintien à domicile de ces personnes est intéressante. Rares sont les personnes qui acceptent d'aller tôt en maison de retraite ou en hébergement. Nous devons construire, sur le plan sanitaire d'abord, les coopérations nécessaires entre infirmiers, médecins, pharmaciens et autres. En l'occurrence, le pharmacien ne se contente pas de dispenser des médicaments. Il peut aider à dispenser d'autres produits, comme les appareillages, les matelas anti-escarres, les sondes urinaires s'il le faut, etc. Il s'agit bien de la prise en charge de ces problématiques. Il convient de réussir à amener les patients à leurs problématiques de

premier degré : comment faire pour prendre en charge un diabétique ? Comment être aidé pour assurer la prévention des maladies liées à l'amiante, par exemple ? Comment prendre en charge le risque cardiovasculaire ?

On arrive facilement à les faire raisonner en trajectoire de soins, en parcours cliniques, etc. Par contre, dans ce projet de pôle de la maison de santé, ou même d'un petit hôpital, la partie santé sanitaire est une chose, mais il faut aussi considérer la partie projet immobilier ; la partie juridique ; la partie économique. C'est là que nos coopérations assureurs maladie obligatoire, élus territoriaux et autres responsables de l'État dans les régions, sont fondamentales.

Le fonds starter venant des ARS n'est qu'un fonds starter. Au maximum, le FIX allait jusqu'à 50 000 €, en moyenne. Le fonds starter ARS se situe à la même hauteur. Sur un projet de maison de santé moyen, le million d'euros est rapidement atteint. Une construction est à faire, un projet économique à lancer. Tout cela est important. Et à partir du projet de soins, du projet de coopération des professionnels de santé, des aspects juridiques, le projet architectural se construira, voire le projet de communication des systèmes d'information. Il convient d'intégrer ces aspects dans un projet territorial.

J'ai des exemples. Dans le petit département de la Meuse, très rural, un conseiller général et des élus de collectivités territoriales de proximité, communes et intercommunalité, ont eu l'idée de mettre en place des projets de transport, pour aller à la supérette proche, mais aussi pour aller consulter à la maison de santé. Il s'agit de coopérations claires sur l'ensemble du projet territorial.

La place et le rôle des acteurs et des élus dans l'attractivité du territoire

Les deux diaporamas précédents montrent la place des acteurs, et leurs difficultés. La rupture des cultures entre les jeunes professionnels et les professionnels plus âgés, les plus de 50 ans, nécessite que l'on décide quelques supra quinquagénaires à être porteurs et non pas « rebutés » de projets. S'ils ne montrent de leur métier que des points négatifs (surcharge de travail, solitude...), cela n'est pas très attractif.

Le professionnel supra quinquagénaire est un acteur à identifier ; c'est important. L' élu ne doit pas faire peur non plus. Il ne faut pas qu'il dise : « Je veux un médecin sur mon territoire pour la permanence des soins, toutes les nuits, tous les jours de la semaine, etc. ». Il faut qu'il sache être dans un projet de santé où la permanence des soins, les urgences, sont réglées dans un autre espace géographique, sous tutelle de l'ARS, sous tutelle du préfet de région pour les aspects sécurité. Il faut en tenir compte, mais ne pas en faire un impératif.

Si on est loin des grands centres urbains, si pour aller au cinéma, on met trois quarts d'heure et si, pour aller au lycée, il faut être interne, il est bon de réfléchir à d'autres solutions. La place des élus est d'importance dans ces réflexions.

Marc HORWITZ

Cela signifie qu'un projet de santé ne vit pas seul.

Jean-Louis DEUSTCHER

C'est parfaitement ce que je voulais dire.

Trois ou quatre phrases pour conclure.

Les projets de Maisons de santé pluridisciplinaires que l'on réussit à mettre en place en milieu rural, les projets présentés par l'enquête, l'émergence que l'on voit depuis Paris et les deux cent cinquante modèles souhaités par le Président de la République sont exportables pour l'ensemble de l'offre de soins. Ce n'est pas seulement un rêve réservé au rural. C'est l'aspect pratique.

Sur l'aspect projet, on voit bien qu'il ne faut pas limiter les professionnels de santé aux seuls soins, mais envisager des actions plus larges de santé publique, de prévention, comme cela vient d'être fait ; et de coopération. Là, à nouveau, il faut faire appel aux élus. Les services de protection maternelle et infantile réalisés par les conseils généraux, les actions de santé au travail, les actions de santé scolaire, etc., peuvent sûrement être délégués à des professionnels du terrain, de manière à élargir vraiment à la santé publique les projets de santé.

Et la dernière chose, c'est la qualité. Peut-être qu'à terme, la labellisation qualitative des maisons de santé pluridisciplinaires, à la mode haute autorité de santé, certification, accréditation des hôpitaux, sera un élément important. La difficulté, vous en avez parlé, le temps de mise en œuvre des projets. Les professionnels de santé en place dans les secteurs sous-denses, sont submergés de travail. Ils n'ont pas forcément envie de réfléchir à la rédaction d'un projet. Ils exercent tous les jours leur métier, mais ils ne savent pas le transcrire en prose. Comme Monsieur Jourdain, ils ne savent pas qu'ils pourraient l'écrire facilement ! Mais c'est long, et cela crée beaucoup d'appréhension.

Sur l'attractivité, nous devons penser autrement les modes d'exercice. 7 heures/19 heures, cela ne correspond généralement pas à leur rythme de travail. Et les jeunes ne recherchent pas forcément l'indépendance de nos anciens, de ma génération. Ils veulent bien gagner leur vie, mais ne sont pas prêts à tout dans ce but.

Et ces structures, comme vous l'avez dit, doivent être intégrées dans la formation initiale pour accueillir des stagiaires. Il faut avoir un studio pour accueillir l'interne de médecine générale qui viendra effectuer un stage ou l'infirmière qui assurera des stages en ambulatoire. Si nous ne montrons pas comment travailler dans ces nouveaux lieux et dans quelle ambiance positive, nous n'attirerons pas de nouveaux professionnels de santé.

Caisse des Dépôts : quel accompagnement des projets territoriaux ?

→ ILLUSTRATIONS DU DIAPORAMA EN ANNEXE 3, PAGE 79

Marc HORWITZ

Nous revenons à la maison, en quelque sorte, puisque c'est à Éric Dorizon, de la Caisse des Dépôts, que je vais donner la parole.

Nous allons peut-être commencer par la fin. Quelle légitimité a la Caisse des Dépôts pour intervenir dans le domaine de la santé ?

Éric DORIZON, direction des investissements immobiliers sanitaire et médico-social

La Caisse des Dépôts étant présente sur l'ensemble des territoires français tout en étant parfois un peu méconnue, il est bon de rappeler deux ou trois évidences. Vous écoutant depuis ce matin, je mesure encore plus, sur les sujets du type des Maisons de santé pluridisciplinaires, combien c'est une « chausse-trappe » d'intervenir devant un parterre d'élus, de professionnels de santé, ou les deux.

Je voudrais d'abord dire que nous ne sommes pas un acteur de santé. La Caisse des Dépôts est un établissement financier. Et si nous nous autorisons à avoir un regard sur le sujet des Maisons de santé pluridisciplinaires c'est d'abord parce que vous avez été nombreux depuis trois ou quatre ans à venir nous demander de réfléchir avec vous, voire de participer à certains de vos projets.

Pourquoi et comment en sommes-nous arrivés là ? La Caisse existe depuis 1816 : c'est une vieille dame, et elle compte environ quatre-vingt mille salariés dans le monde. Pour synthétiser, car il faudrait beaucoup de temps, nous exerçons de nombreux métiers, que je vais résumer en deux grandes familles.

Une famille liée à l'épargne et à la protection de l'épargne des Français, et à la centralisation des livrets de Caisse d'épargne. Tous ceux qui dans la salle ont un livret de Caisse d'épargne ont potentiellement leurs fonds à la Caisse des Dépôts. Cela concerne les métiers d'épargne, les métiers financiers, les métiers d'assureurs. Vous connaissez tous la CNP, notre filiale assurance-vie.

Et parallèlement à cette famille des métiers de la finance, nous exerçons une deuxième grande famille de métiers, celle dans laquelle je travaille depuis une vingtaine d'années maintenant, nous sommes ce que l'on appelle des investisseurs, des constructeurs, des bâtisseurs. Sans paraphraser le directeur général, je n'en ai pas la capacité, mais il dit souvent qu'à une certaine époque, nous avons accompagné le développement de notre pays en construisant les premières lignes de chemin de fer. Ensuite, nous avons construit les premières écoles. Et à partir des années cinquante, après la guerre, à la suite de l'appel de l'Abbé Pierre notamment, nous avons commencé à construire massivement des logements de plus en plus sociaux. Nous sommes donc des constructeurs investisseurs dans le loge-

ment, et nous sommes aussi investisseurs dans le monde des entreprises, dans l'économie de notre pays, soit en direct (nous sommes actionnaires d'un nombre important des entreprises du CAC 40, en tout cas les plus importantes) soit de façon intermédiaire (vous avez tous entendu parler récemment du FSI qui permet le renforcement des fonds propres des entreprises françaises dans leur compétitivité mondiale).

La Caisse des Dépôts est donc présente un peu partout. Elle est sur les territoires ; elle est à destination des territoires.

Quel est le lien de la Caisse des Dépôts avec la santé ?

La philosophie principale de la Caisse est de se tenir aux côtés des pouvoirs publics de l'État, mais aussi des pouvoirs locaux, des élus, des conseils régionaux, des conseils généraux, des présidents de communautés de communes, des maires, auprès de toutes les collectivités locales de France, et d'apporter notre concours, soit financier, soit en réflexion. C'est à ce titre que nous avons été amenés à réfléchir aux côtés d'un certain nombre d'entre vous à cette problématique de désertification médicale.

Je voulais en introduction, avant de vous dire notre regard (et ça ne sera bien sûr que notre regard), vous préciser deux choses.

J'ai beaucoup apprécié, travaillant spécifiquement dans l'immobilier de santé pour le compte de la Caisse, l'intervention qui a tenté de mettre en place des passerelles entre le médecin libéral et la problématique du vieillissement de la population, des maisons de retraite et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les bassins de santé sont très importants. Je crois que l'on ne peut plus réfléchir les uns sans les autres.

Autre chose, sur laquelle je reviendrai : si la problématique de la maison de santé était l'immobilier, ça se saurait et le problème serait réglé depuis longtemps.

L'immobilier, c'est important. J'ai entendu des chiffres ce matin. Dans le Pays de Noiret, nous avons une très belle maison de santé qui a coûté deux millions d'euros. J'ai entendu d'autres chiffres, environ un million d'euros. Je suis un provincial, même si je travaille à Paris. Un million d'euros, cela correspond à quatre ou cinq résidences principales. Je ne dis pas que ce n'est pas important. Mais il convient de remettre les choses dans leur contexte.

La vraie problématique d'une maison de santé, me semble-t-il, c'est bien autre chose. Ceci est le regard d'un établissement financier, qui n'est pas un professionnel de santé, ni celui qui fait la loi dans notre pays. Nous la vivons comme vous ; nous vivons avec les règlements, les coutumes, les modalités d'exercice des uns et des autres. Ce n'est pas nous qui édictons les modes de fonctionnement. Quand on a besoin de nous, nous essayons de réfléchir au problème, et apportons notre réponse. Quand on nous questionne sur une maison de santé pluridisciplinaire, nous expliquons comment il convient de regarder le dossier. Il n'y a rien de très surprenant.

Présentation du Pôle santé de la Caisse des Dépôts (Cf. [présentation Diapositives 1 à 8](#))

Une maison de santé doit être un projet social ; ensuite, un projet de santé ; puis un projet de territoire. L'immobilier vient ensuite.

Etat des lieux

Sur l'état des lieux, vous avez tout dit. J'ai beaucoup apprécié les interventions qui ont conduit à laisser penser que les populations de jeunes médecins n'ont pas tout à fait le même mode de pensée sur leur activité, leur utilité dans un territoire, que des médecins plus âgés. Cela n'est pas spécifique à la profession de médecin. J'ai beaucoup travaillé avec le notariat ; les jeunes notaires d'aujourd'hui ne réagissent pas ou ne réfléchissent pas tout à fait comme les notaires d'hier. Mais nous-mêmes ne réfléchissons pas exactement comme nos parents ou nos grands-parents.

Un sujet est très marqué, c'est la problématique de désertification médicale en zone rurale. Quand on travaille à la Caisse des Dépôts, on s'intéresse évidemment aux zones rurales,

mais nous nous intéressons énormément aux zones à forte densité, pour travailler sur ces sujets de Maisons de santé pluridisciplinaires, ici, à quelques dizaines de minutes de l'endroit où nous sommes en ce moment. Les problèmes sont colossaux également dans les zones urbaines sensibles. Vous parlez de Condé-sur-Noireau où vous risquez de perdre quelques médecins dans les prochaines années. Vous vous battez pour ne pas les perdre. À Villiers-le-Bel, ils sont huit aujourd'hui ; ils seront trois demain. C'est à une demi-heure d'ici, et le bassin de population n'est pas de quinze mille personnes. Et l'état de santé des habitants de Villiers-le-Bel n'est sûrement pas tout à fait non plus le même qu'ailleurs, même si vous rencontrez des problèmes spécifiques chez vous. Les problèmes de désertification médicale n'existent pas seulement en zone rurale.

Vous avez beaucoup parlé du projet d'innovation sociale. Quand on me demande de regarder un dossier, il est plus important pour moi de savoir avec qui et comment je vais le faire, avant de parler d'immobilier, de surface, de loyer, de coûts d'investissement, de financement et de subventions, cela ne m'intéresse pas. Je suis un investisseur, et ça ne m'intéresse pas de parler d'immobilier si je ne sais pas avec qui je vais réaliser cet immobilier. Notre regard d'investisseurs immobiliers, quand on construit une clinique privée ou un hôpital, c'est exactement la même chose. Quand on accompagne un développement d'EHPAD dans le Tarn, en Moselle, dans le Nord-Pas-de-Calais ou en Bretagne, c'est exactement la même chose. J'ai besoin de savoir comment cet immobilier va vivre, dans quel environnement, avec quels soutiens publics, et quel sera l'intérêt pour les utilisateurs, en un mot, quel est le niveau de cohérence du projet sur son territoire.

Nous sommes dans l'intérêt général, et l'intérêt général n'est pas l'intérêt particulier de monsieur Machin ou de madame Truc, qui a besoin de sa maison de santé pour avoir de meilleures conditions de vie, ou de sa maison de santé pour être réélu. Ce qui nous intéresse, c'est l'intérêt général pour l'utilisateur, le vieux monsieur qui n'a plus de médecins près de chez lui ou qui risque de ne plus en avoir, ou qui dépend d'une multiplicité d'acteurs, et qui est obligé de sortir avec son dossier médical sous le bras parce que les professionnels du secteur n'ont pas réussi à mettre en commun un certain nombre d'informations. Cela nous intéresse beaucoup.

Nous accompagnons potentiellement des développements s'il s'agit de projets d'innovation sociale, sur des sujets dont vous avez tous déjà parlé. C'est facile pour moi de parler comme ça. J'ai conscience de toutes les difficultés que cela représente sur le terrain. Mais sans ce projet d'innovation sociale, construire quelques mètres carrés ne règlera pas le problème du territoire.

Le projet de santé

Sur le projet de santé, tout a été évoqué, la loi HPST, dont on peut toujours évoquer les plus et les moins, regretter un certain nombre de manques, etc. Mais cette loi existe, et nous notons l'avènement des complémentarités, des parcours cohérents ; elle est un début, elle évoluera vraisemblablement. Projets d'innovations santé, continuité, coordination, informations, dossier médical partagé, ce sont des choses que vous avez déjà évoquées.

Permanence des soins. Je dois le dire. Tant pis si des professionnels de santé sont dans la salle. Les premiers rendez-vous, datant de trois ou quatre ans, que nous avons organisés dans cet immeuble avec des médecins qui avaient envie d'avancer sur une maison de santé pluridisciplinaire : une des questions que nous leur avons posées pour essayer de comprendre leurs problèmes, a été de leur demander leurs horaires d'ouverture. C'était dans une banlieue sensible de Paris. Ils avaient envie de se regrouper, mais ils voulaient fermer le mercredi et le samedi. Cela commençait mal ! Ce sont les moments où justement une grande partie de la population qui a le plus besoin d'eux pouvait venir les consulter. Nous ne pouvons pas soutenir un projet de cette nature.

Je veux bien admettre que je ne maîtrise pas la permanence des soins, mais celle-ci ne

concerne pas seulement la médecine libérale. On ne peut pas ne pas s'intéresser à ce sujet quand on crée une maison de santé pluridisciplinaire.

Le projet de territoire, nous l'étudions avec un peu de diplomatie, nous préconisons un partenariat étroit entre et avec les collectivités territoriales et locales. C'est du langage diplomatique. Mais clairement, je suis désolé si le mot « consensus » n'a pas plu ce matin et fait encore débat. Mais s'il n'existe pas de consensus au sens politique du terme sur un territoire, ne venez pas nous demander de vous accompagner pour construire quelque chose. Lorsqu'il n'y a même pas de consensus politique, par exemple sur le choix géographique d'implantation, il n'y a pas de cohérence, et, pour nous, pas de projet pérenne.

Je sais que tout cela correspond à des cheminements intellectuels, temporels, qui demandent beaucoup d'énergie, mais le consensus est indispensable. Le consensus politique, le consensus sur l'offre et le parcours de santé doivent exister avant de travailler sur le volet immobilier.

Le volet immobilier

Il ne prendra de sens que si il existe un consensus politique de territoire, ou consensus des acteurs de santé, sous la haute autorité des Agences régionales de santé et des différents acteurs locaux. La MSA est un des acteurs national et territorial avec lesquels nous avons le plus de contacts. Nous avons beaucoup travaillé avec eux et ils nous ont beaucoup appris sur ces sujets, en réflexion et en termes de méthodologie opérationnelle. Consensus sur les acteurs de santé, y compris la MSA.

Ensuite, imaginer un immobilier. Contrairement à des idées reçues, c'est vrai que certains médecins, comme certains notaires, ne veulent plus porter leur propre outil de travail. Ce n'est pas le cas de tous. Des professionnels ont encore comme philosophie de porter leurs projets. Et pourquoi pas ? Déjà, on peut voir que les solutions sont plurielles.

Je pense que dans ces domaines, ceux qui se battent pour défendre une idée unique se trompent de bataille. Il y a place pour une multiplicité de solutions. Les collectivités locales sont évidemment un maître d'ouvrage potentiel, ou leur satellite. Si ces deux premières solutions se révèlent impossibles, et sur certains territoires c'est effectivement le cas, cela peut être un tiers investisseur. Je vous l'ai dit, notre métier est d'être investisseur. Nous le sommes potentiellement. Mais c'est une solution parmi d'autres.

Quand je vous dis que nous sommes investisseurs dans le monde de la santé, reprenez juste que nous sommes présents, France entière, dans vingt-deux directions régionales. Au travers de ce réseau nous sommes aussi prêteur et banquier des comptes de la Sécurité sociale, ou des déficits de la Sécurité sociale en ce moment... Nous faisons beaucoup de prêts aux hôpitaux et au monde médicosocial. Sur le volet investisseur, nous intervenons potentiellement, à la fois dans le domaine sanitaire de l'hospitalisation (hôpitaux, cliniques) et dans le domaine médico-social (personnes âgées, personnes handicapées).

Nous sommes donc à votre disposition dans le cadre de notre partenariat avec les territoires. Nous pouvons accompagner vos réflexions, y participer, y contribuer si vous le souhaitez. Nous pouvons partager un certain nombre d'ingénieries de territoires. Nous avons beaucoup travaillé avec l'URML Basse-Normandie par exemple. Mais nous pouvons travailler avec d'autres entités, collectivités locales, territoriales, services déconcentrés de l'Etat, professionnels de santé. Nous sommes là pour découvrir et apporter des solutions quand il n'existe pas ou plus.

Je voudrais en conclusion rappeler que si vous pouvez compter sur notre disponibilité pour vous accompagner dans vos réflexions, ne comptez pas sur nous pour construire à votre place quelques mètres carrés qui n'ont pas été pensés au sens du développement territorial, de l'intérêt général, et en cohérence avec les objectifs des pouvoirs publics en matière de santé publique.

L'enjeu d'un projet médicosocial

→ ILLUSTRATIONS DU DIAPORAMA EN ANNEXE 4, PAGE 85

Marc HORWITZ

Merci Eric Dorizon.

Franck Montaugé est le président de la communauté de communes du Grand Auch. Nous allons lui demander de faire une présentation de l'expérience qu'il mène sur son territoire.

Franck MONTAUGÉ, communauté d'agglomération du Grand Auch (Cf. présentation de 13 diapositives du projet de PER Gers Santé ruralité)

Je suis maire d'Auch, dans le Gers, en région Midi-Pyrénées, président de la communauté d'agglomération et conseiller général du Gers.

Je vais vous présenter une expérience actuellement menée dans le Gers par l'Union départementale des CCAS et CCIS. Cette expérimentation entend répondre en partie aux problématiques d'accès aux soins de premier recours en zone rurale – c'est le sujet central de la réunion d'aujourd'hui – au développement de la santé à domicile et de l'autonomie, ainsi qu'à la prévention santé, le tout en développant les réseaux d'information et de communication. C'est ce que l'on pourrait appeler la « télésanté ».

L'état des lieux et les problématiques constatées à l'échelle du département du Gers, très rural, avec une densité très faible, 180 000 habitants, font ressortir des difficultés croissantes d'accès aux soins et aux services de premier recours. Ce sujet a été évoqué longuement, je ne m'y arrête donc pas, tout en rappelant qu'il s'agit de la problématique des médecins généralistes et spécialistes non remplacés ; celle aussi des professions paramédicales.

Dans le Gers, le vieillissement de la population est supérieur à la moyenne nationale. Cela pose la question de la capacité des organisations à faire face à des besoins, et celle du contenu même des services d'accompagnement à domicile, liés en général à la prise en charge à caractère sanitaire. Le troisième point est relatif aux questions d'obésité, de vieillissement et de développement de pathologies chroniques, voire de cancers. On constate une recrudescence de certaines pathologies chroniques, qui renvoient à des problématiques de nutrition, et notamment au rapport à l'activité physique.

Le Gers est un département où l'on vit bien, où la qualité de vie est très satisfaisante, où l'on mange bien. Mais les jeunes générations en particulier, ne sont pas à l'abri des phénomènes d'obésité par exemple, avec toutes leurs conséquences, que l'on peut constater ailleurs sur le plan national.

Le petit temps d'avance que nous avons, pour des raisons très spécifiques au département, à la région, nous sommes en train de le perdre. Et certaines parties de la population sont plus exposées, dans les milieux sociaux défavorisés en particulier. Cela pose la question de savoir quelles actions nous pouvons mettre en œuvre, pour essayer de garder ou de regagner cette avance perdue.

Les enjeux de notre démarche

- Le premier enjeu est d'abord de garantir sur notre territoire un service public d'accès

aux soins. J'ai bien écouté l'ensemble des remarques qui ont été faites, et je me permets d'ouvrir une parenthèse. L'accès aux services de soins pose la question de fond du devenir du service public, de ce que l'on y met, de la manière dont on le fait évoluer. Parmi les critères de définition du service public, en tout cas à la française, figure la question de l'égal accès à ces services en tous points du territoire et pour tout le monde dans des conditions comparables. Je crois que ce principe, relativement simple, ne doit pas être perdu de vue notamment quand on aborde les questions d'accès aux soins.

- Un autre enjeu concerne la question de la sauvegarde et du développement des emplois liés à ces services.
- Un autre encore est de contribuer à l'émergence d'organisations sanitaires et médico-sociales en zone rurale. Il convient de penser différemment les organisations. Il ne s'agit pas d'empiler ou de travailler de façon cloisonnée, mais plutôt dans la concertation et dans un esprit collectif. La question du décroisement progressif des disciplines me semble être un objectif réel.
- Le dernier enjeu est de garder une « longueur d'avance » pour ce qui nous concerne nous, Gersois, en matière de prévention de santé, en mettant en œuvre, là aussi, collectivement, des politiques de prévention santé. Notre pays a plutôt tendance à faire plus de curatif que de préventif. Je crois que les nouvelles approches doivent également prendre en compte la dimension préventive des politiques de santé.

L'ambition du territoire

Cette démarche, portée par l'Union départementale des CCAS, a fait l'objet d'une candidature pour un processus intitulé : « Les pôles d'excellence ruraux ». Je pense que la plupart d'entre vous en ont connaissance. Les PER sont au rural ce que les pôles de compétitivité sont aux zones urbaines. L'Union départementale a candidaté à cette démarche, et le PER intitulé « Gers Santé Ruralité » a été labellisé au mois d'avril dernier.

Son ambition est de faire du département du Gers une référence en matière de santé et d'autonomie, en pensant l'organisation de la santé en milieu rural à horizon de quinze ou vingt ans, par la qualité et la pertinence de l'organisation des territoires et la mise en œuvre de nouvelles technologies en établissement, à domicile, au service du patient et de son entourage. C'est un point essentiel. Vous l'avez évoqué, la question du lien entre établissements ne concerne pas seulement les maisons de santé mais aussi les cabinets médicaux, les hôpitaux locaux quand ils existent, et l'hôpital général, sans oublier l'hôpital universitaire. Le développement de politiques de santé préventive et le déploiement de solutions e-santé apportent une valeur ajoutée à la relation patient-soignant. Le PER a été construit autour de cette notion de développement des solutions e-santé, véhiculée par les réseaux, la fibre optique en particulier.

Et à partir du moment où on a posé ce principe, on a dit en même temps : « Il ne faut pas que les nouvelles technologies soient comprises comme devant se substituer à la relation humaine, patient ou usager, soignant ou accompagnant. » Cela nous paraît très important sur le plan de leur acceptabilité en matière de santé.

Autre ambition : contribuer à l'élaboration d'une méthodologie expérimentale de construction du territoire de santé départemental, en répondant aux besoins et attentes des patients, en impliquant tous les professionnels et acteurs de santé, en prenant en compte l'aménagement du territoire départemental et ses spécificités, et en transposant la démarche à l'ensemble du territoire, moyennant des adaptations aux contextes locaux.

Les objectifs de la démarche

Nos objectifs sont de répondre aux problèmes de démographie médicale et de garantie d'accès aux soins. Au départ, nous avions l'idée de nous engager dans la construction de maisons de santé. Et l'État nous a incités à mettre ces projets de côté et à les faire avancer dans le cadre de l'appel à projet national, par rapport à l'objectif du président de la Répu-

blique de se doter de 250 maisons de santé au plan national. Dans le Gers, ont été retenues quatre maisons de santé, dont deux sont indiquées ici, celles de Mauvezin et de Vic-Fezensac. Mais nous nous sommes servis du travail qui avait été fait pour ces deux maisons de santé pour alimenter notre propre démarche de PER.

J'ai évoqué un autre vecteur du parcours de soins : la construction du parcours de soins intégrés du patient. Cette notion est essentielle, et nous espérons que les nouvelles technologies nous permettront de contribuer rapidement à cette démarche, notamment à partir d'une solution e-santé. Il s'agit d'un logiciel appelé « Le dossier médical personnel ». Un décret est sorti il y a quelques mois sur le dossier médical personnel, les choses étant très encadrées au plan national. Il est facile d'en comprendre les raisons quant à l'information sanitaire.

Le parcours de soins intégrés du patient doit nous permettre d'accompagner, mieux que nous ne le faisons actuellement, les patients à domicile. Il doit permettre aussi un meilleur fonctionnement des maisons de santé pluridisciplinaires. Il nous a semblé que le fait de mettre à disposition des professionnels un environnement technologique quasiment équivalent à celui que l'on peut trouver dans une ville moyenne ou une grande ville était un élément important pour les convaincre de s'installer, et de rester dans de bonnes conditions d'exercice de la pratique médicale, mais aussi de communication entre eux.

L'hospitalisation à domicile est une alternative, dans certaines situations, à l'hospitalisation en établissement qui nécessite non seulement des équipes adaptées autour du patient, mais également la mobilisation de nouvelles technologies, notamment en matière de surveillance. C'est un point que nous traitons dans notre projet, et qui fait le lien entre établissements, centres hospitaliers, établissements de proximité de santé (intitulés hôpitaux locaux auparavant) et bien sûr les EHPAD.

Tout cela est relié, intégré dans un ensemble essentiel : le plan directeur de télémédecine, en l'occurrence celui du centre hospitalier d'Auch. Je suppose que les démarches sont identiques sur tous les territoires, dans tous les départements. En tout cas, dans le Gers et en Midi-Pyrénées, nous sommes en train de développer ce plan de télémédecine, qui va constituer l'armature, l'infrastructure de notre démarche.

L' e-santé

Il va de soi que le plan de télésanté, en particulier de télémédecine, fait partie de la démarche de l'Agence régionale de santé. Les Agences régionales de santé sont censées déployer, chacune sur son territoire, des plans de télésanté. On ne peut, à l'échelle du département, déployer de telles démarches qu'en plein accord avec l'ARS.

À Toulouse, il existe une particularité. Est rattachée au CHU une association qui a vocation au plan local à relayer de manière opérationnelle les objectifs du Centre national de référence, une institution nationale en charge du développement de l'économie de la santé à partir des nouvelles technologies. Et en région sont localisés des centres d'expertise e-santé qui, avec les acteurs locaux, industriels en particulier, sont censés développer, créer, innover en matière de solutions e-santé. Nous avons évidemment travaillé avec cet organisme dans le cadre de notre projet. L'autre organisme avec lequel nous sommes associés est le GCS Télésanté, présidé par le professeur Lareng, avec qui nous allons déployer notre plan.

Marc HORWITZ

Quelques mots de conclusion ?

Franck MONTAUGÉ

Nous avons utilisé cette démarche pour fédérer l'ensemble des acteurs, patients, usagers, citoyens, professionnels, responsables publics. Ce que vous avez dit à propos des conditions

de réussite des maisons de santé, nous l'avons réalisé. Nous avons mené une démarche collective, en tout cas à ce stade. Aucun acteur du territoire n'a été écarté, et nous avons plutôt bénéficié d'une adhésion pleine et entière de toutes les personnes concernées. Je vous brosse un tableau presque idyllique ; nous n'en sommes pas loin, objectivement. J'espère que ça durera !

Le centre hospitalier d'Auch, établissement pivot du territoire de santé départemental, joue un rôle essentiel dans cette affaire. Si le centre hospitalier pivot ne joue pas le rôle moteur, je ne pense pas que cela puisse fonctionner. Et je crois que le lien avec le CHU est aussi essentiel. Que le CHU régional accompagne la démarche locale, c'est une force considérable.

Vous avez le document, et vous pourrez vous y référer. Pour vous donner un ordre de grandeur, pour les trois objectifs, cette affaire représente 3,5 millions d'euros, sans les maisons de santé, ni leur immobilier. L'État est censé apporter 1,5 million d'euros. Vous voyez que nous avons mobilisé les collectivités territoriales région et département, pour participer au financement de nos actions, à hauteur d'un demi-million d'euros chacun, le reste étant autofinancé.

Le plus important : nous allons réaliser un maillage du territoire à partir de la fibre optique et dans le cadre du Schéma départemental haut débit en cours de finalisation par le conseil général. Tous les établissements vont être reliés entre eux, y compris les cabinets de généralistes ou de spécialistes, qui ne relèvent pas de maisons de santé. À terme, on peut penser que tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et paramédicaux seront reliés par ce réseau.

Je voudrais terminer en disant que, dans le Gers (je pense que c'est peut-être le cas dans d'autres départements), le système de santé est en concurrence, notamment au pourtour du département, avec d'autres systèmes de santé de départements limitrophes. Nous avons donc aussi un enjeu de réduction des fuites d'activité. Et la structuration du territoire à partir d'un réseau de télésanté comme celui-ci doit permettre de jouer positivement sur le taux des fuites. C'est important en termes d'efficacité et de productivité du système de santé départemental dans son ensemble, qu'il soit à caractère public ou privé.

Marc HORWITZ

Les deux présidents ne seront pas avec nous cet après-midi. Avez-vous encore des questions à leur poser ? Quand on parle d'attirance à la frontière, c'est du côté de l'est, est-ce le CHU de Toulouse ?

Franck MONTAUGÉ

C'est du côté Lot-et-Garonne dans la région voisine.

Marc HORWITZ

Y a-t-il des questions sur la mise en place de la télémédecine ?

Laure ABADIE, coordinatrice TIC, Syndicat mixte Pays Haut Languedoc et vignobles

Je suis chargée de mission pour le Pays Haut Languedoc et vignobles. Par rapport au projet du Gers, je voudrais savoir si vous avez fait le lien aussi avec des cliniques privées qui se trouveraient éventuellement sur votre territoire. Ou est-ce seulement un projet avec le secteur public ?

Franck MONTAUGÉ

Il ne faut rien s'interdire. Nous avons très peu de cliniques privées. Nous en avons une

spécialisée à caractère psychiatrique, et une autre classique. Leur activité n'est pas très importante.

Notre réseau est public, mais nous n'avons aucune raison de ne pas travailler avec le secteur privé. Les privés, les libéraux ont été associés à notre démarche, et je crois que cela fait partie des conditions de la réussite.

Liliane PIOT, responsable TIC Vieillesse, Caisse des Dépôts

J'ai bien compris l'organisation que vous nous avez présentée, et la mise en réseau que vous souhaitez mettre en place sur la question de la télémédecine, puisque vous envisagez y compris le maintien au domicile. Il serait intéressant que vous nous disiez comment vous avez envisagé de superposer les cartographies des infrastructures numériques qui vont permettre d'apporter cette télémédecine jusqu'au domicile, avec la cartographie de l'organisation des soins.

Autrement dit, se pose la question des réseaux : la cartographie des réseaux numériques qui sont développés sur le territoire, qui permettent d'apporter et de transférer des données, a-t-elle été prévue ? Est-ce qu'elle se superpose avec la cartographie du développement de la télémédecine ?

Franck MONTAUGÉ

La réponse est oui, mais pour une part non négligeable, tout cela est en gestation. Le conseil général du Gers, comme beaucoup d'autres je pense, est en train d'établir son schéma départemental d'aménagement numérique. Nous avons déjà les schémas, mais ils nécessitent des adaptations importantes, notamment par rapport à la fibre optique et au très haut débit. C'est une problématique nationale majeure de faire accéder les territoires ruraux au très haut débit. L'enjeu financier est énorme et la complexité technique ne l'est pas moins.

Pour répondre à votre question, c'est en cours sur le schéma du très haut débit, en prévoyant une couverture totale du département. Mais ensuite, nous avancerons progressivement. De la fibre optique est déjà présente sur le territoire, et nous allons entamer la démarche expérimentalement avec les établissements qui, aujourd'hui, peuvent être connectés facilement à la fibre optique existante. C'est pour cette raison que j'ai évoqué les deux maisons de santé. La fibre optique passe quasiment devant ; ce sera très facile. Nous voulons montrer aux professionnels que c'est un véritable atout, et ensuite, nous déploierons le reste de la démarche sur l'ensemble du territoire.

Laurent EL GHOZI, président de l'association Elus, santé publique et territoires

Sur le financement PER, qui paye ? L'autofinancement, vient-il de la commune d'Auch ? Avez-vous avancé sur le choix du Dossier Médical Partagé (DMP) ? Cela fait quinze ans que l'on en parle et ce n'est pas parce qu'un décret vient de sortir que la question est résolue.

Si j'ai bien compris, un réseau fibre optique généraliste, destiné à tout le monde, est en cours de mise en place par le département, et le souci est son utilisation pour l'e-santé. Ce réseau de fibre optique n'est spécifiquement pas dédié. Qui le finance ? Les opérateurs ou le conseil général ? Ce n'est pas la même chose.

Franck MONTAUGÉ

Vous avez évoqué le DMP. Je ne l'ai pas précisé, mais les usages prévus sont relatifs à la messagerie sécurisée. Vous les avez dans la documentation. Le dossier médical personnel, c'est essentiel, est un projet, mais je pense qu'il faut aller jusqu'au dossier social et gérontologique personnel. Dans la perspective d'une approche complète des besoins du patient ou de l'utilisateur, il faudra mettre en œuvre ce type de démarches dont on commence

à entendre parler : la transmission des résultats de biologie et d'images radio, scanner, etc., et tout ce qui touche à la surveillance. Ce sont les applications de base qui transiteront par ces réseaux.

Sur la question des financements, si on prend la télésanté, par exemple, interviennent :

- le PER (quand je dis PER, c'est l'État) ;
- le conseil régional, 380 000 euros ;
- le conseil général, idem ;
- l'autofinancement : 736.

Aujourd'hui, pour la quasi-totalité, c'est l'hôpital. Son rôle est essentiel dans cette affaire.

Sur la santé à domicile, l'autofinancement, pour l'essentiel, provient des associations, des structures participant à la démarche de développement de la santé à domicile et de l'autonomie. C'est tout ce qui est sociétés ou associations, structures d'aide à l'accompagnement à domicile.

La fibre optique, nous en avons déjà sur le territoire et nous allons nous appuyer sur elle. La question ne se pose donc pas. Pour le reste, ça va se jouer entre l'État et les collectivités locales. Et j'espère, les opérateurs.

Présentation de l'expérience de la communauté de communes du Magnoac (Hautes-Pyrénées)

→ **VIDEO EN LIGNE** : www.mairieconseils.net > rubrique Ressources > ressource Vidéo

Marc HORWITZ

Mairie-conseils a réalisé une vidéo sur la maison de santé pluridisciplinaire de la communauté de communes du Magnoac que je vous invite à visionner.

Bernard VERDIER, président de la communauté de communes du Magnoac

La maison de santé de Castelnau-Magnoac se trouve au cœur d'un territoire, d'un bassin de vie, précisément dans le chef-lieu. Nous avons voulu la positionner de telle sorte qu'elle soit d'accès facile pour la population (environ quinze mille habitants) qui converge des départements du Gers et de la Haute-Garonne, et bien sûr des Hautes-Pyrénées.

Depuis que notre maison de santé fonctionne, nous constatons que les patients apprécient de pouvoir accéder sur un même site à tous les services de santé, dans un contexte de pluridisciplinarité. Elle est implantée au pied du chef-lieu de canton pour des raisons d'espace et d'accessibilité. Et pour l'anecdote, mes collègues élus savent ce que c'est de déplacer un service au public, quand il est intra-muros dans une commune chef-lieu pour le repositionner à l'extérieur de celui-ci afin qu'il soit accessible à l'ensemble d'une population d'un bassin de vie. Cela peut susciter quelques mécontentements de la part de la population du chef-lieu qui allait à pied chez son médecin ou son dentiste. Mais cela fait partie de ces problématiques d'aménagement du territoire où l'intérêt public doit prendre le pas sur l'intérêt particulier d'une commune dominante, afin de pérenniser et renforcer la qualité des services à la population.

Marc HORWITZ

Il faut cependant répondre à cette critique et au besoin de déplacement pour aller jusqu'à la maison de santé. Si vous avez un véhicule, je pense que cela ne pose pas de problème, s'il y a suffisamment de places de parking. Il en faut un certain nombre, puisqu'une dizaine de professionnels exercent dans ces Maisons.

Bernard VERDIER

Nous avons quarante professionnels sur le même site !

Je voudrais rappeler que, justement, en termes d'accompagnement du projet, la communauté de communes a mis en place un service de transport à la demande : c'est un service de taxis pris en charge par la collectivité. Nous nous adressons à une population parfois isolée, âgée, qui peut se trouver confrontée au problème du déplacement. La collectivité, sur

simple appel, va chercher le patient et l'amène à la maison de santé. Nous comptons des patients éloignés parfois d'une quinzaine de kilomètres. Ce service n'est pas gratuit, mais son coût est symbolique : deux euros aller et retour, sans horaire imposé.

Nous avons intégré cette implantation dans un contexte de recherche d'attractivité de notre territoire et par conséquent de projet global des services pouvant être offerts à la population. Quand, notamment, le jeune médecin évoque les raisons de son installation au sein de la communauté médicale de la MSP, il rappelle qu'avec son épouse, ils ont également pris en compte la présence, dans un proche environnement, de services répondant à leurs attentes en matière de vie sociale, culturelle ou autre. Ces services au demeurant sont le fruit d'une forte implication de l'intercommunalité dans la réalisation d'un projet global de maintien ou de création de services à la population, dont la maison de santé est un des éléments structurants. L'habitat, le commerce, l'artisanat, les personnes âgées, les politiques enfance-jeunesse ou la culture sont des secteurs qui ont bénéficié de politiques contractuelles.

J'insiste sur ce point : ce n'est pas seulement la santé qui est traitée dans ce projet global, c'est la santé, parmi d'autres services à la population et le développement économique du territoire, sachant que la santé est un des services déterminants pour rendre un territoire attractif.

Marc HORWITZ

Certaines personnes ont certainement des questions à poser ?

Pierre-Alain CARRE, adjoint au maire de Nangis, communauté de communes de la Brie Nangissienne

Existe-t-il un maintien des visites à domicile, et dans quelles conditions ?

Bernard VERDIER

Les visites à domicile sont maintenues ; rien n'a été modifié à ce sujet. Nous sommes dans un équipement d'aménagement du territoire. Derrière les créations de maisons de santé, existe un souci de faire faire des économies à la collectivité. Mais, brutalement, on ne peut pas dire aux habitants : « Venez à la maison de santé. Nous allons vous y transporter ». Nous devons agir progressivement. Les médecins continuent à assurer des visites à domicile.

Cela dit, il a été constaté que la fréquentation est beaucoup plus importante sur le site de la maison de santé, les patients étant assurés de trouver un médecin en permanence, contrairement à ce qui se passait auparavant. Nos médecins étaient isolés, installés sur différentes communes. Désormais, l'amplitude de présence des médecins est nettement supérieure. Nous avons créé une véritable communauté médicale. Une ambiance, une convivialité s'est instaurées sur notre maison de santé, à tel point que les médecins se rencontrent en fin de journée pour discuter, faire le point sur leurs patients, et offrir au public, sans contrainte, des heures de présence supplémentaires. Il n'est pas rare de trouver un médecin qui travaille tard le soir. Et ceux-ci entretiennent des rapports chaleureux avec les autres professionnels de santé.

Nous avons d'ores et déjà suffisamment de recul pour constater que cette communauté médicale est une réalité, à laquelle participent également les vétérinaires présents sur le site. J'ai défendu ce projet depuis dix ans, avec la présence des services vétérinaires. Tout le monde sait que de plus en plus, la santé humaine dépend aussi de la qualité de ce que nous mangeons. Les vétérinaires ont décidé de venir nous rejoindre, considérant que l'enjeu de la santé humaine passe par la santé animale, par les pratiques de conduite des élevages industriels ou non. Nous retrouvons dans notre assiette des molécules qu'il ne faudrait pas y trouver, résultats de prescriptions ou d'usage de produits vétérinaires. La présence des vétérinaires sur le même site permet aux deux communautés d'aborder ces sujets d'actua-

lité concernant la qualité des aliments, les bonnes pratiques d'élevage, les circuits courts et leurs impacts sur la qualité des produits alimentaires.

Pierre DUBOIS, médecin-conseil chef, MSA Côtes normandes

Avez-vous mis en place des actions de prévention/santé que vous animez, avec la maison de santé ?

Bernard VERDIER

Cela fait partie d'un volet important d'un projet médical de territoire. Il est évident que tout ce qui relève de la prévention a été introduit dans notre projet. L'hygiène de vie, les ateliers d'équilibre, de mémoire, tout ce qui est de nature à éduquer les patients est abordé en partenariat avec la MSA, la CARSAT, ou autres partenaires... Et en ce qui concerne les professionnels de santé, la téléformation est au cœur d'un programme d'action.

Avec la télémédecine, la téléformation, présente à l'intérieur du site, devient pour l'ensemble des professionnels de santé un formidable outil garantissant la compétence, la réactivité et le niveau de qualité de l'ensemble des services offerts à la population. La collectivité est là pour favoriser le développement de la prévention, et de la formation en partenariat avec les professionnels de santé.

Cette question me semble importante. Nous savons très bien que ce qui coûte à la société, c'est le curatif. Quand on sait qu'il est possible de faire reculer la perte d'autonomie, d'éviter de développer des pathologies par l'éducation et la prévention, on se doit, au travers de ce partenariat collectivités territoriales et communauté médicale, de se donner les moyens, par la prévention, d'agir en amont.

Marc HORWITZ

Vos propos sont tout à fait dans l'esprit de la loi de madame Bachelot.

Romain GUYOT

Je voudrais mettre en exergue une idée qui me semble très intéressante dans le reportage, et j'ai retrouvé un bout de conversation que j'ai eue avec des gens de la MSA, c'est le jeune médecin qui fait la réflexion : « Nous nous sommes renseignés, ma femme et moi. Il y a un centre de loisirs, une cantine, des activités sportives ».

Ce que nous avons évoqué tout à l'heure, le problème de la revitalisation du secteur rural par les médecins, doit nous faire revenir en arrière : qu'est-ce qu'était un médecin rural ? C'était quelqu'un qui travaillait, avec sa femme qui était à la maison. Cette manière de vivre a changé. La médecine s'est féminisée avec un rééquilibrage, voire presque un inversement dans certains secteurs. Or, il se trouve que, dans les nouvelles générations, les gens ont un partenaire de vie qui travaille également.

Sans vouloir faire un élitisme social, les gens qui ont bac+9 s'associent généralement avec des gens qui sont en gros dans le même univers, même si ce n'est pas forcément la médecine, mais enfin, ils ont une équivalence de formation. C'est vrai que c'est très difficile, à partir de là, d'envisager que le partenaire puisse trouver aussi un emploi au même endroit. Si un médecin veut s'installer en secteur rural, et que sa femme doit passer une heure et demie dans les transports pour rejoindre un pôle d'activité, cela va forcément freiner leur implantation.

Nous sommes tributaires de ce problème des transports pour pouvoir offrir des situations équilibrées. Et, comme le jeune couple qui regarde s'il existe une cantine à l'école, ce qui est une donnée essentielle, et si leur enfant peut bénéficier d'une activité le mercredi, les autres vont regarder s'il existe aussi pour leur conjoint une possibilité d'exercer sa profession.

Bernard VERDIER

Je me permets de rebondir et d'insister sur ce point. J'ai parlé de projet de développement global de territoire, où tous les secteurs socioéconomiques et culturels ont été travaillés. Sur notre territoire profondément rural, mais dont nous sommes fiers, nous avons une salle de cinéma multimédia ; ça fait partie des équipements que nous avons tenu à mettre en place parce que nous avons besoin de nous nourrir intellectuellement. Nous ne devons pas subir ce handicap supplémentaire qu'est la pauvreté de l'offre culturelle, sportive, ou la carence des services à la personne. Le problème de l'accès à des emplois diversifiés et de qualité est bien sûr un handicap, et l'on se doit d'être mobilisés pour y répondre.

À titre d'exemple, la communauté de communes a noué un partenariat avec l'association Familles rurales, qui dispose d'animateurs diplômés. Nous avons fiscalisé le coût de tout ce qui relève des services à la famille et à la petite enfance, apportant ainsi une réponse de qualité et de proximité dans un domaine extrêmement important pour la vie des jeunes familles.

Marc HORWITZ

Visiblement, vous n'avez pas dormi pendant la diffusion de la vidéo. Nous avons deux questions.

Serge ZACHAREWICZ, DGS, communauté de communes du Sud-ouest amiénois (Somme)

Vous avez fait le choix de la location-vente. Pourriez-vous nous en expliciter les raisons ? Par ailleurs, comment allez-vous anticiper le renouvellement des professions libérales ?

Bernard VERDIER

Tout d'abord, je vais resituer le contexte d'accompagnement financier. Cette opération représente 2,5 millions d'euros d'investissement. Nous avons été le premier pôle d'excellence rural sur ce type de projets. Nous avons été financés à 50% par l'État, et nous avons bénéficié du contrat territorial qui a permis au conseil régional Midi-Pyrénées d'apporter 15% du montant de l'opération, à parité égale avec le département, qui a lui aussi apporté 15%. Nous bénéficions d'un financement public de 70%. Les 30% restants supportés par la collectivité ont été obtenus sous forme d'emprunt. Cet emprunt, qui n'a rien d'innovant, comme pour un atelier-relais, est amorti par les professionnels de santé.

En revanche, nous avons adapté le mode d'amortissement de ces 30% en fonction du choix des professionnels de santé. Les médecins ont souhaité amortir en cinq ans. Les dentistes et les infirmières ont préféré étaler davantage les remboursements. Nous avons été jusqu'à une durée maximale de quinze ans. Des prêts à durée déterminée et des prêts à la carte ont été mis en place.

La location-vente est assortie d'un contrat qui met la collectivité et le territoire à l'abri de tout dérapage. Il n'est pas possible de distraire l'outil de sa fonction initiale. Ensuite, le prix de revente intègre des paramètres qui nous garantissent que le professionnel de santé ne fera pas une spéculation en revendant sa part.

Nous avons introduit des règles strictes dans le système d'acquisition et de transmission de l'outil. Certains points ont été discutés âprement, et ce que nous pouvons dire, c'est que l'opération aura pratiquement demandé dix ans pour aboutir au projet terminé. Et nos discussions parfois sont allées presque à la rupture. Mais nous avons veillé, nous, collectivité, à ce que l'opération s'inscrive dans la durée, et à ce que l'équipement reste au service de la population, dans le domaine des soins de premiers recours.

Chantal PINEAU, sous-directrice MSA Côtes normandes

Je voudrais savoir comment est assuré le management et l'animation de la structure.

Bernard VERDIER

L'animation du projet a nécessité du temps et des tours de table. La communauté de communes et son ingénierie, les chefs de projet communauté et également le Pays, ont organisé les réunions, accompli un travail d'expertise. Le coût a été supporté par la communauté de communes. Nous avons constitué très rapidement une association loi 1901, qui nous a permis de mobiliser des financements (FIQS Fonds d'intervention pour la qualité des soins) permettant d'indemniser les professionnels de santé pour le temps passé à concevoir le projet. Ces aides ont permis de les amener autour de la table. Les médecins, les partenaires ont pu être rémunérés pour le temps passé à la gestation du projet, dans la limite de 50 000 euros, montant correspondant au plafond. Grâce à cet apport, nous avons pu rédiger convenablement notre projet.

À l'heure actuelle, un syndic s'occupe de tout ce qui est bâti, mais cela est relativement simple puisqu'il s'agit d'une propriété verticale. J'aurais dû dire que le bâtiment était d'un seul niveau, aux normes personnes handicapées, et répondant à toutes les normes qui respectent l'environnement. Il est managé par la communauté de communes, en ce qui concerne l'entretien, celui des espaces verts, et le suivi des bâtiments.

Ensuite, chaque utilisateur a un statut de locataire. A ce titre, chacun est responsable de l'espace qu'il occupe pour exercer sa profession. En dehors de cette association loi 1901, qui permet de faire vivre le projet de santé, l'organisation des réunions, téléformation ou autres, chaque utilisateur bénéficie d'une pleine autonomie pour faire vivre son cabinet.

Chantal PINEAU

Un projet de santé se vit au quotidien. Qui assure le management, la vie de ce projet collectif de santé ?

Bernard VERDIER

Il est évident que le projet de santé définissant le thème de la formation, par exemple, concerne le collectif des professionnels de santé qui va en établir le programme. Et c'est la communauté de communes, son chef de projet ou ses techniciens, qui s'occupent de la partie logistique, programmation des réunions, gestion des salles. J'aurais dû dire qu'à l'intérieur du site, il existait une salle de réunion. Ces aspects matériels sont accompagnés par les techniciens de la communauté de communes.

Autrement dit, il existe un lien entre la communauté de communes et la vie de la communauté médicale. Quant au projet médical, il est certain que ce sont les professionnels de santé qui le définissent. Il ne s'agit pas d'aller faire de l'ingérence dans un projet de santé qui relève d'un professionnalisme précis.

Ensuite interviennent des questions matérielles, comme le transport à la demande et tout ce qui peut améliorer ou garantir l'accès de nos concitoyens sur le site. C'est la communauté de communes qui peut apporter sa réponse en termes de logistique ou en termes financiers. J'en veux pour preuve les connexions au réseau de fibre optique. Ces aspects matériels sont accompagnés par la communauté de communes.

Marc HORWITZ

Merci de ces explications, et de cet exemple de Maison médicale – bien plus, de projet de santé de territoire

Place et rôle des élus locaux dans l'élaboration d'un projet territorial

→ ILLUSTRATIONS DU DIAPORAMA, EN ANNEXE 5, PAGE 93

Marc HORWITZ

Laurent El Ghozi, vous êtes président de l'association Élus, Santé Publique & Territoires (ESPT), vous êtes aussi chirurgien, donc professionnel de santé ; et d'autre part, vous êtes élu municipal de Nanterre, en région parisienne.

Quel est l'objet de votre association et qu'entendez-vous par « Développement de la santé publique dans les collectivités » ?

Laurent EL GHOZI

[\(Voir les 56 diapositives ESPT en annexe\)](#)

Merci d'abord à Mairie-conseils et à Bernard Saint Germain de m'avoir invité à vous parler de ce que j'entends, ce que nous entendons par « Développement de la santé publique dans les villes ».

On pourrait penser qu'entre la santé dans une ville comme Nanterre, 90 400 habitants, et la santé dans une communauté de communes de quelques milliers d'habitants, à Castelnau Magnoac ou à Autun ou dans le pays des Vals de Saintonge (6 communautés de communes, 107 communes, 55 000 habitants) les questions ne sont pas les mêmes. Or, ce n'est pas vrai. Les questions sont les mêmes ; les problématiques sont les mêmes ; les logiques pour y répondre sont les mêmes : plus de transversalité, plus de travail en collaboration, plus de coordination. L'implication des élus est toujours aussi indispensable, que l'on soit dans une communauté de communes de 7 000 habitants ou dans une ville de 90 000 habitants. Ma conviction, notre conviction, c'est que si les élus ne « s'y collent pas », rien ne se fait. C'est aussi simple, pour ne pas dire caricatural, que ça.

Et sur ce qui vient de nous être montré à Magnoac, 80 % de ce qui a été dit, je pourrais me l'approprier, le transposer à Nanterre, et ça ne poserait pas de problèmes. Ce n'est donc pas si différent que ça.

Élus santé publique et Territoires (ESPT) est l'association nationale de collectivités, pour le développement de la santé publique. Elle a été créée en octobre 2005, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé par des politiques territorialisées. Nous avons parlé essentiellement de l'offre de soins, de l'organisation et de l'amélioration de l'offre de soins, mais nous n'avons quasiment pas parlé de politiques de santé, sauf à la marge.

Et dans votre réponse, quand vous dites : « La collectivité ne se mêle pas du projet de santé », là, il existe une forte divergence. Cela fait partie des 20 % sur lesquels je ne serais pas

d'accord avec vous. Je pense en effet qu'à partir du moment où il y a de l'argent public - je le redirai - la collectivité qui a mis de l'argent public doit s'en mêler, s'impliquer et être responsable.

Politique territorialisée disais-je et dans un cadre contractualisé avec l'État. Dans l'exemple que vous venez de citer, on trouve un financement à hauteur de 50 % de l'investissement par l'État, nous sommes dans le cadre d'un contrat avec l'État, et ensuite, dans le fonctionnement, comment peut-on continuer à honorer ce contrat ? Et dans la politique de santé publique, comment continuer le contrat, en particulier dans le cadre de la loi HPST ?

Je vais vous parler des Ateliers Santé Ville (ASV) qui sont l'outil de mise en œuvre du volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale de la politique de la ville, pour les quartiers défavorisés. Il n'en existe pas en milieu rural, sauf dans un certain nombre de « grandes petites villes », à Autun, par exemple. L'ASV est un outil, mais surtout une méthodologie qui peut s'appliquer partout.

Revenons à ESPT : 63 villes sont concernées, dont plus de 50 sont à jour de leur cotisation, de toutes tailles, toutes couleurs. Cela représente sept millions d'habitants, dont évidemment Lille, Marseille, Paris, la communauté urbaine de Strasbourg, Brest, Le Havre, mais aussi des communes de banlieue comme Sceaux, Nanterre, Neuilly ; des villes moyennes comme Autun ; de petites communes comme Tonnerre. Et dans toutes les régions. L'objectif est de former les élus, de les sensibiliser à cette question, avec un certain nombre d'outils. Vous trouverez tout cela sur le site Élus Santé Publique & Territoires www.espt.asso.fr

Nous avons une autre action, dont je vais dire un mot ; c'est la collaboration avec les universitaires-chercheurs. Nous n'avons quasiment pas parlé d'universités, de recherches, de la façon dont le travail des universitaires peut éclairer la décision publique et sert l'amélioration de la santé publique. Nous travaillons dans ce cadre avec le laboratoire Espace, Santé, Territoires de l'université de Nanterre, Paris X, pour faciliter et aider les élus à comprendre un certain nombre de problématiques territoriales, dans le champ de la santé publique et de la géographie de la santé, qui est, comme vous le verrez, un outil que j'aime beaucoup.

La place des élus territoriaux dans les instances de l'ARS

Il se trouve que nous n'avons pas parlé d'un sujet majeur, et nous ne pouvons pas en faire l'économie, c'est le nouveau cadre qui s'est mis en place depuis un an avec la loi HPST qui affirme les mêmes objectifs qu'Élus, Santé Publique & Territoires, cinq ans plus tard : réduction des inégalités, territorialisation des politiques, contrats entre la Ville et l'État, en particulier avec le Contrat local de santé dont je reparlerai.

Et la mise en œuvre des ARS (Agences régionales de santé), qui représentent un dispositif énorme, compliqué, complexe, lourd, avec un acteur essentiel, le directeur général. Il y a un « patron ». Le premier objectif de la loi, c'est une recentralisation autoritaire, avec un patron qui couvre l'ensemble des champs de la santé et du médicosocial. (Cf. diapositive ESPT 4)

Et derrière cette forte autorité, une volonté large de concertation. Nous sommes dans une tension bizarre entre un patron directement nommé par le ministre et en lien avec lui, par un contrat d'objectifs et de moyens ; et à côté, une multitude d'outils de concertation, qui ne sont que de la concertation (Cf. diapositive ESPT 5 à 9) :

- la CRSA, Conférence régionale pour la santé et l'autonomie, dans laquelle siègent des élus locaux. Ces élus ne sont pas seulement porteurs des intérêts de leur territoire, mais porteurs de la santé publique au niveau des collectivités.
- deux commissions de coordination : l'une sur la prévention et l'autre sur le médicosocial.
- et des conférences de territoire, en sachant que, par paresse bien souvent, par facilité, les territoires de santé ont été confondus, superposés avec les départements, ce qui n'est pas très intelligent ni très dynamique, mais c'est ainsi.

C'est une « usine à gaz » mais uniquement de la concertation, pas de codécision : comment cela se passe ? Qui est dedans ? 17 membres au maximum, et au niveau de la Région : 3 élus de communes (c'est peu) ; 2 élus d'intercommunalité ; 1 représentant de chaque Conseil général, etc.

Et tous les autres acteurs, en particulier les offreurs de services – nous avons parlé de l'URPS ce matin ; ils y sont – les acteurs de la prévention ; les représentants des usagers. Cela représente près de cent participants, et c'est une instance dont il faut se saisir pour faire bouger les choses. La place des élus est faible, mais partout il y en a. Je suis convaincu que, si nous faisons une interrogation écrite, moins de la moitié des gens dans cette salle savent quels élus les représentent à la CRSA. Je suis prêt à le parier (!). Pourtant c'est important, car ce sont des porte-parole des problématiques que vous rencontrez, que nous rencontrons au niveau de la mise en place de cette loi de santé.

Donc, les élus sont peu nombreux, sans pouvoir décisionnel, mais ils sont partout présents. Et la CRSA a, non pas des pouvoirs puisqu'elle ne décide de rien, mais participe à un certain nombre de missions. Elle peut faire des propositions. Elle émet un avis sur le projet régional de santé, et en particulier sur les contrats locaux de santé, dans lesquels l'offre de soins est un élément puisqu'ils peuvent concerner les schémas régionaux de prévention (nous en avons parlé, mais pas suffisamment), l'organisation des soins, hospitalière et ambulatoire, l'organisation médicosociale. Tout cela figure dans le projet régional de santé. La CRSA donnera son avis. Tous les conseils municipaux vont aussi donner le leur (je ne sais pas comment nous allons faire avec les 36 000 communes !) et probablement les EPCI seront sollicités pour donner leur avis. La CRSA donne aussi son avis sur les contrats locaux de santé et sur toute cette organisation. Et elle peut proposer des débats publics, que l'ARS est chargée de porter.

Si, sur votre territoire, une des questions est de savoir comment accéder aux soins, à la prévention, etc., vous pouvez saisir la CRSA et lui demander d'organiser un débat public dans le but de réfléchir ensemble, d'orienter les choses. Je ne peux pas vous dire à quel point c'est compliqué, mais on s'y retrouve avec un peu d'habitude.

En tout cas, il faut s'en saisir, d'autant plus qu'elle va approuver, voire amender, le projet régional de santé, qui est composé d'un certain nombre d'éléments (Cf. diapositive ESPT 10) : le plan stratégique régional de santé, mais surtout les trois schémas d'organisation : schéma de prévention - schéma des soins, qui est opposable pour l'offre hospitalière et ne l'est pas pour l'offre ambulatoire. Vous avez entendu que je pensais - et je suis de moins en moins seul à le penser - que l'offre ambulatoire doit être régulée, ce qui est une façon soft de dire les choses - schéma médicosocial.

Et puis, les programmes qui peuvent être mis en œuvre par les contrats locaux de santé signés entre les communes et l'ARS.

La loi affiche son objectif : garantir le meilleur et égal accès aux soins pour tous les citoyens. Et en même temps, on constate dans toutes les régions, que, dès que l'on identifie des zones de sous-densité médicale, cela provoque une inégalité territoriale d'accès aux soins, inégalité géographique certes, mais qui se cumule également avec les inégalités économique, culturelle, sociale, avec augmentation des dépenses de santé aggravée par les dépassements d'honoraires de moins en moins couverts, quoi qu'on en dise.

Cela engendre des conséquences (Cf. diapositive ESPT 11 à 12), que vous connaissez évidemment et c'est exactement la même chose à Nanterre et dans le pays des Vals de Saintonge :

- Désertification médicale, entre guillemets bien entendu. Nous avons dit ce matin, et je suis d'accord, il n'y a pas moins de médecins aujourd'hui ; nous commençons à en avoir un peu moins, et en 2020, nous allons recommencer à remonter. Il n'y a pas de risque de désastre, contrairement à ce que certains veulent nous faire croire. Mais il existe des

zones qui n'ont plus de médecins. Et demain, il y en aura encore moins ; c'est essentiellement une question de répartition et de modalités d'exercice ;

- Croissance des inégalités sociales de santé ;
- Croissance des inégalités territoriales de santé, dont la question de l'accès aux soins et à la prévention est un des éléments,
- Inégalités qui s'aggravent et imposent que l'on s'y engage.

D'autant plus que (cela a été dit également ce matin) les élus sont le réceptacle de toutes les demandes (Cf. diapositive ESPT 13). On demande aux élus locaux de répondre à toutes les difficultés que la société fabrique. Les citoyens n'arrivent pas à trouver un médecin. Ils vont voir le maire en lui disant : « *Il n'y a plus de médecin, ce n'est pas normal. Il n'y a plus de pédiatre ni d'autres spécialistes. Que faites-vous ?* » Les professionnels disent : « *Je viendrais bien, mais sur votre territoire, il n'y a pas d'école (cela a été dit ce matin) ; il n'y a pas de club de sport, il n'y a pas de travail pour ma femme ou mon mari. Les collègues ne valent rien (c'est ce que l'on dit à Nanterre)* ».

Cela touche à l'attractivité globale du territoire. Les professionnels demandent également des conditions de travail facilitées. Tous les problèmes administratifs, il faut qu'on les en décharge. Ils demandent aussi des aides à l'installation. Un des points de désaccord avec ce que vous avez dit, c'est que si les professionnels de santé remboursent 30 % de l'investissement, il n'y a pas de raison qu'après quinze ans ils soient propriétaires de 100 %. J'entends bien que cela soit obligatoire dans un contexte particulier. Il n'empêche que c'est un vrai problème par rapport à la privatisation de l'investissement public.

Et l'ARS n'est pas en reste, vous le savez bien, avec les transferts de charges vers les communes, transferts de compétences, évidemment sans pouvoir de codécision, ou très peu, ni de moyens. Nous sommes dans ce contexte où les élus sont au cœur de tout cela, et doivent essayer de « faire avec ».

Le contrat local de santé (Cf. diapositive ESPT 14) est l'un des outils de la loi HPST pour essayer d'y répondre, de notre point de vue. Cela n'existe pas encore, c'est donc difficile à imaginer et à co construire (peut-être 3 ou 4 sont signés aujourd'hui). Mais c'est l'outil dans lequel tout cela doit trouver progressivement sa place.

La loi HPST dit : « La mise en œuvre des programmes régionaux de santé peut faire l'objet d'un Contrat Local de santé (CLS) conclu notamment avec les collectivités locales, et portant sur les quatre champs : promotion de la santé ; prévention ; politique de soins, offre ambulatoire en particulier ; accompagnement médicosocial. »

Mais dans un cadre d'autonomie croissante des collectivités locales, avec transfert de charges sans transfert de financement, ce qui impose aux élus de coordonner et d'impulser. Le rôle de l'élu est de mettre ensemble, de fédérer des envies, de promouvoir des idées, pas de faire à la place des autres, mais bien de copiloter ces politiques locales, avec, naturellement beaucoup de questions : Quel périmètre ? Le périmètre pertinent pour un contrat local de santé est-il la commune de 1 000 habitants ? Est-ce l'intercommunalité de 10 000 habitants ? Est-ce le syndicat intercommunal ou le groupement de 50 000 ? C'est une vraie question.

Doit-on mettre toute l'offre de soins dans le CLS ? Cette question nous préoccupe particulièrement aujourd'hui, mais également la prévention et la promotion de la santé, le médicosocial (le sujet a été évoqué à propos des personnes âgées, et dans le pays de Saintonge, plus de 30 % de la population a plus de 60 ans). Une des problématiques majeures, c'est le vieillissement de la population, l'accès aux soins, le maintien à domicile, l'ensemble des services (et là, je rejoins complètement ce qui a été dit plus haut). La santé, c'est à la fois la résultante et un déterminant de toutes les autres politiques. On ne peut pas penser la santé comme quelque chose de vertical mais seulement en transversalité. Quel financement ? Quel pilotage ? Nous y reviendrons.

Nous sommes dans ce contexte complexe (Cf. diapositive ESPT 15 et 16). La nouvelle loi, la demande de la population, des professionnels, de l'État, la raréfaction de l'offre incontestable, l'augmentation des besoins et le besoin de faire émerger un système différent du système actuel, lequel ne fait qu'augmenter les inégalités sociales de santé. Notre système est relativement performant certes, mais les inégalités de santé ne cessent d'augmenter depuis dix ou quinze ans. Ce qui, dans un pays qui prône l'égalité comme deuxième terme de sa devise, est évidemment inacceptable, quelles que soient les convictions politiques.

Demande croissante de la population, inefficacité des grandes campagnes nationales de prévention. Nous – ESPT - avons signé il y a trois mois une convention avec l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES), précisément en leur faisant comprendre que les grandes campagnes nationales ne font que renforcer les inégalités. Si vous faites la même campagne sur l'ensemble du territoire, les premiers à en bénéficier sont les populations les moins fragiles, les plus aisées, les plus cultivées, les plus proches des services. On aggrave ainsi les inégalités, comme je vous le montrerai plus tard. Il faut donc cibler, territorialiser les politiques de santé et de prévention.

Agir sur les déterminants de la santé (Cf. diapositive ESPT 17)

Le « territoire » est le lieu de l'articulation de toutes les politiques agissant sur les déterminants de la santé. Quand vous parlez, quand nous parlons de développement social global, ou même de développement du territoire ou du développement économique, on voit bien que tout cela nécessite que la population soit en bonne santé, accède convenablement aux soins et à la prévention, et que toutes ces politiques thématiques jouent sur la santé.

Si on améliore l'offre d'accès au sport ou l'accès des enfants à la maternelle ou à la restauration scolaire, des choses a priori très loin de la santé, on améliore la santé.

L'idée est donc d'inclure la santé dans toutes les politiques, suivant le classique éventail des déterminants de la santé. Au centre, les facteurs héréditaires, évidemment, les élus n'ont pas de prise sur les facteurs dépendants du sexe, de l'âge, du patrimoine génétique

Deuxième couche de déterminants, les réseaux sociaux et communautaires, c'est la collectivité qui les fabrique.

Et tout autour, si on les prend dans l'ordre :

- accès à des logements décents, la ville est évidemment au cœur de ce sujet ;
- accès à des services de santé de qualité, c'est ce dont nous parlons ;
- approvisionnement en eau et assainissement ;
- bonne gouvernance et droit de s'exprimer, c'est la notion de la démocratie. Le fait de pouvoir dire de quoi on souffre, de participer aux décisions... est un facteur de bonne santé en soi.

Vous voyez que, en partant des déterminants de la santé, lorsque les élus locaux mettent en place des politiques sociales, logements, sport, culture, transport, ils font de la santé. Quand on parle de développement des politiques de santé publique au niveau local, il faut avoir à l'idée que chaque fois que l'on prend une décision, celle-ci a un impact sur la santé. On peut donc prendre tous les jours des décisions plus ou moins favorables à l'état de santé de la population dont on est responsable.

Quelques phrases de Martin Hirsch, et en particulier deux importantes (Cf. diapositive ESPT 18) montrent que les inégalités de santé ne posent pas la question de la précarité ; elles touchent tout le monde. C'est un continuum entre les plus pauvres et les plus favorisés. Elles commencent dès l'école, et même avant. Il existe une transmission intergénérationnelle des facteurs de mauvaise santé, ce qui est encore plus insupportable. Encore une fois, nous parlons d'égalité, mais nous sommes dans l'inégalité transmissible. La précarité du travail, du logement, de la paupérisation des bas revenus, tous ces points constituent des facteurs de mauvaise santé.

C'est donc clairement un choix politique, et pas une question technique. (Cf. diapositive ESPT 19)

Pour se poser ces questions de santé publique sérieusement, il faut commencer par faire un état des lieux. (Cf. diapositive ESPT 20)

Que se passe-t-il sur le territoire dont on est responsable ou coresponsable ? Il faut faire la preuve que des inégalités existent, des difficultés d'accès, des besoins croissants et alors essayer d'y répondre.

À partir de ce diagnostic local de santé sur lequel je vais essayer de donner quelques éléments, on voit bien que des actions devront être conduites. Si on met sur une carte le revenu médian régional et la mortalité prématurée, on met en évidence des corrélations. (Cf. diapositive ESPT 21)

Ainsi, pour la région Ile-de-France, on repère un secteur (vert clair) pauvre ; et en rouge foncé, la mortalité générale prématurée est importante : ces deux cartes sont superposables.

Si on prend l'exemple de la Seine-Saint-Denis, moins rurale et nettement plus urbaine, nous sommes en vert très foncé (très pauvre), et en rouge très foncé (surmortalité prématurée). Ce serait pareil à Nanterre.

À partir de ces éléments de diagnostic, on ne peut plus dire que la santé n'est pas l'affaire des élus locaux. On ne peut plus nier l'existence d'inégalités ni refuser d'essayer d'y remédier.

À Nanterre, le revenu fiscal moyen est 14 000 ou 15 000 €. J'en ai parlé avec mes collègues des Vals de Saintonge. Ils m'ont dit : « *Nous sommes pauvres ; nous n'avons pas d'argent ; c'est compliqué* ». Revenu fiscal moyen : 17 000 €, et Nanterre 15 000 €. (Cf. diapositive ESPT 22)

La part de la population couverte par la CMU complémentaire est également très élevée (Cf. diapositive ESPT 23 et 24). Si on descend la focale d'observation (cette idée me paraît très importante), particulièrement lorsque l'on parle de territoires très diversifiés - chez nous, c'est d'un côté de la rue à l'autre, chez vous, c'est d'une colline à l'autre - les choses sont différentes. Quand vous regardez au niveau des Iris (ilot représentatif pour l'information statistique, environ 2000 habitants), dans certains ilots, plus de 30 % des habitants sont bénéficiaires de la CMU et d'autres, contigus, en ont moins de 5 %, moins que la moyenne nationale.

Il faut avoir en tête ces notions si on veut mettre en place une politique, toutes les politiques d'ailleurs, que ce soit des politiques sociales ou autres, mais particulièrement des politiques de santé, parce que toutes les politiques qui seront menées vont avoir un effet là-dessus. Il faut pouvoir mettre en évidence ces différences territoriales.

Autre exemple : l'espérance de vie masculine à la naissance, là aussi, Nanterre devient tout blanc, comme le Grand Ouest ou comme la Seine-Saint-Denis. (Cf. diapositive ESPT 24)

Par contre, en Vals de Saintonge, l'espérance de vie des femmes est supérieure à la moyenne nationale (84,5 ans) et elle est 77 ans chez les hommes. C'est une excellente espérance de vie. Il y a donc forcément beaucoup de personnes âgées. Ces choses sont compliquées, mais si on ne dispose pas de ces éléments de diagnostic, et si surtout on ne partage pas tous ces éléments, non seulement avec l'ensemble des élus locaux, mais avec les professionnels de santé, avec les professionnels du social, avec les représentants de l'ARS, avec l'ensemble des acteurs et avec la population, on ne peut pas se mettre d'accord sur ce que l'on doit faire ensemble.

Pour l'offre de soins, c'est pareil (Cf. diapositive ESPT 26). Mes collègues des Vals de Saintonge me disaient : « *Vous vous rendez compte. Nous n'avons plus de médecins. Ils s'en vont tous.* » 55 000 habitants, rappelez-vous, avec 54 médecins généralistes, dont 28 ont plus de

55 ans. Ils seront donc partis dans dix ans. À Nanterre, qui compte 90 000 habitants, il y a 60 médecins généralistes qui ont le même âge que les autres puisqu'ils ont été formés en même temps. La situation est pire. Comment fait-on ce diagnostic ? Comment le partager ? Comment s'en saisir ?

Si on regarde la carte de Nanterre (Cf. diapositive ESPT 27), on constate une très grande disparité entre différents quartiers. Ceux qui sont en rouge, 10 000 habitants et pas un médecin.

Quand on parle de désertification rurale, je réponds : désertification rurale et périurbaine. Les questions posées sont les mêmes. Mais il faut avoir ces données sous les yeux pour pouvoir en parler.

Dès lors, comment agir ?

Premier volet : améliorer l'offre de soins (Cf. diapositive ESPT 28)

Nous en avons parlé, sans négliger la question de l'attractivité globale : les écoles, l'emploi pour les conjoints... tout ce qui donne envie de s'installer, de vivre là, y compris le « magret de canard », qui fait partie des éléments d'attractivité ; et bien sûr, à Nanterre, on n'a pas ça !

Il ne s'agit pas de caricature. Les questions sont les mêmes. C'est cela que je veux vous faire comprendre, comment renforcer l'attractivité, pour les professionnels, et nous y réfléchissons de la même façon en Ile-de-France. Je vous rappelle que, parmi les premiers professionnels libéraux qui se sont posé la question de la raréfaction en zone urbaine et périurbaine, et de l'obligatoire lien entre les professionnels libéraux et les élus locaux, il y a une association, émanation de l'URML Ile-de-France, qui s'appelle Regroupement Implantation Redéploiement, RIR, animée par le docteur Bernard Huynh. Je fais partie du comité de pilotage parce que ce sujet m'intéresse. Depuis une dizaine d'années, RIR essaye de réfléchir à cette question avec les maires. C'est la même question partout sur le territoire français, avec une première grande réussite, si je puis dire, la maison de santé pluridisciplinaire de Villiers-le-Bel, à laquelle la Caisse des Dépôts a largement contribué.

Quelles sont les questions à résoudre ?

- Les difficultés d'accès aux professionnels (Cf. diapositive ESPT 29)
- La baisse quantitative modérée, l'inégale répartition, le mode d'activité et l'installation non régulés ce qui, de mon point de vue, est un vrai problème ; l'exercice essentiellement individuel : aujourd'hui, 46 % des professionnels de santé exercent seuls. La permanence n'est plus assurée sur environ 40 % du territoire français, en dehors de SOS Médecins, bien sûr.
- Les attentes des jeunes professionnels (Cf. diapositive ESPT 30), pas ceux qui siègent au Conseil de l'Ordre : quand on regarde la photographie des représentants du Conseil national de l'Ordre, on sent bien que celui-ci n'est pas représentatif des nouveaux médecins, ni en termes d'âge ni en termes de sexe.

Il existe un épuisement professionnel, c'est vrai. Les praticiens souhaitent des horaires moins lourds, et consacrer moins de temps aux tâches administratives. Ils ont raison. Ils n'ont pas vocation à remplir des tâches administratives, mais à donner des soins et de la santé, avec plus de sécurité, plus de partage, plus de collaboration.

La complexité des prises en charge des maladies chroniques oblige à travailler ensemble, avec d'autres professionnels. C'est aussi relativement nouveau. Soigner une maladie infectieuse est une chose ; soigner une maladie chronique sur la durée, le diabète qui est l'exemple typique, car il faut de l'ophtalmologie, du podologue, de la diététicienne, de l'accompagnement, etc. ; ce n'est pas le même métier.

La question de l'investissement se pose. Quand un médecin sait qu'il ne pourra pas vendre son cabinet, il n'a pas envie de l'acheter.

Le coût du foncier chez nous pose problème ; ce n'est peut-être pas la même chose dans

les Vals de Saintonge. Je dis cela sans aucune ironie car j'y ai passé toute une journée, et j'ai beaucoup appris.

Et la carrière professionnelle du conjoint.

Comment faire évoluer le système ? (Cf. diapositive ESPT 31)

Comment passer d'une pratique individuelle à une pratique regroupée, pluridisciplinaire et coopérative ? C'est peut-être l'intérêt principal, de mon point de vue, de toute cette réflexion sur les maisons de santé pluridisciplinaires et la santé publique sur un territoire, la territorialisation de la santé et tout l'intérêt du contrat local de santé. Comment les médecins deviennent-ils des acteurs de santé publique et pas simplement des distributeurs de soins ?

À Nanterre, nous avons partiellement répondu à cette question depuis longtemps, en créant et en développant des Centres de santé municipaux (Cf. diapositive ESPT 32). Ce sont, de fait, des maisons de santé pluridisciplinaires, mais sur un modèle de médecine salariée, et pas sur le modèle de médecine libérale. Le différentiel de financement - qu'on peut appeler déficit, ou subvention d'équilibre, ou participation de la Ville à un service public c'est une question strictement idéologique, mais en termes financiers, c'est la même chose - dans notre cas, c'est la Ville qui l'assure.

Un certain nombre de collectivités rurales, voire très rurales, se pose la question d'embaucher un médecin, de salarier un médecin, avec les difficultés que ça pose, le surcoût notamment, de manière à avoir un professionnel salarié de la Ville et avec lequel on va pouvoir faire, non seulement de l'accès aux soins, mais également une vraie politique de santé.

Concernant ces maisons de santé pluridisciplinaires, actuellement promues par les pouvoirs publics (Cf. diapositive ESPT 33), nous avons d'un côté les éléments positifs : maintien d'une présence médicale, etc., et de l'autre côté, ce que l'on peut en dire de moins positif, avec des éléments absolument pas stabilisés comme la structure juridique.

Nous avons aussi des conditions de réussite, cela a été dit ce matin, mais j'insiste : il faut que le projet soit approuvé par les professionnels et par les élus, sinon cela ne fonctionnera pas (Cf. diapositive ESPT 34). Ni un élu ni un professionnel ne peuvent décider seuls de lancer une telle opération. Il faut que celle-ci soit basée sur un diagnostic local très fin. Je vous ai indiqué quelques éléments ; il en existe beaucoup d'autres, en particulier le temps.

Elus Santé Publique & Territoire a là-dessus une position claire : s'il y a financement public, il doit y avoir obligation de participer au service public de santé, avec un certain nombre de missions de santé publique exigibles (Cf. diapositive ESPT 35) :

- La permanence des soins, qui est une simple application de la loi. Les médecins ont l'obligation de participer à la permanence des soins ;
- L'accès de tous aux tarifs opposables. Ce n'est pas la loi, mais ça me paraît nécessaire si on considère que c'est un service public. Cela n'a pas été évoqué du tout depuis ce matin mais, pour nous, c'est une condition *sine qua non* ;
- La participation aux actions de prévention et de promotion de la santé mises en place par la Ville ;
- La continuité de prise en charge ;
- La formation des internes, très importante : dans les Centres de santé municipaux de Nanterre, nous accueillons des internes. Tous les ans, nous perdons des médecins libéraux en Ville comme dans les Centres de santé, mais, parce que c'est un mode d'exercice complètement différent, salarié, avec des horaires réguliers, collaboratif voire coopératifs, inscrit dans le cadre d'une politique de santé publique, on recrute plus facilement des médecins, alors qu'en termes d'attractivité du territoire, c'est la même chose que l'on soit « en ville » ou dans le Centre de santé.
- La question de l'engagement sur la durée n'a pas été évoquée ce matin : comment faire lorsque les médecins de la MSP s'en vont ? Je n'ai pas de réponse, mais à mes yeux, cela fait partie des exigences à poser.

Regrouper les professionnels, travailler sur l'accès et sur les pratiques des professionnels de santé (PDS), c'est le premier volet : l'offre de soins.

Deuxième volet : construire une politique locale de santé publique.

Voici, en quelques mots, comment on peut y parvenir.

Comment faire en sorte que l'offre de soins, qu'elle soit publique ou privée, libérale ou salariée, contribue à améliorer la santé publique et à participer à la politique de santé publique ? Là, il existe un modèle, l'Atelier Santé Ville [\(Cf. diapositive ESPT 37\)](#).

Les Ateliers Santé Ville sont proposés sur les territoires « de la Politique de la Ville », qui cumulent le maximum de handicaps sociaux, culturels, économiques, territoriaux zones urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaine. Sur ces territoires, l'État a décidé qu'il convenait de mettre un peu plus de moyens pour corriger ces handicaps. Et pour ne pas faire n'importe quoi, ces financements sont inscrits dans le cadre d'un contrat - on revient à l'idée de contrat que j'ai évoquée au début - entre la Ville et l'État pour faire plus pour les quartiers qui ont moins, en particulier pour ce qui est de la santé, pour réduire les inégalités et favoriser l'accès à la santé, etc.

Ce qui est intéressant dans le Contrat urbain de cohésion sociale, qui lie l'État et la collectivité, et c'est la même chose dans les différents types de contrats que l'on peut mettre en place au niveau rural, entre l'État et la Région, entre l'État et les collectivités, entre la Région et les collectivités, c'est la façon dont on se met d'accord pour croiser un certain nombre de thématiques et améliorer la situation de la population dans le cadre d'un développement social et économique global. L'intérêt du Contrat urbain de cohésion sociale, c'est qu'il a cinq thèmes qui se croisent et s'enrichissent mutuellement. Je passe là-dessus. Et ce que nous mettons en évidence dans les diagnostics locaux, ce sont les questions de l'accès aux soins, de la santé mentale, de la nutrition et de l'alimentation, et d'autres questions plus secondaires.

Démarche diagnostic, priorités, copilotage, évaluation [\(Cf. diapositive ESPT 38 à 42\)](#).

Élément du diagnostic : la cartographie médicale. Vous retrouvez la carte de Nanterre [\(Cf. diapositive ESPT 43\)](#) et ses quatre zones urbaines sensibles, quatre diagnostics depuis dix ans, les problématiques retenues, les publics prioritaires et les actions que nous avons mises en place. [\(Cf. diapositive ESPT 44 à 46\)](#) Il est possible de faire la même chose sur n'importe quel territoire. Si je vous montre ça, ce n'est pas pour vous dire que ce que nous avons fait à Nanterre est beau ; mais pour vous dire : « *Voilà une méthodologie que n'importe quel territoire, n'importe quelle communauté de communes, peut appliquer pour faire un diagnostic qui mette en avant les atouts, les problèmes, les désirs des habitants, etc.* »

La santé « perçue » est un élément majeur. Et ensemble, il faut essayer d'y répondre. C'est une méthodologie d'actions, celles qui sont reconnues par les habitants et par les professionnels, et ensuite, il faut suivre ces actions, piloter cette politique, et pour piloter, il faut un observatoire.

Et ce ne sont pas les Observatoires régionaux de la santé qui savent faire cela, dans aucune région de France. En PACA, cela a été un peu développé. En Rhône-Alpes, des diagnostics territoriaux ont été réalisés dans le cadre des Ateliers Santé Ville. L'observation locale permet de piloter, de se donner tous les outils qui mesurent régulièrement l'impact des actions mises en place et ce qu'elles produisent, ce qu'elles changent, quelle est la consommation de soins, et une multitude de choses.

D'où l'intérêt de se doter d'un Observatoire local de la santé [\(Cf. diapositive ESPT 47 à 49\)](#).

Premier exemple : le dépistage organisé du cancer du sein. Je vous ai dit que j'aimais beaucoup les cartes et la géographie de la santé. [\(Cf. diapositive ESPT 50 et 51\)](#) Voilà un travail fait en lien entre ESPT et Paris10 Nanterre, en Essonne, avec une zone très périurbaine, proche de Paris, ici, et là, on est dans la campagne.

Curieusement, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est bien meilleur dans le sud, en zone rurale, que dans le nord. Si on n'a pas cette carte, on ne peut pas le savoir et donc essayer de trouver des éléments de réponse.

Si on regarde au niveau des communes, la disparité est encore plus grande.

Prenons une ville au hasard, Evry par exemple, si l'on regarde au niveau des Iris, le plus petit ilot sur lequel on peut obtenir des informations, on a là aussi des disparités très importantes. Je vous ai mis deux cartes pour voir comment les choses pouvaient évoluer dans le temps. On observe que certains quartiers s'améliorent, d'autres non. Et si on veut mener une véritable politique de santé, corriger les inégalités, il faut se dire que si la zone est rouge, on dépasse la moyenne régionale, plus de 24% de participation au dépistage, ce n'est pas la peine d'intervenir, alors que dans certains secteurs, on est encore dans le très clair, à 10 % : c'est donc là qu'il faut faire porter l'effort.

Cette question de l'allocation territorialisée des moyens se pose non seulement au niveau d'une commune ou d'un territoire ou d'une communauté de communes, évidemment on ne va pas agir de façon analogue sur chacun de ces ilots, mais elle se pose également au niveau de la Région. Et quand l'ARS va, avec les uns et les autres, conclure des contrats locaux de santé, il va falloir se battre pour dire : « Ici, les besoins ne sont pas les mêmes. Ici, les ressources ne sont pas les mêmes ». Donc ici, l'allocation de moyens de l'ARS, puisque c'est elle qui détient les moyens, ne doit pas être la même.

Second exemple : la promotion de la santé bucco-dentaire (Cf. diapositive ESPT 52 à 55) que l'on peut transposer partout. L'état de santé bucco-dentaire n'est pas meilleur en Vals de Saintonge qu'à Nanterre. Le dépistage ou la prise en charge des besoins en soins bucco-dentaires est un élément majeur. Un mauvais état de santé bucco-dentaire a un impact sur l'alimentation, sur la réussite scolaire, sur la réussite affective, sociale, ce peut être un obstacle professionnel, donc, ça a un impact sur toute la vie. Et laisser des enfants avec des dents « pourries » dès l'âge de 6 ans, ce n'est pas acceptable.

Je voulais simplement vous montrer que l'Observatoire met en évidence que nous sommes partis de 41 % de besoins en soins bucco-dentaires, et que dix ans après, on en est quasiment à la moitié, 23,8 %. Voilà des cartes, école par école. Et ça s'améliore partout. Et on s'aperçoit qu'une école s'aggrave. Que s'est-il passé ? Pourquoi ce secteur, à nouveau, replonge-t-il ? Il faut comprendre et avoir une allocation supplémentaire, différenciée de moyens. On va passer deux fois par an dans cette école au lieu d'une fois par an. On va « mettre le paquet » sur ce secteur. On sait pourquoi ça s'est aggravé. Mais si on ne dispose pas de l'observation locale, personne ne nous le dira.

Pour conclure, pas de politique de santé sans l'engagement des collectivités locales et de leurs élus. (Cf. diapositive ESPT 56)

L'offre de soins est un outil ; la politique de santé est un objectif : améliorer l'état de santé de tous. Elle constitue un élément des politiques locales et de la politique régionale.

La démocratie sanitaire, je n'en ai pas assez parlé.

Le contrat local de santé est, pour moi, l'outil de demain, et il faut se battre avec vos directeurs généraux d'ARS pour contractualiser avec eux et y mettre tout ce que vous avez déjà fait, tout ce que vous avez déjà investi. Mettre en évidence la part de la collectivité et en face, réclamer la part de l'ARS.

TABLE RONDE

Les contrats locaux de santé

Comment les communautés de communes doivent-elles préparer leur partenariat avec les Agences régionales de santé ?

→ ILLUSTRATIONS DU DIAPORAMA, EN ANNEXE 6, PAGE 143

Marc HORWITZ

Nous allons demander à **Rémy Rebeyrotte, maire d'Autun et président de la communauté de communes de l'Autunois** de prendre la parole pour nous faire partager son expérience et son vécu. Nous ferons une grande table ronde de questions-réponses ensuite, pour terminer cette journée.

Rémy REBEYROTTE

Pour replacer les choses dans leur contexte, Autun, 17 000 habitants, est située au cœur de la Bourgogne, dans une communauté de communes de 28 000 habitants, dans un PI qui en compte 40 000, et avec une association dite du Grand Autunois, d'élus, de trois départements différents qui travaillent ensemble. L'un de nos problèmes est que nous sommes à 12 kilomètres de la Nièvre, à 12 kilomètres de la Côte d'Or, et que nous sommes en Saône-et-Loire. C'est un gros problème en France puisque, comme tout reste à l'échelon départemental, nous avons du mal à faire connaître cette situation territoriale. **Ce qui nous a décidé à avancer sur ces questions, ce sont à la fois des peurs et des opportunités.**

Des peurs

Nous craignons que tout s'organise autour du maintien de la structure hospitalière. Nous avons encore une maternité, un service d'urgence, des services hospitaliers actifs. Dans le cadre d'un projet de rapprochement clinique privée-hôpital, que nous avons conduit au cours des dix dernières années, nous avons construit un nouveau site hospitalier à côté de la clinique privée, dans le but de préserver une couverture sanitaire organisée autour d'un pôle. La chirurgie est privée et une grande partie des autres services relèvent de l'hôpital.

Comment conforter cet outil important pour l'Autunois ? Nous sommes situés juste au sud du Morvan, c'est-à-dire près d'un grand désert. Ce n'est pas facile, en termes de démographie, et cela ne ressemble pas à Nanterre. Il est donc important que cet hôpital existe, pour nous bien sûr, mais aussi pour toute une partie de la Nièvre, de la Côte-d'Or, et du Morvan. Nous avons également des problèmes de présence médicale. Je n'y reviens pas puisque nous avons déjà parlé de ces sujets au cours de la matinée. Ce que je viens de dire illustre nos peurs. Il faut faire en sorte que cette présence médicale, hospitalière comme ambulatoire, soit confortée.

La nouvelle loi nous a déçus sur le fait qu'elle ne répond pas immédiatement à la question de la présence médicale. Disons les choses telles qu'elles sont. Nous espérons obtenir des avancées plus significatives. Nous avons régulièrement des discussions avec l'Ordre des médecins sur cette question. Visiblement, des tabous demeurent, qu'il faudra abattre. Nous avons pris acte de la nouvelle loi sur ce point.

Des opportunités

Tout d'abord, la régionalisation. Je vais y revenir parce que nous attendions un véritable mouvement, après un an de mise en place des ARS. Cela n'était pas mission impossible, mais regrouper sept à huit services différents, dans des cadres différents, des territoires différents, s'est avéré plus complexe que prévu. Il est vrai que les conférences de territoires qui ont été créées, dans quasiment toutes les régions, ont retrouvé pour la plupart des logiques départementales. Nous avons un espoir de régionalisation, mais on revient souvent dans les cadres départementaux. Nous avons six territoires de santé en Bourgogne et nous avons désormais une parfaite découpe des départements tels qu'ils existaient au départ. C'est un progrès significatif ! (Je plaisante).

Le problème qui se pose à nous, est qu'en définitive, nous nous retrouvons à nouveau dans le cadre départemental ; c'est une raison supplémentaire de bouger, pour notre territoire. Notre zone d'attractivité correspond au territoire SMUR de l'Autunois. Vous voyez notre problème de découpage entre trois départements ([cf. Diapositives présentation de l'Autunois](#)).

Ensuite, l'opportunité de la nouvelle loi. C'est un apport intéressant sur la question du décloisonnement des questions de santé. Nous pouvons, plus que nous ne l'avons fait avant, mettre tout le monde autour de la table, élus et professionnels. Ce décloisonnement entre élus et professionnels, mais aussi entre professionnels, est essentiel pour voir comment chacun va sortir de ses logiques pour travailler, en considérant la personne dans sa globalité, prévention, soins, suivi du soin, et non pas chacun dans sa catégorie.

Enfin, les contrats locaux de santé, qui sont la traduction des deux premières opportunités. Nous nous sommes dit qu'il nous fallait faire reconnaître un territoire de proximité de l'Autunois-Morvan. Au-delà des territoires de santé, il est possible de faire reconnaître des spécificités et donc des territoires de proximité (bassin de vie), en dépassant les logiques des départements, et y compris pour le nombre d'actes, l'origine des patients, etc. Nous allons orienter cela vers la signature d'un contrat local de santé.

Alors, je pose une première question : **Comment faire en sorte que la question des besoins de notre territoire soit traitée ?** Comment faire prendre conscience aux professionnels, aux acteurs, aux élus, que nous formons un territoire de santé à part entière ? Et comment le faire reconnaître par les autorités ?

Nous avons organisé le 28 janvier 2011, des assises, et nous avons d'ailleurs demandé au docteur El Ghozi d'en être le témoin. Nous avons déjà organisé des assises sur d'autres sujets, le développement global, l'économie, en mettant ensuite un certain nombre d'outils en place. Or, à notre grande surprise, 250 personnes se sont déplacées, élus, professionnels de santé, médecins, même des médecins libéraux.

Tout le monde a joué le jeu. Nous avons publié des actes de ces assises de la santé, qui nous ont permis de travailler sur les besoins du territoire et de rappeler aussi le cadre dans lequel nous travaillons, avec la nouvelle loi et les réseaux qui existent sur ce territoire.

Deuxième question : **Quelles organisations pour satisfaire ces besoins ?** Comment faire évoluer nos organisations, améliorer les réseaux, la coopération ? Nous avons traité du dossier médical ; et aussi de tous les sujets qui pouvaient faire l'objet des thèmes du futur contrat local de santé. Était présente l'ARS, mais bien sûr, c'est la représentante départementale de l'ARS qui est venue présenter le nouveau thème.

Sur le décloisonnement, nous avons des progrès à faire en termes d'organisation pour que les choses progressent encore.

Ces assises ont permis une prise de conscience d'un territoire de santé, organisé autour d'un pôle sanitaire existant. Et il y a eu aussi une prise de conscience du décloisonnement, déjà largement engagé. Sur un territoire comme le nôtre, la question du service public, service au public, comme vous le disiez, est capitale. Quand on vient voir l'élu, on lui dit : « *Nous avons besoin de la mairie, du sport, et aussi d'un médecin et d'un pharmacien* ». Autrement dit, notre population veut du service à la population et du service de proximité, du service au

public. Quand il n'y a ni médecin ni pharmacien, c'est un véritable problème pour la population, et le besoin s'en fait sentir.

Le décloisonnement, nous l'avons réalisé avec notre projet clinique-hôpital. Ce qui compte, c'est que le service soit présent et soit rendu. Cela s'accompagne d'un mouvement de société, parce qu'il n'y a pas de raison que les médecins y échappent. Après la guerre, en France, il y avait 50% d'indépendants et de libéraux, et 50% de salariés. Aujourd'hui, le salariat dans notre pays, c'est 91% de la population active. Il n'y a plus que 9% de travailleurs indépendants et libéraux.

C'est un mouvement général. En fait, les jeunes médecins sont dans les aspirations du salariat, d'un autre mode de vie. À un moment donné, il convient de prendre en compte ces grandes données de société, qui bousculent tous les groupes sociaux.

Troisième élément, le portage d'informations.

J'insiste sur ce point, parce que beaucoup, y compris les professionnels, mais c'est normal, sont sollicités à propos d'offres de santé. Ce sont des domaines qui évoluent. La clinique attire de nouveaux médecins dans d'autres secteurs. Elle fait des permanences. L'hôpital travaille autrement, etc. Et nous ne sommes pas toujours informés de tout. Déjà, sur ce seul aspect, communication partagée, réseaux partagés, savoir ce qui existe sur le territoire, c'est très important et très utile.

Enfin, nous avons travaillé sur le **projet de santé** et sur le **contrat local de santé**. Depuis, qu'avons-nous fait ? Nous sommes allés rencontrer sur la base de ces assises les trois conférences de territoire. Nous avons rencontré les présidents de la Côte-d'Or, de la Saône-et-Loire, nous rencontrons celui de la Nièvre, pour faire part de notre démarche. L'accueil est d'ailleurs très bon. Nous avons déjà rencontré la Conférence régionale de santé et de l'autonomie qui, depuis, a proposé à l'ARS de reconnaître notre territoire de santé de proximité. L'ARS nous donne un avis a priori favorable. Cela se fera en coordination avec l'ensemble des conférences de santé des différents départements, mais avec une logique de contrat local de santé spécifique à ce bassin de vie.

C'est la proposition que nous faisons, dans laquelle sera également traitée la question des maisons de santé. L'une est en cours d'ouverture dans une commune de 2000 habitants, à 17 kilomètres d'Autun. Une autre est en cours de réflexion dans un quartier qui relève de la politique de la Ville, du renouvellement urbain, et qui a aussi une spécificité. Si nous voulons redonner des chances à nos quartiers, dans lesquels les difficultés sociales se sont accumulées, si nous voulons redonner aussi une image positive, donnant aux gens l'envie d'habiter, le volet des services publics, au public, est indispensable. La question du sanitaire, de la présence médicale, de la présence des professionnels de santé, est au cœur de cette logique d'attractivité.

Je crois qu'une stratégie de maintien et d'organisation des services de santé, ainsi que le fait de favoriser le partenariat public-privé sont des atouts. Aujourd'hui, nous insistons davantage sur la notion de services au public que sur la question de régulation. Concernant notre maison de santé, dans un quartier en renouvellement urbain, aujourd'hui, ce sont plutôt les infirmiers qui nous créent des soucis. Ils disent : « *Nous sommes de vrais libéraux. Vous allez créer une distorsion parce que si Untel ou Untel s'installe, etc.* ». C'est avec eux aujourd'hui que nous discutons de ces sujets.

Comment convaincre les infirmiers qu'un outil de cette nature peut amener un « plus », et que ce n'est pas forcément un élément de distorsion, de concurrence ? Cela pose des problèmes. Ou bien, pouvons-nous contourner la question ?

Assurer le renouvellement optimum des professionnels de santé est également compliqué. Un de nos médecins est parti récemment en retraite. Il faudrait deux médecins « nouveau modèle » pour le remplacer. Il travaillait énormément. C'est souvent le cas. C'était une autre conception du métier.

Beaucoup de Néerlandais viennent habiter le Morvan et l'Autunois. Le médecin était décou-

ragé, car il ne trouvait personne pour lui succéder. Nous avons trouvé un médecin néerlandais. Je ne sais pas s'ils vont arriver à s'entendre. Des questions de reprise se posent. Il avait une très grosse clientèle. C'est paradoxal, mais ça fait peur aujourd'hui aux plus jeunes qui ne veulent pas vivre uniquement pour leur travail.

La question de promouvoir la santé se pose aussi, avec la mise en lien des secteurs de la prévention, du soin, et du suivi du soin. Pour nous, c'est essentiel. Notre hôpital assure les premiers secours. Il vise avant tout à répondre à l'urgence et à préparer les patients pour les emmener vers d'autres soins. Par contre, de plus en plus, nous assurons le suivi de soins au plus près du patient, et là, un important travail reste à faire. Lors des assises que nous avons organisées, la télémédecine a été un des éléments très importants.

Marc HORWITZ

Je vous remercie.

Laurent El Ghozi, avant de donner la parole à la salle, comment réagissez-vous à cette présentation ? Je poserai la même question ensuite à Jean-Louis Deutscher.

Laurent EL GHOZI

J'avais été invité à Autun par Rémy Rebeyrotte, en tant que grand témoin, pour conclure ces trois heures de débat ; j'ai trouvé cela absolument passionnant. Il existe une communauté de destin sur ce territoire, et cette communauté de destin, de populations, de besoins, de recours, d'offres, se concrétise autour de la question de la santé. Cela permet de réunir une multitude d'intervenants : des élus de gauche, de droite, de petites communes, du conseil général, toutes sortes d'acteurs qui sont des acteurs de la santé même sans le savoir, et qui contribuent à améliorer l'accès aux soins et à la prévention, mais aussi aux politiques de santé. Entendre ces personnes discuter pendant trois heures et finalement se mettre d'accord pour dire : « *Nous mettons sur pied un projet local, territorialisé (j'insiste sur ce terme), et nous nous battons avec l'ARS pour le mettre en œuvre* », c'est à mon avis une excellente démarche.

Marc HORWITZ

Je vais poser ma question autrement : qu'est-ce qui fait que le projet d'Autun et de l'Autunois Morvan a été entendu à l'ARS ?

Laurent EL GHOZI

C'est parce que tout le monde est d'accord sur le diagnostic, sur le territoire, sur le projet. Que l'hôpital et la clinique se mettent d'accord, ce n'est pas si fréquent. On peut en penser ce que l'on veut et regretter qu'il n'y ait plus de chirurgie hospitalière publique dans beaucoup de zones en France. Mais parvenir à agir ensemble en sachant que les patients sont les mêmes (ils peuvent avoir du diabète et une arthrose de la hanche ; il faut à la fois traiter le diabète et opérer la hanche) et qu'ils partagent le même territoire, c'est nouveau et très dynamique.

Le fait que tous les acteurs aient été d'accord pour dire : « Nous sommes une communauté qui a envie, à partir d'un diagnostic partagé, de prendre en charge ensemble les questions de santé de toute la population, et pas simplement d'inaugurer un bâtiment », est une vraie force. On ne peut pas ergoter sur la limite des départements.

Marc HORWITZ

Je vous pose la même question, Jean-Louis Deutscher ?

Jean-Louis DEUSTCHER

Nous connaissons aujourd'hui un changement de perspective. On ne traite plus la santé au coup par coup. On prend en charge les patients de manière plus globale. Ce sont des approches de populations plus que d'individus. Nous changeons aussi d'éthique. Nous avons

besoin du ressenti des assurés à notre égard : des patients pour les professionnels qui sont en action, et des électeurs pour un élu territorial. C'est important.

Je ne vais pas compléter les propos tenus sur l'approche territoire. Le territoire, c'est la vie de tous les jours. Nous sommes allés dans des écoles de santé publique, proches dans l'esprit. Quand on fait un état des lieux, nous respectons le plan : besoins, demandes, moyens. Tout est posé sur la table et nous le regardons.

Et quand nous décidons d'un projet, nous faisons la même chose. Nous regardons comment nous pouvons coopérer : public, privé, chirurgie, etc. Cela peut provoquer des chocs culturels. Un chirurgien privé est envié, entre guillemets, économiquement seulement, et pas forcément sur son temps de travail. Mais sur le plan économique, il est envié par certains, jaloué par d'autres.

Nous devons faire coopérer des gens sur des secteurs d'activités différents. Il faut qu'ils sachent qu'ils sont complémentaires, dans une logique de puzzle. Quand on voit que sur les cartes, des endroits ne sont pas couverts, il faut se coordonner pour y aller. Nous sommes dans cette dynamique.

La dernière chose, c'est que l'on s'aperçoit, avec ces réunions, ces échanges pluri-professionnels, etc., que la pratique collégiale redonne une émulation que nous avons perdue. À la MSA, culturellement, nous avons conscience d'être l'assurance-maladie principalement du territoire rural, dans une logique de terroir, et nos organisations, nos dynamiques vont vers les échelons locaux, vers de l'information d'éducation auprès de nos assurés. Nous sommes dans la même dynamique que vous, et nous y sentons bien.

Laurent EL GHOZI

J'ajoute qu'une des forces de ce projet est d'être un projet démocratique. Ces mots ne sont plus à la mode, mais c'est un projet profondément démocratique. Il est porté par la population, par les professionnels, par les associations, et incarné par les élus dont c'est véritablement le rôle. À partir de ce moment, l'État qui est démocratique, l'ARS qui en est l'émulation, respectent la démocratie. Et c'est une force considérable.

Rémy REBEYROTTE

Je partage ce point de vue. Nous n'en sommes qu'aux prémices. L'ARS est aujourd'hui confrontée, en Bourgogne comme ailleurs j'imagine, à des problèmes de budget, d'organisation, de mise en œuvre de sa politique. Tout cela est encore compliqué, c'est le moins que l'on puisse dire. Mais nous avons eu une écoute attentive. Aujourd'hui l'ARS nous dit : « *Sur cette question-là, sur le contrat local de santé, nous nous rencontrerons fin juin. Nous y allons, autour d'un territoire de santé de proximité sur l'Autunois Morvan* ». Nous avons de plus l'accord du numéro deux de l'ARS, qui assure en Bourgogne la permanence de l'agence.

Marc HORWITZ

Y a-t-il des questions ou des interventions dans la salle ?

Pierre DUBOIS

Ma question s'adresse au docteur El Ghozi. Comment avez-vous effectué vos diagnostics locaux de santé ?

Je suis en admiration devant tout ce que vous avez dit. Je pense que c'est sur le projet de santé que l'on peut fédérer l'ensemble de la population et tous les acteurs de santé.

Laurent EL GHOZI

La question du temps, déjà évoquée par certains, est fondamentale.

Sur les diagnostics, il ne faut pas être admiratif. Il faut vingt ans pour réaliser cela. Il y a vingt ans, personne ne savait le faire. Aujourd'hui, un certain nombre d'outils existent. Des

organismes associatifs ou privés font cela très bien. Les ORS commencent à savoir faire des diagnostics locaux. Et aujourd'hui, chacun a accès via Internet à beaucoup de données, sur « Score Santé » par exemple, vous obtenez une multitude d'informations. La seule question est d'avoir toutes les informations au même moment et sur le même territoire, canton, commune, département, etc. C'est là que réside le problème. D'où l'intérêt d'avoir un opérateur local.

Nous avons mis en place un observatoire local en 2004, car nous ne disposions pas de ces éléments, avec une étudiante en géographie de la santé que nous avons d'abord embauchée comme stagiaire, qui a commencé à travailler et à nous fournir des données.

Mais cela a été possible parce que notre ville compte 90 000 habitants. A partir de cette taille, il est possible de financer une géographe de la santé à plein temps. Il est évident que la même chose n'est pas possible sur un petit territoire. La question du territoire pertinent pour faire de l'observation locale et piloter les politiques locales est importante.

Ce travail, que nous faisons avec Paris X, l'Université de Paris-Ouest Nanterre-La Défense, et le Laboratoire de géographie de la santé de Gérard Salem, consiste à mettre à la disposition des communes qui en font la demande, des stagiaires de Mastère 2 de géographie de la santé, qui initient ces recherches, fournissent des éléments de réflexion et de compréhension du territoire et donnent envie d'aller plus loin. Si nous n'avons pas ces éléments de compréhension du territoire, nous continuons à appliquer partout la même politique, que ce soit sur le territoire national, régional ou local, et nous creusons les inégalités. Nous ne pouvons plus le faire.

Bernard VERDIER

Sur le diagnostic, je vais m'appuyer sur notre expérience, à l'échelle d'un Pays. La communauté de communes a porté la MSP, mais le diagnostic a été fait à l'échelle du Pays. Nous avons fait appel pendant deux ans à un cabinet spécialisé pluridisciplinaire, où exerçaient des médecins, des sociologues, des économistes. Et au terme de ces deux années, nous avons eu ce bilan, cet état des lieux. Nous avons dégagé les axes prioritaires qui nous ont permis de mener une politique sur dix ans.

Rémy REBEYROTTE

Une précision : nous nous sommes appuyés sur un stagiaire en géographie de la santé.

La transparence est un de nos problèmes. Nous n'avons quasiment que des données départementales. Pour notre hôpital, on ne tenait compte que de la population qui venait du département de Saône-et-Loire. Or, plus du tiers à l'heure actuelle vient de la Côte-d'Or et de la Nièvre. Nous avons donc pris le dossier à bras-le-corps. Pour avoir des objectifs partagés, il faut avoir un diagnostic partagé.

Nous rencontrons ce problème aujourd'hui dans la réforme des intercommunalités, par exemple en Saône-et-Loire, où le préfet nous fait une proposition de schéma, et nous dit : « *Vous aurez tous les éléments d'étude pour en décider au mois de septembre, mais les conseils municipaux doivent avoir délibéré en août* ».

Voilà comment fonctionne la démocratie dans ce pays. Il est temps que nous nous en saisissions.

Laurent EL GHOZI

J'ajoute qu'il existe beaucoup de ressources dans les universités. Il faut aller les chercher. Les universitaires sont au service de la société, et en plus, ils sont d'accord.

Patrice HAURAY

Nous parlions d'outils. Je voudrais signaler que, outre Score Santé, il y a aussi les travaux de la fédération nationale de l'ORS avec la DATAR, qui donnent des éléments par canton.

Je voudrais signaler, pour faire la transition avec le débat qui va suivre, à propos des contrats locaux de santé, qu'une circulaire du 2 mars 2011 du ministère du Travail parle de l'élaboration des contrats locaux de santé et du diagnostic territorial en indiquant quelques précautions méthodologiques en la matière. Pour ceux que ces sujets intéressent, il suffit d'aller sur Internet. On n'obtient pas de chiffres, mais des éléments méthodologiques.

Marc HORWITZ

Y a-t-il d'autres interventions ?

Mathilde LENAIN, chargée de mission, Pays de Fougères

L'ARS est-elle d'ores et déjà engagée sur une enveloppe, sans en donner le montant, mais sur le principe, de financement de ce contrat local de santé pour sa mise en œuvre ?

Rémy REBEYROTTE

Nous en sommes à la question des principes. Il n'existe pas aujourd'hui beaucoup de contrats locaux de santé même simplement engagés. Il doit y en avoir cinq ou six au plan national.

Il faut s'y intéresser assez vite, car il est sûr que si cette politique se généralise trop rapidement, à un moment donné, pour les finances de l'État, cela peut aussi avoir des conséquences. C'est pour cette raison que nous avons fait le choix de traiter cette question en priorité. D'abord, il est toujours intéressant de réfléchir avec les acteurs de terrain, et de pouvoir aborder directement des questions de cette nature. C'est un élément d'attractivité global, on l'a dit, très fort pour le territoire.

Quels seront les moyens financiers au bout du compte ? Aujourd'hui, sur ce sujet, nous n'avons que des positions de principe de la part de l'État. Mais nous nous doutons qu'il ne faut pas trop tarder à prendre ces questions « à bras-le-corps ».

Marc HORWITZ

N'existe-t-il pas une enveloppe quelque part dans les ARS pour les contrats locaux de santé ? Ont-elles des objectifs ?

Laurent EL GHOZI

Nous entamons le débat sur les contrats locaux de santé. Je vais vous en donner quelques éléments.

Il existe un référentiel intitulé « Kit méthodologique » qui comporte plusieurs éléments, diaporama, tableaux, etc. – un gros dossier. Nous l'avons et nous pouvons vous le communiquer. Les ARS ne le diffusent pas aux communes, je ne sais pas pourquoi. Il est en tout cas accessible sur le site ou auprès d'Aude Salamon, chargée de mission à Elus, Santé Publique et Territoires. On y trouve tous les éléments pour « fabriquer » un contrat local de santé, en sachant que la méthodologie est celle de l'Atelier santé ville (diagnostic, priorité, etc.).

L'idée est de reprendre un certain nombre de financements existants, ceux du Plan régional de santé publique (PRSP) ; une partie des financements du FIQCS ; une partie des financements des caisses régionales d'assurance-maladie ou des financements Prévention de l'assurance-maladie. Quand je parle d'assurance-maladie, c'est aussi bien CNAM que MSA et tous régimes. Il n'existe pas de financement fléché. Ce que dit monsieur Rebeyrotte sur le fait que les premiers seront les mieux servis est peut-être vrai. En tout cas, je pense qu'il faut y aller mais que les « mieux servis » devraient être ceux dont la population a le plus de besoins... Donc, pas de financement fléché ni de financement supplémentaire. Ce qui veut dire que sur certains territoires, l'Agence va signer un contrat local de santé mais que sur d'autres, il n'y en aura pas. Et si nous mettons l'argent qui existe sur un certain nombre de territoires qui auront mis en place des contrats locaux de santé, où la collectivité se sera engagée à

faire de la santé publique dans tous ses aspects, offres, prévention, etc., évidemment, il n'y aura plus de financement possible pour les autres. Cette question est devant nous.

Marc HORWITZ

Existe-t-il des objectifs ?

Laurent EL GHOZI

C'est très variable. Il n'existe pas d'objectif national.

En Ile-de-France, Claude Evin, directeur général de l'Agence, s'est fixé comme objectif 80 contrats locaux, ce qui est, de mon point de vue, et je le lui ai dit, démesuré. Il part du fait que 62 villes ont un Atelier santé ville, qu'une quinzaine de villes ont des conseils locaux en santé mentale. Nous n'en avons pas dit un mot, mais c'est aussi un vrai sujet.

En Poitou-Charentes, l'objectif est de cinq à dix dans les deux ou trois ans. Ce n'est certes pas la même population. C'est très variable. Et il est clair que cela va concentrer une bonne partie des financements PRSP, qui auparavant étaient saupoudrés, sans véritable priorité sur l'ensemble du territoire de la Région.

Nadia GUILLOU, responsable éducation santé, MSA de Franche-Comté

Ma remarque concerne plutôt le débat précédent. Je voudrais revenir sur l'installation des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes. On entend beaucoup dire qu'ils ne veulent pas travailler comme ci ou comme ça. Mais quand ils savent à quoi ils s'engagent, bien souvent, ce sont de jeunes médecins très motivés et investis. La problématique aujourd'hui tient en partie à leur formation. Ne sont médecins généralistes que ceux qui ne peuvent pas faire de spécialité, et les stages des futurs généralistes se déroulent principalement en milieu hospitalier. Ce qui leur est proposé d'entrée, c'est le statut de salariés.

Aujourd'hui, comme on le voit dans le centre de santé qu'a présenté Laurent El Ghozi, des jeunes médecins qui ont découvert un milieu au cours d'un stage ont envie de l'approfondir et, pourquoi pas, de s'engager dans une démarche analogue. Nous avons ce cas dans les maisons de santé ; nous avons aussi des cas en exercice libéral, isolés mais coordonnés en pôles de santé.

La deuxième chose est un autre élément de connaissance, qui pourrait changer les représentations qu'ont les jeunes en exercice en milieu rural : c'est de favoriser les rencontres avec des professionnels de santé exerçant en milieu rural, coordonnés ou autres, en maisons de santé, et aussi avec des élus. Le collège régional des enseignants généralistes de notre région a organisé une demi-journée sur cette thématique. Des internes ont pris la parole d'entrée en disant : « *Je ne veux pas être médecin généraliste en campagne parce que je ne veux pas travailler soixante heures* ». Et des médecins leur ont répondu : « *L'exercice en milieu rural ne se passe pas comme ça* ». C'est en favorisant ces échanges qu'il est possible de faire évoluer leur représentation de ce métier.

Marc HORWITZ

Ce n'est pas tout à fait en dehors du sujet ARS. Dans les contrats locaux de santé, il est évident que les internes, les futurs médecins, ont aussi leur place. Dans les contrats locaux de santé, cela me paraît nécessaire d'entretenir des relations entre l'université et le monde professionnel.

Y a-t-il d'autres questions dans la salle ?

Roland MARIAU, vice-président, communauté de communes de Sainte-Maure-de-Touraine

On parle beaucoup de l'ARS. Je regrette qu'aujourd'hui, il n'y ait pas de représentant de l'ARS qui puisse s'exprimer.

Marc HORWITZ

Ce n'est pas faute de le leur avoir demandé.

Roland MARIU

Sinon, nous avons commencé à travailler sur le sujet, et j'ai eu l'occasion de rencontrer l'ARS. Quand nous avons présenté notre pré-projet, avec notamment un projet des professionnels de santé, cela intéressait l'ARS, mais le projet de la communauté sur la partie immobilière n'a pu être retenu, dans la mesure où il n'entrait pas dans le cadre du schéma ni des zones défavorisées.

J'ai parlé avec le sous-préfet de ce sujet, et ce que j'ai retenu, c'est que l'ARS n'apportait pas de fonds propres, mais par contre, à partir du moment où le projet était validé, permettait d'obtenir des financements d'État. A contrario, s'il n'y a pas de validation de l'ARS, il est impossible de mobiliser les fonds de l'État. Ces sujets méritent d'être éclaircis.

Rémy REBEYROTTE

Je pense que c'est surtout un appel à des fonds. Les ARS valident, coordonnent, mais ensuite, ils donnent accès à des fonds soit déjà existants, soit qui seront rendus fongibles dans le cadre de cette nouvelle politique. On ne peut guère en dire plus aujourd'hui, parce que nous avons de ce point de vue de grandes incertitudes.

Jean-Louis DEUSTCHER

Sur les financements ARS, ils sont vraiment ce que j'évoquais ce matin, « starter » : c'est-à-dire 50 000 euros pour le projet, pour la coopération des professionnels de santé, etc. Ils sont starter, mais nécessaires. Quand nos voitures ne démarraient pas, c'était le starter dont nous avons besoin.

Ensuite, les financements complémentaires des collectivités territoriales, du conseil régional, du conseil général, des fonds d'État, etc., viennent facilement s'il y a eu le starter. Sans cela, l'ensemble du système est bloqué.

La logique de l'ARS est de traiter les zones sous-denses et de réduire certaines inégalités, vues de plus haut que les territoires dont nous venons de parler.

Bernard VERDIER

Je crois qu'à l'heure actuelle, on complexifie l'émergence des projets. Si un projet n'obtient pas le label de l'ARS, si tout le monde n'est pas d'accord sur l'écriture du projet, qui est virtuelle, on ne peut pas passer à la phase de collecte des financements, notamment ceux de l'État. Cela ne simplifie pas le projet, mais l'intellectualise ; cela semble sécuriser sa réussite, mais à mon sens, sur le plan politique, cela rend l'émergence des projets de plus en plus difficile.

Laurent EL GHOZI

Le DG-ARS a des pouvoirs considérables. Il peut faciliter ou freiner ou avoir envie de... et décider. *In fine*, ça a clairement été dit en Ile-de-France, mais pas seulement, en PACA aussi, c'est lui qui décidera où mettre des MSP, des contrats locaux de santé, etc. C'est le premier point.

Le deuxième point, c'est qu'il a beaucoup de pouvoirs, mais pas celui, précisément, de la fongibilité asymétrique des enveloppes. C'est un terme un peu barbare pour dire qu'actuellement, l'essentiel de l'argent dont dispose l'ARS est dans le soin, pour 90 ou 95%, et très peu dans la prévention. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il existe des enveloppes, mais elles sont fermées. On ne peut pas prendre dans l'enveloppe du soin pour faire de la prévention. Il faudrait changer la loi, et nous n'en sommes pas là.

Le DG-ARS ne peut pas faire ça, il est donc assez contraint. Il va utiliser tous les fonds disponibles selon son bon vouloir pour faciliter ou non la démarche. Mais obtenir le feu vert de l'ARS est aujourd'hui indispensable, aussi bien pour les contrats locaux de santé évidemment, puisque le DGARS en est signataire, que pour les formes de regroupement, à partir du moment où une demande de fonds publics est faite. Cela ne me semble pas anormal. J'ajoute que tout cela est soumis à l'avis – consultatif – de la CRSA et de la Conférence de territoire.

Rémy REBEYROTTE

Je pense que c'est le bon moment pour nous, collectivités, pour bouger. Pour l'instant, le grand projet des ARS, c'est déjà de les installer. Ce qui les occupe beaucoup, au quotidien, depuis un an – et ce n'est pas fini, c'est encore compliqué à tous les niveaux – c'est d'installer la structure.

Nous avons reçu un très bon accueil, quand nous sommes allés les voir, mais on les sent surtout préoccupés par la façon de faire fonctionner l'outil de la manière la plus performante. Nous pouvons profiter de ce temps pour, justement, ne pas le perdre, et essayer de voir en quoi nous pouvons être un interlocuteur de l'ARS, et en quoi nous pouvons faire utilement des propositions pour nos territoires de santé.

C'est de cette façon que je le vis. Et au moment où les débats vont vraiment être lancés sur les contrats locaux, il ne faut pas l'oublier aussi, sur les futurs SROS, nous devons avoir, nous élus, au même titre que d'autres, les professionnels, etc., un point de vue sur les outils de santé qui doivent mailler nos territoires et apporter une couverture sanitaire à nos populations. Il faut mettre ce temps à profit.

Jean-Louis DEUSTCHER

Je crois qu'il faut profiter de l'opportunité actuelle. Quand un groupe, élus, professionnels, acteurs locaux, vient avec un projet, s'il peut montrer un peu de cohérence avec le projet stratégique régional, il fait un cadeau à l'ARS. C'est une logique de persuasion. Je ne devrais pas le dire comme ça. Mais si on arrive avec quelque chose de bien ficelé, bien logique, bien construit, avec un soutien et une dynamique locale importante, ça marchera mieux, et si en plus c'est en cohérence avec les logiques de santé régionale, ce sera plus facile.

Marc HORWITZ

La conclusion va être faite par Bernard Saint Germain.

Je voudrais savoir qui veut prendre encore la parole. C'est la dernière intervention de la salle.

Agnès ZEPPA, directrice CIATE, communauté de communes de Thaurion Gar-tempe dans la Creuse

J'aurais voulu que vous nous donniez des précisions sur les financements. J'ai l'impression que nous sommes en train de mélanger investissement et fonctionnement. Quand vous parlez de fonds « starter », je crois que vous parlez plutôt d'investissements. J'espère que les conseils régionaux et généraux ne seront pas sollicités pour faire fonctionner vos projets, que ce soit des MSP ou des contrats locaux de santé.

Pouvez-vous apporter des précisions sur ces points ? Et pouvons-nous espérer qu'il y aura une pérennité des fonds ARS, au moins pour des actions de prévention ou du travail de coordination, même si les montants peuvent paraître modiques ?

J'en profite pour apporter un témoignage sur la façon dont les contrats locaux de santé sont en train de se dérouler en Creuse. C'est pratiquement bouclé. Et cela s'est fait à l'initiative de l'ARS, avec très peu de concertation et très peu de communication. Les uns et les autres l'apprennent un peu par hasard. Ce n'est pas grave, mais regrettable.

Marc HORWITZ

Ce sont des atteintes à la démocratie, si je comprends bien.

Sur l'intervention des conseils généraux, voulez-vous nous dire un mot ?

Laurent EL GHOZI

Dans le kit méthodologique, vous trouverez toutes les sources de financement. C'est finalement de l'argent réorienté. Par exemple, pour une maison de santé pluridisciplinaire, on considère que le surcoût est de 4 à 5000 euros par an et par médecin. Il faut que quelqu'un le paye. L'Agence en paiera peut-être une partie. Les professionnels avec leur loyer, peut-être une autre partie. Mais cela a un coût. Les politiques locales de santé, par exemple la politique de prévention bucco-dentaire, n'est pas très chère mais coûte à la Ville dix euros par enfant et par an. Ce coût est doublé par des subventions.

Nous sommes dans un transfert de charges vers les collectivités territoriales, sur les trois niveaux, communes, départements, régions. Je ne vois pas comment il est possible de faire autrement. On peut s'en plaindre, mais nous sommes obligés de le faire, et cela va coûter de l'argent. Il faut avoir le maximum d'éléments pour expliquer à la population, aux acteurs, à l'ARS, ce que nous faisons, pourquoi nous le faisons, à partir de quels besoins, à partir de quelle réalité sociale, locale, économique ? D'où l'importance des diagnostics locaux.

Dernier point, le mode de financement qui risque d'être utilisé encore un certain temps, pour une part importante, est l'appel à projet annuel, système que j'estime absolument détestable. Même si on arrive probablement, pour les contrats locaux, à avoir des contrats de trois ans, ça reste de l'ultra-précaire. Si vous voulez embaucher une coordinatrice d'une politique locale de santé, avec des financements sur un an, et que vous êtes une collectivité locale, comment faites-vous ? Vous ne pouvez pas le faire. Il faut passer par une association.

Bernard VERDIER

Sur le coût de fonctionnement, je voudrais revenir à cette notion de mutualisation de moyens. Quand vous avez trente professionnels de santé sur un même site, que vous mettez en place des secrétariats mutualisés, des économies d'échelle sont réalisées à titre professionnel. C'est pour le professionnel de santé un gain de productivité, de rentabilité. À partir du moment où la collectivité s'engage sur l'investissement, et c'est incontournable, je crois que nous ne devons pas entrer dans la participation du fonctionnement.

Nous avons des économies qui permettent à la profession libérale, quelle qu'elle soit, d'exercer une activité plus rentable, plus attractive, et je m'appuie sur l'exemple que nous vivons depuis trois ans. Le site de la maison de santé du Magnoac note une augmentation de la fréquentation des patients. Les professionnels de santé qui l'occupent sont satisfaits d'un point de vue professionnel de rentabilité.

Je profite d'avoir la parole pour revenir à un sujet essentiel, la présence des médecins généralistes sur un territoire. La MSP a pour mission de remettre le généraliste au cœur du dispositif, et, de par ce fonctionnement transversal, la notion de solidarité de territoire, de proximité et d'échelons plus élargis, avec l'hôpital de proximité (même s'il est à 30 ou 40 kilomètres) imposent une discipline et une solidarité avec cet hôpital qui, souvent, dans nos territoires ruraux a des difficultés à atteindre les 1500 actes.

Grâce aux médecins, parce qu'ils ont l'habitude de travailler ensemble, et qu'ils ont contractualisé avec l'hôpital de proximité, on arrive à sauver des hôpitaux de proximité. Au lieu de disperser la clientèle vers trois ou quatre hôpitaux, si on la concentre sur un seul, on maintient la chirurgie de proximité, les urgences et le partenariat aussi, dans le cadre des groupements de coopération sanitaire avec les CHU.

Le généraliste devient l'élément moteur et cela correspond à une revalorisation de sa profession. La question que vous avez posée me semble fondamentale. La télémédecine, la

téléassistance, la téléformation, permettent à un généraliste de travailler avec des professeurs, ce qui valorise sa compétence et en quelque sorte aussi son intérêt professionnel.

Ce matin, nous avons parlé d'architecture. Quand on est élu et que l'on se bat avec les professionnels pour créer un outil, celui-ci doit être conçu par celui qui va l'occuper, et non pas par l'élu. C'est le futur utilisateur qui doit concevoir son espace de travail.

Nous avons un outil d'aménagement du territoire et de pérennité des services de proximité en matière de santé, qui est indispensable et qui doit être la bonne réponse à la problématique des déserts médicaux.

Marc HORWITZ

Il semble que ce soit une excellente conclusion à cette table ronde.

Vous vouliez parler de la santé des médecins libéraux.

Pierre HURTEBIZE

Je voudrais faire part d'une expérimentation que nous avons menée en Haute-Normandie, à savoir prendre en charge la santé des médecins libéraux. « Le cordonnier est le plus mal chaussé », dit le vieil adage. Il s'avère que nous avons mené des études qui corroborent parfaitement ce que pensent les acteurs du terrain sur le territoire national. Les médecins se soignent très mal ! Et prennent très mal leur santé en charge, pour diverses raisons : culturelles, peur du diagnostic, négligence, et autres.

Nous avons créé une association, qui a recruté un médecin et qui fait venir les médecins, évidemment sur la base du volontariat, pour assurer une prévention et si besoin, nous les orientons vers des confrères, de préférence pas des amis pour que la relation soit la plus performante possible. La mayonnaise prend et ce projet monte en puissance. Nous espérons pouvoir extrapoler peut-être, après cette évaluation prévue à la fin d'année, sur l'ensemble du territoire.

Marc HORWITZ

Votre intervention a permis à Bernard Saint Germain de préparer trois phrases de conclusion pour Mairie-Conseils.

Conclusion

par Bernard SAINT GERMAIN

Nous avons abordé énormément de préoccupations. Nous avons vu le concours que pouvaient apporter de grands organismes, comme la MSA et la Caisse des Dépôts.

Je reviendrai sur des éléments concernant la place centrale des élus dans ces politiques de santé. Et je reviendrai sur la dimension de la santé : elle est à la fois physique, psychologique, et aussi sociale, et nous renvoie à quelque chose qui est le travail de l'élu sur le territoire. Nous avons signalé les politiques de l'emploi, les politiques du logement ; la politique de santé n'est pas un extra-terrestre par rapport à l'engagement des élus sur les territoires.

L'importance d'un projet social de territoire, c'est d'engager un dialogue raisonné avec la profession. Un projet santé de territoire, ce n'est pas l'addition des plaintes individuelles des professionnels de santé. On voit bien qu'il faut dialoguer avec la profession, mais nous ne sommes pas là pour satisfaire des demandes individuelles.

En même temps, comment un projet de santé territorial peut-il amener aux décroissements professionnels souhaités, afin que nous puissions répondre dans les territoires aux besoins de santé des populations ?

Autre point qui me semble important sur l'intervention des élus dans les territoires : nous aurions pu inviter des représentants des collectivités. Mais l'enjeu des patients et des usagers dans l'élaboration et dans la conduite d'un projet de santé sur un territoire, c'est aussi quelque chose dont l'animation peut revenir en partie aux élus locaux.

Autre aspect important, évoqué par monsieur Montaugé, sur lequel je voudrais revenir : ne cédon pas aux sirènes des nouvelles technologies. Elles ne vont pas remplacer les ressources humaines dont nous avons besoin pour élaborer et mettre en place un projet de santé publique sur un territoire. Ce peut être contributeur ; cela peut qualifier la démarche professionnelle des médecins. Mais ce n'est sûrement pas la solution à tous nos problèmes.

Et puis, cela vient d'être dit, je crois qu'il existe deux pivots relatifs aux projets de santé sur lesquels il est possible localement de réfléchir. C'est le point de départ : Éric Dorizon en a parlé aussi, l'hôpital local est un maillon essentiel dans la construction d'un projet local.

Ces contrats locaux de santé, nous avons dit : profitons du fait que les ARS ne sont pas encore organisées pour nous les présenter. Ce n'est pas une mauvaise tactique. C'est un vrai chantier de décider de la façon de nous présenter aux ARS dans les meilleures conditions possibles. Le kit, dont nous avons parlé, qui est téléchargeable sur le site de l'association Elus, Santé Publique et Territoires, est une bonne chose, qui permet de réfléchir à ce complément d'information sur un outil supplémentaire destiné aux élus.

Autre point en termes d'outillage, l'apport de la géographie au niveau sanitaire. Nous avons vu quelques cartes, qui parlent d'elles-mêmes, et je pense qu'à Mairie-Conseils, nous sommes des fervents de la cartographie... Je crois que nous pouvons vous engager à voir comment encourager concrètement cette approche de la cartographie des questions sanitaires sur vos territoires.

En termes de perspectives, à l'issue de cette rencontre, pour Mairie-conseils, il est possible de réfléchir. Il a été question d'un Atelier santé ville. Ne pouvons-nous imaginer des ate-

liens santé intercommunaux, ou avec des territoires ? C'est une perspective, et peut-être un chantier qui mérite une réflexion de Mairie-Conseils et de la Caisse des Dépôts.

C'est encore un autre enjeu de promouvoir l'observation locale ; cela été fortement dit. Comment peut-on, au niveau de Mairie-conseils, accompagner ou faire circuler les bonnes pratiques autour de cette observation locale des problèmes de santé ?

Nous avons reprecisé la fonction et le rôle des élus locaux dans ces enjeux de santé et de territoires. Une porte reste ouverte, c'est celle des Agences régionales de santé, mais cela signifie qu'en amont, il faut s'y préparer de son côté, Mairie-conseils, à l'issue de cette journée, dispose de quelques pistes de réflexion pour accompagner celle des territoires, et leur production de projets sanitaires.

Marc HORWITZ

Je remercie tous les intervenants. Je remercie aussi tous les participants.

Vous trouverez le compte-rendu de cette rencontre sur le site de Mairie-conseils y compris la courte vidéo qui concerne directement Bernard Verdier.