



Les Villes Moyennes et la Santé

Éléments pour une stratégie territoriale de l'offre

Septembre 2007

En partenariat avec





Les Villes Moyennes et la Santé

Éléments pour une stratégie territoriale de l'offre

Pourquoi ?

Trois grands défis à relever

- Des besoins de santé grandissants 9
- Des besoins nouveaux 11
- Une offre sociale et sanitaire à transformer 12

Pour qui ?

Six profils de villes moyennes

- De profonds changements institutionnels 16
- Des types de besoins spécifiques 19
- Des priorités différenciées 22

Comment ?

Quatre axes pour agir

- Participation aux instances de concertation 30
- Animation, décloisonnement, coordination 31
- L'adoption d'une position commune sur la démographie médicale et paramédicale 32
- Une stratégie territoriale pour l'hôpital 35

ETUDE RÉALISÉE PAR :
«La Nouvelle Fabrique des Territoires»
pour la Fédération des Maires des Villes Moyennes
et la Caisse des Dépôts et Consignations.

>> Sommaire

Avant-propos

Avant-propos de **Bruno Bourg-Broc**,
maire de Châlons-en-Champagne,
président de la FMVM

L'accès à la santé est l'une des préoccupations majeures de nos concitoyens. Il n'y a pas un jour où un maire de ville moyenne ne soit confronté à un problème sanitaire ou medico social sur sa commune. Pourtant, la santé n'est pas à proprement parler une compétence communale. C'est dans la conception même du développement de son territoire, dans son projet politique que le maire doit intégrer cette dimension sanitaire et sociale.

Il est difficile pour un maire de disposer de données consolidées sur son territoire, car les territoires de santé ne sont pas ceux de l'échelon communal ou intercommunal. Pourtant l'enjeu est considérable, car le droit à la santé tout comme le droit à l'éducation sont des droits fondamentaux, que nous nous devons de préserver.

C'est dans cet esprit, que la Fédération des Maires des Villes Moyennes et la Caisse des Dépôts se sont intéressées ensemble à l'offre sanitaire et médico sociale des villes moyennes. Il a fallu d'une part disposer de fichiers de données qui nous ont été transmis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé que je remercie vivement. Il nous a fallu d'autre part consolider ces données pour les analyser et être en mesure d'effectuer un état des lieux pour élaborer une stratégie territoriale de l'offre de santé pour les villes moyennes.

Cette étude, qui a été confiée à la Nouvelle Fabrique des Territoires, a été réalisée sous la responsabilité scientifique du Professeur Emmanuel Vigneron, qui a réuni un groupe de travail composé d'experts, de professionnels de la santé et d'élus. Je leur adresse à tous mes remerciements. Le Professeur Vigneron nous propose dans le présent ouvrage une synthèse des travaux dans un ton très direct autour de trois questions clés : une stratégie territoriale de l'offre de santé, pourquoi, pour qui et comment, synthèse à laquelle nous nous associons.

A n'en pas douter, cette synthèse alimentera la réflexion de tous les maires des villes moyennes qui doivent apporter des réponses au vieillissement de la population, aux restructurations hospitalières voire aux carences dans le domaine de la santé mentale.

Nous pensons que la ville moyenne est un bien un échelon pivot en matière sanitaire et médico sociale. Les villes moyennes et leurs agglomérations doivent revendiquer ensemble ce rôle de pivot. Je souhaite que ce travail y contribue.

Introduction

Les élus des villes moyennes doivent aujourd'hui gérer des problèmes de santé, nombreux et variés. Allongement de la vie et offre de services aux personnes âgées, précarité des populations jeunes et actions de prévention, conditions de logements et risques infectieux, désertification médicale et permanence des soins, pouvoir de police du Maire et prise en charge de la santé mentale. Mais aussi, projets immobiliers et investissements hospitaliers, projets urbanistiques et nouvelles normes d'accessibilité des personnes handicapées, présidence des Conseils d'Administration des Centres Hospitaliers et projets de regroupement... Il ne se passe pas beaucoup de jours sans que le Maire d'une ville moyenne n'ait à gérer une question relative à la santé.

La gestion de ces différents problèmes est d'autant plus délicate que l'offre de santé, c'est-à-dire l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, est produite par de nombreux professionnels et institutions. Ces intervenants relèvent de différentes tutelles, agissant à différentes échelles, sans que localement le système d'ensemble ne soit lisible, ni pour les élus, ni pour les habitants, ni même parfois pour les intervenants eux-mêmes. **Personne ne semble pouvoir répondre à la simple question de « qui fait quoi pour qui ? ».**

Par ailleurs, l'offre sanitaire est marquée d'un côté par les perspectives sombres d'une démographie médicale très inégalement répartie, et de l'autre côté par une spécialisation croissante des professions de santé et des équipements, puissant vecteur de la concentration de l'offre sur les métropoles. Les politiques sanitaires œuvrent pour l'émergence d'une organisation territoriale graduée des soins, comprenant de nombreux points d'entrée dans un système multi-niveaux de prise en charge et de suivi. Les villes moyennes tiennent une place particulière dans les transformations en cours du système de soins, et la capacité qu'elles auront à s'y positionner sera un gage d'attractivité pour elles, mais aussi, compte tenu de la place qu'elles tiennent dans l'armature urbaine, un facteur décisif pour l'aménagement du territoire du pays tout entier et la cohésion sociale de la Nation.

Ce document est la synthèse d'une étude commandée par la Fédération des Maires de Villes Moyennes et la Caisse des Dépôts et Consignations à la Nouvelle Fabrique des Territoires. L'objectif de cette étude est de mieux armer les élus des villes moyennes pour affronter ces questions qui se posent aujourd'hui de façon encore désordonnée dans la pratique quotidienne de leur responsabilité, et qui se poseront

sans doute demain de façon plus systématique dans le cadre de leur participation à la décentralisation des politiques sociales et sanitaires.

Cette étude est le fruit de la réflexion commune d'un groupe de travail spécialement constitué à cet effet et qui a réuni comme on pourra en juger ci-après des personnalités très variées, y compris au plan géographique, ce qui est essentiel. Elle est aussi le résultat d'analyses statistiques conduites par les auteurs et dont les éléments ont été soumis à la validation de ce groupe de travail.

L'étude complète, que l'on pourra consulter par ailleurs pour plus de détails, repose sur deux piliers :

- **Un travail de statistique approfondi**, synthétisant toutes les données disponibles sur l'offre sociale, médicosociale et sanitaire des villes moyennes. Ce travail a permis de dresser des types de profils de l'offre des villes moyennes.
- **Un travail d'analyse plus prospective** sur les grandes tendances actuelles et à venir des politiques à l'œuvre dans le champ de la santé, des transformations des institutions, établissements et acteurs y intervenant.

Les résultats sont exposés ici en trois temps. La première partie de l'étude rappelle les grands enjeux de la santé dans les villes moyennes. La seconde partie présente les éléments de diagnostic sur l'offre sociale et sanitaire dans les villes moyennes, montrant à la fois la grande diversité des profils d'équipement, et la faible spécificité de ces profils au regard des grandes villes. La troisième partie conclut sous forme de recommandations. Ces dernières portent sur les priorités d'équipement de l'offre sociale et sanitaire selon les profils de besoins des villes moyennes. Elles portent aussi sur l'adoption de grandes stratégies territoriales hospitalières, en fonction des diverses situations géographiques des villes moyennes.

Elle n'est qu'un jalon dans une refondation d'ensemble du système de santé où les Villes Moyennes ont un rôle éminent à tenir.

Pr Emmanuel Vigneron

Sandrine Haas

La Nouvelle Fabrique des Territoires*

* www.nft.fr

3 grands défis à relever

- 1 Des besoins de santé grandissants
- 2 Des besoins nouveaux
- 3 Une offre sociale et sanitaire à adapter

Le groupe de travail :

Andrée Barreateau, adjointe au délégué général, Fédération Hospitalière de France
 Patrick Colombel, directeur, CH Épinal puis Saint-Nazaire
 Michèle Corbin, adjointe au maire de Bourgoin-Jallieu
 Alain Cottalorda, maire de Bourgoin-Jallieu
 Patrick Dupont, directeur, DDASS Mayenne
 Francis Fellingner, président, Conférence nationale des Présidents de CME de centres hospitaliers
 Sabine Fontaine, adjointe au maire de Calais
 François Fraysse, directeur, CH Cognac
 Nicole Gibourdel, déléguée générale, FMVM
 Marie-Annick Hall, directrice, région Poitou-Charentes
 Christian Horville, adjoint au maire de Calais
 Vincent Le Tallandier, directeur, mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
 Pierre Lesteven, conseiller, Fédération Hospitalière de France
 Véronique Lucas, maître de recherches, IRDES
 Arsène Lux, maire de Verdun
 Dominique Maigne, délégué général, Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
 Marie-José Marangoni, adjointe au maire de Saint-Dié des Vosges
 Françoise Mesnard, vice-présidente, Conseil régional Poitou-Charentes
 Jean-Marcel Morisset, directeur adjoint régional CDC Ouest
 Françoise Morsel, Caisse des Dépôts et Consignations
 Benoît Périllard, directeur général, CHU Nancy
 Liliane Piot, Caisse des Dépôts et Consignations
 Christian Tabiasco, directeur général adjoint, Conseil général Pyrénées-Atlantiques
 Michèle Vignes, directrice de projet, Caisse des Dépôts et Consignations

Ont également participé

au groupe de travail ou ont été auditionnés :

André Aoun, directeur, ARH d'Alsace
 Anne-Carole Bensadon, conseillère, DHOS
 Alain Corvez, directeur, ARH Languedoc-Roussillon
 Yann Bourgueuil, directeur de recherches, IRDE
 François Commeinhes, maire de Sète
 Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé,
 Juliette Masson-Leininger, Caisse des Dépôts et Consignations
 Guillaume Michadot, ville de Calais
 Catherine Soyer, chargée de mission, UNCASS
 Ariane Lucas-Rosenthal, Caisse des Dépôts et Consignations
 Pascal Foschi, adjoint au maire de Calais



Face aux besoins grandissants de santé, l'offre sanitaire et sociale, qui est supposée répondre à ces besoins, est actuellement insuffisante, partiellement inadaptée, et, en de nombreux territoires, objectivement menacée, si rien ne change. Compte tenu de la place privilégiée que tiennent les villes moyennes dans l'armature urbaine du pays, les adaptations du système de santé ne pourront s'opérer dans de bonnes conditions sans une participation active de leurs élus. C'est l'attractivité des villes moyennes et leur potentiel de développement qui se jouent dans la performance du système de soins. C'est aussi la qualité d'ensemble de notre système de santé qui est en jeu, pour tous, dans la place qu'y tiennent les villes moyennes.

1 Des besoins de santé grandissants

• Les exigences de santé des pays développés

La santé est un ferment du développement économique, mais elle en est aussi le résultat : la demande de soins et de santé augmente avec le niveau de développement des pays. Pour les pays développés, l'accès aux traitements les plus avancés et le développement des connaissances médicales sont une exigence absolue.

La croissance économique finance en partie cette dynamique de l'offre et de la demande de soins, et passés certains seuils de développement, la demande en matière de santé est peu sensible aux variations de revenus, elle est une condition d'attractivité des pays et de leurs territoires.

• Les besoins de santé liés au vieillissement

100 ans d'évolution de la population française

	Population (millions)	≥60ans %	≥75ans %
1950	41,6	16,2	3,8
1960	45,5	16,7	4,3
1970	50,5	18,0	4,7
1980	53,8	17,0	5,7
1990	56,6	19	6,8
2000	58,8	20,6	7,2
2007	61,5	21,3	8,4
2010	62,3	22,7	8,8
2020	65	26,2	9,1
2030	67,2	29,3	12
2040	69	31	14,3
2050	70	31,9	15,6

Dans trente ans, un Français sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq aujourd'hui et un sur sept aux lendemains de la Deuxième Guerre Mondiale. À ce même horizon, un Français sur sept aura 75 ans ou plus contre 1 sur 12 aujourd'hui et 1 sur 26 en 1950.

Sauf cataclysme majeur et imprévisible, entre 2000 et 2050 la population totale de notre pays augmentera de 19 % tandis que celle des personnes âgées de 60 ans et plus augmentera de 55 % et celle des 75 ans de 220 % !

Les causes profondes du vieillissement résident dans la baisse continue de la mortalité aux grands âges. Le phénomène s'accélère aujourd'hui par l'arrivée à ces âges-là des générations nombreuses de l'après-guerre: au baby-boom succède mécaniquement un papy-boom.

Avec les zones rurales qui les environnent souvent et qu'elles desservent, les villes moyennes sont encore davantage concernées par le vieillissement que les plus grandes villes. Parmi elles, ce sont celles qui sont déjà les plus âgées (villes littorales et villes du centre et de la moitié sud de la France de la Bourgogne à Midi-Pyrénées) qui vieillissent le plus vite. Il y a donc un accroissement du déséquilibre de la pyramide démographique dans ces villes.

• Les besoins de santé liés à la précarité et aux inégalités sociales

La France détient en Europe le triste record de la mortalité prématurée, pour beaucoup liée aux inégalités sociales de santé. Un cadre a 7 années à vivre en plus qu'un ouvrier, un chômeur a un risque trois fois plus élevé de décéder prématurément qu'un actif occupé, le renoncement aux soins est deux fois plus important parmi les ménages les plus modestes que parmi les ménages plus aisés... Les conditions de vie, de travail, de logement, et les niveaux de revenu jouent sans conteste sur l'état de santé des individus de même que sur les comportements à risque, au premier rang desquels la consommation immodérée de l'alcool et du tabac et les mauvaises habitudes alimentaires.

À l'inverse l'état de santé d'une population est un déterminant essentiel de ses capacités à rebondir. On estime par exemple qu'une personne en bonne santé ayant un emploi a deux fois moins de risque de devenir inactif ou chômeur quatre ans plus tard qu'une personne en mauvaise santé.

Loin d'être un problème de spécialistes, la santé est un capital que chaque territoire doit tenter de préserver à la fois pour conforter son dynamisme, son attractivité, et pour faire reculer les inégalités sociales autour desquelles se creusent les fossés de la ségrégation spatiale qui menace la cohésion des espaces urbains.

2 Des besoins nouveaux

De l'aigu au chronique, du somatique au psychique, du curatif au préventif, en bref, du patient à la personne, ainsi pourrait-on résumer 100 ans d'évolution de la pathologie humaine dans notre pays. La prise en charge de la santé requiert aujourd'hui plus que jamais à la fois proximité des soins et spécialisation des professionnels.

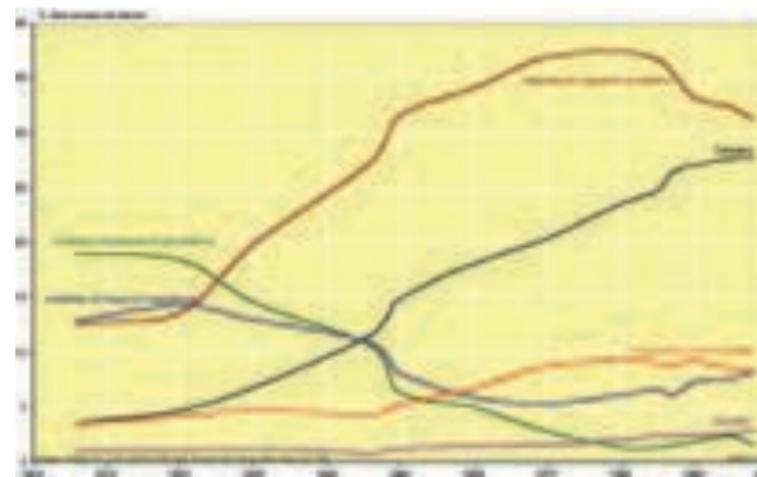
La transition épidémiologique est ce processus de passage d'une mortalité dominée par la pathologie infectieuse et parasitaire à une mortalité où les maladies chroniques et dégénératives, comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires passent au premier plan. Le résultat en est le vieillissement de la population et l'effacement de l'aigu au profit du chronique, ce qui a pour conséquence majeure de déplacer le problème du champ pathologique au champ physiologique pur de la sénescence. La difficulté de notre système de soins et plus encore de notre pensée à s'adapter à cette nouvelle situation constitue la carence majeure de notre système de soins qui l'empêche d'être un système de santé. La sénescence, la dépendance, le handicap, ne sont

pas une "maladie" mais une donnée qui s'impose à notre société et qui commande l'élargissement du champ de la pathologie au champ de l'accompagnement social et médico-social de l'évolution physiologique normale des individus.

Détaillons un peu : l'évolution séculaire de la mortalité a un impact fort sur les territoires au travers d'un paradoxe peu perçu. Et reprenons le film des événements : avec la diffusion des antibiotiques et la mise sur le marché d'une large gamme de vaccins préventifs, à peu près entre 1945 et 1970, le médecin jusqu'alors presque complètement démuné, se met à guérir ses malades. Une cause, un effet ; un germe, une maladie ; un diagnostic, un traitement ; un malade, un médecin. Dans cette perspective, seul compte alors le médecin : le lieu de la santé, c'est le cabinet médical et le temps de la santé, c'est celui du colloque singulier du médecin et du malade: interrogatoire, examen clinique, réflexion, diagnostic, traitement. La chirurgie n'est pas en reste : l'anesthésie, l'asepsie permettent d'opérer avec beaucoup de sécurité : le lieu de la santé, lorsque l'atteinte est grave, c'est le bloc chirurgical, le temps de la santé c'est celui, codifié, réglé, millimétrique, du chirurgien. Le champ de la santé, c'est le champ opératoire.

Mais ces victoires sur la pathologie infectieuse en permettant le vieillissement de la population ont aussi entraîné le développement des pathologies chroniques et dégénératives : le temps de la santé, c'est désormais, le temps long de l'accumulation des risques, le temps long des mauvaises habitudes alimentaires... le temps longs des pathologies chroniques. Le lieu de la santé, aujourd'hui et demain, c'est le milieu du groupe humain auquel appartient l'individu, son "territoire". Le système de soins a trop longtemps été fondé sur "l'aigu", sur "l'immédiat". Un système de santé doit prendre en charge le "chronique", "l'installé". Il doit se fonder sur un développement sanitaire durable.

La transition sanitaire en France



3 Une offre sociale et sanitaire à transformer

Face à ces besoins accrus, et de nature différente de ceux couramment traités, le système de santé présente d'importantes défaillances.

Une offre insuffisante

L'offre est clairement insuffisante pour certains types d'équipements, et les villes moyennes n'échappent pas à ces déficits.

- **Pour les soins et l'hébergement des personnes âgées**

Quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution des besoins et des moyens, on sait que la capacité des institutions destinées aux personnes âgées doit augmenter considérablement et très vite. Le rapport prospectif du Centre d'Analyse Stratégique estime à

530 000 le nombre de places d'hébergement médicalisé pour personnes âgées nécessaires en 2010 pour 485 000 en 2003, soit près de 10 % de plus en sept ans. À l'horizon 2030 ce serait 70 % de places en plus qui seraient nécessaires selon une autre étude de l'INED.

Parallèlement, pour répondre aux besoins, le nombre de places en SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), de 82 000 en 2004 devrait être porté à 147 000 en 2015 et 229 000 en 2025. Si aujourd'hui 610 000 personnes travaillent dans les métiers de la prise en charge des personnes âgées, un peu plus de un million d'emplois seront nécessaires en 2025.

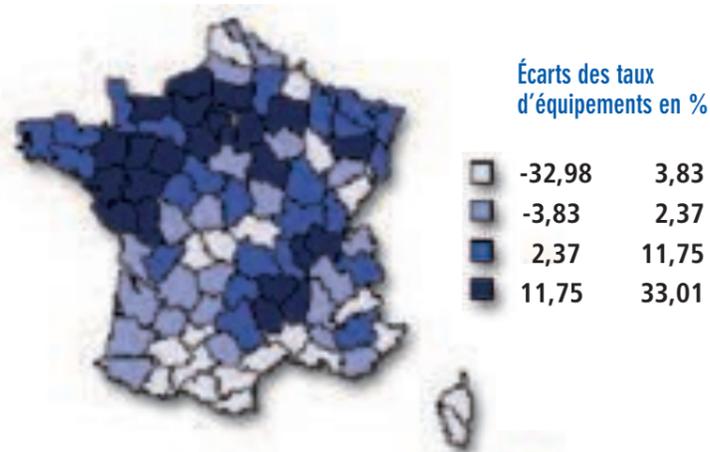
Ce même rapport permet de pointer les départements aujourd'hui plutôt sous-équipés ou plutôt suréquipés par rapport à un objectif théorique national (carte ci-contre). La méthodologie utilisée pourrait être aisément adaptée aux villes moyennes et à leur aire de chalandise.

- **Pour les suites de l'hospitalisation : les structures « aval »**

Le système de soins hospitaliers s'articule autour de la distinction entre court, moyen et long séjour. Les exigences qui pèsent aujourd'hui sur le court-séjour hospitalier conduisent à raccourcir toujours plus les durées de séjour des patients dans les services de soins aigus.

On a donc un besoin accru de places en services de soins de suite et de réadaptation mais le manque de places disponibles dans ces structures est source de sévères dysfonctionnements dans l'organisation des parcours de soins des patients.

Écarts entre les taux d'équipements observés et les taux théoriques (fonction de la structure par sexe et âge quinquennal) pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, modulés en fonction de la proportion de bénéficiaires de l'APA et de celle des ménages isolés



Un témoignage sur les soins de suite et de réadaptation

Aujourd'hui, les réseaux de SSR sont toujours encombrés. Sur certains secteurs sanitaires, la situation semble même se dégrader. Les dysfonctionnements observés au sein des unités de court séjour mais aussi des unités de soins de suite, relèvent de plusieurs phénomènes :

- Le raccourcissement des durées de séjour, dans les services de court séjour, conduit à accueillir en soins de suite des malades à un stade plus précoce qui nécessitent une prise en charge médicale plus importante. Or, l'insuffisance des personnels soignants et la sous-médicalisation des services ne permet pas toujours de répondre aux besoins de ces patients lourds, qui deviennent plus nombreux, générant dans un certain nombre de cas une inadéquation entre l'état des malades pris en charge et la vocation des équipements.
- Des personnes rencontrant des difficultés d'ordre socio-environnemental sont en outre dirigées vers les services de soins de suite, sans réel bénéfice sur leur état de santé, alors même que les capacités installées s'avèrent insuffisantes. Des prises en charge sociales, de type hébergement ou aide à domicile seraient mieux adaptées à leur état.
- Enfin les malades ayant perdu leur autonomie rencontrent des difficultés de placement en service de soins de longue durée. Ils restent en SSR sans projet de vie adapté à leur état.
- Les difficultés de placement en services de soins de

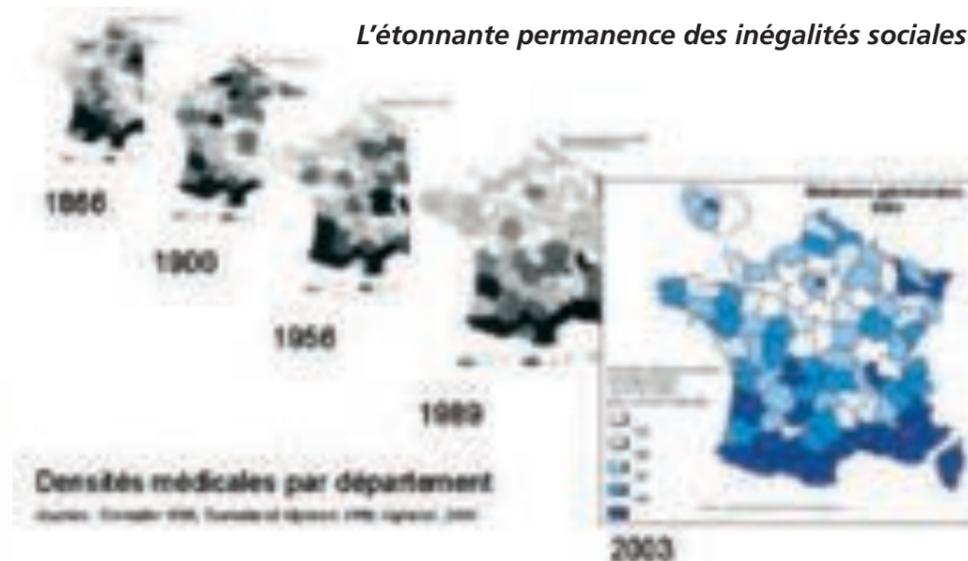
suite entraînent une sur-occupation des services de médecine, de chirurgie ou de réanimation, voire des services d'urgence. Là, les patients ne bénéficient pas des soins adaptés à leur état malgré le coût prohibitif de leur maintien en soins de courte durée. En outre, les capacités de court séjour deviennent insuffisantes.

- Par ailleurs, l'insuffisance de structures de suivi et d'accompagnement à domicile, qui permettraient dans certains cas une sortie plus précoce, rend difficile un retour au domicile, surtout lorsque la perte d'autonomie est brutale.

Ces difficultés de fonctionnement sont amplifiées par l'évolution démographique. Entre les recensements de 1991 et 1999, le taux d'évolution des personnes de plus de 75 ans a progressé de 24 % alors que celui de la population entière n'a augmenté que de 10 %. Cette tendance se confirmera dans les prochaines années. D'ici 2050, l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus sera multiplié par 3 et celui des 85 ans ou plus par quatre.

Etude sur les soins de suite ou de réadaptation, Caisse Régionale d'Assurance-Maladie des Pays de la Loire, 2004.

www.cram-pl.fr/affaires/resultats.pdf

L'étonnante permanence des inégalités sociales


Une offre inadaptée

Une chirurgie trop dispersée, des spécialités de médecine sous-développées

La chirurgie générale d'hier a cédé la place à dix spécialités chirurgicales, auxquelles nous n'imaginons pas de ne pas pouvoir recourir. Mais qui dit spécialisation dit expériences répétées, connaissances approfondies cumulées, et donc seuils d'activité plus élevés, d'où la concentration de l'offre chirurgicale. Or, les sites chirurgicaux sont encore trop dispersés en France pour garantir le niveau de sécurité auquel l'état des savoirs nous permet de prétendre aujourd'hui. Les recompositions doivent et vont se poursuivre dans le sens d'une plus grande concentration.

Mais si la chirurgie ne peut être présente dans tous les établissements hospitaliers, d'autres soins spécialisés de médecine font cruellement défaut : diagnostic, suivi, traitement médical, actions de prévention et médico-sociales pour les personnes âgées, les personnes handicapées, les soins de suite et de réadaptation passé l'épisode aigu. Il y a là tout un champ d'activités, essentielles pourtant, mais qui ne sont pas assez développées.

Des hébergements sous-médicalisés

Le triste épisode de la canicule en France en 2003 a pointé l'état parfois dramatique de sous-encadrement médical des établissements pour personnes âgées.

Une réforme importante, pourtant introduite depuis 1997, vise à renforcer et faire converger le niveau de médicalisation et le taux d'encadrement de soins des personnes âgées hébergées dans les établissements. Mais on considère aujourd'hui que sur les quelques 10 000 maisons de retraite et foyers, à peine la moitié est conforme aux normes aujourd'hui requises des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Jean-Paul Saint-André, doyen de la Faculté d'Angers :
« Il n'est pas envisageable de demander à de jeunes médecins d'aller exercer leur profession dans des localités désertées par les services publics (école, bureau de poste) ».



Des dispositifs cloisonnés et peu lisibles

Les acteurs mais surtout les usagers des dispositifs sanitaires et sociaux ne peuvent manquer d'en souligner le fort cloisonnement. Qu'une personne âgée cherche à organiser une aide à domicile, elle n'a pas moins de 5 ou 6 interlocuteurs divers à contacter et à coordonner. Les mêmes problèmes de coordination de l'offre de soins et de services se posent dans le domaine de la santé mentale ou du handicap.

Une offre menacée

Les jeunes médecins, peu nombreux actuellement, succèdent à une génération fournie qui part à la retraite. Ils sont donc en situation de choix et le principe de liberté d'installation, octroyé en 1927 dans un tout autre contexte, accentue les inégalités géographiques. Plusieurs facteurs sociologiques les renforcent encore : idée que l'on se fait du travail, féminisation, soucis de sécurité, vieillissement et fatigue des praticiens, pénibilité du travail isolé...

Avec le paiement à l'acte, le secret médical et le libre choix du médecin, la liberté d'installation a été confirmée par la Charte Médicale de 1927. 80 ans après nous vivons toujours avec. On pensait que les « médecins de famille » alors au nombre de 25 000 environ, et en 1960 de 45 000 environ, se répartiraient harmonieusement sur l'ensemble du territoire. La répartition territoriale des quelque 206 000 médecins de 2005 montre que cet espoir était vain. La géographie médicale n'a pas évolué depuis Napoléon III. Les Sud partagent avec Paris une très bonne desserte, le Nord-Ouest, le Nord, le Centre-Est sont sous-médicalisés. Les pédiatres et les gynécologues sont toujours là où il y a le moins de naissances et d'enfants !

La métropolisation aggrave ces situations ou les provoque dans des villes moyennes jusqu'alors bien pourvues. Même si globalement et par rapport aux zones rurales, elles maintiennent leur offre en assez bonne position pour les médecins généralistes, ce n'est pas le cas des médecins spécialistes, de plus en plus concentrés dans les grandes villes. Tout ceci vaut également pour les autres professions de santé.

Le point de vue de formateurs

Si l'on considère que le corps médical exerce une mission de service public financée par l'ensemble des citoyens, il est difficile d'imaginer qu'on puisse accepter que cette mission ne soit pas remplie dans certaines régions alors que l'offre de soins est pléthorique dans d'autres... C'est pourtant déjà le cas et il est facile de prévoir que les tensions démographiques à venir vont aggraver cette situation si rien n'est fait pour y remédier. Les incitations financières ne permettront pas de régler la question. Il faut donc réfléchir à d'autres solutions qui ont pour conséquence une limitation de la liberté du choix du lieu (et peut-être aussi du mode) d'exercice.

Pr Jean-Paul Saint-André et Pr Isabelle Richard, 2007, CHU d'Angers

Le diagnostic d'une chercheuse

...Nous pouvons craindre à terme que l'accès aux soins [dans le rural isolé et dans le rural artisanal] pose problème. Les cantons agricoles et ouvriers ne bénéficient d'aucun rééquilibrage positif alors même qu'ils sont extrêmement sous-dotés. Les seules tendances au rééquilibrage concernent les villes moyennes et ouvrières, et, à un moindre niveau les banlieues résidentielles. Les centres ou les quartiers favorisés des grandes villes et les banlieues aisées conservent une situation très favorable.

Une autre confirmation tirée de l'étude est le fait que ce ne sont pas tant des critères de revenus ou d'activité espérés qui guident les choix de lieu d'installation des omnipraticiens que des critères relatifs au contexte socio-économique et démographique ou au niveau d'équipement des cantons.

Véronique Lucas, CREDES, 2002

6 profils de villes moyennes : les priorités de l'offre de soins

- 1 De profonds changements institutionnels
- 2 Des types de besoins spécifiques
- 3 Des priorités différenciées

1 De profonds changements institutionnels

La structuration de l'offre de soins, y compris en matière de santé mentale doit être pensée au sein des territoires de santé. Une offre de soins graduée doit favoriser une plus grande diversité des profils d'activité des établissements et une concentration de l'offre pour certaines disciplines ou types de soins. Elle exige, bien évidemment, une coordination accrue entre les actions de soins et donc la constitution de réseaux et de filières spécifiques. On peut, selon le découpage des territoires, reconnaître divers niveaux gradués de délivrance des soins : soins de proximité, niveau intermédiaire, niveau de recours, niveau régional, niveau interrégional. Le tableau suivant présente ces divers niveaux ainsi que les activités de soins somatiques et psychiatriques qui leur correspondent et que l'un d'entre-nous a proposé depuis 1999.



Territoire	Soins somatiques	Santé mentale
Soins de proximité : Bassins de vie 4000	Médecine ambulatoire Hôpitaux locaux	Dispositif extrahospitalier
Niveau intermédiaire : Pays ou groupes de pays 300 ou 400	Hospitalisation de proximité 1 ^{er} niveau de plateau technique	Hospitalisation complète et structures avec hébergement Réhabilitation psychosociale
Niveau de recours : Villes importantes Territoires de santé 150	Urgences 2 ^{ème} niveau de plateau technique 24/24	Urgences Unités d'hospitalisation complète intersectorielles dont UMAP / UPID
Niveau régional : CHU 30	3 ^{ème} niveau de plateau technique disciplines émergentes très liées à la recherche et à la formation	SMPR Certains thèmes cliniques
Niveau interrégional : 7 ou 8	Certaines spécialités	UMD Recherche

Toutes les villes moyennes sont concernées par les grandes évolutions qui traversent le paysage de l'offre sanitaire et sociale de santé, et qui sont essentiellement régulées par les politiques nationales ou régionales en la matière. Il faut comprendre les enjeux de ces transformations pour mieux y participer et en assurer un impact territorial positif pour les habitants des villes moyennes.

S'adapter aux transformations générales de l'offre sanitaire et sociale ne suffit pas, il faut aussi adapter les réponses aux besoins propres de chaque type de ville. En effet, il n'existe pas une ville moyenne « type » mais bien six types de villes moyennes identifiés par leur profil socioéconomique. Il faut donc ajuster les moyens et organiser les dispositifs de santé de façon à répondre aux besoins spécifiques des habitants. En d'autres termes, il faut identifier les besoins pour dégager les priorités locales d'actions en matière de santé.

Source : Gérard Massé et Emmanuel Vigneron, Territorialité et Santé Mentale, Pluriels, La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, N° 60, juillet 2006, www.mnasm.com

Ainsi chacun habite plusieurs territoires emboîtés et gradués au sein desquels il doit pouvoir trouver la réponse adaptée à son problème de santé au bon moment et au bon endroit, c'est-à-dire à chaque fois que la qualité et le coût le permettent, au plus près de chez lui, ce qui suppose d'accepter la distance à chaque fois que la qualité et le coût le commandent.

La poursuite des recompositions du paysage hospitalier

Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) pour 2006-2011 poursuivent clairement les politiques de restructurations du paysage hospitalier engagées il y a plus de 10 ans maintenant. Problème de recrutement, volonté d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques toujours plus coûteux, normes de qualité des soins spécialisés, sont autant de raisons expliquant la persistance des politiques de restructurations.

L'objectif général est d'organiser à partir des territoires de santé un système de soins gradué, comprenant plusieurs niveaux :

- La prise en charge de proximité, multidisciplinaire, adaptée aux maladies chroniques, qui sera réalisée par des plateformes de santé et de services ;
- Les polycliniques, publiques ou privées, pour tous les soins spécialisés, notamment chirurgicaux ;
- Les centres de référence, qui sont des pôles technologiques régionaux voire interrégionaux.

2 Des types de besoins spécifiques

Plus que tout autre, les élus savent bien que les questions de santé ne peuvent pas se déconnecter de problématiques plus générales, sociales, économiques, démographiques. Pour définir quelles sont les priorités stratégiques de santé des villes moyennes, il faut donc tenir compte de la diversité de leurs profils.

Une typologie des villes moyennes, réalisées à partir d'une série d'indicateurs démographiques, socioéconomiques et géographiques permet de distinguer nettement six types de villes moyennes, dont la géographie est très clairement marquée.

Type 1 : les villes moyennes d'outre-mer et de Corse. Elles sont caractérisées en moyenne par un très fort dynamisme démographique, moins basé sur les migrations que sur des taux de natalité élevés, et qui se traduisent par la part relativement moins importante qu'ailleurs des personnes âgées. Les villes moyennes de cette classe accueillent plus de familles nombreuses que les autres. Elles comprennent une part importante d'adultes seuls, et de familles monoparentales. Dans ces villes moyennes, c'est l'emploi du petit artisanat qui est surreprésenté, au sein d'une population fai-

blement diplômée et touchée par le chômage. Enfin, les villes moyennes d'Outre-Mer et de Corse sont dans une dynamique de rattrapage, avec un faible nombre d'étudiants en médecine, mais une croissance de ces derniers plus importante que partout ailleurs.

Type 2 : Il comprend trois sous-classes nettement distinctes, mais il rassemble l'ensemble des villes moyennes caractérisées par la part importante qu'y tient le salariat dans les formes d'emploi, de revenus et de catégories socioprofessionnelles.

Type 2A – Les banlieues favorisées. Cette classe de villes est très concentrée autour de Paris (sur 13 villes moyennes, 11 sont dans l'agglomération parisienne, auxquelles viennent se greffer Haguenau et Saint-Louis en Alsace). Elle est caractérisée par les niveaux élevés de formation et de revenus tirés d'une activité salariale stable, occupée notamment par des professions supérieures. Bien desservie en réseaux routiers, la population de ces villes moyennes bénéficie en outre de l'abondance de la formation médicale dans leur région.

Type 2B – Les villes moyennes refuges des grandes métropoles. Cette classe comprend un nombre limité de villes moyennes (40 villes moyennes et 10 des 14 grandes villes de notre échantillon), concentrées autour de Paris, Lille, et dans une moindre mesure Lyon et Marseille. Comme les villes de la classe 2A, elles se caractérisent par une part plus importante qu'ailleurs de salariat, pour une population dont les qualifications sont moyennes. Caractérisées par la jeunesse de leur population, une présence d'étudiants proportionnellement plus importante, ces villes moyennes sont marquées par un mode de vie familial où les familles de plus de 3 enfants sont fréquentes. Enfin, il existe des poches de grande pauvreté dans ces villes moyennes, où le revenu moyen des 10 % de la population la plus pauvre est significativement plus faible que dans les autres villes moyennes.

Type 2C – Les villes moyennes isolées de « l'exode ouvrier ». Cette classe est marquée par une dynamique de croissance démographique négative (taux de croissance négatif de la ville et de son bassin, taux de vieillissement

On considère aujourd'hui que la viabilité et la qualité d'un plateau technique chirurgical sont assurées dès lors qu'il dessert un bassin de population de 100 000 habitants. Ce seuil peut-être facilement dépassé dans le cas où les habitants tendent trop souvent à s'adresser ailleurs, ce qui, hélas, est très fréquent.

La transformation de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées

Cette transformation passera par :

- La médicalisation de l'offre d'hébergement,
- L'accroissement de la taille des établissements, entre 60 et 80 places, pour partager les coûts fixes et mutualiser les services de direction et d'administration,
- L'aménagement des espaces autour d'unités d'une vingtaine de lits,
- L'adossement renforcé aux soins de longue durée et aux hôpitaux locaux,
- La diversification de l'offre, avec notamment plus d'accueil de jour et d'accueil temporaire.

Ces transformations toucheront une majorité des maisons de retraite et des foyers d'hébergement dans les villes moyennes, et supposent des réaménagements urbains de grande ampleur autour de la localisation des unités de vie pour les personnes âgées.

Des « équipements en faveur des personnes handicapées » à la conception de « dispositifs d'accès au droit commun »

La loi n° 2005-12 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées com-

porte des avancées significatives en faveur des personnes handicapées. Elle garantit, à travers la prestation de compensation, le choix de leur projet de vie et favorise une vie autonome. Elle promeut aussi une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale, en créant l'obligation de l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité, en mettant l'accent sur le maintien du cadre ordinaire de vie, de travail, de scolarisation pour les plus jeunes, et en renforçant la représentation des personnes handicapées dans les instances de concertation. Elle induit enfin un repositionnement des services rendus, par le passage d'une logique administrative d'offre de services à une logique d'accompagnement et de conseils personnalisés, notamment mis en œuvre par les maisons départementales des personnes handicapées.

Qu'il s'agisse de la réorganisation de l'offre de services, qui prendra souvent appui sur les CCAS, de l'accessibilité, qui concerne les équipements sportifs aussi bien que les logements, les transports, ou plus largement du principe général de non-discrimination et d'exercice de la citoyenneté, les communes grandes, petites ou moyennes, sont des acteurs majeurs pour promouvoir l'accès aux droits fondamentaux des personnes handicapées.

La professionnalisation du secteur des services à la personne

Qu'elles concernent les personnes âgées, les adultes ou enfants handicapés, ou les personnes en difficulté d'insertion sociale, les politiques sociales tendent à promouvoir des modalités d'intervention plus personnalisées et en milieu de vie ordinaire. Ceci va se traduire par le développement exponentiel des services spécialisés de soins et d'aide à domicile. On assiste en quelque sorte à une industrialisation de la production de services dans un secteur d'activité fonctionnant jusque-là de façon plutôt artisanale. Professionnalisation des intervenants, élaborations de protocoles de coordination et de normes de qualité, formalisation des relations entre les acteurs, partage d'information et développement des systèmes d'informations support... de nombreux outils vont naître dans ce secteur d'activité, gisement d'emplois dans les villes moyennes, mais qui suppose aussi des investissements conséquents.



L'accessibilité des personnes handicapées

Le Titre IV de la Loi de 2005 est consacré à l'accessibilité, qui touche tous les champs (école, emploi, bâtiments publics, logement, transports, nouvelles technologies...) et concerne tous les types de handicap.

Ce principe du « tout partout » prendra appui sur une concertation plaçant la personne handicapée au centre des réflexions et des initiatives. Ainsi, les communes de plus de 5 000 habitants ont l'obligation de créer une commission pour l'accessibilité, composée d'élus, d'associations d'usagers et de personnes handicapées, et présidée par le maire. Cette commission est chargée de dresser un état des lieux du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics et des transports, et d'organiser l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées. Elle est force de proposition.



Les villes moyennes du littoral accueillant de nombreux retraités...

supérieur à la moyenne, part des personnes âgées élevées...). Ce sont les villes ouvrières traditionnelles où le salariat tient une place importante. Les revenus de la population de ces villes moyennes sont faibles, les 10 ou 25 % de la population la plus riche y étant nettement moins riches qu'en moyenne dans les autres villes moyennes. Ces villes moyennes jouent un rôle important sur leur territoire puisqu'elles sont plutôt isolées, mal desservies par les routes nationales et avec peu d'unités urbaines comparables dans le département.

Type 3 – Cette troisième classe qui se distingue des autres par le vieillissement prononcé de sa population regroupe deux sous-classes.

Type 3A – Les villes moyennes du littoral accueillant de nombreux retraités. Cette classe se caractérise par un dynamisme démographique basé sur une migration importante, où les populations de retraités sont particulièrement importantes. La structure des revenus montre qu'au-delà des retraites, se greffent des revenus d'artisans, de commerçants et de professions libérales, caractéristiques d'une économie résidentielle active. Ces villes moyennes sont localisées dans des départements où le PIB par emploi est élevé, mais où le taux de chômage l'est aussi.

Type 3B – Les villes moyennes vieillissantes artisanales. Les villes moyennes de

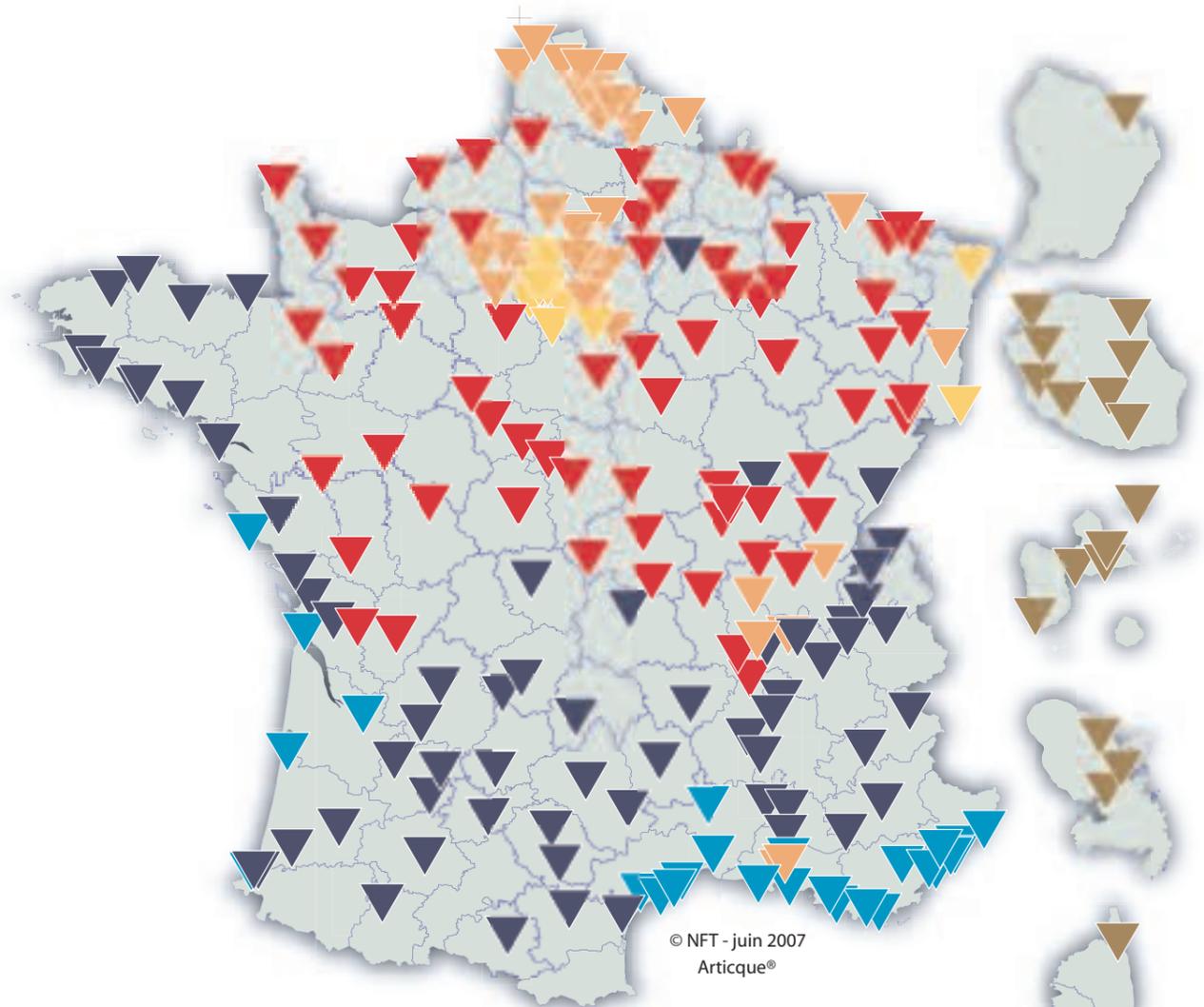
cette classe se caractérisent par la place qu'y tiennent les personnes âgées, mais où les migrations, quoique positives, sont nettement plus limitées que dans la classe 3A. Ces villes moyennes connaissent une stagnation de leur population. La part des professions intermédiaires et des personnes moyennement diplômées est plus importante qu'ailleurs, marquant certainement le poids relatif des services publics dans ces villes moyennes, qui ont une économie artisanale dominante. Elles appartiennent à des départements où la production est modeste, mais où le taux de chômage est relativement contenu, avec des taux significativement plus faibles qu'ailleurs. Elles sont relativement isolées, peu desservies, et éloignées des CHU qui forment dans leur région un nombre décroissant de médecins.

La géographie de ces classes est très nette. Elle oppose les villes moyennes situées dans l'orbite des grandes agglomérations et celles localisées en milieu plus rural d'une part et d'autre part celles proches du littoral et celles de l'intérieur des terres ainsi que celles de la moitié Nord de la France et celles de la moitié Sud.

Ces oppositions correspondent parfaitement aux traits marquants de la géographie de la France. Elles témoignent avec force que les villes moyennes doivent être comprises dans leur environnement local et régional et non pas comme des organismes isolés coupés de leur environnement

LES TYPES DE VILLES MOYENNES

Une étonnante répartition géographique



© NFT - juin 2007
Articque®

- 1 - Les villes d'Outre-Mer et de Corse : jeunes, avec des familles plus souvent monoparentales ou nombreuses, faiblement diplômées, plus souvent au chômage, sur le plan de l'offre médicale, un rattrapage en cours.
- 2a - Les périphéries urbaines favorisées - Sud-Ouest Parisien, Alsace : revenus élevés, salariés des fonctions supérieures, Urbains. Bonne desserte, de nombreux jeunes en formation médicale.
- 2b - Les villes refuges des métropoles. Familiales, étudiantes, petit salariat, employés, cadres moyens, mais aussi des poches de grande pauvreté, car des écarts de revenus importants. Beaucoup de grandes villes sont aussi dans ce cas.
- 2c - Les villes moyennes en difficultés : vieillissement, migrations, décroissance ou faible croissance, ouvrières et artisanales, souvent isolées et mal desservies, avec des revenus faibles ou médiocres. Mais des villes qui ont un rôle essentiel car elles desservent un vaste arrière pays.
- 3a - Les villes moyennes du littoral : terres de retraite, économie résidentielle active avec artisans, commerçants et prof. libérales surreprésentées. PIB par emploi élevé, mais aussi chômage important.
- 3b - Les villes moyennes du Sud et de l'Ouest. Vieillissantes, artisanales, faiblement dynamiques, souvent isolées, loin des CHU, peu desservies médicalement au sein de régions bien dotées pourtant.

3 Des priorités différenciées

La diversité des profils sociodémographiques des villes moyennes interdit de proposer des stratégies globales d'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale aux besoins des populations qu'elles servent. Il est nécessaire pour chaque type de villes moyennes, de dégager des priorités qui lui sont propres, répondant à ses spécificités.

Établir des priorités ne signifie pas qu'en dehors d'elles il n'y a pas d'évolutions envisageables ou nécessaires. Les évolutions des moyens et des organisations, dans tous les secteurs, toutes les disciplines, tous les segments d'activité, s'opèrent sous la double impulsion des politiques publiques, nationales, régionales ou départementales, et des initiatives locales qui les mettent en œuvre. Établir les priorités consiste plutôt à participer

à la territorialisation des politiques publiques, à dire ici, c'est ici et non là, pour ce problème, pour ce risque de santé, qu'il faut agir. Dès lors, on comprend aussi qu'il ne s'agit pas d'agir sur tout, mais bien sur les difficultés majeures de santé des populations.

Type 1 - Les villes moyennes d'Outre-Mer et de Corse au chevet des mères et des jeunes enfants

Les caractéristiques sociales démographiques de cette classe conduisent à souligner les besoins prioritaires des mères et des enfants, des jeunes. Les équipements sociaux et sanitaires devront être ajustés dans ce sens. Cela signifie en particulier :

- Renforcer la spécialisation de l'offre en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie, dans un contexte favorable de rattrapage de la démographie médicale
- Diffuser les structures d'accueil mère-enfant dans le paysage de l'offre sociale
- Veiller à l'équipement des lieux d'accueil pour la petite enfance, particulièrement importants pour l'activité et l'emploi des jeunes mamans
- Assurer les moyens alloués aux PMI pour les actions de dépistage et de prévention

ment celles pour lesquelles les questions de santé sont les mieux prises en main. Il est difficile de dégager des priorités stratégiques pour la santé de leurs habitants.

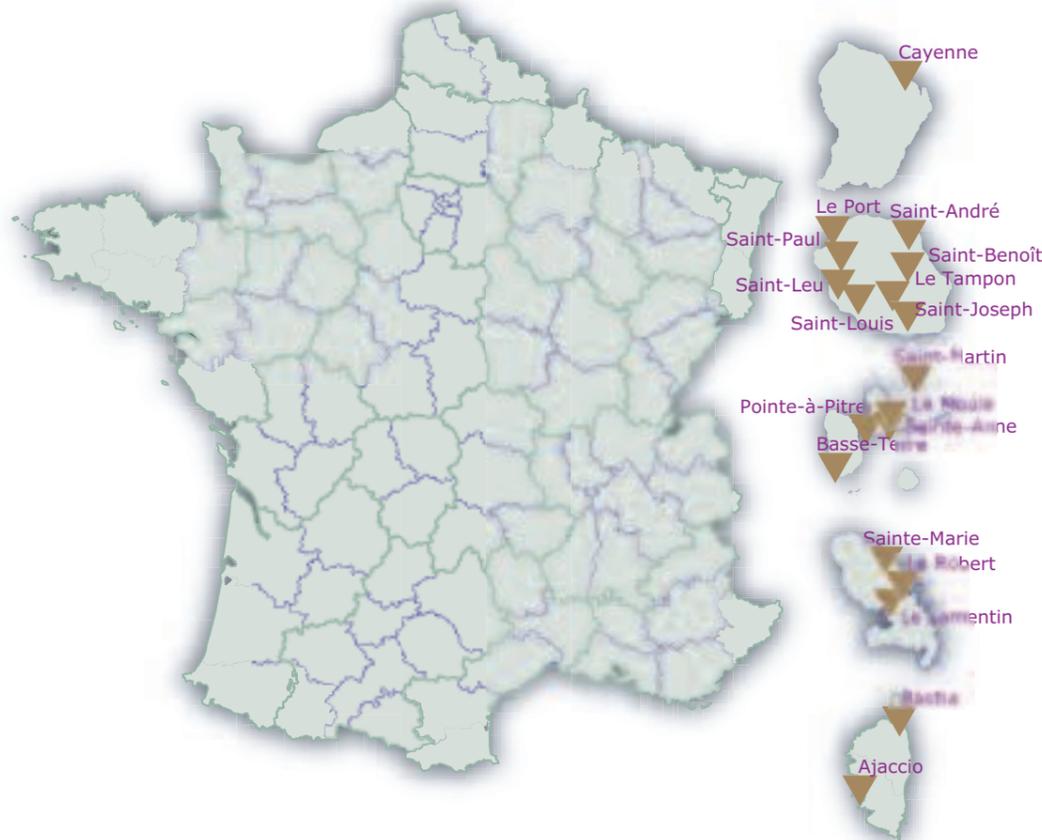
La principale difficulté des villes moyennes de ce type réside dans le vieillissement des professionnels de santé, qui sont déjà en nombre insuffisant. Sur les 13 villes de cette classe, seules les villes de Fontainebleau, Poissy, Rambouillet et Haguenau échappent à ce contexte défavorable de démographie médicale.

Type 2A - Les agglomérations favorisées devront attirer de nouveaux médecins

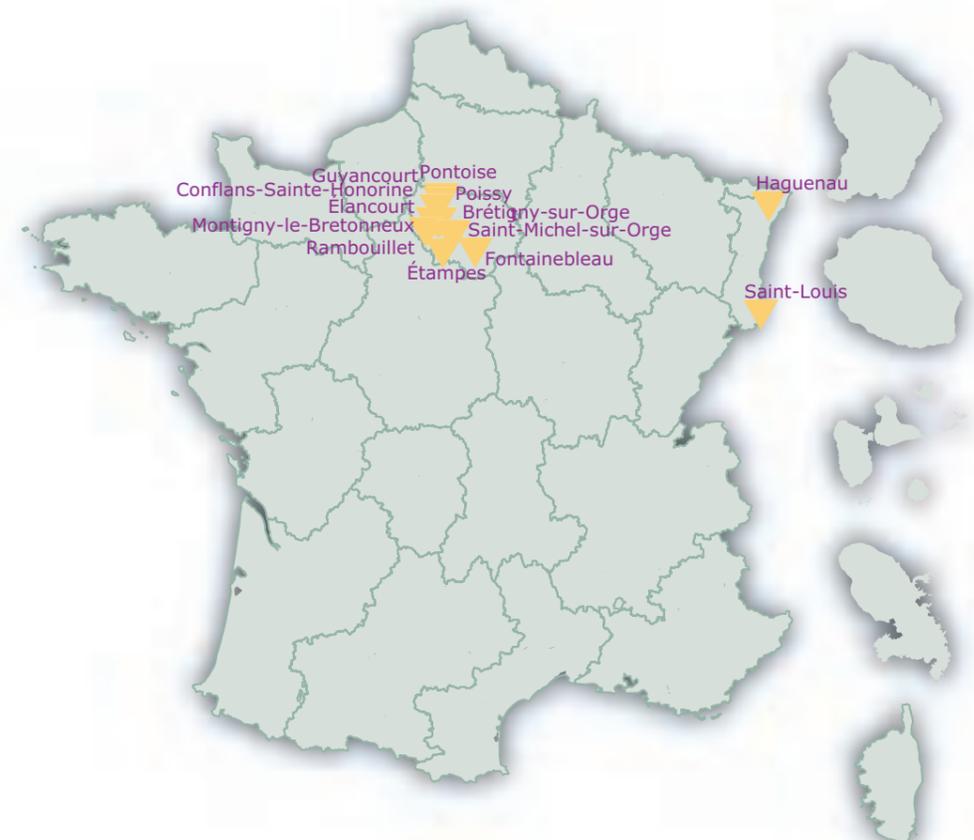
Les villes moyennes de ce type sont certaine-

Une priorité donc pour ces villes moyennes est d'assurer le renouvellement des médecins sur leur commune. >>

Type 1 - Les villes des DOM et de Corse



Type 2a - Les périphéries urbaines favorisées





... le maintien à domicile est affiché comme une priorité absolue...

socioprofessionnelle est plus exposée que la moyenne à certaines pathologies plus ou moins sérieuses, notamment associées aux conditions de travail.

Il y a là toute légitimité, dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé Publique, à faire valoir des besoins spécifiques et la nécessité de renforcer, dans une approche partenariale, les dispositifs de prévention en direction des maladies professionnelles.

• **Permettre aux habitants de vieillir où ils ont toujours vécu**

Dans ces villes, les personnes âgées ne sont aujourd'hui pas beaucoup plus nombreuses en proportion qu'ailleurs. En revanche, le taux de

vieillesse de la population, compte tenu de l'exode des populations plus jeunes, est extrêmement élevé.

Cet objectif, plus naturel qu'ambitieux, se heurte pourtant à la grande faiblesse de la démographie des professions médicales. Dans ce contexte, il faudra certainement s'accorder sur une stratégie mesurée, c'est-à-dire crédible et offrant toutes les sécurités requises, de maintien à domicile. Jusqu'où, dans quelles conditions, et à quel prix en termes de temps médical, peut-on maintenir, dans les contextes de ces villes isolées, les personnes âgées à leur domicile ? Aussi étonnant que cela puisse paraître, alors qu'actuellement le maintien à domicile est affiché comme une priorité absolue dans la prise en charge des personnes âgées, la question mérite d'être tout au moins abordée, dès lors que le contexte des villes moyennes de cette classe rend la réalisation de ce mode de prise en charge plus hasardeuse.

• **Organiser la permanence des soins**

Cet objectif ne concerne pas uniquement les villes moyennes de cette classe, mais on peut considérer qu'il les concerne tout particulièrement. En effet, la faiblesse de la démographie médicale exige un effort accru d'organisation de la profession. L'expérience des maisons médicales, à l'émergence desquelles nombre de communes ont largement contribué, permet aujourd'hui de proposer diverses formules d'organisations probantes, à la fois pour les médecins et pour les habitants.

Maisons médicales, réseaux de soins de villes : les organisations possibles de la permanence des soins

La région Poitou-Charentes a expérimenté deux formes de réseaux :

- une maison de santé de proximité. Ce projet cantonal est une construction de tous les acteurs professionnels de santé. Prenant appui sur l'hôpital public, il permet une meilleure prise en charge des retours à domicile, des soins palliatifs, permanence des soins... Le réseau est coordonné par un cadre de santé qui organise autour du patient l'intervention des professionnels sur la base d'une prescription médicale ;
- un réseau FASQV a également vu le jour, qui mutualise

des postes d'assistantes de santé attachées aux médecins.

L'orientation de ces deux réseaux, l'un sur le patient, l'autre sur les conditions d'exercice des professionnels, diffère, mais en tout état de cause, ils ouvrent de nouvelles formes d'organisation qu'il faut explorer, sans dissocier la permanence des soins de l'organisation ambulatoire.

Témoignage de Françoise Mesnard, vice-présidente Santé de la région Poitou-Charentes, adjointe au maire de Saint-Jean-d'Angély.

Type 3A et 3B - Les villes des littoraux et du grand Sud : préparer les grands âges des populations âgées déjà nombreuses

Les villes de cette classe partagent une priorité commune d'action en matière de santé, qui concerne les personnes âgées évidemment, très nombreuses dans ces villes. Cet objectif général se décline quelque peu différemment selon les situations respectives de chacune de ces deux classes, mais on retiendra trois grands axes de transformation :

• **Médicalisation des établissements d'hébergement**

Peu nombreux et disposant d'un encadrement médical faible au regard des normes requises, les établissements d'hébergement de la majorité de ces villes moyennes devront à la fois étendre leur capacité et augmenter leur niveau de médicalisation, pour prendre en charge, lorsque le maintien à domicile n'y suffit plus,

les personnes âgées très dépendantes. On peut s'attendre à des recompositions conséquentes du paysage des maisons de retraite et foyers d'hébergement.

• **Diversification de l'offre d'hébergement**

Dans les villes moyennes de ces deux classes, l'option du maintien à domicile est clairement privilégiée. S'il est facilité par un environnement de démographie professionnelle favorable, le maintien à domicile des personnes âgées suppose aussi de pouvoir compter sur une offre de services d'hébergement plus diversifié. Il s'agit en particulier de développer l'hébergement temporaire pour les personnes âgées ayant été hospitalisées, et qui ne peuvent dans l'immédiat rentrer seules chez elles. Les maisons de Soins de Suite et de Réadaptation jouent ici un rôle charnière. Il s'agit aussi de l'accueil de jour, susceptible de prendre le relais des réseaux de soins à domicile >>>

Type 3a - Les villes littorales



sur de courtes périodes, ou encore, de diversifier les activités et de limiter l'isolement des personnes âgées lorsqu'elles restent chez elles.

- Formaliser les réseaux de soins et d'aide à domicile

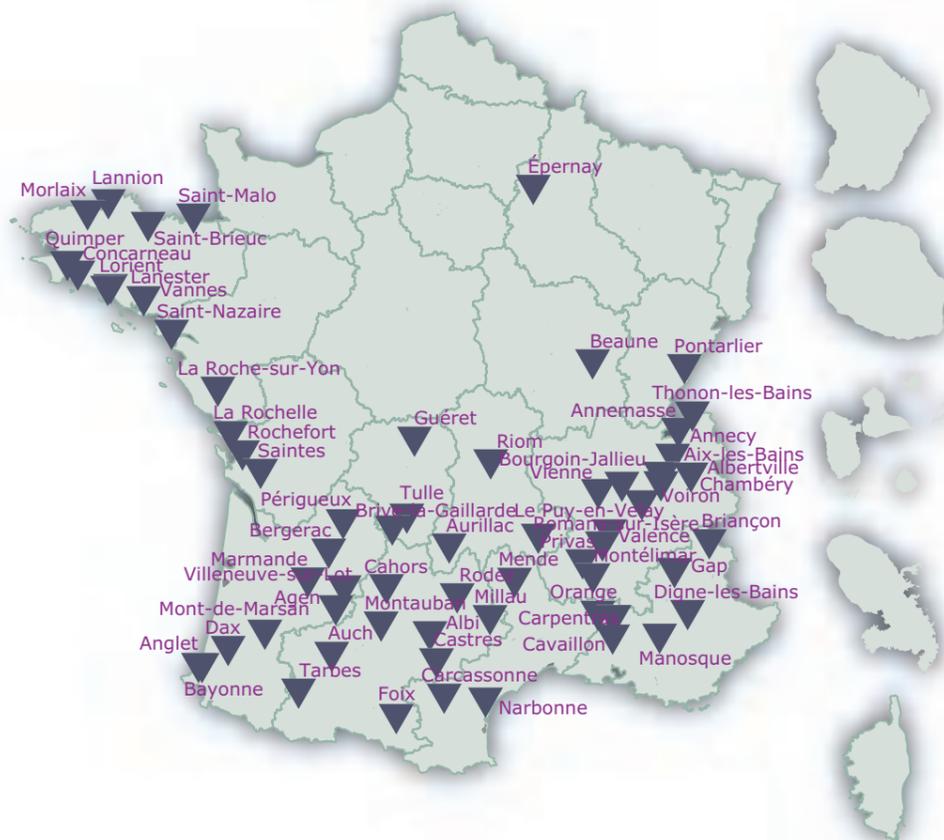
Cet objectif concerne essentiellement les villes du littoral, dont les places de soins à domicile sont peu développées, prouvant moins un sous-équipement médical qu'un moindre degré d'organisation en réseau des professionnels de santé, qui sont, il faut le dire, très nombreux dans ces villes moyennes. Les professionnels de santé, malgré leur nombre, gagneront à adopter des organisations en réseau pour évaluer, suivre et soigner chez elles les personnes dépendantes. De même, dans ces économies résidentielles de services où le recours aux services de gré à gré est certainement plus développé, la professionnalisation

des services aux personnes âgées est un gage de leur qualité.

- Organiser les filières de soins non-programmés pour les personnes âgées

L'urgence et la permanence des soins pour la population des personnes âgées requièrent des dispositifs d'alerte, de régulation et d'accueil plus spécialisés, qui pourraient totalement se justifier dans le contexte de ces villes où les personnes âgées sont si nombreuses. De même l'articulation des capacités d'accueil des services d'urgences avec les établissements en aval que sont les soins de suite, les maisons de retraite ou les hôpitaux locaux est un enjeu majeur pour limiter les temps de passages aux urgences et désengorger les lits de médecine des centres hospitaliers, dont on connaît les effets perturbateurs sur l'état de santé des personnes âgées.

Type 3b - Les villes moyennes du Sud et de l'Ouest



4 axes pour agir

- 1 Participation aux instances de concertation
- 2 Animation, décloisonnement, coordination
- 3 L'adoption d'une position commune sur la démographie médicale et paramédicale
- 4 Une stratégie territoriale pour l'hôpital



Il y a d'importants enjeux dans les recompositions en cours de l'offre sociale et sanitaire dans les villes moyennes, et les élus ne peuvent rester à l'écart de politiques sociales et de santé, qui décideraient du sort de leurs habitants en matière d'équipements et d'organisation. Les élus ont intérêt à agir et participer à ces politiques de santé, ils ont la légitimité de le faire, et disposent des outils pour construire. 4 voies d'actions au moins sont possibles : la participation active aux multiples instances de concertation qui leur sont aujourd'hui clairement ouvertes ; l'animation de réseaux d'acteurs qui trouveraient sur le territoire les espaces de coordination nécessaires à une prise en charge globale des usagers ; l'élaboration d'une stratégie territoriale d'ensemble, pour le positionnement de l'offre sanitaire des établissements ; la défense d'une position commune en matière de démographie médicale.

1 Participation aux instances de concertation

Qu'il s'agisse de l'organisation des soins, de la mise en œuvre des actions de santé publique, ou encore de l'action sociale et médico-sociale, les récentes réformes vont toutes dans le sens d'une plus grande décentralisation. Elle se traduit par plus de concertation, par une volonté de mieux « coller » aux besoins spécifiques, locaux, des populations, mais aussi par plus d'ouverture et un décloisonnement entre les institutions et leurs partenaires locaux.

Les représentants des collectivités territoriales, au premier rang desquelles les communes et intercommunalités, sont aujourd'hui conviés à siéger et participer à de nombreuses instances de concertation : les conférences régionales de santé, les Schémas Départementaux d'Organisation des Services Sociaux (SDOSS), les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), les Conférences Sanitaires de Territoire (CST) et les Projets Médicaux de Territoire (PMT)... Les élus, et notamment les maires des

villes moyennes, occupent une place privilégiée pour participer aux évolutions indispensables de l'offre de soins et de services sociaux.

Si ces formes de concertation en matière sanitaire et sociale sont nouvelles et bousculent quelque peu les pratiques, elles sont aussi une opportunité pour les élus de se saisir des enjeux, et de faire valoir leur point de vue.

Pour prendre forme, la démocratie sanitaire visée par la décentralisation des politiques sociales, hospitalières, ou de santé publique, exigera néanmoins que d'un côté, les tutelles en charge de ces politiques (départements, région, agences régionales...) apprennent à ouvrir les débats techniciens dans lesquels sont trop souvent enfermées les questions, et que de l'autre côté, les élus et leurs représentants se sensibilisent aux contraintes, financières, professionnelles, immobilières et aux enjeux économiques, sociaux, urbanistiques... dans le champ de la santé.

« Le maire, acteur naturel du décloisonnement »

Le maire intervient sur les questions de santé à travers quatre facettes complémentaires. Premièrement, il est au sens politique du terme un représentant des usagers (...). Deuxièmement, le maire a une responsabilité particulière vis à vis des plus démunis, à travers la présidence du CCAS qui mène des actions en faveur des personnes âgées et handicapées et de lutte contre la précarité (...). Troisièmement, les maires sont des aménageurs de leur ville et, de manière directe ou indirecte, un hôpital ou une maison de retraite représente un équipement structurant (...). Quatrièmement, le maire est évidemment engagé sur ces questions à travers son rôle de président du conseil d'administration de cet établissement public qu'est l'hôpital. À ce titre les maires doivent être impliqués dans l'évolution hospitalière du pays ».

Extrait de l'interview de David Causse, Délégué général adjoint à la Fédération Hospitalière de France, dans *Le Courrier des Maires et de Elus*, Juin-Juillet 2007

« Je fais partie d'une instance de comité de pilotage du SROS3 qui compte deux représentants de villes : c'est déjà ça ! Mais deux dans une région qui compte 1 400 communes, c'est peu... Le comité de pilotage ne pilote pas grand-chose : il n'y a pas de procédure d'aller-retour avec les collectivités. Pour le moment, les élus sont plus perçus comme des intrus que comme des partenaires. Ils sont toujours suspectés de défendre leur intérêt particulier et non l'intérêt général. Or, nous apportons le point de vue de la population et des réalités locales. »

Laurent El Ghozi, maire-adjoint de la santé à Nanterre (92), président de l'Association « Elus, santé publique et territoires ». Propos recueillis par le courrier des Maires et des Elus locaux, juin-juillet 2007.

2 Animation, décloisonnement, coordination

Les politiques sociales et sanitaires sont à la fois très imbriquées du point de vue des projets qu'elles poursuivent et cloisonnées du point de vue des dispositifs qu'elles régissent respectivement.

Que ce soit la prise en charge des personnes âgées, l'organisation de la permanence des soins, les traitements en santé mentale, ou encore l'éducation des enfants handicapés, toutes ces opérations font intervenir une pluralité de professionnels, d'institutions, d'établissements, de dispositifs, qui ne relèvent pas des mêmes tutelles, suivent des logiques qui leur sont propres, et qui pourtant doivent être coordonnées autour de la personne, du soin, du service rendu.

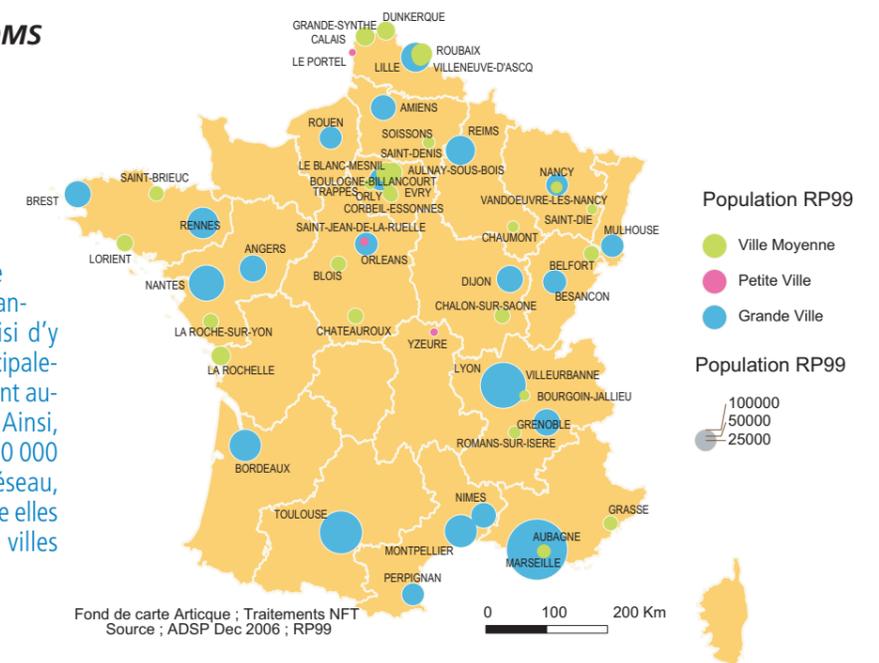
Mais on n'accède pas à des services dont on ne connaît pas vraiment l'existence et dont on ne comprend pas le fonctionnement. La coordination et la lisibilité de toutes les composantes du système de santé sont donc une clef

de son efficacité, de son accessibilité, en somme de son utilité pour le public.

Les communes sont particulièrement bien placées pour informer, animer et organiser cette coordination à l'échelle des territoires d'intervention pertinents : le quartier, la ville, l'unité urbaine... Parce qu'elles sont en contact permanent avec leurs administrés, parce que les élus représentent légitimement les attentes de ces derniers, parce qu'elles ne sont pas non plus en première ligne des décideurs, les communes ont une position privilégiée, une position dedans / dehors, qui leur permet d'animer des groupes de professionnels autour de projets de santé, et de favoriser, sur leur territoire, la coordination des divers intervenants, dans le champ social, médico-social, ou sanitaire. C'est du reste les principaux chantiers sur lesquels se sont positionnées concrètement positionnées les Villes-Santé de l'OMS, ou encore les ateliers Ville-Santé des zones urbaines sensibles. >>

Les Villes-Santé de l'OMS

Coordination, prévention, éducation à la santé, telles sont les principales formes d'engagement des Villes-Santé de l'OMS, qui ont vu le jour en France au début des années 90 : 55 villes ont choisi d'y participer. Mais ce sont principalement les grandes villes qui sont aujourd'hui mobilisées. Ainsi, 23 des 35 villes de plus de 100 000 habitants participent à ce réseau, soit près des deux tiers d'entre elles contre seulement 7 % des villes moyennes.

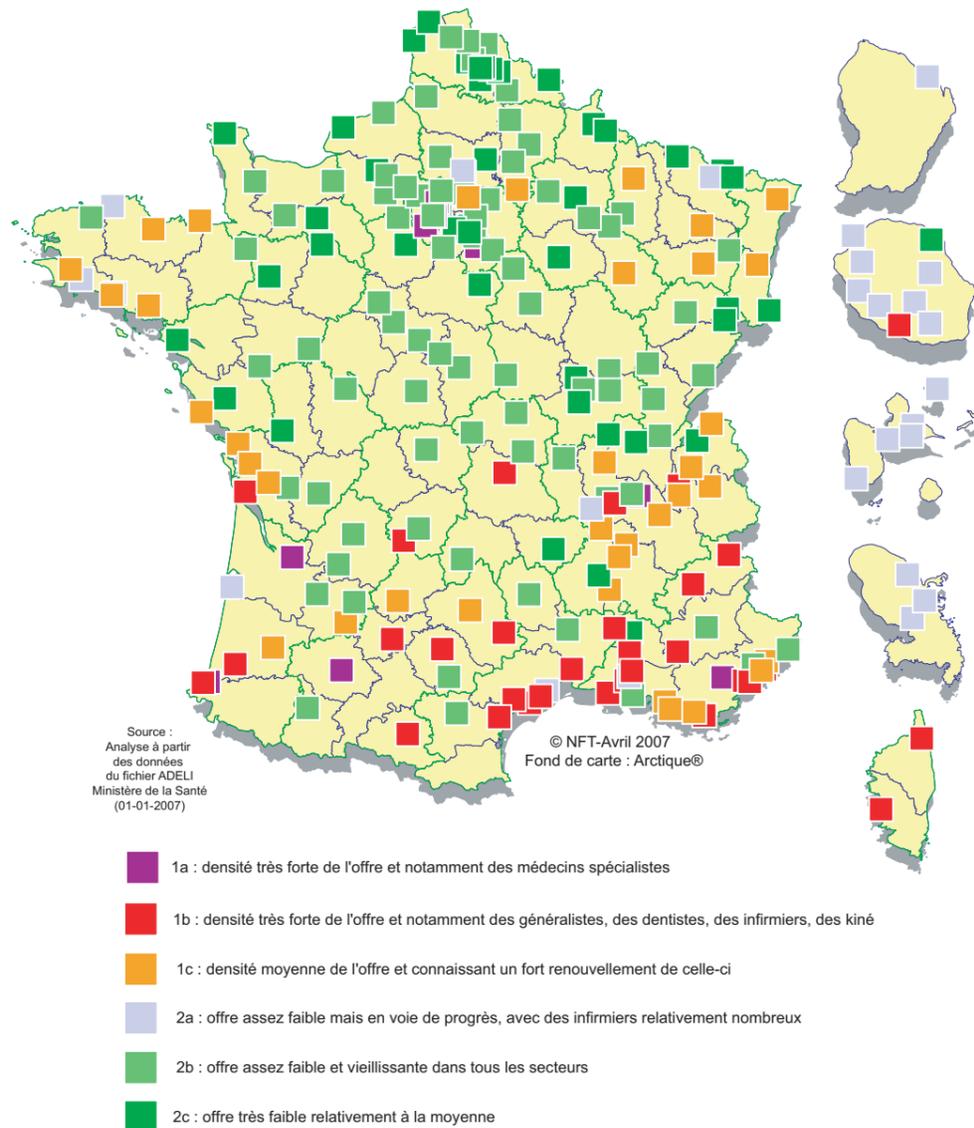


3 L'adoption d'une position commune sur la démographie médicale et paramédicale

La situation de démographie médicale des villes moyennes est inquiétante. Plus de la moitié d'entre elles sont marquées par la faiblesse de la densité médicale et paramédicale et par le vieillissement des professionnels installés. La carte ci-dessous se passerait presque de commentaires, tant elle marque une dis-

tinction nette entre, d'un côté, les villes du Sud et des littoraux, dotées d'une offre plutôt abondante, diversifiée et qui se renouvelle, et, d'un autre côté, le Nord et l'intérieur du pays, en situation de grande fragilité du point de vue du dynamisme de la démographie des professionnels de santé.

Typologie de l'offre médicale et paramédicale libérale dans les villes moyennes en France



Il existe toute une palette de mesures visant à attirer l'installation de nouveaux médecins, mises en œuvre par les régions ou plus directement pas les communes. Les mesures sont classées selon le moment où elles interviennent dans la trajectoire professionnelle des médecins (formation initiale, installation, en cours d'exercice) et selon leur nature (financière, réglementaire, organisationnelle).

On le voit, les mesures en faveur de l'installation de médecin sont nombreuses et disparates, adoptées à différents niveaux de politiques publiques, parfois de façon redondante, voire concurrente, et rarement inscrites dans une politique d'ensemble. Il y a peu d'évaluation de ces mesures en France, mais l'expérience montre qu'il n'y a pas de solution-miracle : les mesures financières, les plus fréquentes en France à l'échelle nationale, coûtent plutôt cher au regard des résultats incertains à long terme, et les mesures réglementaires, fixant les quotas d'installation sont souvent sans effet quand elles ne sont pas contre performantes, l'Allemagne en a fait la triste expérience. Quant aux mesures d'ordre organisationnel, plus particulièrement promues à l'échelle régionale, elles ne sont pas évaluées. Les mesures qui paraissent peut-être les plus prometteuses, mais encore largement expérimentales, portent sur la formation initiale : elles consistent à identifier les étudiants potentiellement intéressés par l'exercice en milieu rural, et à renforcer la formation des futurs professionnels aux lieux d'exercice. Les difficultés de mise en œuvre de ces mesures ne doivent cependant pas être sous-estimées.

Finalement, attirer les médecins sur son territoire est difficile, incertain. Si on ne sait pas très bien ce qui marche, on sait en revanche ce qui ne marche pas : une concurrence entre les villes et les territoires d'une même région. Une telle concurrence a des effets inflationnistes sur les mesures incitatives en faveur des jeunes médecins. Il est donc nécessaire que les villes moyennes, si elles s'engagent sur des

Mesures incitatives à l'installation de médecins			
Mesures financières		Mesures réglementaires	
• Subvention d'investissement	• Subvention d'équipement	• Limitation de la durée de la formation	• Délégation de service public
• Aide à l'installation	• Aide à l'achat de matériel	• Délégation de service public	• Délégation de service public
• Aide à l'achat de matériel	• Aide à l'achat de matériel	• Délégation de service public	• Délégation de service public
• Aide à l'achat de matériel	• Aide à l'achat de matériel	• Délégation de service public	• Délégation de service public
• Aide à l'achat de matériel	• Aide à l'achat de matériel	• Délégation de service public	• Délégation de service public

Source Yann Bourguet et alii, IRDES Question d'Économie de la Santé, n°116 Décembre 2006

mesures de ce type, se coordonnent au minimum à l'échelle des territoires de santé, avec l'ensemble des autres communes. Enfin, dans un contexte de totale libre installation, il faut savoir, parce que cela a été montré, que ces mesures ne peuvent avoir que des effets à la marge au regard des profonds déséquilibres qui se sont creusés entre les régions de France, et en leur sein, entre les villes. On a là pourtant une condition sine qua non d'égalité des citoyens d'accès à la santé : tout le reste n'est que littérature ! Les territoires où l'on ne peut, à proximité, dans un délai raisonnable, consulter un médecin généraliste, sont certainement des territoires dont la santé est menacée et dont l'attractivité est mise à mal. De nombreux rapports du Parlement ou adressés aux ministres ont déjà commencé à lever le voile sur ce principe de libre installation et de conventionnement automatique.

Ainsi, le rapport du sénateur Charles Descours énonce que « les mesures incitatives doivent >>

4 Une stratégie territoriale pour l'hôpital

Les recompositions du paysage hospitalier peuvent se résumer par quatre faits : concentration des établissements, spécialisation des professionnels, complémentarité et graduation de l'offre de soins, partenariats sur les territoires de santé. Ces recompositions doivent inciter les villes moyennes à trouver le juste positionnement de l'offre de santé vis-à-vis des populations qu'elles desservent.

L'offre sanitaire de la ville moyenne se situe désormais bien plus que par le passé, dans un système gradué de soins, un continuum allant de la réponse immédiate en proximité aux petits tracés courants, à la pathologie la plus rare contre laquelle des moyens considérables doivent être engagés.

Cette recherche d'un juste positionnement de l'offre de santé dépend de deux facteurs : l'équipement des villes moyennes en équipements numériques, et la situation géographique de la ville moyenne.

Assurer le bon développement des infrastructures d'information et de communication

S'agissant de l'équipement des villes moyennes en infrastructures de communication, il est un facteur déterminant des poten-

tiels d'actions en matière de santé. Aujourd'hui, de nombreuses équipes médicales peuvent travailler à distance, échanger sur des résultats complexes d'analyses, de scanners ou d'échographies, ou de toute autre forme d'imageries médicales. Les réseaux de communication permettent de recueillir des avis de spécialistes même si ces derniers ne sont pas dans les murs de l'établissement. Ils ont fait évoluer les pratiques de diagnostic et renforcé les capacités de suivi des malades.

L'accès à tous ces progrès suppose néanmoins que les territoires des villes moyennes soient bien équipés en infrastructures de technologie d'Information et de Communication. Or, si toutes les villes moyennes et leurs intercommunalités sont aujourd'hui desservies par l'ADSL, d'autres technologies haut débit ne sont pas aussi diffusées, comme c'est encore le cas de la fibre optique, de la Wi-fi, ou d'autres technologies susceptibles d'être nécessaires pour la transmission des données médicales. Par ailleurs, encore un quart des intercommunalités ne sont pas desservies sur l'ensemble de leur territoire, créant des zones de rupture.

Les projets d'investissements dans les infrastructures TIC, souvent engagés en partenariat avec d'autres collectivités, représentent donc des leviers importants en matière de stratégie d'accès aux soins et de positionnement des établissements dans le paysage sanitaire. Ils pourront utilement s'interroger sur les besoins du secteur d'activité avant d'arrêter les options technologiques qui leur sont ouvertes.

Quelles stratégies territoriales ?

Les TIC n'affranchissent évidemment pas totalement les villes moyennes de leurs contraintes géographiques, et le positionnement de leur offre sanitaire dans un système gradué d'offre territoriale dépend largement de la situation des villes moyennes sur leur territoire de santé.



Il existe toute une palette de mesures visant à attirer l'installation de nouveaux médecins

aujourd'hui être préférées aux mesures coercitives» mais poursuit à la page suivante en disant que « cependant, si les mesures incitatives devaient échouer, des mesures de nature réglementaire pourraient dans les dix prochaines années être envisagées », preuve au moins d'une faible confiance dans les propositions incitatives qui sont faites. De même, le rapport du Pr Yvon Berland sur la démographie médicale remis en 2005, souligne les « inconvénients réels et nombreux », le caractère contre-productif des mesures coerci-

tives mais deux pages plus loin souligne aussi que « les mesures prises pour inciter à renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires sont totalement illisibles et donc méconnues » et que si « de très nombreuses mesures ont été prises, [elles restent] le plus souvent inconnues des jeunes médecins et des étudiants ».

Sans doute faudra-t-il un jour ouvrir le débat public à cette question. Les élus ont la légitimité de le mettre à l'ordre du jour.

Les étudiants en médecine font des études gratuites. Ces études coûtent environ 240 000 euros, peut-être plus. Après, ils peuvent aller s'installer n'importe où, dans une rue particulièrement fréquentée de Nice où il y a déjà cinq dermatologues. C'est intolérable pour les contribuables qui contribuent à payer les études médicales de nos étudiants. Je pense qu'il faudrait réfléchir à une obligation de service public, à la suite des études de médecine, pendant trois ans, c'est-à-dire à peu près le temps que mettent les étudiants à s'installer. Je ne vois pas pourquoi des étudiants en médecine qui ont fait des études gratuites pourraient s'installer n'importe où. Ils devraient être assujettis à un service médical obligatoire à la fin de leurs études dans le cadre d'un service public, dans les CHU ou dans les CHR, ou dans le cadre du privé en tant que praticien am-

bulatoire. Beaucoup resteraient sur place. Je pense qu'il faut arriver à des mesures comminatoires – je sais bien que cela est très politiquement incorrect – pour arriver à changer cette carte qui n'a pas changé depuis un siècle. Dans vingt ans, nos successeurs diront la même chose, on en sera toujours au même point et on aura des études gratuites. En Angleterre, pour trois mois, il faut payer 10 000 euros. N'oublions pas cela. Les études sont gratuites : il faut que les étudiants rendent à la nation ces études qu'on leur a offertes.

X^e Assises nationales hospitalo-universitaires - Marseille - Rapport - 18 et 19 janvier 2007
Pr Patrick Berche - doyen de la faculté de médecine Descartes - Paris V

Quatre configurations géographiques existent :

- 1 • **Les « villes-agglos ».** Ce sont les villes moyennes incluses dans les aires métropolitaines de Paris, Lyon, Lille, Marseille et de la Côte d'Azur. Il y a 40 villes moyennes dans cette situation : Pontoise, Bourgoin-Jallieu, Douai, Aubagne ou Cagnes-sur-Mer en sont des exemples.
- 2 • **Les « villes-satellites ».** Villes moyennes proches des grandes villes régionales où se trouvent un CHU et des cliniques importantes. Sept villes répondent à ce type, parmi lesquelles Riom, Haguenau, Louviers ou Lunel.
- 3 • **Les « villes-réseaux ».** Ce sont les villes moyennes appartenant à un territoire maillé d'autres villes moyennes. Il y en a 68. Les villes moyennes qui partagent un même territoire de santé ne sont pas à plus d'une demi-heure de transport les unes des autres. On trouve dans cette situation par exemple Lorient et Lanester, Saintes et Saint-Jean d'Angély, Le Creusot et Monceau-Les-Mines, Charleville-Mézières et Sedan.
- 4 • **Les « villes isolées ».** villes moyennes géographiquement isolées au sein d'un territoire de santé rural. Elles sont finalement les plus nombreuses, puisqu'on recense 113 villes moyennes dans cette situation d'éloignement et d'isolement sur leur territoire de santé : Eprenay, Carcassonne, Gap, Morlaix ou Verdun en font partie.

Ces quatre configurations géographiques de territoires de ville moyenne incitent à proposer trois stratégies d'intégration au système de soins.

- **La ville relais,** arrimée au CHU voisin ou aux grands établissements métropolitains d'importance nationale de Paris, Lyon ou Marseille.

Le problème majeur posé aujourd'hui à ces villes du fait de la facilité accrue des déplacements automobiles ou ferroviaire, comme du fait de la présence dans les métropoles des « vaisseaux amiraux » publics et privés de l'hospitalisation est celui de la désaffectation de leur établissement au profit de ceux de la métropole ou grande ville voisine.

Dans bien des cas, ces établissements n'attirent plus guère qu'un patient de leur territoire sur 3 ou 4, et ont de plus en plus de mal à recruter les professionnels dont ils ont besoin. Année après année, souvent, l'érosion progresse et le système de tarification à l'activité, mis en place en 2003, ne leur laisse guère d'espoir. Selon Gérard Vincent, délégué général de la Fédération Hospitalière de France, organisme défenseur s'il en est du service public hospitalier, « le risque est de tout perdre » et il faut se persuader que redéployer l'activité ne signifie pas régresser.

Vu de l'étranger, à l'observation d'un paysage français très marqué par l'étalement urbain, on peut d'ailleurs être surpris de constater que jusqu'à présent des établissements voisins n'ont aucune relation formelle et qu'ils ne soient pas réunis dans un même Etablissement Public de Territoire disposant de plusieurs sites. Pourquoi pas un CHU de Clermont-Ferrand, site de Riom ou un CHU de Montpellier, site de Lunel ? Il n'y a pas de raisons que, dans ce cas, la présidence du CA de ces établissements ne soit pas exercée par un élu qui ne soit pas le maire de la ville principale, comme c'est déjà le cas pour bien des structures intercommunales.

Les avantages seraient réels pour les patients : point d'entrée assuré dans un système de référence, pour les médecins du lieu : intégration

à des équipes étoffées, pour l'établissement et la ville : label qualité, attractivité, développement de la chirurgie ambulatoire au lieu de fuites toujours croissantes vers la grande ville voisine et ses cliniques. Bénéfices tirés pour les recrutements de l'attractivité des grandes métropoles sur les professionnels pour peu que la perméabilité s'opère. Pour les CHU concernés, ce sont aussi là, par exemple, de possibles extensions de terrain de formation de leurs internes.

- **La ville associée,** où des complémentarités sont recherchées et mise en œuvre entre villes voisines, si tant est qu'elles soient suffisamment proches, comme c'est le cas des villes des territoires maillés.

Sous l'égide de la première génération des SROS, avec beaucoup de difficultés et de façon assez limitée, des fusions sont intervenues, comme entre Mamers et Alençon, sur deux départements et deux régions pourtant. La plupart du temps, elles ont concerné de petits établissements de petites villes : Foix et Pamiers, Challans et Machecoul, Marmande-Tonneins, ou en région parisienne : Eaubonne et Montmorency, Saint-Cloud et Sèvres, Orsay et Longjumeau, pour n'en citer que quelques-unes.

Peu de fusions ou de coopérations vraiment fortes avec partage d'activité ont concerné deux villes moyennes. Il y a pourtant sans doute de belles cartes à jouer contre une métropolisation toujours plus forte : Pourquoi ne pas envisager dans une zone qui fait partie des records de France en matière de croissance de la population, une telle association : Béziers, Agde, Sète, Frontignan, les « Hôpitaux du littoral héraultais », face à ce qui est parfois vécu comme une hégémonie montpelliéraine ?

Sans doute, l'élaboration poursuivie des Projets Médicaux de Territoire, dans chaque Territoire de Santé est-il une opportunité à saisir. Offrir un territoire hospitalier maillé, c'est aussi assurer la circulation des hommes et des idées au sein du territoire et par là accroître son rayonnement. Dans les DOM, à La Réunion notamment, la croissance démographique soutenue des trente dernières années a consi-

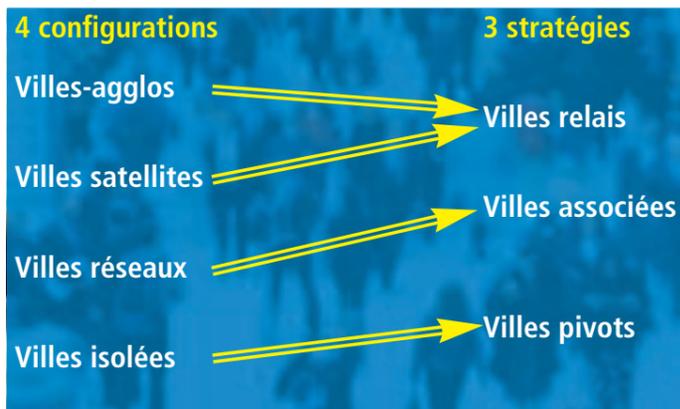
L'exemple de l'hôpital de La Mure

40 km de routes difficiles, dont la tristement célèbre Côte de Laffrey, séparent La Mure, de Grenoble. Mais la Mure ne compte plus que 5 000 habitants et, depuis la fermeture des mines d'anthracite, la commune connaît un déclin continu. Longtemps portée à bout de bras par les tuteurs, la situation conduisait tout droit à la fermeture de la chirurgie au début des années 2000, par manque d'activité après celle de la maternité en 1997, pour les mêmes raisons, sans contreparties ni pour l'emploi local ni pour la population. La signature d'une convention de direction commune avec le CHU de Grenoble en 2002, semble avoir inversé l'évolution : 6 postes de médecins, 9 d'infirmières, 13 d'aides-soignantes, ouverture d'un service de SSR, salle de rééducation, consolidation et maintien des urgences d'après le maire, Fabrice Marchiol, acteur de ce redéploiement, interrogé quatre ans après. Le CHU aussi y trouve son compte comme le souligne son directeur, Jean Debeauvais : « Cette convention de direction commune représente une expérience inédite pour le CHU de Grenoble. Le directeur délégué, qui est en permanence sur le site de La Mure, vient à notre réunion de direction hebdomadaire. Il bénéficie de l'expertise de notre équipe, notamment s'il rencontre un problème de gestion des ressources humaines ou financier. L'appui du CHU ne porte pas que sur la coopération médicale : il peut aussi se traduire, comme récemment, par un soutien en termes de système d'information. La difficulté essentielle a été d'inciter les praticiens à se déplacer sur La Mure, mais l'organisation, qui repose sur le volontariat et un système de primes, fonctionne bien. Le travail en réseau et ce type de partenariat entre de toute façon dans notre rôle de pôle régional. »

(Témoignages dans la Gazette Santé-Social, n°17, mars 2006)

dérablement modifié la géographie. Longtemps limité à la ville-port, trait d'union avec la Métropole, un réseau urbain s'est développé dessinant des chapelets de villes moyennes qui, du fait de leur proximité, auraient vocation à développer des établissements réellement complémentaires, faisant contrepoids à des capitales engorgées.

Peu d'opérations de regroupement de grande ampleur entre deux villes moyennes ont déjà vu le jour. Elles concernent plutôt de petites villes ou des reconstructions consécutives à





des rapprochements public-privé. Certaines cependant sont engagées, l'une des plus emblématiques est certainement celle de la construction de « l'hôpital Médian » entre les villes de Belfort et de Montbéliard ».

• **La ville pivot**, garante de la continuité territoriale des soins contre les tendances à l'œuvre, ce qui doit être défendu collectivement pour les villes moyennes isolées dans un environnement rural.

Pour les 113 villes isolées qui, redisons-le, représentent la moitié des villes moyennes de France, desservent dans leurs territoires de santé, 17,4 millions d'habitants, soit 28% de la population française, répartis sur plus de la moitié de la superficie de la France, le rôle

pivot du service de santé doit être affirmé. Ces villes exercent une responsabilité sanitaire toute particulière et la Nation doit être responsable vis-à-vis d'elles. C'est une exigence de continuité du service public. Sauf à vouloir non pas aménager le territoire mais le déménager, leur activité doit être maintenue car il y va du respect du principe d'accessibilité. Égalité d'accès, égalité de traitement et continuité du service sont les principes qui régissent en effet le service public hospitalier.

Dans ces villes, une première étape, qui n'est certes pas la plus facile, passe souvent par la fin de la concurrence entre les établissements publics et privés et le respect de l'exécution dudit service public qu'il le soit par les cli-

Le nouvel hôpital de la région d'Annecy



© Olivier Suard - 2005 - villemediane.org

niques privées, dans le cadre de contrats de concession de service public ou par les hôpitaux. Ceci donne une responsabilité particulière aux ARH pour que soit respecté l'accès de tous au secteur de soins conventionné. Au-delà, l'avenir de ces établissements, nécessaires à l'équilibre et à la cohésion territoriale passe par une attractivité retrouvée qui demande diverses formes d'investissements matériels et immatériels. Elle passe aussi par des coopérations instituées avec les établissements des grandes villes pour assurer la fluidité des parcours de soins de leurs habitants lorsque leur pathologie commande un accès aux plateaux spécialisés. A l'inverse, tout devrait être fait pour que les métropoles n'aient pas à accueillir des patients pouvant être pris en charge par les plateaux techniques de ces villes pivots.

Sans doute objectera-t-on à cette stratégie son côté « part du feu » mais elle est réaliste et repose sur l'idée que si tout n'est pas possible partout, tout n'est pas non plus impossible partout et y est même souvent nécessaire. C'est une stratégie qui suppose une ambition collective, des villes moyennes et de leurs élus bien sûr, des médecins de ces territoires et des citoyens-patients aussi. Mais cette stratégie suppose en plus une ambition qui soit partagée par tous en France, une stratégie qui consiste à s'élever au-dessus de soi pour embrasser tout le territoire de la France. Contre les forces de concentration particuliè-



L'intérieur de l'hôpital Pierre-Bérégovoy de Nevers inauguré en 2003

rement puissantes qui sont à l'œuvre, elle est la seule stratégie gagnante à condition qu'elle soit collective. Compte tenu de la rapidité spectaculaire avec laquelle ces forces de concentration s'exercent, cette stratégie doit être adoptée sans délais.

Les auteurs du rapport

Sandrine HAAS

Docteur en Économie, Sandrine Haas a travaillé six ans au Commissariat Général du Plan où elle a coordonné des travaux d'études sur l'innovation, les entreprises et le développement régional. Elle a été rapporteur de plusieurs groupes de concertation et d'évaluation des politiques publiques dans ces domaines. Parallèlement à ces fonctions, Sandrine Haas a participé à divers exercices de prospective tels que les "Technologies Clés" et le Groupe de Prospective Entreprises et Territoires de la DATAR au nom du Commissariat Général du Plan. Maître de conférence associé à l'Université de Paris XI elle a animé pendant plusieurs années le DESS "Entreprise et marchés européens".

En 2002, Sandrine HAAS a quitté ces différentes fonctions pour fonder une société de Conseil, la Nouvelle Fabrique des Territoires, qu'elle dirige depuis. www.nft.fr Il s'agit d'une société d'expertise et d'étude sur l'aménagement sanitaire des territoires et l'évaluation territoriale des politiques publiques. Elle réalise des missions d'accompagnement de projet de santé des territoires avec les élus, des missions d'assistance à l'élaboration de projets territoriaux avec les grands établissements de santé comme les CHU, des missions d'évaluation avec les ARH, des études et animations de groupes de réflexions à l'échelle nationale sur l'aménagement sanitaire et territorial avec la Diact. La Nouvelle Fabrique des Territoires s'attache à répondre de façon singulière aux problématiques de la santé sur les territoires en faisant la synthèse d'analyses statistiques qu'elle conduit elle-même, de recueil bibliographique, de débats publics, et d'auditions d'experts.

Emmanuel VIGNERON

Professeur d'aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier, Emmanuel Vigneron a été Directeur Scientifique du Groupe de Prospective Santé et Territoires de la DATAR (1998-2003), Secrétaire National de l'Association des anciens auditeurs de l'Institut des Hautes Etudes de l'Aménagement et du Développement Durable des Territoires. Il est aujourd'hui Conseiller Scientifique de la Diact, Conseiller scientifique de la Fédération Hospitalière de France. Il est également membre du Haut Conseil de Santé Publique pour lequel il participe aux travaux de la commission « évaluation, prospective et stratégie ». Il est l'auteur de plusieurs dizaines d'ouvrages et d'articles dans le domaine de la santé, de l'aménagement du territoire et de l'analyse statistique.

Engagé dans l'action de terrain, Emmanuel Vigneron a participé à l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire dans plusieurs régions, et a contribué à la conception de programmes d'allocation des ressources médicales pour le compte de divers organismes. Il a beaucoup œuvré pour promouvoir la dimension géographique de l'organisation des services publics. En matière de santé, il a introduit la notion de « Bassin ou de Territoires de Santé » aujourd'hui adoptée par tous et définie par la loi. Plus qu'une notion théorique, il lui donne corps en aidant les élus à l'échelle régionale ou locale à participer aux projets médicaux de territoires et à prendre toute leur place dans les instances de concertation des politiques de santé.

La FMVM

Association créée en 1988, présidée par Bruno Bourg-Broc, maire de Châlons-en-Champagne, la Fédération des Maires des Villes Moyennes (FMVM) regroupe les maires des villes centre dont la population est comprise entre 20 000 et 100 000 habitants ainsi que les présidents des intercommunalités à fiscalité propre qui intègrent une ville moyenne.

La FMVM identifie et étudie les spécificités des villes moyennes et de leurs agglomérations, pôles d'équilibre entre les métropoles régionales et les territoires ruraux. Les villes moyennes et leurs intercommunalités sont des lieux de convergences et de mobilisation des énergies urbaines et rurales, où la qualité de vie constitue un facteur fort d'attractivité.

Organe de réflexion et de conseil, elle est une force de proposition pour la défense et la reconnaissance des villes moyennes et de leurs intercommunalités. Paritaire dans ses instances de décision, la FMVM compte aujourd'hui 170 maires et présidents adhérents.

Le Conseil d'Administration de la FMVM

Conseil d'administration du 15 mars 2006

Président	Bruno BOURG-BROC, maire de Châlons-en-Champagne
Président délégué	Christian PIERRET, maire de Saint-Dié-des-Vosges
Vice-Présidents	Gilles BOURDOULEIX, député-maire de Cholet François D'AUBERT, maire de Laval Pierre REGNAULT, maire de La Roche-sur-Yon Emile ZUCCARELLI, maire de Bastia
Secrétaire	Philippe BONNECARRERE, maire d'Albi
Secrétaire-adjoint	André BILLARDON, maire de Le Creusot
Trésorier	Gilbert LEBRIS, député-maire de Concarneau
Trésorier-adjoint	Arsène LUX, maire de Verdun
Membres	Joël BATTEUX, maire de Saint-Nazaire Alain BAUDIN, maire de Niort Alain CALMETTE, maire d'Aurillac Alain COTTALORDA, maire de Bourgoin-Jallieu Jean-Patrick COURTOIS, sénateur-maire de Mâcon Louis FEUVRIER, maire de Fougères Guy FERREZ, maire d'Auxerre Jacques GODFRAIN, député-maire de Millau Jacques LEGENDRE, sénateur-président de la CA de Cambrai Franck LEROY, maire d'Épernay Jean-Michel MARCHAND, maire de Saumur Bertrand PANCHER, député-président de la CC de Bar-le-Duc Martial PASSI, maire de Givors Rémi PAUVROS, maire de Maubeuge Jean-Jacques PIGNARD, maire de Villefranche-sur-Saône Jacques REMILLER, député-maire de Vienne Franck REYNIER, député-maire de Montélimar Christine ROIMIER, maire d'Alençon

Les Villes Moyennes et leurs intercommunalités





5 rue Jean Bart - 75006 Paris

Tél. : 01 45 44 99 61

Fax : 01 45 44 24 50

Email : fmvm@villemoyennes.asso.fr

www.villemoyennes.asso.fr