

Pour une approche territoriale de la santé

**4^e livre blanc de l'APVF sur
L'offre de soins et les hôpitaux de petites villes**



Mars 2013

Editorial du Président

Il ya un peu plus de quatre ans en octobre 2008, l'Association des petites villes de France publiait pour la troisième fois un Livre blanc consacré aux petits hôpitaux, intitulé « les hôpitaux de petites villes une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire ». Ces dernières années, l'APVF avait été conduite à dénoncer une vision comptable des questions de santé, conduisant à des restructurations qui touchaient principalement les hôpitaux de petites villes.

Nous avons dénoncé les campagnes permanentes de dénigrement des petits hôpitaux et à affirmer – preuve à l'appui qu'ils n'étaient pas, bien au contraire, plus couteux que les grosses structures.

Nous avons été ainsi amenés à nous positionnés de façon constructive sur la réforme hospitalière conduite par le précédent gouvernement qui a donné lieu à la mise en œuvre de la loi HPST (hôpitaux, patients, santé et territoires) qui a profondément modifié la gouvernance hospitalière. Nous avons à l'époque fait preuve d'un esprit constructif mais vigilant affirmant que les « communautés hospitalières de territoire » instituées par la loi pouvait être la pire où la meilleure des choses. Nous avons en effet depuis toujours été favorables à la coopération inter hospitalière pour peu que celle-ci ne s'apparente pas à une disparition programmée des petites structures et qu'elle intègre réellement le petit hôpital dans le parcours de soins.

C'est désormais d'une nouvelle approche des questions de santé et de l'offre de soins dont nous avons besoin.

Certes, notre pays continue de disposer d'un des meilleurs systèmes de soins du monde. Néanmoins, les inégalités territoriales ont continué de se creuser et de nouvelles fractures territoriales apparaissent des déserts médicaux menacent de s'étendre avec une évolution très défavorable de la démographie médicale.

Le Gouvernement a pris conscience avec le Pacte territoire-santé de la gravité du problème. En octobre 2012, le Président de la République s'est engagé à garantir un accès à des soins urgents en moins de trente minutes. Là est bien le nœud du problème : la politique de santé doit concourir à l'égalité des territoires et nous devons passer à une logique de territoire et faire prévaloir la subsidiarité. Tel est l'objet de ce quatrième livre blanc : proposer les voies et les moyens d'une approche territoriale de la santé donnant toute leur place aux petits hôpitaux, en les intégrant dans un parcours de soins cohérent. Ces questions sont devant nous. Elles dessinent peu où prou le modèle de société dans lequel nos concitoyens veulent vivre.

L'APVF apporte ainsi sa contribution à la rénovation de notre système de santé.

Martin Malvy
Président de l'APVF
Ancien Ministre
Président de la région Midi-Pyrénées

1. Pour une gouvernance de la santé en phase avec la décentralisation

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a commencé à réaffirmer le lien entre a politique de santé, patients et territoire, en promouvant les parcours de santé et a donné lieu à des avancées positives, telles que les Communautés hospitalières de territoire. Un long chemin reste à faire pour poursuivre le décloisonnement inabouti des approches et la rénovation de la participation des élus locaux à la politique publique de santé.

1) Un Etat porteur d'une vision transversale de la santé

Dans une période où la maîtrise de la dépense publique est plus nécessaire que jamais, il est important que l'action de l'Etat soit réformée pour être la plus efficace possible.

a) Passer à une vision intégrée de la santé, de l'action sociale et du soutien à l'innovation

Comparé à d'autres, le système de santé français est aujourd'hui un relatif succès en termes d'indicateurs : 95 % de la population française se situe à moins de 15 minutes des soins de proximité (Source DREES, n° 764). Toutefois, de nombreux rapports ont mis en évidence les défauts de l'approche actuelle: absence de liens entre secteur social et sanitaire ; prise en charge hospitalo-centrée ; faiblesse de la coordination entre professionnels libéraux ; recours insuffisant au maintien au domicile, etc. Il faut d'avantage avancer vers la prise en charge globale de la personne et donner un fort contenu à la notion de parcours de santé.

b) Encourager la logique de projets plutôt que des logiques administratives

La loi HPST a franchi un pas en permettant à plusieurs niveaux de garantir que les décisions soient plus concertées. Cette logique doit être poursuivie. **La mobilisation générale autour d'une politique dont le contenu se diversifie** – soins, santé publique, enseignement, recherche, gestion - **exige que les choix soient pris de manière concertée**. Les services de l'Etat se sont d'ailleurs fait l'écho de cette nécessité dans le *Guide de cadrage méthodologique de l'évaluation des politiques publiques partenariales 2012*.

Le fonctionnement des Agences régionales de santé (ARS) peut encore progresser vers une meilleure prise en compte des différents enjeux.

- Dans la définition de la politique publique, **le lien des directeurs d'ARS avec le ministère doit être complété par un lien plus resserré avec le Préfet de Région**. Les directeurs d'ARS sont aujourd'hui sous la hiérarchie directe du Ministère de la santé. Cela ne favorise pas une approche plus transversale au niveau régional, qui est pourtant l'échelon local de référence pour la définition de la politique publique.
- Dans l'organisation interne, les ARS ne doivent pas seulement être des centres de commandement, ils doivent également **être une administration ressource**. A l'image des Directions départementales des territoires et de la mer dans le domaine de l'urbanisme, les ARS doivent développer leurs capacités d'appui et d'ingénierie au service des petits établissements qui en éprouveraient le besoin, notamment dans la constitution de partenariats publics-privés.

La démarche de modernisation de l'action publique (MAP) est un vecteur de **changement** qu'il faut saisir pour faire évoluer le rôle des ARS vers une approche plus souple.

Pour mieux faire connaître les services proposés, il serait bon d'améliorer la communication des services de l'Etat. S'agissant des ARS, il est indispensable qu'elles soient à la fois en capacité d'expliquer en amont les moyens qu'elles mettent à disposition d'un territoire pour accompagner ses projets et la plus value que les acteurs de terrain peuvent attendre de sa part.

Par ailleurs, le paysage réel de l'action de l'Etat dans le domaine sanitaire et social réunit de nombreux autres acteurs. **Les caisses de sécurité sociale,** aujourd'hui identifiées comme seules instance de contrôle, doivent augmenter la dimension pédagogique de leurs prestations à l'égard des professionnels de santé et de la population, afin que leur rôle de facilitateur des projets territoriaux soit mieux perçu.

c) Connaître pour décider : ouvrir l'accès aux données aux partenaires de l'Etat sur la santé

L'APVF estime également que le partage de l'information dont disposent les services de l'Etat est nécessaire. Si, comme en augure le principe du « Pacte de confiance », la prise de décision en matière de santé sur les territoires doit être partagée avec les élus, alors, le diagnostic qui ouvre sur ces décisions doit lui aussi être partagé.

Etablir des diagnostics partagés, c'est permettre aux décideurs de jouer leur rôle sur une vision consolidée des interventions, des moyens mis en œuvre par rapport aux objectifs. C'est leur permettre de défendre des positions construites et responsables.

Ceci est d'autant plus important que l'impact des mutations démographiques en cours sur la structuration de la santé et les montants d'investissement en jeu interdisent tout amateurisme dans la prise de décision. Or, la rédaction des derniers Projets Régionaux de Santé (PRS), particulièrement longue, a révélé une faiblesse des outils nationaux d'observation et a établi une certaine méfiance de publics pourtant avertis.

Partager les données de la politique de santé dans un esprit de transparence

Dans les autres domaines touchant à l'aménagement du territoire (numérique, transports, grandes infrastructures), l'Etat partage avec les élus locaux partenaires les informations. Il doit en être de même pour la santé, dans un esprit de transparence du système.

L'APVF considère importante **la réactivation des observatoires,** tel celui des recompositions hospitalières.

Quant aux agences d'expertises nationales, à l'instar de la Haute Autorité de Santé, elles doivent renforcer leurs champs d'intervention en cohérence avec les objectifs de terrain.

2) Une gouvernance locale qui garantisse l'égal accès des territoires aux services de santé

Le gouvernement a annoncé un changement de méthode par le « pacte de confiance ». Une réforme de la gouvernance, qui concerne tant l'Etat et son rôle que les collectivités locales et la place de leurs élus, est indispensable.

a) L'Etat, animateur du dialogue au niveau national

L'Etat doit ouvrir les discussions sur l'ensemble des sujets avec les fédérations d'élus et de professionnels. Les instances thématiques actuelles doivent bien entendu continuer de fonctionner, mais il faut pouvoir aborder la santé dans des instances plus largement dédiées à l'aménagement du territoire.

Mettre la santé au débat au sein du Haut Conseil des territoires

Le Haut Conseil des territoires doit pouvoir évoquer, dans l'une de ses formations spécifiques, le sujet de l'égal accès des territoires à la santé.

Redéfinir et renforcer la place des élus locaux dans les dispositifs de suivi de l'emploi des professionnels de santé et médico-sociaux justifie pour l'APVF d'une concertation rapide. Les 12 engagements gouvernementaux de lutte contre les déserts médicaux peuvent parfaitement permettre de modéliser la démarche.

b) Etablir des dispositifs de concertation avec les élus au niveau régional

Les élus, connaisseurs irremplaçables des mutations de leur territoire, déjà très engagés dans des investissements d'accueil des populations et des professionnels, **doivent pouvoir** exercer une plus grande influence sur les politiques de la santé, fussent-elles conduites par l'Etat.

L'APVF apprécie au premier chef **le renforcement des pouvoirs des futurs « conseils d'établissement »**, **que préconise le rapport Couty** : *les élus y retrouveraient toute leur place*. L'APVF approuve la proposition de leur redonner un rôle délibératif fort : *délibérer sur toutes les questions stratégiques, patrimoniales et de stratégie financière sur le moyen et le long terme, ainsi que sur les projets d'établissements, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et le règlement intérieur*. Il est également souhaitable que le Conseil d'établissement puisse avoir un droit de regard sur le recrutement des médecins.

Au-delà de leur participation aux conseils de surveillance dans les établissements qui les concerne directement, les élus doivent pouvoir **mieux veiller à la définition de la politique de santé à l'échelle régionale**. **Les élus sont déjà membres des Conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA)**. Ces conférences sont utiles à un dialogue précis des élus avec le directeur de l'ARS et doivent être maintenues. Toutefois, il manque une instance où la politique de santé soit observée dans une dimension plus politique.

Débattre du Projet régional de santé en Conférences territoriales de l'action publique

Dans leur configuration en présence du Préfet, les CTAP doivent permettre de dialoguer avec l'Etat, de la cohérence du Projet régional de santé avec les autres orientations en matière d'aménagement du territoire. L'APVF suggère en particulier **que le Projet régional de Santé soit présenté par l'ARS et débattu en CTAP avant adoption.**

Enfin, si les élus doivent être associés à la définition des projets au niveau régionaux, ils doivent également être représentés dans les dispositifs de suivi de l'emploi des professionnels de santé et médico-sociaux. Il conviendra notamment de contribuer à la demande d'opposabilité des Schémas régionaux des formations sanitaires et sociales (SRFSS).

2. Des mesures pour aller vers des territoires de santé

« La France se trouve dans la situation paradoxale de n'avoir jamais compté autant de professionnels de santé en exercice et dans le même temps de voir se multiplier le nombre de territoires, ruraux ou urbains, dépourvus d'offre médicale.

Cette raréfaction du nombre de médecins de proximité se double, en zone rurale d'une difficulté croissante à recruter des praticiens dans les établissements hospitaliers, cette situation engendrant dans certains départements, la quasi-disparition de certaines spécialités médicales ou chirurgicales, et parfois l'impossibilité de faire fonctionner plateaux techniques et blocs chirurgicaux.

Or, les jeunes générations de médecins, déjà réticentes à exercer la médecine générale en milieu rural et semi-rural du fait de leur formation très hospitalo-centrée, ne conçoivent pas aujourd'hui de soigner leurs patients sans le recours à des consultations spécialisées [pour confirmer leurs diagnostics] ».

Source : L'hospitalisation à domicile : une mission de service public au domicile des malades, Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD), juin 2012.

1) Redonner aux hôpitaux de petites villes les moyens mieux de fonctionner

«L'hôpital a été soumis à des réformes sans cap, il a perdu ses repères et le sens de sa mission, et le voilà face à une absence de perspectives, autres qu'une politique technocratique de maîtrise des dépenses».

Edouard COUTY in « Réforme de l'hôpital : les médecins regagnent du terrain », *Libération* 13/01/2013.

Des remèdes d'urgences doivent permettre aux hôpitaux de petites villes de ne pas fermer, dans l'attente d'élaborer un nouveau modèle de financement qui valorise à leur juste mesure leur rôle de service public.

a) L'urgence : recenser les investissements de sécurité indispensables

Étendre la durée de validité des actuels SROS le temps de leur évaluation

Depuis qu'ils se sont ouverts à la médecine ambulatoire et que le lien a été fait avec les Projets régionaux de santé (PRS), **les SROS (schémas régionaux d'organisation des soins) ont gagné en pertinence. Cependant, les retours du terrain montrent qu'ils restent en réalité de simples outils de gestion plutôt que de projet**, davantage administrés sous l'angle de la délivrance des autorisations et rythmés par des outils financiers. Il est difficile de suivre avec une vue d'ensemble les évolutions de l'offre (les recompositions, les suppressions de services) et, a fortiori, d'en avoir une vision en terme de service rendu, et non pas de seules statistiques. Il importe donc de poursuivre la mise au point de cet outil afin d'en faire des schémas de planification.

L'APVF demande une évaluation des SROS avant tout renouvellement

Une évaluation des SROS et le partage du diagnostic avec les élus est nécessaire. Il s'agit de traduire le pacte de confiance avec les élus et d'engager une « démocratie sanitaire ». Cela serait opportunément l'occasion de pouvoir mesurer avec sérieux et transparence l'engagement réel des acteurs de terrains déjà installés et leurs capacités à entreprendre.

A partir de là, l'APVF considère que certaines règles peuvent utilement évoluer.

Dans les plus petits établissements sanitaires et médico-sociaux, construire un programme réaliste de remise à niveau

Il est vain de promouvoir les maisons ou les pôles de santé si les structures sanitaires ou médico-sociales restent insuffisamment sécurisées. Un bilan régional, consolidé au niveau national est la première étape du traitement de ce problème. En ce qui concerne la programmation, il reste à construire dans chaque région un plan de remise aux normes, établissement par établissement, territoire par territoire.

Informatiser et mettre en réseau le fonctionnement des petits établissements

Aider au rattrapage des retards d'investissements informatiques devient une nécessité car **toutes les tentatives de travail** en réseau, de mutualisation de gestion, de coopération institutionnelle, de bonnes pratiques et de respect des droits des malades **achoppent devant l'absence de systèmes d'information partagés**, ou pire, devant le financement de systèmes volontairement étanches au partage d'information. Le Pacte de confiance pour l'hôpital (dit « Rapport Couty ») en souligne l'intérêt.

b) L'ambition : donner aux petits hôpitaux de meilleures conditions de fonctionnement

En finir avec un mode de financement calibré sur le volume d'activité

Les modes de financement de la « tarification à l'activité » (ou T2A), institué par la loi HPST, doit être remis en question. En effet, en calculant le financement des hôpitaux uniquement en fonction du volume d'activité, **ce système** n'est pas en phase avec la réalité d'un établissement. Non seulement, il **condamne par nature les petites hôpitaux, dont les frais de structures pèsent plus lourdement sur le budget, mais il ne sanctionne en rien la qualité du service rendu sur le territoire** de rayonnement des hôpitaux. La Cour des comptes, dans son rapport 2013, donne même le chiffre couperet : en dessous des 5 000 actes par ans, un petit établissement ne peut pas atteindre l'équilibre financier.

Il est d'autant plus nécessaire de mettre un terme à cette logique qu'**elle condamne non seulement l'activité présente mais également toute possibilité d'activité nouvelle**. Aucune autorisation d'activité n'est aujourd'hui délivrée à un établissement dont le faible volume d'activité plombe déjà les comptes. Pourtant, les besoins de certains territoires ruraux appellent à la création de nouvelles filières : combien de petits établissements mériteraient pourtant d'accueillir une nouvelle unité dédiée à la gérontologie ?

Fermetures de services et tarification à l'activité : effet ciseaux pour le Centre hospitalier de Moissac (12 300 habitants, Tarn-et-Garonne)

*Le Centre hospitalier de Moissac a vu fermer plusieurs de ses services dans les dix dernières années : maternité en 2003, soins continus en 2012, fin de la permanence des soins la nuit, autorisation pour le soin du cancer supprimée. Ces fermetures ont mécaniquement fait chuter le nombre d'interventions. Or, à la différence d'un Centre hospitalo-universitaire, l'hôpital de Moissac n'a pas pu rééquilibrer ses comptes grâce l'apport de services excédentaires. Parallèlement, le tarif des actes les plus classiques baissait. Dans ce contexte peu attractif, l'établissement a perdu en 2011 son chirurgien permanent, parti avec le concours de l'Agence régionale de Santé.
Source : Centre hospitalier de Moissac.*

Une dotation minimale de fonctionnement pour les petits établissements

La piste d'une diversification des ressources des hôpitaux est évoquée par l'idée de « forfaits budgétaires » dans le « Rapport sur le pacte de confiance pour l'hôpital public », dit « rapport Couty ».

Pour les petits établissements qui sont réellement menacés de perdre leur autorisation au motif que l'activité ne génère pas assez de ressources, **l'APVF recommande de leur proposer une « dotation minimale de fonctionnement »**. Cette dotation serait destinée à couvrir une partie de leurs coûts fixes (notamment le coût de l'administration), afin de pouvoir dégager par ailleurs des marges de manœuvres.

Envisager des formes de soutien particulières pour les territoires en situation de fragilité

Le gouvernement s'est engagé aujourd'hui dans une réflexion de fond sur l'évolution des conditions de financement des établissements et des acteurs de la santé. Cette réflexion doit être poursuivie, mais la désertification médicale doit être enrayée dans les zones les plus critiques le temps que cette réforme voie le jour.

Dans une logique d'égalité des territoires, L'APVF propose que certains établissements isolés, où la tarification à l'activité est particulièrement injuste au regard du service rendu, bénéficient d'un dispositif particulier.

Débloquer des enveloppes de continuité territoriale et de cohésion sociale

L'APVF propose que les ressources des hôpitaux des territoires les plus éloignés soient complétées par une attribution de Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), sur la base de critères objectifs et partagés.

Ces critères pourraient être :

- **l'éloignement des autres centres de soins de niveau supérieur**, sur la base du « kit d'analyse des disparités d'accès aux soins » DREES/INSEE afin de pouvoir distinguer les établissements jouant un rôle de continuité territoriale du service public
- **l'analyse médico-économique des filières** de prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.
- **L'analyse des investissements propres à anticiper l'avenir** dans ces établissements.

Penser les investissements en faisant des petits hôpitaux un des maillons des filières de soins

Les hôpitaux de petites villes ne sont qu'un des éléments de la chaîne de l'offre de soins. Les investissements doivent également y être programmés pour en faire **les pivots de la santé qu'ils doivent être**, recevant des patients adressés par les spécialistes et renvoyant efficacement vers d'autres structures spécialisées ou les CHU/IHU les cas qui le nécessitent.

L'APVF salue les initiatives récentes visant à **moderniser et à décloisonner les établissements** : le programme « Hôpital numérique », la création du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

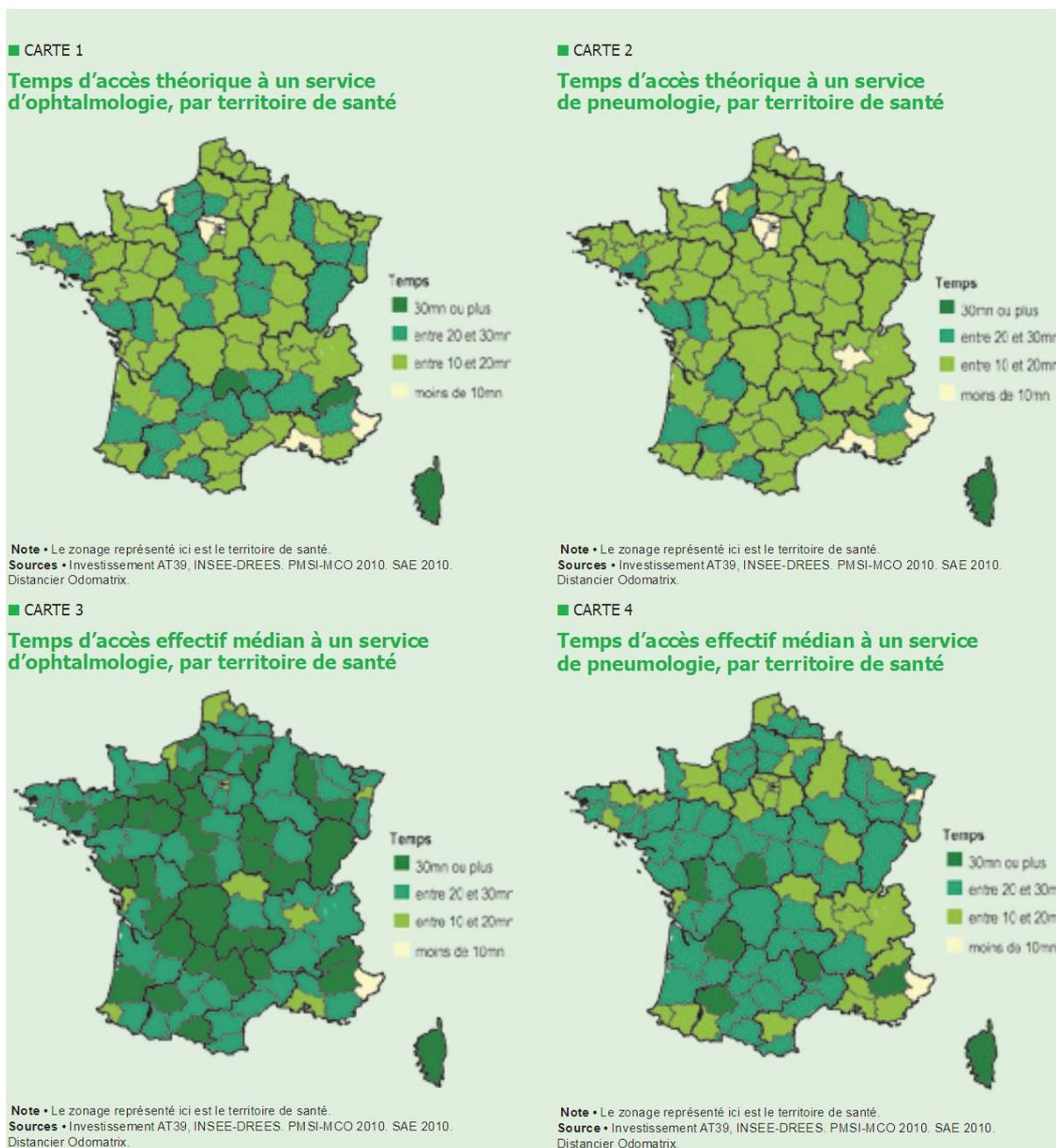
L'APVF met en avant **plusieurs chantiers nécessaires à la performance des hôpitaux de petites villes : rendre évolutive leur capacité** (élargir les types de prise en charge lorsque nécessaire ou développer des hébergements provisoires). L'APVF le partage des locaux, ou la modularité des sites et leur durabilité, soit observé afin d'optimiser l'utilisation des sites.

L'APVF insiste également sur l'intérêt de déployer les solutions de télésanté dans les secteurs où la méthode aura été éprouvée à l'hôpital, mais également chez les professionnels libéraux, afin de limiter les déplacements de patients. Les systèmes d'information mutualisés doivent devenir un outil incontournable pour l'orientation des patients.

2) Bâtir une offre de soins intégrée, du domicile à l'hôpital de grande ville

Les habitants des territoires enclavés ou éloignés des grands centres urbains subissent une double-peine : le départ de leur médecin de famille qui n'est pas remplacé, et la fermeture de services d'hôpitaux de petite ville. L'APVF considère que les méthodes utilisées à ce jour ne répondent pas efficacement à cette désertification médicale. L'APVF souhaite que le bon sens puisse de nouveau présider aux décisions en matière d'offre de soins : le parcours d'un patient débute à son domicile et doit, autant que possible, se poursuivre à proximité.

Différence entre les temps d'accès effectifs et théoriques : deux exemples.

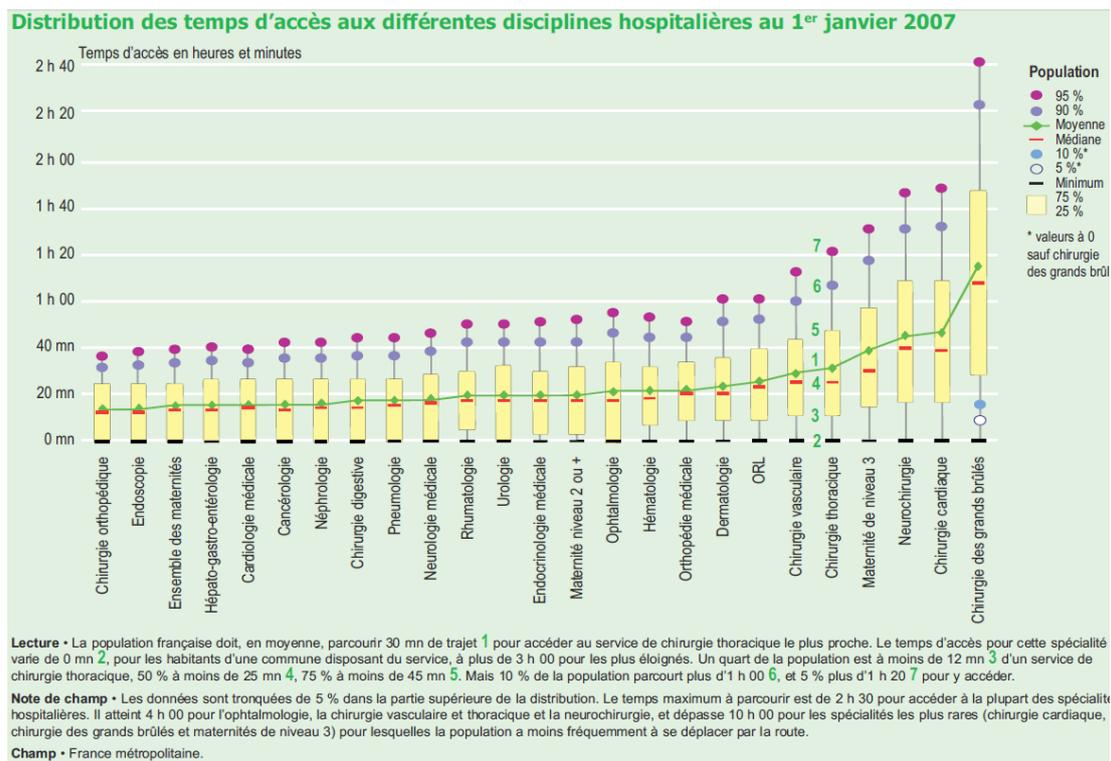


Source : DREES n° 794, mars 2012.

a) L'urgence : mettre fin à la réduction de l'offre de soins dans les territoires

Instaurer un moratoire sur les fusions d'établissements sanitaires et médico-sociaux contestées

Certaines fusions, en particulier d'établissements publics et de cliniques privées, sont une réponse pragmatique à la réduction de la « patientèle » et à la raréfaction de l'argent public. D'autres fusions se font cependant en dépit du bon sens ou de manière brutale. Or, c'est à partir des hôpitaux locaux qu'une offre de santé peut se maintenir dans les zones isolées. Le principe de continuité du service public imposant qu'ils soient maintenus.



Source : DREES, n°764, juin 2011.

L'APVF demande un moratoire dès le premier semestre 2013 sur les fusions non abouties et les déclassifications d'établissement contestées par les élus. Chacun connaît en outre le coût de fusions qui échouent, lorsque leur initiative relève du dogmatisme plutôt que du pragmatisme.

Evaluer l'ampleur et les conséquences du mercenariat médical

Très rares sont les élus de petites villes à ne pas avoir rencontré de médecins arrivés et repartis dans un temps relativement court, qu'ils soient libéraux ou salariés de petits hôpitaux. Beaucoup de maires ont constaté de leur part un très faible investissement général de ces médecins « volants » dans leurs renvois vers d'autres professionnels, sans parler de leur faible capacité d'inscription dans les projets d'avenir du territoire.

L'APVF demande une enquête nationale sur les pratiques de recrutement et d'emploi et sur la plus value de leur présence dans les territoires. Elle demande, **si nécessaire, des mesures de correction.**

b) L'ambition : enrayer la progression du « désert médical » en passant d'une logique de structures à une logique de « filières de santé territorialisées »

Par nécessité d'organisation, le système de santé français s'est organisé autour de la gestion des ressources structure par structure, dans le but de répondre à une catégorie de besoin précise et dont le périmètre est strictement limité. **Cette gestion par les ressources freine la capacité de notre système à apporter une réponse transversale aux besoins des patients et évolutive.**

Définir les différents niveaux de territoires concernés (territoire de proximité, territoire de santé, région et inter-région) et le positionnement des différents acteurs sur ces territoires.

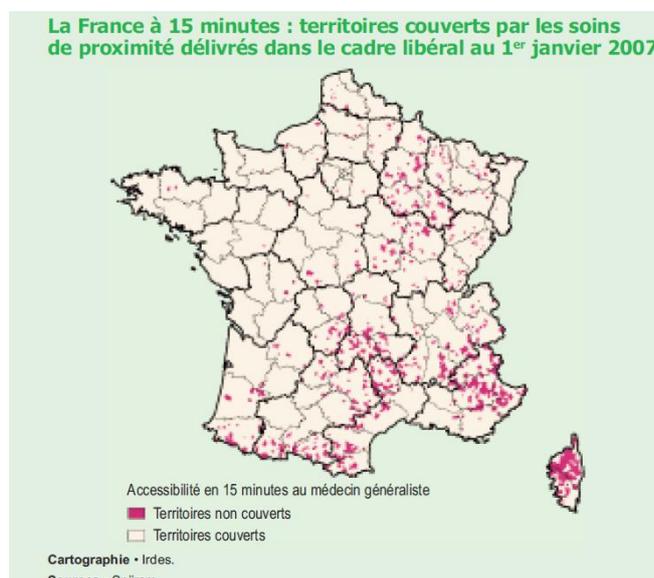
Source : Pacte de confiance pour l'hôpital (dit Rapport Couty), février 2013.

Reconnaître la place des entourages familiaux dans les prises en charge sanitaires et sociales et créer un statut des aidants familiaux.

Le modèle de soins fondé sur le déplacement du patient vers les soins a trouvé ses limites. Trop souvent, il génère de l'inefficacité, des surcoûts liés au déplacement, quand il ne génère tout simplement pas une privation de l'accès aux soins pour les plus démunis ou les plus âgés. Raisonner à partir du domicile revient à réfléchir fondamentalement aux conditions de vie de nos concitoyens qu'il s'agisse de personnes nécessitant une prise en charge ou de leur famille.

A titre d'exemple, les aidants familiaux, dont le rôle est très souvent fondamental dans l'accompagnement, ne disposent d'aucun statut, défini sinon reconnu, et cette situation devrait évoluer.

Instaurer enfin une véritable régulation de l'installation des médecins généralistes et spécialistes



Trois régions sont plus affectées que les autres : la Corse, l'Auvergne et Champagne-Ardenne, avec respectivement 11 %, 1,5 % et 2% de la population habitant à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste.

Pour ces populations se pose un vrai problème d'accès, et des solutions innovantes et spécifiques, tant sur les plans de l'organisation que du financement, sont nécessaires si l'on veut leur garantir un service de soins équitable.

Source : DREES, n°764, juin 2011.

Avec le « plan de lutte contre les déserts médicaux » de décembre 2012, le gouvernement a proposé un premier niveau de réponse avec **l'annonce de 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013**, la permission donnée aux ARS de signer des conventions avec les établissements hospitaliers, la mise à disposition de médecins salariés exerçant de manière ambulatoire dans les territoires plus fragiles ou encore l'extension des stages de médecine générale. **L'APVF accueille l'idée du « praticien territorial » avec intérêt, et souhaite que la piste du salariat soit explorée.**

L'APVF craint nonobstant que **ces mesures spécifiques n'aient pas l'ampleur requise pour répondre au besoin exprimé dans les territoires. L'APVF n'hésitera alors pas à demander dès 2014 des mesures de régulation plus prescriptives.** L'APVF a en effet observé avec attention l'expression d'un certain nombre de rapports allant dans ce sens, en particulier le Rapport d'information du Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, dit « **Rapport Maurey** ». Les pistes du « conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation », de l'instauration d'une « **obligation de service pour les médecins spécialistes en début de carrière dans les zones particulièrement sous dotées** » ont **retenu l'attention des maires de petites villes.**

L'APVF accueille également favorablement la proposition de la Ministre visant à développer le travail en équipe (engagement n°5 du « plan de lutte contre les déserts médicaux »).

La Ferté-Bernard (72) : trois médecins municipaux

Confrontée comme de nombreuses communes au manque de médecins généralistes, la Ferté-Bernard (Sarthe, 10 000 habitants) a décidé de salarier elle-même des praticiens pour les inciter à venir exercer sur son territoire. Des annonces ont été passées, de nombreux médecins contactés, mais aucun d'eux ne souhaitait ouvrir son cabinet dans ce territoire au croisement de la Sarthe, de l'Orne et de l'Eure-et-Loir. La municipalité entreprend alors de proposer un statut de salarié au médecin acceptant de s'installer dans le centre de santé de la commune, équipé d'un secrétariat et du matériel nécessaire. L'initiative séduit immédiatement : de plus en plus demandeurs d'un statut protecteur, permettant notamment de mieux concilier une vie familiale, de nombreux médecins répondent à l'appel de la commune.

Le coût de l'opération s'élève environ à 150 000 € par an.

« La règle générale doit demeurer l'exercice libéral. Mais quand l'offre privée fait défaut, c'est à la commune de prendre ses responsabilités et d'assurer le service public », estime Jean-Carles GRELIER, Maire de la Ferté-Bernard.

Plutôt que les patients se déplacent individuellement, engageant des coûts importants et des difficultés d'organisation, **l'APVF suggère que soit encouragée la généralisation des équipes mobiles de territoire**, notamment en gériatrie, où les besoins sont importants sur tous les territoires.

Créer de véritables « filières de santé territorialisées »

L'APVF partage le constat de la FNEHAD : « **notre système de soins a laissé se développer une culture de l'isolement chez les professionnels de santé**, quand il aurait fallu développer un travail en équipe et des soins coordonnés ». Le résultat est là aujourd'hui : les médecins de proximité viennent à manquer et les professionnels gâchent leur expertise en pratiquant des actes qui auraient été exécutés avec plus d'habileté ailleurs, ou tout simplement plus proche du domicile.

Aujourd'hui, les critères de sélection en vue d'obtenir une autorisation d'activité sur un territoire font trop peu de cas de l'inscription ou pas du prestataire dans le territoire. **Il faut passer d'une logique de certification des structures à une logique de certification des « filières de territoires de santé ».**

A minima, l'APVF souhaite que soit mieux valorisée l'intégration des établissements dans leur environnement professionnel et territorial.

Réformer le système des autorisations d'activité pour favoriser l'organisation des établissements en « filières de santé territorialisées »

Il serait bénéfique de conditionner la délivrance d'autorisations d'activité aux seuls établissements acceptant de s'inscrire dans une « filière de territoire de santé » connectée, en réseau avec les opérateurs de santé du territoire.

Cette démarche serait bénéfique à plusieurs titres :

- Pour les patients, elle dégagerait une permanence des soins
- Pour les professionnels de santé, elle individualiserait les modes de prise en charge et augmenterait leur facilité d'accès
- Pour les financeurs, elle serait plus efficiente en termes de moyens et correspondrait certainement mieux à la démographiques et à la géographie.

Toutefois, l'APVF souhaiterait que la logique de filières de territoires soit poussée plus loin.

Expérimenter des « CPOM de territoire » (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens)

L'idée : favoriser l'émergence de véritables « filières de santé territorialisées » en orchestrant la cohérence des acteurs de la santé sur les territoires de santé.

L'outil : l'APVF propose de s'inspirer d'un outil existant et actuellement centré sur les seuls établissements - le CPOM - et de le transposer à l'échelle d'un « territoire de santé ».

Les acteurs associés à sa définition seraient les autorités de régulation, les élus, les professionnels des champs du sanitaire, du médico-social et du social.

Le processus

- Choisir le territoire d'expérimentation à partir du projet régional de santé et en fonction des volontés locales
- Partir des contrats locaux de santé (CLS) et du CPOM de l'établissement « pivot »
- Dessiner une nouvelle modélisation des parcours de soins de territoire à partir de l'évaluation du fonctionnement de filières de prise en charge structurées
- Tester de nouvelles règles de financement des professionnels et des établissements
- Former la population à l'utilisation d'un nouveau système de distribution des soins

Installer dans chaque territoire de santé des Comités d'éthique

Composés de professionnels d'établissement mais aussi de personnalités extérieures, permettant de donner aux débats le meilleur éclairage, ils s'imposent naturellement comme une conséquence de la réforme du système. Les comités d'éthique inter-hospitaliers, lorsqu'ils existent, peuvent favoriser cette dynamique.

3. Faire de la santé dans les territoires un vecteur de croissance

La santé a un rôle clé dans la dynamique des territoires périphériques. En fixant, parmi d'autres activités publiques et privées, un certain nombre d'actifs sur le territoire, elle permet d'enclencher une dynamique positive (revitalisation du bassin d'emploi, renforcement des centralités secondaires, offre culturelle, etc). Tout délaissement peut en revanche plonger ces territoires dans le cercle vicieux de la paupérisation des périphéries.

A ce titre, l'Etat et les collectivités locales ont la responsabilité de rendre plus attractifs les territoires sous-dotés et d'y permettre de vrais parcours pour les professionnels.

a) L'ambition de réformer la formation et l'accompagnement des professionnels dans le but de rendre les petites villes attractives

L'important renouvellement générationnel à venir des acteurs de santé doit être l'occasion d'accorder les programmes de formations avec les nouveaux objectifs de la politique nationale de santé.

Pour amener les jeunes professionnels dans les territoires sous-médicalisés, proposer de nouvelles formations valorisantes et fortes de débouchés

La formation est un levier pour contribuer à la dynamique des territoires, en particulier ceux en difficulté. En effet, ancrer les lieux de formation dans le territoire, en développant ses liens, permet d'apporter une réponse aux besoins du marché du travail et d'améliorer l'accès aux formations sur l'ensemble du territoire pour tous. Toutefois, **l'attractivité des instituts de petites villes ne se décrète pas.**

Pour que les futurs professionnels aient envie de venir au cœur des territoires, il faut permettre aux établissements de développer des projets stimulants et offrant des débouchés professionnels directs.

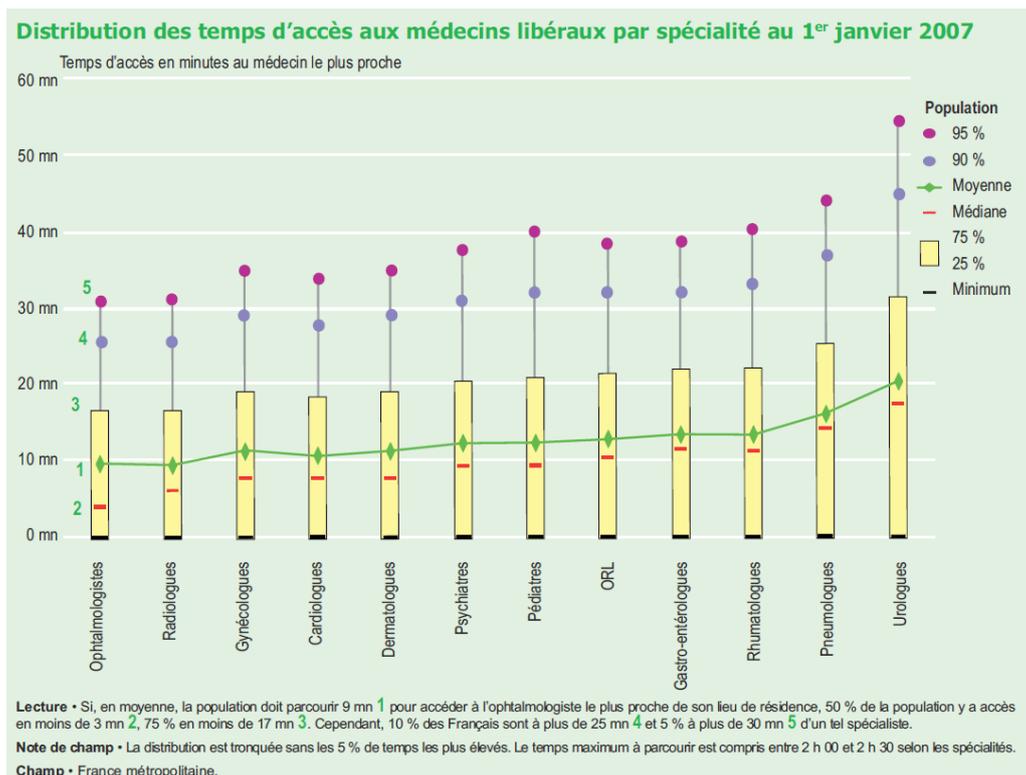
- **Les instituts de formation, en particulier en soins infirmiers, doivent participer au changement à venir dans l'exercice des « métiers ».** Les exemples de nouveaux métiers accessibles aux infirmiers abondent et des transferts d'actes ou activités vont vraisemblablement s'opérer entre les acteurs (suivi de personnes atteintes de pathologies chroniques, suivi de personnes âgées ou atteintes de pathologies dégénératives). Le raisonnement ne se limite pas aux infirmiers mais s'ouvre à l'ensemble des professionnels.
- **Les instituts de formation doivent pouvoir bénéficier des transferts de compétence**, élargir des activités des IFSI et IFAS au monde du social, et selon les besoins ponctuels à d'autres acteurs.

Ces nouvelles perspectives d'évolution vont également engendrer un impact dans l'organisation de la prise en charge dans les réseaux et au domicile des patients (plutôt concernés par les pratiques avancées).

Ces nouvelles formations sont d'ailleurs autant d'opportunité de rendre plus attractifs les parcours professionnels sur les territoires.

Pour fixer le personnel médical dans les territoires, permettre aux professionnels de se projeter dans un parcours individuel

Le gouvernement s'est à juste titre engagé dans la réflexion en faveur des professionnels libéraux et salariés d'établissement en proposant un dispositif de référent-installation et en développant le travail en équipe. Les propositions de la Ministre sur « le travail en équipe » sont encourageantes et seront observées avec attention par l'APVF.



Source : DREES, n°764, juin 2011.

Il faut aller plus loin dans l'accompagnement des professionnels ayant choisi d'exercer dans les zones sous-dotées. L'Etat doit donc faciliter leur capacité à être bâtir une carrière professionnelle dans un territoire.

Un correspondant d'installation dans chaque territoire

A ce titre, le principe du « correspondant d'installation », annoncé dans chaque région par la Ministre dans son plan de lutte contre les déserts médicaux (engagement n°4), est une idée qui **mérite d'être décliné au niveau de chaque « territoire de santé »**. En effet, pour que le système fonctionne, rien ne remplace le lien direct entre les acteurs, sur les territoires eux mêmes.

Ces postes doivent aussi pouvoir être utiles à des professionnels qui ne sont pas seulement des médecins, mais également les **jeunes professionnels en cours de formation**.

Proposer l'exercice de la médecine salariée dans des maisons de santé

L'APVF suggère de développer les maisons pluridisciplinaires de santé où les médecins, généralistes et spécialistes, seraient salariés.

Ce levier serait l'occasion de favoriser les projets médico-soignants intégrés des établissements sanitaires et médico-sociaux, modernisant ainsi ces derniers en contribuant à accélérer les transferts de compétences.

Pour gagner en efficacité et dans une logique de formation tout au long de la vie, créer des écoles de la coordination

Passer à une logique de territoire et de filières suppose une haute qualité de coordination. Aujourd'hui empirique et limitée, la coordination doit demain être considérée comme une qualification en soi, et donc enseignée. Développer une formation à la pratique de coordination est un levier pour la transformation des pratiques professionnelles, l'évolution du système de santé et l'optimisation de son fonctionnement.

- Apprendre à raisonner selon les besoins de la personne et non en fonction des offres de santé disponibles sur le moment
- Développer des référentiels cliniques permettant d'apprécier le mode de prise en charge le plus adapté aux besoins du patient, intégrant une dimension de santé publique
- Développer une véritable « culture interdisciplinaire de la coordination » désormais seule apte à irriguer chaque bassin de santé au sein des territoires
- Eveiller l'intérêt des professionnels sur les domaines de l'innovation et de la recherche, en débordant du strict domaine du sanitaire pour approcher également les dimensions sociales et médico-sociales, la prévention, et les biotechnologies
- Contribuer enfin au partage de l'information

Créer des Centres de formation à la coordination médicale

L'APVF recommande la création de Centre de formation à la coordination médicale et territoriale à l'attention des personnels de santé déjà en poste. Les salariés des hôpitaux en seraient les premiers bénéficiaires, mais une ouverture serait utile aux praticiens libéraux voire pharmaciens ou infirmières.

Afin de certifier l'homogénéité des formations, ces centres pourraient être constitués en réseau, sur le modèle des Centres du CNFPT pour les agents territoriaux. Leurs formations continues homologuées par l'Etat, délivreraient des diplômes certifiés aux professionnels de santé intéressés.

Ces centres pourraient être hébergés dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), en raison de la plus grande proximité qu'ils offrent pour les professionnels, ou adossés aux universités de médecine. Afin de pouvoir valoriser ces compétences, un diplôme pourrait être délivré à l'issue de la formation. Le conventionnement avec une ou plusieurs universités pour l'obtention d'un grade universitaire pourrait être mis sur pied. De plus, l'intérêt de l'Université pourrait déboucher sur des programmes de recherche directement bénéficiaires à la population.

Elaborer des certifications de parcours au sein de filières est le complément naturel de la démarche d'autorisation d'activité par filière. Elle doit être pensée et construite en parallèle, en intégrant à leur juste place les acteurs de terrain.

b) L'ambition de contribuer à la relocalisation de l'économie

La politique de santé doit également favoriser la création de richesse non délocalisable. L'APVF ne place pas la santé sous le seul signe d'une logique de péréquation, où les territoires urbains, riches et sur-dotés viendraient, dans une sorte de péréquation par l'attribution de dotations complémentaires, renflouer les comptes des petits établissements.

Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées pour ancrer les emplois

Il est important de favoriser, autant que faire se peut, le maintien à domicile des personnes âgées, pour un ensemble de motifs humains (vieillir chez soi est une exigence et permet aux familles de mieux accompagner les personnes âgées), médico-sociaux et organisationnels.

L'APVF souligne en outre l'étendue des bénéfices économiques du maintien à domicile :

- **Directs** : commerce de proximité, moyennes surfaces, services à la personne, professionnels et prestataires de santé, artisans, entreprises de transport individuel (taxis et ambulances) ou collectif, succursales de services publics et privés (assurances, banques, mutuelles, etc). L'emploi dans les services à la personne offre un débouché non négligeable aux personnes peu qualifiées.
- **Indirects** : principalement des effets induits sur la fixation voire la création d'emploi (services publics et délégations de services publics, commerce de détail, services culturels, services aux entreprises, entreprises de BTP) et donc l'attractivité du territoire. De manière indirecte, le maintien dans l'emploi des aidants ou de l'entourage est lui-même bénéficiaire du système.
- **Fiscalité** : le maintien à domicile et les activités liés sont générateurs de fiscalité.

C'est pourquoi l'APVF a fait plusieurs propositions afin de constituer concrètement des filières de santé territorialisées - cela concourt à faciliter aux médecins libéraux le suivi des patients en lien avec des structures d'appui en cas de besoin -, et **soutient toutes les mesures susceptibles de favoriser ce mode d'accompagnement** des personnes âgées.

Ouvrir les programmes de recherche et d'innovation aux territoires non urbains

Entre 2011 et 2050, la proportion des personnes de plus de 75 ans au sein de la population française pourrait passer de 9 % à plus de 15 %, soit de six millions à près de onze millions de personnes. Source : Rapport de la Cour des comptes, février 2013.

Les conséquences du vieillissement de la population en zone semi-rurale et rurale sont un sujet d'inquiétude pour les élus de petites villes autant qu'un potentiel de croissance inédit. Des expérimentations sont déjà menées, autour de la maladie d'Alzheimer et de la prévention du vieillissement par exemple ; un succès qu'il est important de consolider. La Cour des comptes le pointe d'ailleurs dans son rapport de février 2013.

Tous ces enjeux sont générateurs de changements importants au sein des services publics, dans leur façon de travailler, d'acheter, de penser. L'APVF considère que les programmes de recherche, notamment ceux touchant à la santé au sens large, **doivent être installés au cœur des filières territoriales** de santé, en intéressant directement les acteurs locaux.

Le programme de recherche de l'hôpital du Val d'Ariège : un exemple de coopération avec les TPE sur l'accompagnement du vieillissement

L'hôpital du Val d'Ariège, hôpital à vocation départementale situé entre Pamiers et Foix, vient de signer une convention de recherche sur des « solutions de sécurisation des personnes dépendantes grâce à un patch radio communicant » avec le CNRS et des petites entreprises. Deux TPE spécialisées dans les technologies de la communication vont s'installer dans les locaux de l'hôpital pour travailler sur les démonstrateurs.

Source : Hôpital du Val d'Ariège.

Créer un appel à projet « Santé et territoires »

L'idée : promouvoir la recherche et l'innovation sur les technologies de la santé au plus près des acteurs de terrain, en soutenant l'installation de TPE spécialisées.

Les outils seraient les outils dédiés à l'innovation dans les territoires (Investissement d'avenir, Banque publique d'investissement).

Les destinataires

Les petits établissements de proximité et les entreprises spécialisées, et au cas par cas, les instituts hospitalo-universitaires (IHU) ou sur les départements de recherche des CHU, avec un accompagnement en ingénierie de projet par les ARS.

Le processus

- Le Commissariat général à l'investissement définirait conjointement avec le Ministère de la Santé des axes de recherche prioritaires.
- Une sélection des projets serait opérée sur les territoires les plus modestes la logique et les principes
- Un soutien au montage de projet serait mis en place

Conclusion

Au moment où le gouvernement réfléchit à l'élaboration d'une nouvelle réponse hospitalière, l'APVF affirme sa disponibilité à participer à la réflexion collective avec un leitmotiv : prendre en compte la réalité et la diversité de nos territoires pour bâtir, en conséquence, une offre de soins basée sur une approche territoriale de la santé.

Synthèse

Pour une gouvernance de la santé en phase avec la décentralisation

Dans une période où la maîtrise de la dépense publique est plus nécessaire que jamais, il est important que l'action de l'Etat soit réformée pour être la plus efficace possible. La mise en cohérence **des politiques publiques liées à la santé – soins, santé publique, enseignement et recherche – doit être encore plus forte.**

Les choix doivent donc se faire suite à un **dialogue avec les élus locaux**, irremplaçables connaisseurs des besoins et des trajectoires des territoires. Il faut éviter de reproduire à tous les niveaux de gouvernance une nouvelle forme de concentration du pouvoir de décision.

1. **Au niveau national : le futur Haut Conseil des territoires** doit évoquer le sujet de l'égal accès des territoires à la santé, dans l'une de ses formations spécifiques
2. **Au niveau régional : le Projet régional de santé doit être débattu en Conférence territoriale de l'action publique**, les instances de dialogue instituées par le nouvel de décentralisation
3. **Au niveau local : l'APVF soutient le renforcement des pouvoirs des futurs « conseils d'établissement » des hôpitaux**

Faire de l'hôpital de petite ville un pivot, au centre d'une « filière de santé territorialisée »

Aller vers une approche territoriale de la santé, c'est d'abord **redonner aux hôpitaux de petites villes les moyens de mieux fonctionner.** L'urgence consiste à en finir avec un mode de financement calibré sur le volume d'activité. Il faut permettre aux hôpitaux de petite ville d'être financés en rapport avec le service effectivement rendu.

Offrir un véritable service public de la santé, en particulier dans un contexte où toute dépense doit se justifier, c'est aussi **mieux organiser les services de santé entre eux.** Le lien entre les structures et les professionnels d'un même territoire doit être fluidifié, c'est pourquoi l'APVF plaide pour une **approche par « filière de santé territorialisée ».**

4. **Cesser de précariser les ressources des hôpitaux de petites villes :** une « dotation minimale de fonctionnement »
5. **Reconnaître le rôle particulier des hôpitaux de proximité enclavés** par une « dotations de continuité territoriale » pour permettre le maintien, voire le développement, de leur activité
6. **Expérimentation : un Contrat d'objectifs et de moyen (CPOM) à l'échelle des « territoires de santé »,** pour tester une organisation intégrée des soins à l'échelle d'un territoire ?

Lutter contre les déserts médicaux en rendant les filières plus performantes et les territoires plus attractifs

Les habitants des territoires ruraux et semi-ruraux subissent une double-peine : le départ de leur médecin de famille, qui n'est pas remplacé, et la fermeture de services entiers d'hôpitaux.

Le bon sens doit prévaloir : les soins doivent être dispensés au plus proche du domicile pour les soins quotidiens, et par les professionnels de santé compétents pour les actes plus conséquents. Pour cela, il faut mieux structurer le lien entre les professionnels isolés et les hôpitaux.

Ceci étant dit, **le problème des déserts médicaux n'est pas qu'une question d'organisation**, c'est aussi **une question d'attractivité des petites villes aux yeux des professionnels de santé**. Les pouvoirs publics ont donc la responsabilité de rendre les territoires sous-dotés attractifs et y permettre de vrais parcours pour les professionnels. Pour amener les jeunes professionnels dans les territoires sous-médicalisés et les y fixer, il faut proposer de nouvelles formations valorisantes et fortes de débouchés et leur permettre de se projeter dans un parcours individuel.

7. **Pénurie de médecins : encourager le salariat et le travail en équipe au sein de « maisons pluridisciplinaires de santé »**, et aller dès 2014 vers une régulation prescriptive en cas d'échec du système de garantie de revenu des « praticiens territoriaux »
8. **Un correspondant d'installation dans chaque « territoire de santé »** pour accueillir et accompagner les nouveaux arrivants
9. **Reconnaître le rôle des familles : créer un statut des aidants familiaux** pour reconnaître la place des entourages familiaux dans les prises en charge sanitaires et sociales

La santé, vecteur de croissance dans les territoires

Les conséquences du vieillissement de la population en zones périurbaines et rurales sont en particulier un sujet d'inquiétude pour les élus de petites villes autant qu'un potentiel de croissance inédit. L'APVF a la conviction que **les activités de santé peuvent contribuer à la relocalisation de l'économie**.

10. **Créer un appel à projet « Santé et territoires »** pour promouvoir la recherche et l'innovation sur les technologies de la santé au plus près des acteurs de terrain, en soutenant l'installation de TPE spécialisées



Association des Petites Villes de France

01 45 44 99 94

fylardic@apvf-asso.fr