



Association des Petites Villes de France

**L'offre de soins dans les
petites villes :
Dans la difficulté, les
maires innovent**

Février 2016

Sommaire

Introduction :

LES DESERTS MEDICAUX, ENJEU GRANDISSANT POUR LES PETITES VILLES

1 La méthodologie

2 L'enquête

PARTIE 1 :

LES PETITES VILLES EN PROIE A UNE INTENSIFICATION DE LA DESERTIFICATION MEDICALE

1.1 Soins de ville : les fragilités croissantes des territoires

1.2 Fermetures de services hospitaliers et effet ciseaux

PARTIE 2 :

LES INNOVATIONS DES PETITES VILLES EN REponse AUX DIFFICULTES

2.1 L'exercice en commun de la médecine

2.2 Rapprocher les soins

Introduction : Les déserts médicaux, enjeu grandissant du territoire

La méthodologie

Depuis plusieurs années, de nombreux élus de l'APVF ont fait part des difficultés qu'ils rencontrent en matière d'offre de soins sur leur territoire, qu'il s'agisse de l'accessibilité et de la disponibilité insuffisantes de la médecine libérale et/ou de la fermeture de services hospitaliers. Cette difficulté a été confirmée par les chiffres publiés par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), dans son *Atlas de la démographie médicale* de 2015 et ses *Atlas régionaux*. Il estime ainsi que la France métropolitaine compte 192 déserts médicaux dans lesquels vivent près de 2,5 millions de personnes.

Dans ce contexte, l'APVF a choisi de mener une enquête qualitative et quantitative sur la situation de l'offre de soins dans les petites villes. A partir des réponses de ses adhérents à un questionnaire mis en ligne le 10 novembre, des témoignages et des retours d'expérience recueillis auprès de ses élus adhérents et d'éléments de l'actualité des petites villes, elle dresse un bilan de leur situation et des initiatives qui sont mises en place pour répondre aux différents enjeux. Afin de compléter son enquête et de dresser un constat le plus précis possible, la commission Santé et Offre de soins de l'APVF s'est également appuyée sur les chiffres du CNOM, du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales et sur différents rapports publics et avis, dont ceux du Sénat et de la Cour des comptes.

L'enquête, à partir des témoignages des élus et des 60 réponses au questionnaire d'enquête, dresse également un tableau des actions des élus des petites villes pour lutter contre les effets de la désertification médicale.

L'enquête

L'étude révèle une fragilisation de l'offre de soins dans les petites villes qui se manifeste par plusieurs phénomènes : disponibilité des soins insuffisante, particulièrement dans le domaine de la médecine spécialisée, vieillissement des praticiens qui touche la médecine générale et spécialisée et difficulté de ces praticiens à trouver des remplaçants. Ces deux derniers phénomènes tendent à renforcer les perspectives d'évolution négatives de ces territoires en matière d'offre de soins. L'APVF souligne que plusieurs rapports et études vont dans ce sens et font état d'une amplification de la désertification médicale. **Le rapport du Sénat, *Déserts médicaux, agir vraiment* signalait dès 2012 des perspectives d'évolution inquiétantes** qui ne laissaient pas entrevoir d'amélioration spontanée de la situation. Cette intensification de la désertification médicale est confirmée par l'avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé et par l'*Atlas de la démographie médicale* du CNOM.

Surtout, de nombreuses petites villes se trouvent victimes d'un effet ciseaux qui tend à amplifier les effets d'une couverture médicale insuffisante. Ainsi, la difficulté pour les territoires, qui souffrent déjà de la répartition très inégale des médecins, de renouveler la

présence de généralistes et spécialistes, se combine avec la fermeture définitive, provisoire ou envisagée de services des établissements hospitaliers. Ceci tend à fragiliser plus encore l'attractivité de ces territoires, qui se trouvent pris dans une spirale négative.

Les résultats de l'enquête de l'APVF montrent également que la désertification médicale ne concerne pas uniquement les territoires ruraux. De nombreuses communes de **l'ensemble de la typologie des petites villes** sont concernées : rurales mais aussi péri-urbaines ou limitrophes d'une grande ville ou d'une métropole. Ces résultats vont dans le sens des *Atlas régionaux de la démographie médicale* du CNOM.

Toutefois, l'APVF a pu constater une forte mobilisation des élus afin de répondre localement à ces différents enjeux. A ce titre, la mise en place de structures pour faciliter l'exercice en commun de la médecine, comme les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires, constitue l'une des solutions privilégiées mises en place par les élus, et ce malgré un coût parfois important pour la collectivité. D'autres initiatives ont également été mises en place et cette enquête souhaite les mettre en avant.

Afin d'appuyer les réponses apportées par les maires et de trouver des solutions durables face à la désertification médicale, **l'APVF effectue plusieurs propositions tout au long de ce rapport qui portent notamment sur la définition des déserts médicaux, la réglementation de l'installation des médecins, l'encouragement à la sortie du tout-T2A, les territoires prioritaires de santé ou la régionalisation de l'internat.**

Partie 1 : Les petites villes en proie à une intensification de la désertification médicale

1.1 Soins de ville : les fragilités croissantes des territoires

La France ne manque pas de médecins : elle en compte 215 539 en activité, soit en moyenne un praticien pour 300 habitants. Cependant, leur répartition inégale sur le territoire constitue la source des déserts médicaux.

Les résultats de l'enquête menée par l'APVF de manière qualitative et quantitative montrent que la désertification médicale à laquelle sont confrontées les petites villes se manifeste par trois phénomènes : **disponibilité des soins insuffisante, particulièrement dans le domaine de la médecine spécialisée, vieillissement de la population des praticiens qui touche la médecine générale et spécialisée et difficulté de ces praticiens à trouver des remplaçants**. Ces deux derniers phénomènes tendent à renforcer les perspectives d'évolution négatives de ces territoires en matière d'offre de soins.

Définition des déserts médicaux et de leurs conséquences

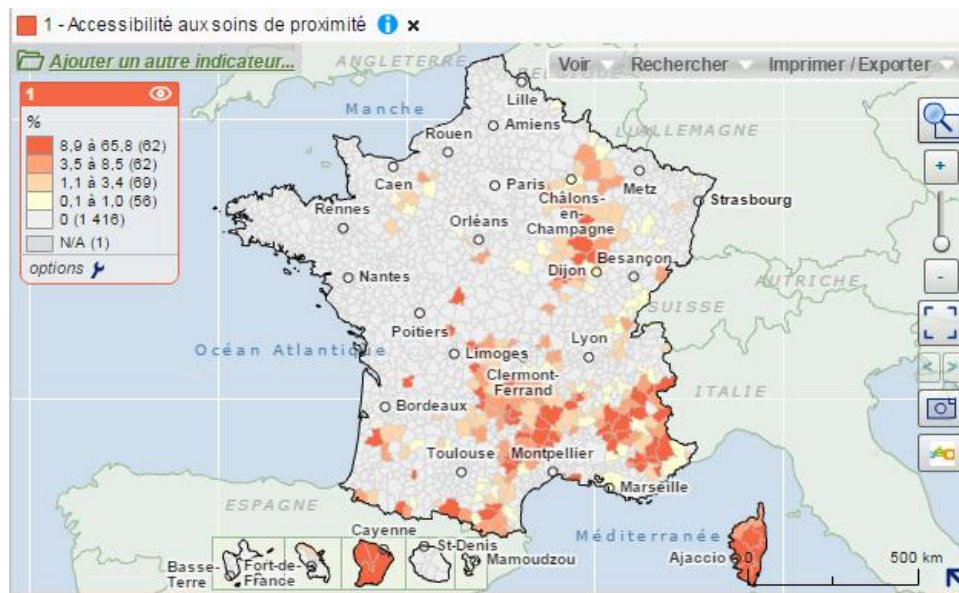
Si aucune définition officielle des déserts médicaux n'existe, un effort important a été réalisé par le CNOM, qui s'est appuyé sur les bassins de vie pour en développer une approche plus fine. Il a ainsi corrélé les chiffres de la densité des médecins et l'évolution de leurs effectifs depuis 2007 dans les 2378 bassins de vie avec de nombreux indicateurs médicaux et socio-démographiques. **L'APVF salue cette nouvelle approche et rappelle que la notion de bassin de vie constitue l'unité de définition des territoires prioritaires de santé, proposition qu'elle a porté lors du projet de loi de modernisation de notre système de santé et qu'elle continue de soutenir.**

L'APVF souhaite également rappeler que les conséquences de la désertification médicale ne peuvent pas être uniquement mesurées selon la distance entre le lieu de résidence et les soins. **La disponibilité, soit le temps d'attente pour obtenir une consultation, particulièrement pour les praticiens exerçant en secteur 1, est un critère essentiel qu'il convient de prendre en compte lorsqu'il s'agit de mesurer la qualité de la couverture médicale.**

1.1.1 La disponibilité des soins de ville dans les petites villes

Selon le seul critère de la distance, **la plupart des habitants des petites villes disposent d'un ou plusieurs médecins généralistes à moins de trente minutes de route**, notamment dans les zones rurales, ou en transports en commun dans les zones urbaines. C'est ce que confirment les chiffres de la DREES du ministère des Affaires sociales. Une étude de juin 2011 montre que 95% des Français se trouvent à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste. **Il convient toutefois de signaler que les 5% restants rencontrent d'importants problèmes d'accessibilité.** Le rapport du Sénat *Déserts médicaux, agir vraiment* de 2012 évaluait ainsi que trois millions de personnes étaient concernées tandis que l'*Atlas démographique* du CNOM en 2015 évoque le chiffre de 2,5 millions. Une carte du Commissariat général à l'égalité

des territoires (CGET) identifie plus précisément les lieux où les conditions d'accès ne sont pas satisfaisantes.



Carte : CGET

En revanche, la question de la disponibilité des soins se pose dans de nombreuses petites villes, quelle que soit leur situation géographique (territoire rural, périurbain ou en périphérie directe de grandes agglomérations). De nombreux élus observent que les médecins locaux se trouvent avec une charge de travail de plus en plus importante et que les délais pour obtenir un rendez-vous s'allongent. Jean-Pierre Bosino, Sénateur-maire de Montataire, qui constate les horaires très étendus des médecins de ville, s'inquiète particulièrement pour la permanence des soins la nuit, qui est de plus en plus difficilement assurée.

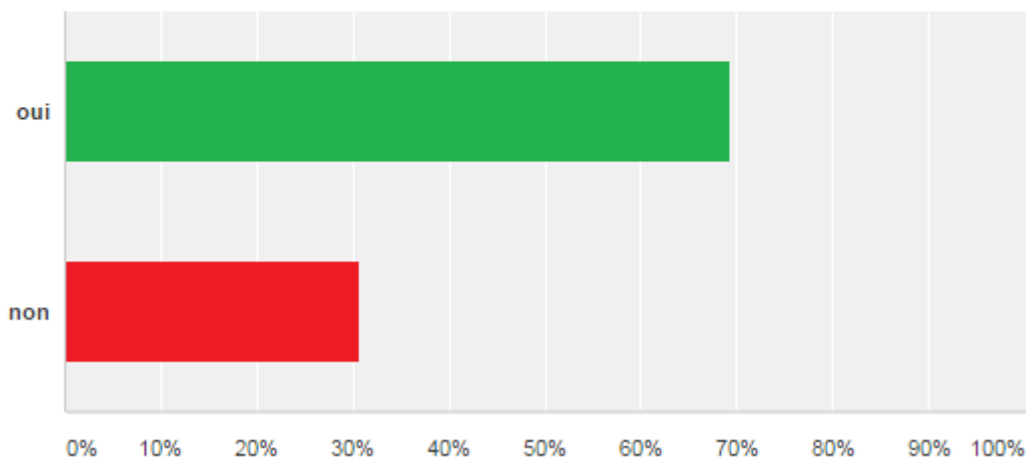
La question des déserts médicaux se pose avec beaucoup plus d'acuité dans les petites villes, comme dans le reste du territoire, dès lors qu'il s'agit des services et des médecins spécialisés, principalement pour ceux exerçant en secteur 1, soit sans dépassement d'honoraires. La commune de Montataire, ville de 13 000 habitants dans l'agglomération de Creil, ne compte, selon son sénateur-maire, aucun ophtalmologiste ni gynécologue, alors que l'offre se trouve déjà réduite dans ces domaines sur l'ensemble de l'agglomération. Le rapport du Sénat de 2012, qui reposait sur les chiffres de l'Assurance maladie, confirme ce phénomène. Il avançait ainsi qu' « *alors que le délai d'attente pour consulter un médecin généraliste n'est en moyenne que de 4 jours, il est de 103 jours pour un ophtalmologiste, 51 jours pour un gynécologue et de 38 jours pour un dermatologue.* » Toujours selon le rapport, environ 9 millions de personnes vivent dans un désert médical concernant la gynécologie, 8,5 millions pour le secteur de l'ophtalmologie sur la base du critère géographique. **Sur la base du critère financier, ce sont respectivement 34 et 28 millions de personnes qui se trouvent dans un désert médical en secteur 1.**

1.1.2 Les perspectives d'évolution négatives en matière de soins de ville

Certaines petites villes, situées notamment en périphérie d'agglomérations ou en zone rurale mais dans des territoires attractifs (proches de la mer, etc.), disposent d'une offre médicale relativement satisfaisante et qui ne devrait pas évoluer de manière défavorable.

Cependant, le questionnaire adressé aux maires de cette strate révèle qu'une majorité de villes a été ou est confrontée à des difficultés de renouvellement du nombre de praticiens sur leur territoire. Près de 70% d'entre elles ont ainsi observé des difficultés pour trouver des remplaçants aux médecins généralistes et spécialistes qui quittent la commune. La plupart se trouvent dans des territoires déjà fragilisés par une présence insuffisante en matière d'offre de soins et plus généralement de services publics, qu'il s'agisse de territoires ruraux, péri-urbains et en périphérie immédiate de grandes villes.

Votre commune a-t-elle connu des difficultés de remplacement des médecins spécialistes et généralistes libéraux installés sur son territoire ?



Cette difficulté de renouvellement est liée à la question de l'installation des jeunes médecins qui doivent remplacer ceux qui quittent le territoire (retraite, changement de carrière). Or, ceux-ci rechignent à s'installer dans les territoires ruraux isolés ou fragilisés en matière de services publics, dans les zones urbaines sensibles ainsi que les territoires qui ne présentent pas de zones d'activité. C'est notamment le cas de territoires périurbains à distance raisonnable de métropoles qui attirent les actifs en journée. Cette absence de clientèle durant les heures traditionnelles d'ouverture des cabinets est un frein à l'installation des médecins.

Régionalisation de l'internat

L'APVF appelle à une régionalisation de l'internat afin de favoriser une installation des étudiants et des néo-praticiens sur le territoire où ils ont été formés.

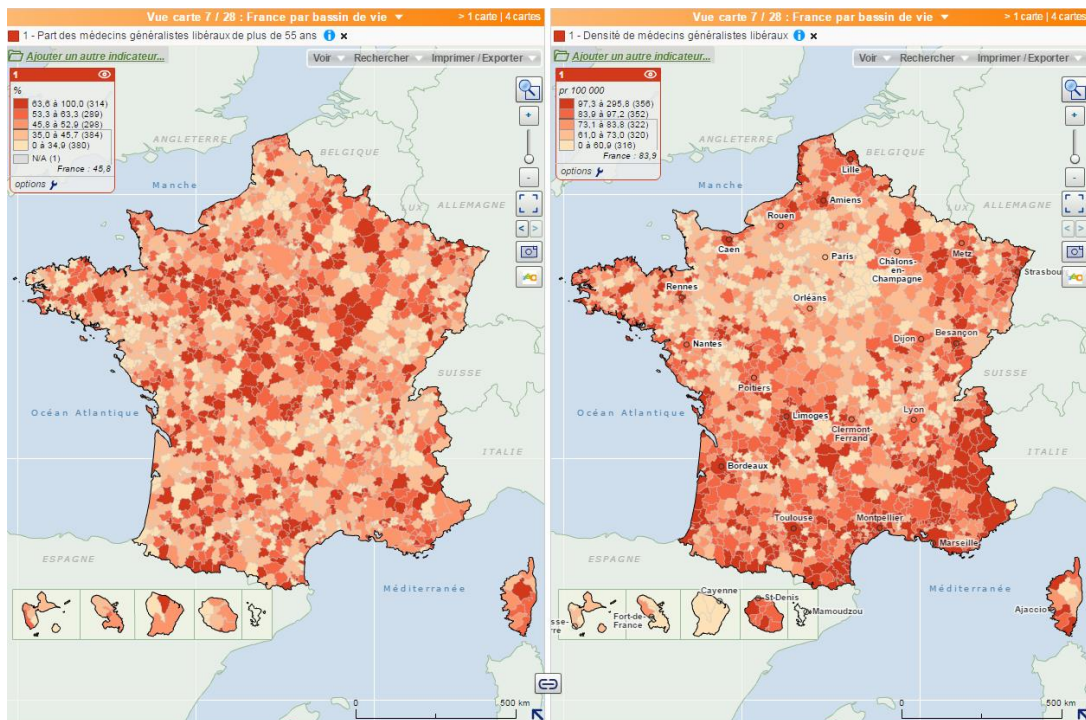
Les témoignages de cette difficulté d'attirer des jeunes médecins sont nombreux. A Changé, en Mayenne, l'alerte donnée par deux des quatre médecins généralistes de la commune sur leur difficulté à trouver des remplaçants en 2008 a entraîné la mise en place d'une réflexion commune à l'équipe municipale et aux praticiens de santé pour anticiper l'absence de renouvellement. Il en a découlé la création de la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) en 2015. Les réflexions étaient particulièrement semblables à Montataire (départ de deux médecins qui ont effectué un changement de carrière), Moncoutant (Deux-Sèvres), Forges-les-Eaux (Seine-Maritime), qui ont également inauguré une MSP en 2015, ou à Dourdan (Essonne), où il a été décidé d'en ouvrir une.

Les chiffres délivrés par le CGET démontrent que de nombreux bassins de vie organisés autour de petites villes pourraient se trouver rapidement en difficulté pour maintenir une offre de soins acceptable en raison du vieillissement de la population des praticiens : par exemple, à Château-Chinon, 100% des médecins du bassin de vie ont plus de 55 ans et la couverture médicale généraliste est de 42,8 médecins pour 100 000 habitants. A Rambervillers, le taux de médecins âgés de plus de 55 ans atteint 81% alors que la commune compte 74,3 médecins pour 100 000 habitants. Des données similaires se retrouvent dans de nombreuses autres communes (Dourdan, 66,7%- 47,6 pour 100 000, Issoudun, 67,3%- 68,2 pour 100 000, Vic-Fezensac 70%- 86,9 pour 100 000, Bitche 77,8%-80,2 pour 100 000, Gramat 87,5%-67,8 pour 100 000 etc.). A titre de comparaison, le taux de médecins âgés de plus de 55 ans est de 47,8% à Nice et de 32,7 à Bayonne, pour une densité par habitant respective de 119 et de 112 médecins pour 100 000 habitants.

Pour retarder le départ des médecins du territoire

Dans l'attente des effets positifs de l'augmentation du numerus clausus et des dispositifs du pacte territoire-santé 2, l'APVF appelle à une mesure exceptionnelle pour les médecins qui prennent leur retraite.

Elle encourage la mise en place d'un conventionnement, piloté par l'ARS et les conseils territoriaux de santé, qui permettrait aux médecins qui souhaitent prendre leur retraite de pouvoir continuer à exercer leur activité à tiers-temps. Cela leur permettrait de cumuler une retraite complète avec un complément de salaire tandis qu'ils resteraient sur le territoire et pourraient avoir une mission de formation envers de jeunes praticiens en stage.



Carte CGET

Les chiffres récents tendent à montrer que ce phénomène va vers une intensification.

Le 1^{er} juin 2015, la *Gazette des communes* a publié une enquête prospective, à l'aide des chiffres du *Répertoire Partagé des Professionnels de Santé* publié par la DREES, qui visait à établir une liste de départements qui pourraient être concernés par le renforcement ou l'extension des déserts médicaux en raison de départs massifs à la retraite de médecins généralistes et spécialistes et d'un risque d'absence de renouvellement. Alors que les médecins prennent en moyenne leur retraite à 65 ans, la *Gazette des communes* a constaté que 36 départements ont une part des médecins âgés de plus de 55 ans supérieure à celle de ceux âgés de 30 à 54 ans. Encore plus problématique, 28 d'entre eux se situent déjà au-dessous de la moyenne nationale en termes de densité de médecins (3,04 médecins pour 1000 habitants). Ces départements se trouvent dès lors particulièrement menacés par une amplification du phénomène de désertification médicale. Les 10 départements qui seraient les plus exposés sont la Lozère, la Creuse, l'Indre, l'Yonne, la Nièvre, le Gers, le Cher, le Loir-et-Cher, la Haute-Marne et l'Orne.

A cette difficulté de renouvellement s'ajoutent d'autres éléments défavorables à une accessibilité satisfaisante des soins dans les territoires fragilisés. Des petites villes, notamment confrontées au vieillissement de leur population, constatent une augmentation de la demande de soins alors que le *numerus clausus* a été sans cesse réduit jusqu'à la fin des années 1990. **Le rapport du Sénat de 2012 résumait la situation ainsi :** « *la démographie médicale va connaître un creux dans les dix prochaines années, alors que la population française augmentera. Dans le même temps, la demande de soins tend à augmenter avec le vieillissement de la population, le temps d'exercice médical effectivement disponible se réduit, et les critères du choix d'installation des nouveaux médecins sont défavorables aux zones déjà fragilisées.* » A ce titre, l'augmentation du *numerus clausus* par la ministre de la Santé constitue une bonne nouvelle pour l'APVF.

La mise à l'agenda de la question de l'installation des médecins

L'APVF souhaite se faire l'écho de la demande des élus locaux que la question des conditions d'installation des médecins soit mise à l'agenda. De nombreux élus, face aux difficultés rencontrées, sont favorables à la mise en place de mesures renforcées, notamment coercitives, afin de répondre à la répartition très inégale des médecins sur le territoire.

L'APVF appelle à ce que cette question soit traitée soit par le conventionnement, soit par la loi. Ainsi, la loi de répartition démo-géographique des pharmaciens a amélioré la situation. L'APVF rappelle également que la renégociation des conventions avec les médecins libéraux par l'Assurance maladie, qui a lieu en 2016, peut et doit constituer un outil qui permette de traiter la question de l'installation des médecins et de la mise en place d'un critère démo-géographique.

1.2 Fermetures de services hospitaliers et effet ciseaux

Les entretiens menés auprès des élus tout comme les résultats de l'enquête démontrent que la réduction des dépenses publiques dans le domaine de la santé, qui se traduit notamment par la fermeture d'établissements hospitaliers, tend à toucher en premier lieu des territoires où l'offre de soins était déjà particulièrement fragilisée.

1.2.1 La réduction des dépenses publiques en matière de santé

C'est dans ce contexte difficile que s'inscrit l'effort de redressement des comptes publics qui a un impact croissant sur la répartition des services hospitaliers dans les territoires. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 n'a fait que confirmer ce mouvement. Il prend notamment la forme d'un ralentissement sensible de la progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) qui a été fixée à 1,75% pour 2016, contre 2% en 2015. Il prévoit également un fort ralentissement de la progression du Fonds d'intervention régional, qui permettait notamment de financer les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires et la permanence des soins. En tout, **c'est un plan d'économies de 730 millions d'euros qui a été préparé par le ministère de la Santé.**

Ce mouvement de réduction des dépenses publiques implique une réorganisation structurelle de l'organisation territoriale des soins. Très régulièrement, des services dont la productivité est jugée insuffisante sont fermés.

Ces fermetures touchent particulièrement des petits établissements qui effectuent une mission de service public dans des territoires déjà fragilisés par l'inégale répartition

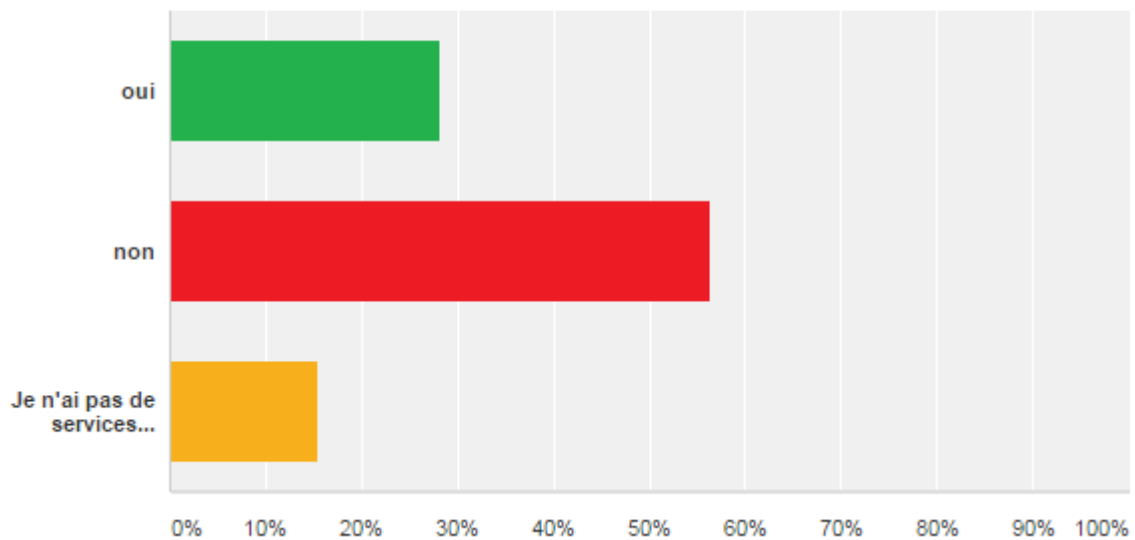
Réduction des dépenses publiques

L'APVF rappelle que la diminution des dépenses publiques ne peut se faire aux dépens de la couverture médicale du territoire, alors que de nombreuses petites villes ont déjà vu nombre de leurs services fermer et sont confrontées à la désertification médicale.

L'APVF approuve, en revanche, les nouveaux modes de financement mis en place afin de sortir du tout tarification à l'activité (T2A), qui ont été confirmés dans le PLFSS pour 2016, et encourage leur poursuite et leur renforcement.

des soins de ville et par une disponibilité à améliorer. L'enquête réalisée par l'APVF montre que près des 30% des petites villes participantes ont connu la fermeture d'un établissement hospitalier. L'étude des réponses particulières révèle que la plupart d'entre elles se trouvaient déjà dans une situation difficile en matière de renouvellement du nombre de praticiens sur la commune. **Un effet ciseaux s'installe avec la dégradation de l'offre de soins de ville.**

Votre commune a-t-elle connu, sur son territoire ou à proximité, la fermeture d'un service hospitalier (maternité, urgences, réanimation) ?



Par ailleurs, il n'est pas négligeable de noter qu'environ 15% des petites villes participantes ne comptent pas d'établissement hospitalier à moins de 30 minutes.

1.2.2 Des fermetures de services dans des territoires fragilisés

L'APVF observe que deux types de services cristallisent ces objectifs de fermeture.

Les services d'urgence des petites villes sont particulièrement concernés. Certaines fermetures restent temporaires. A Saint-Vallier dans la Drôme, les urgences ont été fermées durant l'été 2015 en raison d'une chute de la fréquentation. Cela a forcé les patients à se tourner vers les hôpitaux aux alentours : Vienne, Romans-sur-Isère ou encore Annonay. Cela a également été le cas à Firminy en Haute-Loire. En revanche, à Valognes (Manche), la fermeture provisoire s'apparente désormais à une fermeture définitive et les solutions de remplacement n'apparaissent pas satisfaisantes, d'autant que les soins de villes sont insuffisamment nombreux pour assumer une charge de patients supplémentaires, notamment dans le cadre d'une permanence des soins (44,3 pour 100 000 de densité). A Aunay-sur-Ondom, le destin des urgences est actuellement étudié par l'ARS.

En matière de maternité, la même logique de restructuration des services insuffisamment rentables s'est installée. Si un souci de sécurité est également évoqué, il ne semble pas être la raison principale de toutes les fermetures. Ainsi, comme en témoigne Maryvonne Boquet, maire de Dourdan, en Essonne, la maternité de sa commune, pourtant au-dessus du seuil d'ouverture des 500 accouchements par an et qui avait effectué de substantiels travaux en matière de sécurité, a été définitivement fermée le 1^{er} juillet 2015 et remplacée par un centre périnatal, comme ce fut le cas à Paimpol (Côtes d'Armor) en 2003. D'autres maternités de petites villes ont fermé ou sont menacées de fermeture, comme celles de Royan en Charente-Maritime, de Honfleur dans le Calvados, des Lilas en Seine-Saint-Denis ou de Vitry-le-François dans la Marne. C'est enfin également le cas des 13 maternités pointées par le rapport de janvier 2015 de la Cour des comptes, qui considère une « *nouvelle phase de réorganisation* » du réseau des maternités comme « *inévitable*. »

D'autres types de services sont par ailleurs touchés. A Arpajon (Essonne), c'est le service réanimation qui a fait l'objet d'une fermeture, puisque ses huit lits ont été transférés au Centre hospitalier sud-francilien (CHSF) de Corbeil-Essonnes. A Saint-Alban, en Lozère, de fortes coupes budgétaires sont également prévues.

Pour le renforcement de la proximité dans les projets médicaux partagés

La loi de modernisation du système de santé a mis en place les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces GHT auront « *pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* » et doivent également favoriser une mutualisation des moyens, notamment financiers et humains, entre infrastructures hospitalières. Pour cela, la loi prévoit qu'ils devront établir un projet médical partagé, qui doit notamment garantir « *une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours*. » Si l'APVF approuve cette disposition, elle **restera vigilante à la place réelle qu'occuperont les soins de proximité dans le projet médical partagé**. Elle appelle à un renforcement des mesures de contractualisation dans ce domaine.

L'APVF souhaite également un rapprochement des chefs de clinique des CHU avec les hôpitaux de proximité. L'APVF propose que les projets médicaux partagés favorisent un exercice par roulement dans les hôpitaux de proximité du chef de clinique.

Par ailleurs, **si l'APVF approuve la création d'un comité territorial des élus au sein des GHT par la loi Santé, elle souhaite un renforcement de ses prérogatives.** Le texte de loi prévoit ainsi qu'il « *peut émettre des propositions* » mais qu'il est seulement « *informé des suites qui leur sont données*. » L'APVF encourage un renforcement des mesures qui pourront être prises en cas d'absence de dialogue sincère entre les élus et organes de décision du GHT.

En plus de ces fermetures provisoires ou définitives, effectives ou officiellement envisagées par les ARS, **de nombreux rapports, effectués par divers acteurs publics, préconisent de nouvelles fermetures, toujours selon un argument de rentabilité et à certaines occasions de sécurité.** Ainsi, un récent rapport remis par Jean-Yves Grall, directeur de l'ARS

du Nord Pas-de-Calais, propose d'organiser la restructuration des services d'urgence et vise particulièrement 67 dans d'entre eux. Or, dans ces 67 services, 49 sont situés dans des hôpitaux de petites villes (dont 27 sont adhérentes à l'APVF). En matière de maternité, un rapport de la Cour des comptes visait les 13 maternités au-dessous du seuil des 500 accouchements. A nouveau, les petites villes sont particulièrement concernées. **Ces rapports, rendus publics par des fuites dans la presse, tendent à fragiliser certains territoires puisqu'ils créent un doute sur la pérennité des services, à la fois pour les futurs patients (maternité, urgences) et pour les futurs praticiens.**

Rapports publics sur la situation des services hospitaliers

L'APVF appelle en conséquence à une utilisation et à une diffusion responsables des conclusions de ces rapports qui peuvent fragiliser les territoires concernés.

Partie 2 : Les innovations des petites villes en réponse aux difficultés

Confrontés à cet effet ciseaux, les élus locaux des petites villes tentent de s'organiser pour apporter une réponse appropriée. Des initiatives de rapprocher les soins des personnes qui en sont le plus éloignées sont mises en valeur dans cette étude. Il apparaît toutefois que l'exercice en commun de la médecine constitue la solution privilégiée des élus des petites villes pour remédier à l'intensification des déserts médicaux.

2.1 L'exercice en commun de la médecine, une solution privilégiée

Trois caractéristiques majeures du recours aux maisons de santé pluridisciplinaires doivent être soulignées : **elles constituent une réponse privilégiée de la part des élus des petites villes aux difficultés en matière d'offre de soins, elles sont menées à la fois à l'échelle communale ou intercommunale et concernent l'ensemble de la typologie des petites villes.**

2.1.1 De nombreuses communes ont recours aux MSP

Les réponses au questionnaire, les différents entretiens menés avec les élus de l'APVF et les recherches approfondies ont permis de montrer **le recours privilégié des élus des petites villes aux MSP**. Ainsi, en région Centre, 47% des MSP se trouvent dans des petites villes¹. Parmi elles, on compte notamment celles de Senonches, Nogent-le-Rotrou, Chateaudun ou Selles-sur-Cher. **De nombreux autres exemples de MSP ouvertes au cours des dernières années peuvent être cités** : Saint-Martin-en-Haut (inauguration en 2012), Hersange, Montbard en Côte-d'Or (octobre 2015), Beaumont de Lomagne dans le Tarn-et-Garonne, Gramat dans le Lot (juin 2015), etc. **D'autres communes sont également engagées dans cette voie**, comme à Château-Thierry (Aisne), Dourdan (Essonne), Figeac (Lot), Port-Vendres (Pyrénées-orientales) ou ont engagé une réflexion comme à Altkirch (Haut-Rhin) ou Plouguerneau (Finistère).

Ces structures se développent soit à l'échelon communal, soit à l'échelon intercommunal. La ville de Lure a constaté, sur sa commune comme dans son intercommunalité, une forte inquiétude sur le renouvellement des médecins libéraux généralistes et spécialisés. Sur le bassin de vie, 73,3% des médecins généraux libéraux ont plus de 55 ans tandis que leur densité sur le même territoire est de 56,8 médecins pour 100 000 habitants. C'est dans cette perspective que le projet d'une maison pluridisciplinaire de santé a été élaboré au niveau de la communauté de communes et se trouve aujourd'hui en cours de développement.

¹http://www.centre.paps.sante.fr/fileadmin/CENTRE/PAPS/FAQ/Liste_maison_de_sante__FINESS_mars_2014.pdf

Toutefois, même lorsque l'initiative est communale, elle est souvent construite dans une logique territoriale avec l'accord voire la participation des communes voisines. A Changé, en Mayenne, le maire Denis Mouchel a ainsi inauguré un espace de santé commun. La mise en place de cette MSP est le résultat d'une réflexion engagée en 2008 à la demande des praticiens, alors que deux d'entre eux partaient à la retraite et qu'ils avaient averti des difficultés rencontrées pour trouver un successeur. La pérennisation de l'offre médicale de Changé est ainsi devenue un objectif commun entre la municipalité, les villes limitrophes et l'ensemble des praticiens du territoire. La MSP réunit désormais 16 praticiens, dont quatre médecins généralistes, une sage-femme, trois kinésithérapeutes, un orthophoniste, un podologue, quatre infirmières, un psychologue, un ostéopathe.

L'ensemble de la typologie des petites villes est concernée : communes rurales, périurbaines ou en périphérie de grandes villes y ont recours afin de lutter contre la fragilisation du territoire. Trois exemples permettent d'en rendre compte. A Montataire, ville limitrophe de Creil, a été ouverte le 19 octobre la première maison de santé pluridisciplinaire installée dans un quartier prioritaire de la politique de la ville. Située dans le quartier des Martinets, elle accueillera désormais 19 praticiens dont sept médecins généralistes (dont quatre transferts internes à Montataire), quatre infirmières, un podologue-pédicure, un diététicienne, un ostéopathe, une psychologue clinicienne, une ergothérapeute et trois fauteuils dentaires de la MICE (dont deux transferts internes à Montataire). A Fontainebleau, commune péri-urbaine d'Ile-de-France, une MSP a également été ouverte. Enfin à Montcoutant, commune rurale du département des Deux-Sèvres, elle a été inaugurée en 2015.

2.1.2 Les avantages attendus pour la construction de MSP

Les maires ont souligné les différents avantages qu'ils trouvent à former ces structures, malgré le coût pour les municipalités.

L'exercice en commun de la médecine donne des avantages indéniables que praticiens et élus locaux mettent en avant : il met fin à une solitude ressentie dans leur exercice par de nombreux médecins et allège la charge de travail administratif puisqu'il permet de déléguer tout ou partie des tâches administratives. Les médecins peuvent dès lors mieux répondre aux besoins des patients, faciliter un parcours de soins et augmenter leur disponibilité. La question des maladies chroniques peut ainsi être particulièrement bien traitée au sein des MSP.

Les élus locaux mettent également en avant la capacité des ces MSP à attirer les jeunes praticiens. Dans un premier temps, ces maisons permettent de réunir des médecins qui exercent de manière dispersée sur le territoire. Dans un second temps, l'objectif devient d'attirer les jeunes médecins, qui ne s'installeraient pas dans des territoires fragilisés sans cet atout. La mission de formation

L'APVF attire l'attention de la ministre sur la question du FIR

La question du fonds d'investissement régional (FIR) reste posée. Il revêt pour les territoires des petites villes une importance particulière puisqu'il participe au financement de la permanence des soins et des centres de santé. Les budgets conséquents de ces structures appellent à une participation renforcée de l'Etat.

Or, le fort ralentissement du FIR prévu dans le PLFSS pour 2016, et qui devrait se confirmer dans les années suivantes, ne va pas dans le sens d'un soutien renforcé et amplifié pour la mise en place de MSP et de centres de santé, alors que ceux-ci apparaissent comme des solutions intéressantes contre la désertification médicale.

assumée par les MSP doit favoriser l'installation de jeunes médecins qui, à l'issue de leur formation, peuvent y trouver des conditions idéales pour commencer à exercer leur activité : clientèle assurée, locaux fournis à un prix abordable alors que cela freine traditionnellement ces jeunes médecins.

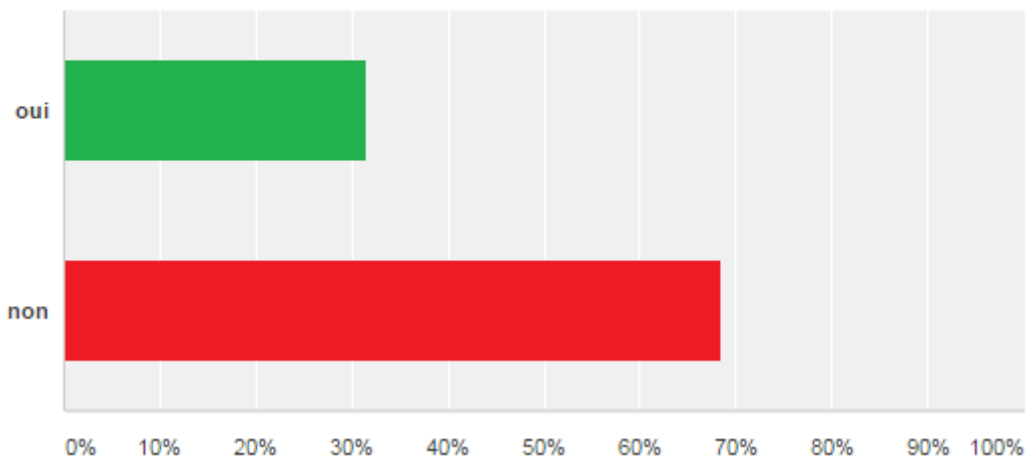
Surtout, le coût à supporter pour les communes est moins élevé que celui des centres de santé. A Changé, le coût total pour la collectivité était de 2,3M d'euros. La Région a financé à hauteur de 22,5%, l'Etat 11%, Laval agglomération 2%. Le reste a été financé à l'aide d'un emprunt que les loyers payés par les praticiens devraient rembourser.

2.2 Contrôler l'offre de soins et les rapprocher des plus démunis

2.2.1 Les centres de santé

Il faut tout d'abord noter que, malgré leur coût important pour les budgets des communes, plus de 30% des participants à l'enquête lancée par l'APVF disposent d'un centre de santé. Pour de nombreuses villes, qui ont souffert d'un phénomène de désertification médicale, il s'agit du premier rempart contre ce phénomène. Cela permet, malgré son coût, de passer des conventions avec les médecins et de s'assurer un contrôle plus fort de l'offre de soins que dans le cadre d'une MSP.

Votre commune dispose-t-elle d'un centre de santé ?



C'est dans cette perspective qu'une initiative de salarisation des médecins exerçant au centre de santé a été prise à la Ferté-Bernard dans la Sarthe. La ville s'est retrouvée confrontée au manque de médecins généralistes. **La commune de 10 000 habitants a donc choisi de salarier elle-même des praticiens pour les inciter à venir exercer sur son territoire.** Cette solution a été choisie après que la ville a échoué à trouver des généralistes pour remplacer ceux qui partaient à la retraite, en faisant le constat que les jeunes diplômés qui optent pour l'exercice libéral, de moins en moins nombreux, s'installent très rarement dans des zones rurales. Dès 2012, le centre municipal de santé s'est autofinancé (il récupère le coût des

consultations contre un salaire), et a même affiché un léger excédent. Il s'agit ici d'une mesure qui ne pèse ni sur le budget de la commune, ni sur le contribuable

2.2.3 Les autres initiatives

A la Ferté-Macé dans l'Orne, c'est une série d'initiatives qui ont été mises en place : visites régulières de bénévoles auprès des personnes âgées, chauffeurs bénévoles pour les rendez-vous médicaux, ouverture d'un centre d'addictologie, etc. Tout ceci a accompagné l'ouverture d'une maison médicale.

A Caumont-sur-Durance dans le Vaucluse, la commune a mis en place, pour la première fois en France, une mutuelle communale qui bénéficie à tous les citoyens. Après avoir circonscrit la situation et les besoins de tous, un comité de pilotage bénévole composé de professionnels (médecins, avocat, assistant social, DGS...) a été constitué pour analyser les droits, les contrats et afin d'établir une grille de critère à l'attention des mutuelles. Une mutuelle intergénérationnelle, c'est-à-dire une mutuelle pour tous, au meilleur tarif avec de très bons remboursements, est apparue indispensable. Pour les habitants souhaitant souscrire à cette mutuelle, les économies peuvent aller de 400€ à 1700€ par an. La mutuelle municipale est officiellement en place depuis le 24 septembre 2012.

Afin de répondre à la désertification médicale dans les territoires les plus fragilisés, l'APVF propose la mise en place de territoires prioritaires de santé

Ce dispositif doit s'adresser, sur le modèle des « quartiers prioritaires » s'agissant de la politique de la ville ou encore des « zones de sécurité prioritaires » (ZSP) concernant le domaine de la lutte contre l'insécurité, aux territoires où l'offre de soins est la plus faible. Il conviendra pour l'Etat d'identifier ces territoires. La diversité des situations géographiques et des enjeux devra être prise en compte. Les territoires ruraux, péri-urbains et ceux en périphérie de grandes villes seront éligibles.

Face à l'intensification de la désertification médicale, ce dispositif doit favoriser une approche territoriale qui implique l'ensemble des acteurs et de l'offre de soins (hôpitaux, notamment de proximité, médecine ambulatoire, pratiques avancées et centres de santé). Les mesures prises dans ce cadre pourront se matérialiser par un soutien au financement de certaines activités ou à l'implantation de certaines structures (centres de santé), par des mesures dérogatoires (seuil d'ouverture ou de fermeture de services, mesures coercitives pour les médecins, pratiques avancées), par des encouragements à l'innovation et à l'expérimentation, etc.

L'enquête a été menée par la commission Santé et Offre de soins de l'APVF, sous la présidence de Nathalie NIESON, Députée de la Drôme, Maire de Bourg-de-Béage, avec la participation de Maryvonne BOQUET, Maire de Dourdan, Jean-Pierre BOUQUET, Maire de Vitry-le-François, Antoine HOME, Maire de Wittenheim, Fabrice MILLEREAU, Ancien Maire de Beaumont-sur-Oise, ancien président de la commission Hôpitaux de l'APVF, Xavier NICOLAS, Maire de Senonches. Ont également apporté leur contribution en tant que membres de la commission : Jean-Pierre BOSINO, Sénateur-Maire de Montataire, Jacques COQUELIN, Maire de Valognes, Denis MOUCHEL, Maire de Changé.

Ecriture et réalisation : Erwann CALVEZ, Chargé de mission Santé de l'APVF.



APVF - 42, boulevard Raspail - 75007 Paris
Tél. : 01 45 44 00 83 - Fax : 01 45 48 02 56

www.apvf.asso.fr