



Tous les territoires ont droit à la santé

Synthèse des Rendez-vous de l'intelligence locale du 14 novembre 2012



En ouverture des Rendez-vous de l'intelligence locale, **le président de la Fédération des Villes Moyennes, Christian PIERRET, maire de Saint-Dié-des-Vosges, ancien ministre,** a rappelé le rôle d'animateur du Territoire des villes moyennes et de leurs agglomérations.

Les acteurs locaux veulent être des parties prenantes des politiques de santé. C'est le sens du *Rendez-vous de l'intelligence locale* que nous consacrons aujourd'hui aux questions de santé.

Les points saillants sur l'état de la santé en France : en 2011, le déficit de l'assurance maladie, était de 8,6 milliards d'euros, l'accès aux soins par les urgences pour les plus pauvres, l'hôpital devenant le généraliste des plus pauvres, en même temps que le rural autour des villes moyennes se désertifie de sa présence médicale. Une visite aux urgences coute à la collectivité 250 euros, soit plus de dix fois une visite chez le généraliste.

La *Sécurité sociale*, dont nous sommes très fiers, n'est pas une *assurance* sociale. Nous voulons exprimer la notion de valeur de la sécurité sociale, telle qu'elle a été fondée par le texte du programme national de la résistance et à laquelle nous sommes très attachés. Trois directions essentielles y sont développées : l'accès à la santé est l'une des préoccupations majeures de nos concitoyens, l'aménagement du territoire dont la ville moyenne est, en ce début du XXI^e siècle, le porteur, et le rétablissement des actions de prévention et d'éducation à la santé. Les maires sont des bâtisseurs de la santé sociale (éducation-prévention, logement, allongement de la vie et offre de service aux personnes âgées, politique hospitalière, accueil du handicap, santé mentale...). Les maires sont en première ligne sur de nombreux sujets liés à la santé.

Nous devons donc être très vigilants sur cette cogestion disymétrique avec l'Agence régionale de santé en ce qui concerne le sanitaire et social.

Définir une stratégie pour l'hôpital

Animation des débats - **Emmanuel VIGNERON, professeur d'aménagement sanitaire, Université de Montpellier**

Si la santé ne relève pas directement du champ des compétences des villes moyennes et de leurs intercommunalités, il existe dans ces territoires une préoccupation pour l'hôpital et plus largement pour les questions de démographie médicale, de vieillissement et de santé. Qu'il s'agisse le plus souvent d'un centre hospitalier général (CHG), d'une clinique ou d'une structure associative, « l'hôpital » - lieu de soins, de santé, mais aussi point de convergence des difficultés sociales - est en général un des trois premiers employeurs des bassins de vie des villes moyennes.

Quelles sont les relations entre ville et hôpital ? Quels sont les attentes et les besoins des populations des villes moyennes ? Quelle gouvernance pour ces territoires de santé trois ans après l'adoption de la loi Hôpital patient santé et territoire (HPST) ?

Finalement comment définir une stratégie territoriale de l'hôpital dans les villes moyennes ?

Pour **Etienne BUTZBACH**, maire de Belfort, président de la communauté Belfortaine, **la santé est un bien commun et non un bien marchand**. C'est d'abord une compétence qui relève prioritairement de l'État, de la sécurité sociale et du conseil général. La clause de compétence générale de la commune permet heureusement des incursions des villes et de leurs agglomérations dans le domaine de la santé.

Avec le **vieillessement démographique** et le traitement des maladies dégénératives (Alzheimer), il y a toute une gamme de services de soins à domicile à proposer à la population, même si sur la dépendance, l'intervention du conseil général reste prioritaire. Les aspects liés à la **prévention** (contrats locaux de santé, campagnes de prévention contre l'obésité, les addictions...) sont à prendre en compte. Une deuxième entrée dans cette stratégie pour la santé est la **mobilisation de la collectivité dans les pôles de santé**. Une maison de santé ou une permanence dans un quartier donne la possibilité de mobiliser des formules associatives et doit être utilement mise en œuvre avec une médecine ambulatoire.

La troisième entrée des villes moyennes dans une stratégie de santé est celle de **l'hôpital**. Il s'agit évidemment d'un **élément structurant pour le territoire d'une ville moyenne**. Localement, les agglomérations de Belfort et de Montbéliard ont choisi de fusionner leurs structures hospitalières (350 millions d'euros de budget, 700 lits, 3 000 postes et 1 000 emplois induits), et ont réussi à faire accepter qu'il fallait donner à notre hôpital une certaine force de frappe dans l'organisation régionale. Etienne Butzbach exprime ses réserves sur la gouvernance actuelle de l'hôpital et indique que pour lui le système est à revoir depuis la loi HPST.

Bernard DUPONT, directeur général du CHU de Brest et rapporteur de la mission Couty sur l'organisation des soins, s'est exprimé sur la stratégie de territoire, développée autour du centre hospitalier. Le problème de l'hôpital en France est - au-delà des aspects de coûts - d'abord lié à la démographie médicale. Même si il y a sur un territoire un CHRU, en lien avec les élus et l'Agence régionale de santé (ARS), un directeur d'hôpital doit prendre en compte l'ensemble des patients du territoire de santé. Dans notre situation, il y avait un petit hôpital, celui de Carhaix, en décrépitude, celui-ci avait perdu la confiance de la population, ce qui était logique compte tenu de la déshérence professionnelle et des soins assurés. Dans ces cas, il y a vraiment peu d'outils de régulation.

Devant la difficulté d'une fusion, nous avons choisi de créer un centre hospitalier de territoire (CHT), en faisant sortir le plus possible les médecins du CHU « hors des murs », tout en préservant la progression de carrière. **Pour apporter à toute la population une offre de soins, nous avons donc choisi de constituer des équipes médicales de territoire**, en créant un réseau de médecine de proximité et de recherche clinique. En milieu rural, cela a permis de « redécouvrir » des pathologies qui n'existaient plus en milieu urbain, en matière de pneumologie par exemple. Bernard Dupont précise également croire à l'importance de développer des partenariats avec les cliniques, en s'associant par exemple dans des centres de lutte contre le cancer. En matière de santé, il est de toute façon toujours plus facile de perdre la confiance que de la retrouver, et le temps des mutations est souvent long.

Nicolas ESTIENNE, directeur général du centre hospitalier de Martigues, s'est exprimé sur la situation de son hôpital, centre hospitalier général (CHG) d'importance, très proche du réseau l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), où se pratique une médecine de pointe.

Pour s'inscrire dans une stratégie de territoire cohérente, Nicolas Estienne souligne qu'il a réfléchi sur les périmètres d'activité à considérer comme légitimes. À la réflexion, il est apparu que ce qui fait le soin à la population peut se résumer à 80 groupes homogènes couvrant 80 % des besoins de la population. **Nous avons prioritairement construit des filières de proximité**.

Nous avons – héliotropisme oblige – la chance de ne pas avoir de problèmes de recrutement, mais nous avons conscience que la démographie médicale va prendre une importance croissante dans la gestion de l'hôpital de demain. Il y a un **handicap** que nous appréhendons parfaitement aujourd'hui, c'est celui du **financement de la tarification à l'activité**, qui n'est pas adapté à tous les types d'hôpitaux.

Dans cette stratégie territoriale, nous avons en revanche davantage exploré une voie pour réduire les coûts sur les soins de proximité, il s'agit du développement de la chirurgie ambulatoire. **Le développement de la médecine ambulatoire est assurément une nécessité absolue pour nombre de nos CHG**.

Gage de qualité, indispensable si nous voulons éviter une perte progressive de l'activité et des compétences chirurgicales du public par rapport au privé, la médecine ambulatoire répond à une demande du public.

Pour **Gérard MASSÉ**, psychiatre, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne, **le problème de la démographie médicale touche de plein fouet la santé mentale**, qu'elle soit publique, privée ou associative. La question de la sectorisation n'a quasiment pas été revue depuis la loi du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés ». Elle correspondait à l'idée d'attribuer un secteur ou un territoire aux praticiens selon un niveau de population. La sectorisation de la psychiatrie répondait finalement - comme la sectorisation intervenue dans le milieu hospitalier dans les années 1960 - à deux idées modernes : la notion de parcours de soins, la notion de parcours de prévention et de santé.

Au niveau de la stratégie de territoire pour l'hôpital, Gérard Massé estime qu'il est difficile de donner une réponse sur l'échelle pertinente ou le bon niveau de gestion pour les soins de proximité (région, département, ...). Cela dépend des disciplines, et indépendamment des problèmes de restriction budgétaire, il estime qu'il est possible d'arriver à des niveaux de fonctionnement complémentaires.

Gérard Massé souligne aussi **l'importance pour un territoire de santé d'avoir une articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social**, sinon il y aura toujours un engorgement en matière d'hospitalisation. Ce constat est particulièrement vrai en matière de santé mentale, où la notion de handicap psychique est évolutive. Il souligne la perspective d'une véritable explosion de la demande, 42 % de la population ayant à connaître à un moment ou à autre dans sa vie, une crise psychique.

En conclusion de ces échanges, **Benoît PÉRICARD**, directeur du département santé - KPMG, a proposé de donner quelques clefs pratiques en matière de stratégie de santé :

- la première idée à prendre en compte est la **transformation du système de financement de la santé**, qui va encourager les changements, et, au premier chef, il est **indispensable d'aménager la liberté d'installation**, c'est-à-dire **réduire les déséquilibres démographiques en matière médicale, en encourageant les coopérations**.
- La seconde clef est que les médecins vont devoir se projeter dans l'avenir, et faire un effort de prospective et d'évaluation.
- La troisième et dernière action à proposer est de **faire évoluer le législateur et d'admettre le principe d'exception territoriale**, l'actualité de Figeac étant venue nous rappeler l'aspect sensible des conditions et du temps d'accès à l'hôpital.

Améliorer l'offre de soins sur l'ensemble du Territoire

Animation des débats - **Sandrine HAAS, directrice de la Nouvelle fabrique des territoires**

Trois ans après le vote de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires et la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), les territoires de santé ont pris de nouvelles formes qui soulèvent aujourd'hui un certain nombre de questions : les échelles des territoires de santé sont-elles adaptées au terrain ? Quels dispositifs d'accompagnement territorial les ARS mettent-elles en place ? Quels sont les réels pouvoirs des instances de représentation pour relayer les projets territoriaux de santé ? Quels sont les retours d'expérience ?

Christian DUBOSCQ, directeur de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, a rappelé que les ARS sont soigneusement encadrées dans l'exercice de leur mission, et en particulier par les préfets. Une ARS sont au service de la dynamisation des territoires et doivent faire coopérer les acteurs et les institutions, les élus locaux et les professionnels de santé.

Quelques mois après son installation, l'agence de Picardie s'est engagée dans **l'élaboration du Projet Régional de Santé, qui a défini pour cinq ans, la politique en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale**. La concertation s'est appuyée sur l'analyse des besoins de la population, sur l'expertise des acteurs de santé, sur un diagnostic des atouts et des faiblesses de chaque territoire. Dans ce cadre, les villes moyennes ont toute leur place, car ce sont des acteurs du projet régional.

Christian Duboscq a insisté sur la nécessité de garantir l'offre de soins par une **démarche de coopérations**. « *En Picardie, la question des déserts médicaux et la très grande variété territoriale des situations est au cœur de nos priorités. Nous avons ouvert des **maisons de santé pluri-professionnelles**, accueilli quelque 25 étudiants en médecine selon le dispositif incitatif, **créé des stages en internat dans les territoires**. A titre d'exemple, nous avons en Picardie, organisé des **journées régionales d'information**, les **premières assises régionales du premier recours** pour favoriser l'écoute et le décroisement* ».

Afin de favoriser la coopération entre acteurs, Christian Duboscq préconise des leviers régionaux conventionnels, comme une révision de la répartition des tâches entre les professionnels de santé.

Michèle CORBIN, adjointe au maire de Bourgoin-Jallieu, secrétaire du Réseau Français des villes santé, s'est référée à la définition plus large de la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et qui est notamment inscrite dans la « charte d'Ottawa ». Elle a rappelé l'historique du réseau, et son rôle pour la promotion des expertises de l'OMS dans les territoires français, en évoquant l'exemple de la mise en place des « baromètres de santé de Rotterdam ». Elle préconise de **réfléchir davantage à l'échelle intercommunale pour les questions de santé**. Elle regrette que la santé soit si mal prise en compte en France dans les PLU et les PADD, alors qu'au Canada et en Suède, il est obligatoire de la prendre en compte dans les documents d'urbanisme. La collectivité a une importance considérable sur l'hygiène et la prévention dans des domaines très variés. Il lui est apparu incontournable de travailler ensemble dans une triple logique de **partenariat, de participation et de prévention, afin d'agir au mieux sur les déterminants de la santé** (comme la qualité de l'eau et de l'air, les transports ou le logement). Pour faire face à la pénurie de moyens pour cette politique locale, la solution s'incarne dans la multiplication des partenariats avec les professionnels pour impulser des actions. Elle souhaite que **l'élaboration des plans locaux de santé** soit précédée systématiquement par l'établissement de « conférences locales », ce travail collectif devant permettre de définir un projet commun de santé et de bien-être.

Philippe NAUCHE, député-maire de Brive-la-Gaillarde, président de la communauté d'agglomération de Brive, a précisé que la santé en Corrèze était pour l'instant surtout traitée au niveau du département, malgré la présence de l'ARS, et a constaté un manque d'échanges entre les différents départements de sa région.

Dans le département de Corrèze, la situation s'avère très variée avec trois villes moyennes ayant des hôpitaux, mais aussi en raison de la situation de désert médical du plateau de Millevaches du Limousin. Dans le territoire, ont été mis en œuvre des **outils de médiation pour faire face aux problèmes d'accès aux soins** et à la diversité des professionnels de santé. Malgré cela, un certain nombre de projets de maisons de santé n'ont pas vu le jour selon les besoins territoriaux, mais selon les besoins particuliers des médecins généralistes, ce qui explique la disparité territoriale. Pourtant ces maisons ont un rôle de pôle d'attractivité pour tout un territoire. Philippe Nauche a fait le constat que les élus ne peuvent pas agir seuls pour l'installation des médecins. Il a proposé comme solution possible **un système de salariat des personnels de santé**, et a exprimé le souhait que les **réseaux mutualistes** réfléchissent davantage à la mise en place d'une offre de santé, surtout là où il y a des problèmes d'accès.

Elisabeth HUBERT, ancienne ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), a estimé que les difficultés économiques et démographiques de notre pays pouvaient être une opportunité de réfléchir différemment à l'offre de santé. A ses yeux, c'est à la santé qui doit être un droit. Il faut s'interroger sur les moyens présents du territoire pour atteindre cet objectif. Elle a ensuite évoqué le pilotage de la mission de concertation sur la médecine de proximité qui lui a été confié en avril 2010, et les propositions de son rapport. Elle a notamment insisté sur la formation des étudiants en médecine, en diversifiant leur parcours en allant au delà d'une vision trop urbaine de la santé. Elle préconise des stages de longue durée sur le terrain, en complément du stage en CHU. Il faut que les futurs médecins prennent davantage conscience que la médecine reste multiple et hétérogène. Elle a ensuite abordé la question de la télémédecine et de l'automédication comme des pratiques à promouvoir aussi, même si la question du financement de ces pratiques n'est pas tout à fait réglée à l'heure actuelle. Elle a conseillé aux villes moyennes de se battre pour l'accès à tous au droit à la santé, plus que pour le maintien de simples moyens ou services spécifiques. Concernant plus précisément l'hospitalisation à domicile, il s'agit de patients ayant des pathologies très lourdes et très complexes à soigner. L'hospitalisation à domicile est présente aujourd'hui dans tous les départements, même si de très nombreux problèmes logistiques de mise en place demeurent, notamment pour le recrutement des professionnels. Les établissements d'hospitalisation à domicile gèrent la dimension sociale, les tâches administratives et la coordination avec tous les professionnels de santé. Elle a estimé que les villes moyennes ont un rôle important à jouer pour promouvoir politiquement les initiatives locales.

Benoît PÉRICARD, directeur du département santé, KPMG, a enfin synthétisé les préconisations des intervenants en retenant prioritairement qu'il faut améliorer l'offre de soins aux besoins des territoires selon trois pistes de réflexion :

- redonner de l'importance à la géographie pour trouver les solutions vraiment adaptées aux besoins des territoires,
- développer la responsabilisation des acteurs avec un cahier des charges clair,
- et promouvoir une aptitude à la mutation technologique comme des métiers.

Les propositions de la FVM pour le droit à la santé pour tous les territoires

En conclusion, **Christian PIERRET**, président de la **Fédération des Villes Moyennes**, a présenté les propositions des élus des villes moyennes : « [Tous les territoires ont droit à la santé](#) ».

Quatre grandes priorités ont été présentées :

1 - ACCOMPAGNER LA MUTATION « DU SYSTEME DE SOINS » VERS UN « SYSTEME DE SANTE » POUR REpondre AUX NOUVEAUX BESOINS DE LA POPULATION

- **Développer les actions de prévention en tout point des territoires** par la projection de moyens, notamment de médecine mobile, au plus près des lieux de vie des habitants.
- **Promouvoir le développement des Contrats Locaux de Santé** adaptés aux bassins de vie des villes moyennes.
- **Assurer le rôle fédérateur des communes et intercommunalités** dans la coordination des acteurs de la santé et des soins.
- Animer des **territoires de projet** à une échelle en adéquation avec le vécu des populations et des professionnels de santé.
- **Renforcer le maillage des Centres Médico-Psychologiques (CMP)** notamment pour en faciliter l'accès aux adolescents.

2 - FAVORISER UNE PRESENCE MEDICALE ET PARAMEDICALE ACCESSIBLE A TOUS DANS TOUS LES BASSINS DE VIE

- Instaurer un système de **bonus-malus à l'installation** en fonction de la densité médicale des différents territoires.
- Instaurer l'**internat de proximité** dans les centres hospitaliers des villes moyennes.
- Ouvrir **significativement des postes supplémentaires au concours de fin de première année** des études médicales, en contrepartie de la signature par les bénéficiaires d'un contrat d'installation salariée dans les zones démunies.
- Avancer sur la **requalification des tâches** des professionnels médicaux et paramédicaux dans le nouveau cadre Licence-Master-Doctorat (LMD).
- Garantir le maintien d'une **offre « de ville » en secteur 1** à l'échelle des zones d'emploi, en développant des conventionnement à plusieurs échelles (nationales, régionales, locales).
- Développer les infrastructures et les formations pratiques à la **télé médecine**.

3 - PERENNISER LA PLACE DES CENTRES HOSPITALIERS GENERAUX DANS UN DISPOSITIF DE SOINS ACCESSIBLE A TOUS :

- Favoriser l'**exercice multi-sites des professionnels médicaux** en particulier entre les Centres Hospitaliers et les CHR&U dans le souci d'offrir un exercice attractif.
- **Calibrer les équipements spécialisés** au volume d'activité prévisible et, en contrepartie, assurer aux professionnels l'accès aux équipements plus lourds auprès d'établissements partenaires.
- **Mutualiser les expériences positives des établissements de villes moyennes** ayant réussi leur plan de redressement et leur repositionnement stratégique.
- Réformer les outils de la **tarification à l'activité et du financement des établissements** pour tenir compte des charges des missions de service public qui incombent aux établissements des Villes Moyennes.

4 - DONNER AUX VILLES MOYENNES UN ROLE PIVOT AU SEIN DES TERRITOIRES DE SANTE :

- Définir un « **panier de soins obligatoires** » offerts dans un **rayon géographique défini** correspondant aux aires d'attraction des villes moyennes. Dans ce but, fixer des objectifs de temps d'accès maximum aux services publics ou privés.
- Fixer la répartition des **moyens techniques et matériels** correspondante.
- **Organiser par les transports sanitaires**, l'accès aux soins des patients.
- Assurer une **représentation des territoires de chaque ville moyenne** au sein des instances de concertation des Agences Régionales de Santé.
- Définir le principe d'**exception territoriale** là où les établissements ont une activité insuffisante à leur équilibre financier et les financer à due proportion au titre de l'intérêt

Félix FAUCON, chef de service à la Direction générale de l'offre de soins

Intervenant en clôture de cette réunion, le représentant du ministère de la Santé a rappelé que notre système de santé subit un double impact, celui du vieillissement de la population et celui du papy-boom, avec un fort accroissement de soins hospitaliers des 80 ans et plus.

Les 65 - 69 ans ont représenté 8% d'augmentation de demande de soins en 2011 par rapport à 2010.

Il faut une réponse à la démographie médicale qui fait évoluer l'**optimisation organisationnelle du système** (accès aux soins et environnement) et un travail sur le mode d'exercice (temps médical disponible par médecin) davantage orientée sur la proximité.

Le gouvernement ne croit pas à l'efficacité des mesures coercitives en matière d'installation, mais souhaite déployer l'ensemble des mesures d'incitation et associer l'ensemble des partenaires, en premier lieu les élus locaux.

Les études de médecine doivent permettre de mieux découvrir le métier de généraliste. Il nous faut favoriser les stages obligatoires dans les zones fragiles.

On ne peut nier le manque d'appétence pour le métier de généraliste. Ce métier doit effectivement être mieux découvert par les médecins tout au long de leur parcours.

Il faut **libérer le temps des médecins généralistes soit en temps médical, soit pour la coordination** et la définition du parcours de soins des patients.

Il faut aussi répondre aux attentes des jeunes médecins : **réticence à l'idée de l'exercice médical isolé**, mise en place d'un dispositif qui assure un revenu satisfaisant rural (revenu garanti financé par l'assurance maladie).

Le PLFSS ouvre la voie à la généralisation des équipes de soins de proximité : leur déploiement est prévu dès l'été 2013. Elles permettront de mettre en place un pôle de soins dans chaque territoire.

La coordination des professionnels de santé répond aux attentes des praticiens. Ce dispositif limitera aussi les départs précoces à la retraite de médecins submergés par leur activité isolée.

D'autres chantiers sont ouverts :

- Les hôpitaux de petite taille, les hôpitaux locaux comme les cliniques, doivent pouvoir bénéficier d'une subvention d'équilibre et **surseoir à la tarification à l'activité**, pour garantir sa pérennité.
- Le développement de la médecine ambulatoire plutôt que le séjour hospitalier doit être encouragé. Des expérimentations sont en cours en partenariat avec la mutualité agricole. La priorité de la proximité nécessite que l'hôpital soit en capacité d'intervenir de plus en plus extra-muros. Pour ce faire, la notion d'hébergement a été étendue aux EPAD, pour faciliter l'hospitalisation à domicile.

Les régions sont en train de finaliser les schémas régionaux d'organisation des soins.

En fait, il n'y a pas de territoire homogène, et il faut adapter des solutions. Il faut un dialogue avec les territoires et les agences régionales de santé pour adapter l'offre de soins.

Retrouvez l'intégralité des débats en vidéo sur :
<http://www.villesmoyennes.asso.fr/fr/rendez-vous-intelligence.php>

